



XIX Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología

Madrid, 1-4 de marzo de 2016



SESIÓN PÓSTERS

Endoscopia

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI) EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA: DE LA LEY A LA PRÁCTICA CLÍNICA

M. Navarro-Llavat^a, A. Bargalló García^a, D. Barquero Declara^{a,b}, F. Baños Masip^{a,b}, O. García-Bosch^a, M. Martín-Llahí^a, A. Cárdenas Gómez^c, A. Ferreras Trinidad^c, A. Mata Bilbao^a y A. Blasco Pelicano^a

^aHospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Servicio de Aparato digestivo y Unidad de Endoscopia Digestiva. ^bHospital General de l'Hospitalet, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo y Unidad de Endoscopia Digestiva. ^cHospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Unidad de Endoscopia Digestiva.

Introducción: La información al paciente es un derecho que éste tiene, y una obligación ética y legal. En los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, el consentimiento debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada verbal y por escrito del mismo, sus beneficios, complicaciones y alternativas. Esta información debe proporcionarse de forma oportuna antes del procedimiento. En la práctica clínica diaria de las Unidades de Endoscopia digestiva esto es complicado y, tanto el procedimiento para la obtención del CI como la información percibida por el paciente son muy variables. La falta de información y consentimiento es un motivo frecuente de reclamación.

Objetivo: Evaluar la calidad del proceso en la obtención del CI en los pacientes que acuden a nuestra Unidad de Endoscopia digestiva para la realización de una colonoscopia.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente todos los pacientes que acudían a la Unidad de Endoscopia para la realización de una colonoscopia, durante los meses de febrero y marzo del 2015. Antes de iniciar el procedimiento, los médicos endoscopistas les realizaban un cuestionario personal del que se obtenían datos demográficos, datos en relación a la exploración y datos sobre el CI.

Resultados: Se incluyeron 534 pacientes. Un 50% se había realizado una colonoscopia previamente. El 90% conocía la indicación. Un 47% negaban haber recibido información de su médico. El 90% no aportaba el CI y el 75% no lo había leído. El 74% negaba conocer las complicaciones y el 94% las alternativas.

Conclusiones: En nuestro medio, un alto porcentaje de los pacientes que acuden a realizarse una colonoscopia no han sido convenientemente informados y la mayoría desconoce las complicaciones y alternativas. Es necesario la elaboración e implantación de un protocolo de obtención del CI.

2. UTILIDAD DE LA VISIÓN POR COMPUTADOR PARA LA LOCALIZACIÓN DE PÓLIPOS PEQUEÑOS Y PLANOS

G. Fernández-Esparrach^a, J. Bernal^b, C. Rodríguez de Miguel^a, D. Gil^b, F. Vilariño^b, H. Córdoba^a, C. Sánchez-Montes^a, I. Araujo^a, M. López-Cerón^a, J. Llach^a y J. Sánchez^b

^aHospital Clínic, Unidad de Endoscopia, IDIBAPS, CIBEREHD, Universidad de Barcelona. ^bDepartamento de Ciencias de Computación de la UAB y Centro de Visión por Computador.

Introducción: La tasa de pólipos no detectados en la colonoscopia aumenta de forma significativa en los pólipos pequeños y planos.

Objetivo: Evaluar un método de localización de pólipos basado en la visión por computador para la detección de pólipos de colon.

Métodos: Se utilizaron 612 imágenes de 31 pólipos diferentes. Nuestro método define un pólogo como una protrusión rodeada por valles de diferente intensidad de imagen. La información de estos valles permite la creación de mapas de energía (WM-DOVA) que se relacionan con la probabilidad de que un pólogo se encuentre en la imagen.

Resultados: Todos los pólipos se localizaron correctamente al menos en un fotograma. El número de fotogramas con localización correcta fue 308 (71,6%) en los pólipos pequeños comparado con 122/182 (67%) en pólipos > 10 mm ($p = 0,2$) (v. tabla en pág. siguiente). Los pólipos pequeños y planos se localizaron correctamente en más fotogramas que todos los otros tipos de pólipos: 169/218 (77,5%) vs 261/394 (66,2%); $p = 0,003$. Las posibles causas del fallo fueron: pliegues (43,8%), posición lateral (30,8%), vasos sanguíneos (11,3%), ausencia de valles (6,5%), contenido fecal (3,8%) y otros (2,1%).

Conclusiones: El método WM-DOVA de visión por computador permite la identificación de pólipos de colon, y funciona especialmente bien en aquellos pólipos planos y pequeños.

Paris	Nº pólipos	Nº fotogramas	Nº fotogramas con localización correcta	Nº fotogramas por pólipos	Nº fotogramas con localización correcta por pólipos
< 10 mm	22	430	308 (71,6%)	19,5 ± 6,3 (2-25)	22 (100%)
Ia + II b	11	218	169 (77,5%)	19,8 ± 5,3 (6-25)	11 (100%)
Is	9	162	105 (65%)	18 ± 7,6 (2-25)	9 (100%)
Ip	2	50	34 (68%)	25 ± 0 (25-25)	2 (100%)
≥ 10 mm	9	182	122 (67%)	20 ± 7,1 (5-25)	9 (100%)

3. LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS: NUESTRA EXPERIENCIA EN SU DIAGNÓSTICO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

O. Etxeberria Uranga, M. Martos Martín, L. Bujanda Fernández de Piérola, I. Gil Lasa, N. Otegui Irastorza, M. Alustiza Urruticoechea, L. Mendibil Eskisabel, S. Arranz Díaz, I. Urtasun Lugea y A. Loyo Mendibil

Hospital Universitario Donostia, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Las neoplásicas quísticas del páncreas son lesiones poco frecuentes que superan el 10% del total de las lesiones quísticas pancreáticas y el 1% de los tumores del páncreas. El diagnóstico de las lesiones neoplásicas supone un desafío para el clínico, pues su diagnóstico diferencial respecto al pseudoquiste o diferentes tipos de neoplasias quísticas es difícil y de gran importancia.

Métodos: Partiendo de la base de datos de las ecoendoscopias del Hospital Universitario Donostia en los dos últimos años (07/2013-07/2015) para el estudio de lesiones quísticas pancreáticas, analizamos los datos demográficos, localización, líquido obtenido, características radiológicas y evolución.

Resultados: Se han estudiado 85 lesiones quísticas pancreáticas; 12 quistes simples que excluimos de este trabajo por su escasa relevancia clínica. De las 73 restantes, 21 (28,7%) fueron adenocarcinomas ductales con degeneración quística, 9 (12,3%) pseudoquistes y 39 (53,4%) tumores quísticos pancreáticos: 21 (28,7%) cistoadenomas serosos, 1 (1,3%) tumor pseudopapilar, 11 (15%) cistoadenomas mucinosos y 6 (8,2%) neoplasias mucinosas intrapapilares-NMIP (2 de conducto principal, 1 de rama secundaria y otros 3 mixtos). En las 4 restantes (5,4%) tras su estudio y seguimiento no se ha llegado aún a un diagnóstico definitivo. La edad media de los pacientes con adenocarcinoma ductal con degeneración quística fue de 69,5 años, sin predominio por sexo y localizados en cuerpo y cola. CEA > 250 en el 80%. Respecto a los pseudoquistes, edad media al diagnóstico de 53,7 años, con predominio en mujeres (66,6%). Todos ellos en cuerpo y cabeza pancreática. Líquido transparente con amilasa elevada y CEA < 250 ng/ml. Edad media en quistes serosos de 64,4 años, predominio de mujeres (70%). El 38% se localizaron en cabeza, 47,5% en cuerpo y 14,5% en cola. CEA fue < 250 ng/ml. 4 de las lesiones (19%) fueron > 4 cm y se realizó a 3 de ellos pancreatectomía corporo-caudal. El tumor pseudopapilar, lesión de gran tamaño en cola pancreática, al cual se le practicó pancreatectomía distal. 11 lesiones mucinosas diagnosticadas, edad media de 64,3 años, con predominio en mujeres (82%) y localizadas sobre todo en cabeza (45,5%) y cuerpo pancreático (45,5%). Se analizó el líquido intraquístico en 9 lesiones, que presentó aspecto viscoso; el CEA resultó elevado en el 54,5% de los pacientes. Se diagnosticaron 3 lesiones > 4 cm, una de ellas con degeneración a adenocarcinoma avanzado. Las NMPI presentaron una edad media de 60,8 años, sin predominio de sexo y localizados 50% en cabeza, 33,3% en cuerpo y uno de ellos, NMPI-CP y RS de manera difusa (16,7%). El CEA fue < 250 ng/ml y la amilasa estaba elevada en el

100% de las lesiones analizadas (50%). Se intervinieron quirúrgicamente 3 de ellos.

Conclusiones: Aproximadamente en el 5% de las lesiones quísticas pancreáticas no se obtiene diagnóstico. El 26% de las lesiones quísticas estudiadas presentaron degeneración a adenocarcinoma.

4. DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA DEL TRACTO GASTROINTESTINAL

O. Etxeberria Uranga, F. Múgica Aguinaga, I. Gil Lasa, M. Gómez Alonso, E. Eguia Sancho, N. Otegui Irastorza, M. Alustiza Urruticoechea, L. Mendibil Eskisabel, S. Arranz Díaz e I. Urtasun Lugea

Hospital Universitario Donostia, Servicio de Aparato Digestivo.

La disección submucosa endoscópica (DSE) es una alternativa a la escisión quirúrgica de lesiones superficiales. Se diseña la capa submucosa, resecando en bloque incluso lesiones de gran tamaño. Hemos analizado retrospectivamente las DSE de nuestro centro entre abril/2013 y octubre/2015. Se han realizado 43 DSE. Se utiliza un endoscopio GIF H190 (Olympus) y una unidad electroquirúrgica VIO 200D, APC2, ERBEJET 2 (Erbe). Corte y disección con Hybrid Knife T-tipo I-Jet (Erbe) y el IT-Knife KD-610L (Olympus), y coagulación con Hybrid knife y el Coagrasper FD-411UR (Olympus). Pólipos hiperplásicos, lesiones epiteliales, adenomas y neoplasias precoces. Se excluyen las lesiones con invasión de la capa submucosa. Hemos analizado: edad; sexo; tamaño de las lesiones disecadas; resultados anatopatológicos; márgenes de resección; complicaciones (sangrado y/o perforación) y las recurrencias locales o distales. Veintiséis DSE gástricas, 18 varones y 8 mujeres; edad media 74 años (54-83). Tamaño medio de las lesiones 29 mm (13-60); veintidós resecadas en bloque (84%) y cuatro en 2 o más fragmentos. Cinco correspondieron a pólipos hiperplásicos, cuatro adenomas tubulares, siete displasias de bajo grado, siete displasias de alto grado/adenocarcinoma intramucoso y tres adenocarcinoma con afectación submucosa. Márgenes libres en 17 casos (65,5% R0), 6 en contacto de los cuales 2 márgenes laterales y 4 profundos (23% R1) y 3 no valorables (11,5% RX). Complicaciones: 14 presentaron sangrado intraprocedimiento (54%) que se trató con coagulación térmica, 1 caso de exposición de la muscular, una dudosa perforación y una perforación (3,8%) que se trataron con endoclips y tratamiento conservador. Un caso de hemorragia diferida que precisó tratamiento endoscópico y transfusión. Diecisésis DSE rectales, 10 varones y 6 mujeres; edad media 68 años (54-85). Tamaño medio de las lesiones 35 mm (15-70); trece se resecaron en bloque (81%) y tres en 2 o más fragmentos. Diez lesiones correspondieron a adenomas tubulares, cuatro a adenoma túbulo-vellosa (dos de ellos con displasia de alto grado), un pólipos mixto (adenoma-serrado) y un adenocarcinoma con afectación submucosa. Márgenes libres en 10 casos (62,5% R0), 4 en contacto de los cuales 3 son márgenes laterales y 1 profundo (25% R1) y 2 no valorables (12,5% RX). Complicacio-

nes: 7 presentaron sangrado intraprocedimiento que respondieron a hemostasia con coagulación térmica (43,7%), uno hemorragia y dudosa perforación y una perforación (6%) que se trató con endoclips y tratamiento conservador. Una DSE en bloque de lesión de 40 x 20 mm en sigma, en paciente varón de 76 años, pendiente de anatomía patológica. Tres recidivas, todas ellas gástricas, correspondiendo a pólipos hiperplásicos recidivados tras RME inicial. La DSE es una alternativa válida tanto para lesiones benignas como neoplásicas superficiales, siempre que se aseguren márgenes libres de lesión y presenta menos complicaciones sistémicas y secuelas que la cirugía.

5. ¿ES NECESARIO SOLICITAR ESTUDIO ENDOSCÓPICO A PACIENTES CON FEROPENIA SIN ANEMIA?

A. García García de Paredes, C. Teruel Sánchez-Vegazo, N. Hernández Ruiz, C. Ferre Aracil, E. Rodríguez de Santiago, L. Aguilera Castro y A. Albilllos Martínez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Gastroenterología y Hepatología.

Introducción: La necesidad de realizar estudio endoscópico en la feropenia sin anemia no está establecida. Se desconoce la frecuencia de hallazgos endoscópicos que justifiquen la feropenia en nuestro medio.

Objetivo: Evaluar la rentabilidad del estudio endoscópico en pacientes con feropenia sin anemia.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con feropenia sin anemia (definida como ferritina < 20 ng/ml con Hb > 12 g/dl en mujeres y > 13 g/dl en varones) a los que se solicita estudio endoscópico doble (endoscopia digestiva alta (EDA) y colonoscopia completa con buena preparación intestinal) en un hospital de tercer nivel entre abril de 2010 y abril de 2015. Se recogieron y analizaron datos clínicos, analíticos, endoscópicos e histológicos.

Resultados: Se incluyeron un total de 109 pacientes (mujeres 55%; edad media 59,6 ± 13,5 años). La hemoglobina media fue 13,6 ± 0,8 g/dl, la mediana de hierro 49 ug/dl (RIQ 39-67), de ferritina 9,5 mg/dl (RIQ 7,35-12,45) y de saturación de transferrina 12,8% (RIQ 10,4-16). Se descartó enfermedad celíaca en el 59% de los pacientes por serología y/o biopsias duodenales. Se encontraron hallazgos endoscópicos que podrían justificar la feropenia en el 53% de los pacientes, porcentaje que no cambiaba significativamente según el intervalo de edad (< 50 años: 53%; 50-69 años: 60%; > 70 años: 44%). En el 80% de los casos la causa estaba exclusivamente en el tubo digestivo alto, en el 10% solo en el colon y en el 10% restante en ambas localizaciones. Se halló patología maligna en 2 de los 109 pacientes (1,8%). Se detectó patología que justificara la feropenia en el 47% de las EDA (gastritis por Helicobacter pylori 55%; gastritis atrófica 21%; gastritis o duodenitis erosiva 6%; gastrectomía Billroth II 4%; pólipos > 1 cm 4%; angiodisplasias gástricas 4%; ectasia vascular antral 2%; adenocarcinoma gástrico 2% y varias causas 2%). Se detectó patología en el 11% de las colonoscopias (67% pólipos adenomatoso > 1 cm; 17% angiodisplasias; 8% adenocarcinoma de colon; 8% angiodisplasia y pólipos adenomatoso > 1 cm). De las variables analizadas solo unos niveles más altos de hierro y de saturación de transferrina se asociaron con la presencia de hallazgos endoscópicos globalmente. La edad no se asoció con el hallazgo de patología en la EDA ($p = 0,29$) pero sí fue significativamente mayor en los pacientes con hallazgos en la colonoscopia ($p = 0,006$). El consumo de antiagregantes o anticoagulantes no se relacionó con el hallazgo de patología.

Conclusiones: La presencia de patología maligna en pacientes con feropenia sin anemia fue infrecuente. La rentabilidad de la colonoscopia en los pacientes menores de 50 años fue baja, por lo que se podría reservar para los mayores de esa edad o para los casos en que no se detectara patología en la EDA.

6. RELEVANCIA CLÍNICO-ENDOSCÓPICA DE LAS CAPTACIONES INCIDENTALES EN PET-TAC EN TRACTO DIGESTIVO

M.A. Payeras Capó^a, C. Páez Cumpa^a, C. Garrido Durá^a, C. García Caparrós^a, J. Daumal Doménech^b, M. Giménez García^b, P. Sendra Rumbeu^a y A. Llompart Rigo^a

^aHospital Universitario Son Espases, Baleares, Servicio de Digestivo. ^bHospital Universitario Son Espases, Baleares, Servicio de Medicina Nuclear.

Introducción: La tomografía por emisión de positrones (PET-TC) para estudio y estadiaje de pacientes oncológicos está incrementando el número de captaciones incidentales en el tracto digestivo (TD), obligando a su posterior estudio endoscópico.

Objetivos: 1. Establecer el porcentaje de lesiones incidentales en TD detectadas por PET-TC. 2. Determinar la correlación entre los hallazgos por PET-TC y endoscópicos. 3. Evaluar la relación entre la captación estándar (SUV) y la histología de las lesiones. 4. Determinar el valor de SUV que discrimina la presencia de lesiones malignas en nuestra serie.

Métodos: Estudio retrospectivo de 3000 pacientes a los que se realizó PET-TC entre diciembre 2011 y febrero 2015 para estadiaje o respuesta a tratamiento de neoplasias primarias. Criterios de inclusión: captación incidental en TD. Criterios de exclusión: no realización de colonoscopia, colonoscopia incompleta o mal preparada, enfermedad inflamatoria intestinal, tratamiento con metformina.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes (69% varones, edad media 65,77 ± 11,2 años) con captación por PET-TC, estudiados en todos los casos con endoscopia posterior. Se obviaron del análisis las captaciones en TD alto por conocerse previamente, en la mayoría, la presencia de una neoplasia previa diagnosticada endoscópicamente. Se hallaron 52 captaciones en colon: recto 10 (19,23%), sigma 18 (34,62%), colon descendente 7 (13,46%), transverso 1 (1,9%), colon ascendente 10 (19,23%), ciego 5 (9,62%), anastomosis ileocólica 1 (1,92%). 35 colonoscopias (67,3%) fueron patológicas: 5 neoplasias (14,28%), 4 ADK Y 1 linfoma; 2 lesiones inflamatorias (5,71%) y 30 pólipos (85,71%). 15 colonoscopias (28,8%) fueron normales. SUV medio de las captaciones fue 8,16 g/ml en colon; 9,26 g/ml en pólipos; 11,7 g/ml en neoplasias; 10,5 g/ml en lesiones inflamatorias y 6,05 g/ml en endoscopias normales. Se hallaron diferencias significativas en el valor de SUV en neoplasias ($p = 0,03$) y pólipos ($p = 0,04$), respecto a lesiones inflamatorias. No se encontró diferencia en función del tamaño de los pólipos ni de la presencia o no de displasia de algo grado ($p = 0,12$ y $0,33$). El tipo histológico de pólipos más frecuente fue adenoma tubulovellosa (43,3%). La localización de las lesiones por PET-TC y endoscopía presentó muy buena concordancia ($\kappa = 0,90$; IC95% 0,86-0,93). En el análisis de factores predictivos de hallazgos endoscópicos (sexo, edad, indicación del PET, tumor primario o localización de la captación) ninguno fue estadísticamente significativo.

Conclusiones: 1. El porcentaje de lesiones incidentales por PET-TC fue del 2,1%. 2. Se observó muy buena concordancia entre los hallazgos por PET-TC y endoscópicos. 3. La relación entre el SUV y el grado de displasia no fue estadísticamente significativa. 4. Un SUV > 10 g/ml indica patología maligna en nuestra serie, pudiendo ayudar a priorizar el estudio endoscópico.

7. LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ICTERIA OBSTRUCTIVA DE ORIGEN MALIGNO IRRESECALEABLE ES MAYOR TRAS EL DRENAJE BILIAR GUIADO POR ECOENDOSCOPIA (DBUSE) QUE TRAS EL DRENAJE MEDIANTE COLANGIOGRAFÍA TRANSPARIETOHEPÁTICA (CTPH)

N. Alcaide Suárez^a, L. Fernández Salazar^a, R. Sánchez-Ocaña^b, M.A. Udaondo^c, B. Velyos Jiménez^a, C. de la Serna Higuera^b,

L. del Olmo^a, J. Trueba^c, J.M. González Hernández^a
y M. Pérez-Miranda^b

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario Río Hortega, Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Radiología.

Introducción: La CTPH es el método de elección para el drenaje paliativo de la obstrucción biliar neoplásica cuando la CPRE no resulta posible. El DBUSE constituye una alternativa a la CTPH. Se desconoce la influencia de cada procedimiento sobre la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: Comparar la calidad de vida de los pacientes sometidos a DBUSE y a CTPH.

Métodos: Se han revisado de manera retrospectiva 80 casos con obstrucción biliar maligna no operables, 40 drenados mediante CTPH y 40 mediante DBUSE tras CPRE fallida, en dos hospitales terciarios de septiembre de 2009 a julio de 2014. Se compararon las variables que condicionan la calidad de vida durante y tras el procedimiento por suponer mayores riesgos y molestias para el paciente, excluyendo a los que fueron exitus durante el ingreso del procedimiento, entre DBUSE y CTPH. Se realizó un "score" en el que se asignó a cada paciente una suma de puntos en proporción con el deterioro en la calidad de vida y se compararon entre ambos procedimientos (tabla). Se utilizaron χ^2 y test de Fisher, $p < 0,05$.

Resultados: DBUSE: edad media 73,8 años (36-93), DS 13,3, 60% varones. Etiología: 77,5% primario biliopancreático, 22,5% metastásico. CTPH: 71,9 años (40-92), 55% varones. Etiología: 77,5% primario, 22,5% metastásico. Sin diferencias basales. Número de intentos: DBUSE 1,53, CTPH 2,2 ($p = 0,000$), complicaciones: 6 vs 10 ($p = 0,586$), drenaje interno: 39 vs 32 ($p = 0,029$), días de hospitalización 11,6 vs 9,5 (0,397), reintervenciones 22 vs 11 ($p = 0,738$). En los pacientes sometidos a DBUSE la puntuación fue 4,7 puntos, DS 3,1, y a los que se les realizó CTPH fue 6,9 puntos, DS 3,8, con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, $p = 0,016$.

Nº de intentos del procedimiento índice 1 punto por intento	
Gravedad de las complicaciones	
Leves	1 punto
Moderadas	3 puntos
Graves	5 puntos
Portador de drenaje externo	7 puntos
Días de hospitalización	
≤ 7 días	1 punto
7-30 días	3 puntos
≥ 30 días	3 puntos
Nº de reintervenciones si disfunción	×2 cada intento

Conclusiones: Los pacientes sometidos a DBUSE presentan mejor calidad de vida que los sometidos a CTPH, ya que supone, principalmente, la ausencia de drenaje externo y un menor número de intervenciones sobre la vía biliar.

8. TREINTA AÑOS NO SON NADA. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO SIGUE SIN ALCANZAR SUS OBJETIVOS

F.J. García-Alonso, A. Granja Navacerrada, M. Hernández-Tejero, D. Bonillo Cambrodón, P. Bernal y F. Bermejo

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: En 1980 Cassileth et al publicaron en el NEJM un trabajo ya clásico sobre el consentimiento informado (CI), en el que el 80% de los pacientes lo consideraba un instrumento defensivo para el personal médico y sólo el 43% como una herramienta para explicar el procedimiento (Cassileth et al. N Engl J Med. 1980;302:896-900). Desde entonces se han introducido cambios tanto legislativos como en las sociedades científicas para aportar información en cantidad y calidad suficiente que permita al paciente tomar decisiones sobre su proceso, garantizando el principio de autonomía.

Métodos: Realizamos una encuesta telefónica invitando a todos los pacientes valorados consecutivamente entre el 16.04.2014 y el 31.08.2014 por antecedentes familiares de cáncer de colon (CCR) en las consultas externas de aparato digestivo. Se excluyeron los síndromes de CCR hereditarios y los sujetos con pobre dominio del español. La encuesta reproducía el trabajo de Cassileth et al, incluyendo además datos demográficos y sobre el nivel educativo. La opinión sobre el CI se valoró con preguntas tipo Likert y abiertas.

Resultados: Se invitó a participar a 205 sujetos, de los cuales se incluyeron finalmente 160 pacientes, 42,7% varones con una mediana de edad de 51,8 años (43,9-58,5). El 7,8% (4,4-13,3%) disponía de estudios superiores, el 47,4% (39,6-55,4%) de educación secundaria, el 38,3% (30,9-46,3%) educación primaria y el 6,5% (3,5-11,7%) no había completado ninguna formación. La demora entre visita y encuesta fue de 92 días (65-123). Fueron valorados por 12 facultativos distintos, cada uno con una mediana de 13 pacientes (7,5-15). El 94,1% (89,1-97%) de los sujetos había recibido el CI. Aunque el 78,8% (71,5-84,7%) lo definía como una herramienta para asegurar que el paciente recibe una información adecuada, la proporción de quienes afirmaban haberlo leído bajaba al 69,2% (61,1-76,2%) y únicamente el 6,9% (3,8-12,1%) lo mencionaba como una fuente de información sobre la colonoscopia. El 86,1% (79,5-90,8%) lo consideraba una protección legal para el personal sanitario. Entre quienes lo habían leído, el 60,2% (52,1-67,8%) lo consideraron un texto claro, fácil de leer y el 47,7% (39,8-55,7%) refirió que se entendería mejor si incluyera imágenes o diagramas.

Conclusiones: A pesar de los cambios introducidos, los problemas que arrastran los CI actuales son los mismos que hace 35 años. Creemos que sería necesario realizar una revisión a fondo de los mismos si pretendemos lograr que cumplan sus objetivos.

9. RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS YUXTA-HEMORROIDALES

E. Oblitas^a, C. Guarner-Argente^a, M. Concepción^a, J. Colan^a, M. Martínez^a, P. Huelin^a, J. Gordillo^a, C. Gómez^a, S. Sáinz^a y C. Guarner^{a,b}

^aHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Unidad de Endoscopia Digestiva. ^bCIBEREHD.

Introducción: La resección mucosa endoscópica (RME) es el método de elección para resección de lesiones superficiales del colon. El manejo de lesiones de localización yuxtahemoroidal es controvertida por la dificultad de delimitación y abordaje de la lesión y la extensión difusa. Sin embargo, esta también es una limitación para otras técnicas como la disección submucosa o la cirugía (Transanal endoscopic microsurgery). La maniobrabilidad del gastroscopio puede permitir un buen acceso.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la RME de los pólipos yuxta-hemorroidales.

Métodos: Análisis prospectivo de los pacientes con pólipos yuxta-hemorroidales tratados con RME en nuestro centro entre 06/2013 y 07/2014. Se evalúa la eficacia, las complicaciones y la recidiva.

Resultados: Se trataron 8 casos, 5 hombres, con edad mediana de 75 años (RIC 68,5-82,25). Las lesiones eran tipo LST granular, 6

tipo 0-IIa (una con una zona deprimida; IIa-IIc) y 2 0-Is, diámetro mediano de 43 mm (RIC 31,25-48,75), con un área de ocupación del perímetro rectal de 50% (rango 20-90%). La resección completa en fragmentos se logró en los 8 pacientes, aunque 7 necesitaron fulguración de los bordes con gas Argón. La Anatomía patológica mostró adenocarcinoma in situ o displasia de alto grado en 3 y adenoma en el resto. Un paciente presentó una hemorragia diferida controlada con clips. En dos pacientes no se pudo realizar seguimiento de la resección, una por diagnóstico posterior de neoplasia de pulmón y otro por edad avanzada. La mediana de seguimiento del resto es de 11 meses (RIC 6-12), apreciando recurrencia milimétrica en 5/7 pacientes (71%), que se trataron mediante fulguración con gas Argón. No se han observado casos de estenosis rectal.

Conclusiones: La RME es una técnica eficaz y segura para extirpación de los pólipos yuxta-hemorroidales. La recidiva es frecuente pero se puede controlar con tratamiento endoscópico.

10. CURVA DE APRENDIZAJE DE LA CROMOENDOSCOPIA PARA EL CRIBADO DE NEOPLASIA ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL (ESTUDIO CROMO)

S. Carballal^a, S. Maisterra^b, A. López^c, A. Gimeno-García^d, M.I. Vera^e, J.C. Marín^f, L. Márquez^g, L. Hernández Villalba^h, M.L. Castroⁱ, J. Gordillo^j, I. Puig^k, P. Vega^l, M. Bustamante^m, J. Acevedoⁿ, B. Peñas^o, M. López Cerón^a, E. Ricart^a, M. Jimeno^o y M. Pellisé^a

^aHospital Clínic de Barcelona, ICMDiM, Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. ^bHospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario Dr. Peset, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario de Canarias, La Laguna, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Servicio de Gastroenterología. ^gHospital del Mar, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^hHospital Universitario de Móstoles, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱComplejo Hospitalario Universitario de Vigo, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital de Sant Pau, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^kFundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Servicio de Digestivo. ^lComplejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servicio de Aparato Digestivo. ^mHospital Universitario La Fe, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ⁿHospital Universitario de Calella, Servicio de Aparato Digestivo. ^oHospital Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^pHospital Clínic de Barcelona, Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: La cromoendoscopia (CE) es la técnica de elección en el cribado de neoplasia asociada a enfermedad inflamatoria intestinal de larga evolución (EII). Sin embargo, la falta de experiencia tanto en su aplicación como en la interpretación de las lesiones limita su implantación en la práctica clínica habitual. El papel que juega la curva de aprendizaje de la CE en cribado de neoplasia asociada a EII (N-EII) ha sido poco evaluado.

Objetivo: Evaluar la influencia de la experiencia del endoscopista y de la curva de aprendizaje de la CE para la detección y caracterización de N-EII.

Métodos: Estudio multicéntrico español con inclusión prospectiva de pacientes con EII e indicación para cribado. Se realizó CE con índigo-carmín al 0,5% y biopsias de las lesiones sospechosas. Los endoscopistas realizaban un diagnóstico de presunción de cada lesión detectada ("diagnóstico óptico") cuya precisión se evaluó comparándolo con el informe histológico. Se definió la tasa de detección de neoplasia (TDN) como el número de pacientes con al menos 1 N-EII entre todos los cribados y rendimiento de detección de N-EII (RDN) como el número de lesiones con histología de N-EII

entre todas las biopsiadas. Los endoscopistas participantes recibieron un set de imágenes explicativas para su auto-aprendizaje antes del inicio del estudio y cumplimentaron un cuestionario para conocer su grado de experiencia, que incluía la tasa de detección de adenomas (TDA) en población de riesgo medio y su experiencia en CE. Aquéllos que habían realizado > 20 CE previas (n = 6) se clasificaron como expertos y al resto (n = 9) como inexpertos, evaluándose la curva de aprendizaje entre los inexpertos que realizaron al menos 18 procedimientos durante el estudio (n = 5). Se analizó la TDN, TLD y precisión del diagnóstico óptico en función de la experiencia previa y de la curva de aprendizaje.

Resultados: Durante 2 años, 350 pacientes (53% hombres, edad de debut: 33,8 años) fueron incluidos por 15 endoscopistas que realizaban una mediana de 800 (RIC: 600-900) procedimientos/año, con una TDA media de 41% (RIC: 36-47). La TDN y el RDN fue similar entre los expertos e inexpertos (12,7% vs 16,2%, p = 0,4 y 13,1% vs 17,1%; p = 0,3; respectivamente) con similares tiempos de retirada (37,4 vs 36,1 minutos, respectivamente; p = 0,8). Los expertos clasificaron adecuadamente 202/224 lesiones los inexpertos 319/373. Así, la precisión del diagnóstico óptico fue: 90,2% vs 85,5% respectivamente (p = 0,09). Durante la curva de aprendizaje: 3(60%) endoscopistas mejoraron su TDN y en 2 (40%) no varió. En global, la TDN mejoró en la 2^a mitad de procedimientos realizados comparado con la 1^a mitad, sin diferencias significativas (6,8% vs 15,6%, p = 0,1).

Conclusiones: La cromoendoscopia es una técnica eficaz para la detección de N-EII aún en manos inexpertas y presenta una curva de aprendizaje corta. Por tanto, el factor de la experiencia no debería limitar su implantación en práctica clínica habitual.

11. VIABILIDAD Y SEGURIDAD DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA EN LA TROMBOSIS PORTAL: EXPERIENCIA EN ESPAÑA

A.Z. Gimeno García^a, J.R. Aparicio^b, A. Barturen^c, M. Moreno^a y E. Quintero^a

^aHospital Universitario de Canarias, La Laguna, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario de Cruces, Bilbao, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La diferenciación entre una trombosis portal (TP) benigna y maligna es de gran importancia para determinar el manejo terapéutico de los pacientes. La ecoendoscopia digestiva (USE) permite la adecuada visualización del hilio hepático. La punción aspiración con aguja fina guiada por ecoendoscopia (USE-PAAF) de la TP podría ser una herramienta técnicamente viable y segura para descartar malignidad.

Objetivo: Evaluar la viabilidad técnica y seguridad de la USE-PAAF en pacientes con TP.

Métodos: Estudio retrospectivo nacional. Inclusión: pacientes con TP sospechosa de malignidad referidos para la realización de USE-PAAF de la TP. Los pacientes en los que se realizó la USE pero en los que la punción no se realizó finalmente, eran también incluidos para evaluar la viabilidad técnica del procedimiento. Los pacientes con citología positiva se consideraron verdaderos positivos. En los pacientes con citología negativa, la pieza quirúrgica fue el patrón oro. Los casos de citología negativa y ausencia de patrón oro, eran considerados no concluyentes.

Resultados: 8 pacientes (7 varones; edad 64 ± 8,8 años) fueron incluidos por 3 hospitales de tercer nivel. Cuatro pacientes presentaban cirrosis hepática. En 5 pacientes la TP fue parcial y en el resto completa. La indicación más frecuente fue la confirmación de invasión vascular por un hepatocarcinoma (4 pacientes; 50%). La USE-PAAF fue viable técnicamente en 7/8 casos (87,5%). En un paciente no fue posible por presencia de circulación colateral entre

la sonda de ecografía y la TP. El número de punciones por paciente fue de $2 \pm 0,7$ (rango 1-3). La citología fue positiva para malignidad en 6/7 casos (85,7%). El paciente con USE-PAAF negativa fue transplantado descartando malignidad en la TP en el explante. No se identificaron complicaciones.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la USE-PAAF de la TP es segura y técnicamente posible en la mayoría de los pacientes.

12. ADECUACIÓN DE LAS COLONOSCOPIAS A LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD

M.L. Ruiz Rebollo^a, M.C. García Sánchez^a, M.F. Muñoz^b, A. Macho Conesa^a, B. Antolín Melero^a, E. Berroa de la Rosa^a y J.M. González Hernández^a

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Clínico Universitario de Valladolid, Unidad de Apoyo a la Investigación.

Introducción: La colonoscopia es ampliamente utilizada en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades colónicas y su eficacia depende de la calidad con que se realice. Los endoscopistas debemos medir la calidad de nuestras colonoscopias y conseguir que los procedimientos alcancen los porcentajes de calidad estipulados. Sólo así mejoraremos la rentabilidad diagnóstica de las exploraciones. Recientemente la Asociación Americana de Endoscopia Digestiva (ASGE) ha publicado unos indicadores de calidad que deben cumplir las colonoscopias (Rex et al. 2015;81:31-53).

Objetivos: 1. Evaluar de forma prospectiva la adecuación de las colonoscopias a los estándares de calidad publicados por la ASGE. 2. Establecer puntos de mejora.

Métodos: Pacientes mayores de edad programados para colonoscopia en nuestro servicio durante los meses de marzo 2015-octubre 2015. Las colonoscopias se realizaron por los 2 primeros firmantes del trabajo. Se utilizaron endoscopios Olympus de luz blanca y con NBI con video procesadores Evis Exera II CV180 y Evis Exera II CV165. Los pacientes recibieron sedación consciente con midazolam y fentanilo. Registramos el cumplimiento de porcentajes aceptados como parámetros de calidad: 1. Previo a colonoscopia: indicación apropiada (> 80%), consentimiento informado (> 98%), seguimiento de recomendaciones tras polipectomías, resecciones de carcinoma colorrectal (CCR) y Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (> 90%). 2. Durante el procedimiento: calidad de la preparación (> 98%) y adecuación de la misma (> 85%), frecuencia con que la EII se revisa según protocolos establecidos (> 90%), intubación completa con imagen de polo cecal (> 90%), porcentaje de detección de adenomas en la población asintomática de riesgo medio (> 20% en mujeres, > 30% en varones), indicación de tiempo de retirada (> 98%) y tiempo medio en exploraciones sin terapéutica (> 6%), toma de biopsias en procedimientos por diarrea crónica (> 98%) y EII (> 98%), porcentaje de extirpación de pólipos > 2 cm. 3. Tras la colonoscopia: incidencia de perforación, porcentaje de sangrados pospolipectomía solucionados sin cirugía (< 90%), porcentaje de informes donde consta periodo de seguimiento tras polipectomía (válido > 90%).

Resultados: Incluimos 539 pacientes (53,2% varones- 46,8% mujeres), edad media $64 \pm 11,27$, mayoritariamente ambulatorios (92,4%). Un 80,3% de colonoscopias tenían indicación correcta y el 100% firmado el consentimiento. De las 140 exploraciones realizadas tras polipectomía o resección de CCR 70,7% de ellas cumplían los períodos de seguimiento. Las 4 exploraciones solicitadas por seguimiento de EII se ajustaban a criterios de seguimiento de vigilancia endoscópica. En el 100% de las exploraciones estaba reflejada la calidad de la preparación. 387 exploraciones se solicitaron tras resección de pólipos, intervención por CCR o por cribado de CCR y se consideró apropiada la preparación en el 87,6%. El 94% de

las exploraciones fueron completas con imagen del polo cecal y en todas ellas estaba recogido el tiempo de retirada. El tiempo medio de retirada de las exploraciones sin terapéutica fue de 7,85' (IC95% 7,46-8,24). En la mitad de las exploraciones realizadas en cribado de pacientes de riesgo medio para CCR se detectaron adenomas (32,5% en mujeres y 67,5% en varones). Se tomaron biopsias en las 28 exploraciones solicitadas por diarrea crónica y en 98,3% de los seguimientos por EII. En 332 exploraciones se extirparon pólipos ($7,5\% > 2$ cm que fueron extirpados, sin perforación colónica y con hemorragia en un 0,7% que se solucionó endoscópicamente). Ninguno de estos pacientes precisó intervención quirúrgica. Se dieron instrucciones de seguimiento tras polipectomía en el 100% de los casos remitidos por médicos de atención primaria (119 pacientes).

Conclusiones: De forma global estamos satisfechos con los datos obtenidos de adecuación a los criterios de calidad en las colonoscopias. Nuestras exploraciones se ajustan a los porcentajes requeridos en todos los ítems salvo en el seguimiento endoscópico de pacientes tras resección de pólipos o intervención por CCR (70, 7%, deseable > 90%); En este punto y en la adecuación de la indicación de la colonoscopia (80,3%, requerido > 80%) es donde debemos hacer un esfuerzo de mejora.

13. AUMENTO DE LA DETECCIÓN DE ADENOMAS SERRADOS CON EL USO DE ENDOSCOPIOS DE ALTA DEFINICIÓN + I-SCAN DURANTE LA COLONOSCOPIA DE CRIBADO EN PACIENTES DE RIESGO MEDIO

A. Rodríguez-D' Jesús y E. Saperas

Hospital General de Catalunya, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La utilidad de la alta definición + i-SCAN (HDIS) durante la colonoscopia de cribado no se ha evaluado de forma exhaustiva. La tasa de detección de adenomas (ADR), serrados (ASDR) y el número de adenomas/colonoscopias (APC) han sido reconocidos como parámetros de la calidad colonoscopia.

Objetivo: Evaluar si la utilización de HDIS mejora la ADR, ASDR y APC con respecto a la endoscopia convencional (EC) en procedimientos de cribado poblacional de riesgo medio (CPRM).

Métodos: Análisis comparativo de las colonoscopias realizadas con HDIS o EC en pacientes consecutivos CPRM, realizadas en un centro hospitalario. Se incluyeron solo pacientes con excelente/buena preparación e intubación cecal. Los datos demográficos, ADR y APC de cada endoscopista se registraron.

Resultados: La edad media: $56,9 \pm 4,4$ años; 83/156 (53,2%) eran hombres y 61 (39,1%) se realizaron con HDIS. Ambos grupos fueron similares en cuanto a edad, sexo, etc. La ADR y APC global fue de 28,8% y $0,5 \pm 1,03$. Tamaño medio de las lesiones resecadas: 3,7 mm ($\pm 2,7$ mm), la mayoría adenomas tubulares (85%); en 3/12 (25%) pacientes en el grupo de HDIS y 7/28 (25%) pacientes en el grupo de CE se detectaron adenomas avanzados. Las ADR para EC/HDIS fueron 28,4% (IC95%: 20,3-38,2%) y 29,5% respectivamente ($p = ns$). La APC para EC/HDIS fue de 0,45 y 0,72 ($p = 0,08$). Un mayor número de adenomas serrados se detectaron en el grupo HDIS ($p < 0,05$). Una mayor proporción de pacientes del grupo de HDIS fueron reclasificados en el grupo de alto riesgo tras el estudio ($p = NS$).

Conclusiones: La utilización de HD+iscan aumenta la tasa de detección de adenomas planos en la colonoscopia de cribado en la población de riesgo medio, a razón de un mayor número de adenomas serrados observados con esta técnica. Debido a esta mayor detección de adenomas serrados con HD+iscan, una proporción superior de pacientes fueron reclasificados como de alto riesgo. La eficacia de la HD+iscan y la incidencia de adenoma serrados en nuestra cohorte de población de riesgo medio, apoyan su utilidad para aumentar la eficacia de la colonoscopia de cribaje.

14. ANÁLISIS DE LAS INDICACIONES, RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y SEGURIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA DE CÁCERES

P.L. González Cordero^a, H.C. Ferreira Nossa^a, P.P. Joya Vázquez^a, R. Prados Manzano^a, D. Vara Brenes^a, C. Dueñas Sadornil^a, M. Fernández Bermejo^a, G. González García^a, M. Hernández Alonso^a, J. Molina Infante^a, B. Pérez Gallardo^a, P. Robledo Andrés^a, M.C. Pecero Hormigo^b y J.M. Mateos Rodríguez^a

^aHospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, Servicio de Medicina Interna.

Introducción: Según indican las guías de práctica clínica, la cápsula endoscópica se ha convertido en la herramienta diagnóstica de primera línea junto con la enteroscopia de balón, para el estudio de la patología del intestino delgado.

Objetivo: Analizar la experiencia en el último año en nuestro hospital con esta herramienta diagnóstica, centrándonos en el estudio de las indicaciones, los hallazgos diagnósticos y la seguridad que presenta.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de datos recogidos de manera prospectiva de las cápsulas endoscópicas realizadas entre diciembre de 2014 y noviembre de 2015 en el Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres. En cada paciente se recogieron variables como edad, sexo, motivo de solicitud, antecedentes personales, tratamientos concomitantes, procedimientos diagnósticos previos, tiempo completo de estudio, además del tiempo gástrico y el tiempo intestinal, los hallazgos y las incidencias con respecto a la técnica.

Resultados: En dicho periodo de tiempo se realizaron un total de 60 exploraciones. La edad media fue de 65,83 años (25-89), con un 61,7% de hombres y un 38,3% de mujeres. Todas las exploraciones fueron completas y no se encontró ninguna complicación asociada al procedimiento. El motivo de solicitud más frecuente fue la hemorragia de origen oscuro (HDOO) con una frecuencia de 88,3%, siendo esta en forma de sangrado oculto en el 58,3% de los casos, o en forma de sangrado manifiesto en el 30%. El siguiente motivo de consulta más frecuente fue la sospecha de enfermedad de Crohn (3,3%), siendo el resto de indicaciones muy poco frecuentes. El hallazgo más frecuente fue la angiodisplasia (28,4%), seguido de lesiones ulcerosas o erosivas en un 10%. Casos de imágenes sospechosas de enfermedad de Crohn fueron encontradas en un 3,4%, y en un 31% de los casos las exploraciones no encontraron imágenes patológicas. En un 26,5% se encontraron otros diagnósticos, como imágenes de linfangiectasia intestinal (8,4%), lesiones polipoideas (6,7%), flebectasia (3,4%) o gastropatía de la HTP (3,4%). El 31% de los pacientes cuya indicación era la HDOO oculta presentaban angiodisplasias, y el 33% de los pacientes cuya indicación era la HDOO manifiesta presentaban dichas lesiones. El tiempo medio de duración total de la grabación fue de 10 horas y 25 minutos, y el tiempo medio de imágenes de intestino delgado fue de 4 horas y 08 minutos.

Conclusiones: Con más de 14 años desde su aprobación, la cápsula endoscópica es una herramienta diagnóstica ya definida para el diagnóstico de enfermedades de intestino delgado. En nuestro centro, la hemorragia digestiva de origen oscuro es el motivo de solicitud más frecuente y la angiodisplasia la patología más observada, tal y como se describe en la literatura científica. En el momento actual, el siguiente paso es determinar si existe también una rentabilidad clínica clara de dicho procedimiento.

15. DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA: DOS AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SON LLÀTZER

L.N. Amado Villanueva, C. Dolz Abadia, R. Chacchi Cahuin, C. de Zárraga Mata, G.T. Salom y N. Rull Murillo

Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Las técnicas endoscópicas utilizadas para la resección de las lesiones digestivas son la polipectomía, la mucosección y la disección submucosa endoscópica (DSE) que son efectivas en la prevención de cáncer en la población general y de alto riesgo. La mayoría de los pólipos detectados en la endoscopia son resecables mediante técnicas de polipectomía estándar sin embargo una pequeña cantidad de ellos no son susceptibles de resección mediante las técnicas habituales. La DSE es una técnica que permite la resección curativa de neoplasias precoces del tracto digestivo en bloque y prácticamente sin límite de tamaño. Proporciona una alternativa menos invasiva frente a la cirugía permitiendo la conservación del órgano, además de reducir el tiempo de recuperación, acortar la estancia hospitalaria y de contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente.

Objetivo: Comunicar la experiencia en dos años de la DSE además de analizar la eficacia y seguridad de la DSE en el tratamiento de neoplasias del tracto digestivo.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes de los cuales el 57% fueron mujeres y 43% hombres. La edad promedio fue de 70 años con una DE de 10,2 años. La media de la duración del procedimiento fue de $126 \pm 48,16$ minutos. La mediana de la estancia hospitalaria fue de $2 \pm 1,09$ días. De las 21 (100%) de las lesiones, 11 (52%) se localizaron en el recto, 1 (5%) en el colon y 9 (43%) en el estómago de los cuales 4 (20%) se localizaron en el antró, 3 (14%) en el cuerpo y 2 (14%) en el fundus gástrico. En cuanto a la clasificación macroscópica de las lesiones según Paris y LST, 13 (61.9%) de las lesiones fueron superficiales, planas y excavadas. Se observó 4 (19%) casos de lesiones clasificadas como LST-G y en 2 (9%) casos LST-NG. Se logró resección en bloque en 17 (81%) de las lesiones. El estudio histológico evidenció neoplasia mucosa de alto grado (displasia de alto grado sobre adenoma, carcinoma in situ o carcinoma intramucoso) en 13 casos (62%). Se completó el período de seguimiento a 30 días. Las complicaciones detectadas fueron 2 (9%) casos de enfisema subcutáneo leve cuyo tratamiento médico resultó favorable. Otra complicación observada fue una perforación (4,76%) a los 7 días post DSE cuyo tratamiento quirúrgico también resultó favorable. Se detectó recidiva en 1 de los casos (4,76%) cuyo tratamiento quirúrgico complementario fue la exéresis endoanal.

Conclusiones: La DSE es una técnica eficaz en el tratamiento de lesiones neoplásicas epiteliales del tracto digestivo que permite resecar lesiones muy planas o excavadas (0-IIa, IIb, IIc, III) además de conservar un órgano o segmento de órgano, que se acabaría perdiendo con el tratamiento quirúrgico. Complementa el abanico terapéutico de los procedimientos endoscópicos del tubo digestivo. Consumo tiempo y recursos. Debe analizarse con detalle cada indicación.

16. MEJORÍA DE LA TOLERANCIA Y ACEPTABILIDAD DE UNA PREPARACIÓN PARA COLONOSCOPIA EN PACIENTES DIABÉTICOS. ESTUDIO IDIMEPREP

A. Fernández-Clotet^a, G. Casals^a, M.A. Pantaleón^a, A. Seoane^a, I. Ibáñez^a, J. Amorós^b, A. García-Rodríguez^a, D. Zaffalon^a, F. Riu^a, J.M. Dedeu^a, L. Barranco^a y M.A. Álvarez-González^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Barcelona, Hospital del Mar.

^bSecretaria de Universitats i Recerca, Generalitat de Catalunya.

Introducción: Estudios previos demuestran que la diabetes es un factor de riesgo de mala preparación para la colonoscopia. Las

guías clínicas actuales no recomiendan una preparación específica para pacientes con diabetes mellitus.

Objetivo: Investigar si una preparación de bajo volumen de laxante puede ser mejor aceptada y tolerada en pacientes diabéticos sin comprometer la eficacia.

Métodos: Se incluyeron 139 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con colonoscopia ambulatoria programada. Tras el consentimiento, se aleatorizaron a polietilenglicol 4 litros, grupo PEG 4L o polietilenglicol + ascorbato 2 litros, grupo PEG+A 2L; ambos de forma fraccionada. Todos realizaron dieta sin residuos estandarizada 3 días previos a la colonoscopia y recibieron una visita de enfermería con instrucciones de la preparación y un cuestionario que llenaron en domicilio. Se valoró la tolerancia y efectos secundarios mediante escalas analógico-visuales (0 excelente-10 insoportable). Se consideró preparación inadecuada según la escala de Boston (cualquier segmento < 2 puntos).

Resultados: 71 pacientes correspondieron al grupo PEG+A 2L y 68 al grupo PEG 4L. 9 pacientes (6%) fueron excluidos por incomunicación. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en las características iniciales. Se demostró una moderada correlación positiva entre la tolerancia y la percepción excesiva de volumen de laxante (coeficiente de correlación de Pearson 0,58) y entre la tolerancia y el mal gusto del laxante (coeficiente 0,56). La tolerancia, el volumen excesivo y el gusto fueron peores con PEG 4L, sin diferencias significativas en dolor abdominal, distensión o náuseas (tabla). En el análisis multivariado mediante regresión lineal múltiple, una peor tolerancia se asoció independientemente con el sexo femenino (Beta 1,7, IC95% 0,6; 2,7) y con el grupo PEG 4L (Beta 1,7, IC95% 0,7; 2,7). La aceptabilidad fue mejor con PEG+A 2L. No hubo diferencias en el porcentaje de preparación ineficaz (tabla).

	PEG+A 2L	PEG 4L	Diferencia media (IC95%)	Valor p
n	68	62		
Tolerancia general*	3,1	4,5	1,4 (0,4-2,4)	0,009
Volumen excesivo*	4,6	5,8	1,2 (0,2-2,2)	0,01
Sabor*	3,3	4,6	1,3 (0,2-2,3)	0,02
Dolor abdominal*	1,3	1,4	0,1 (-0,8-1)	0,82
Distensión abdominal*	2,4	2	-0,4 (-1,2-0,4)	0,35
Náuseas o vómitos*	1,4	1,1	-0,3 (-1,1-0,4)	0,35
Aceptabilidad	62 (91%)	48 (77%)	-13,8% (-26,5-0,01)	0,03
Preparación inadecuada	7 (10,3%)	5 (8,1%)	-2,2% (-12,7-8,6)	0,7

*Escala analógica visual (1 excelente-10 insoportable).

Conclusiones: La preparación para colonoscopia en pacientes diabéticos con un laxante de bajo volumen de polietilenglicol y ascorbato consigue mejor tolerancia y aceptabilidad sin comprometer la eficacia. ClinicalTrials.gov: NCT02297399.

17. UTILIDAD DEL VISOR EN TIEMPO REAL DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN LA CLÍNICA DIARIA

J. Hinojosa Guadix, A. Sánchez Yagüe, M.C. López Vega, M.I. Méndez Sánchez, M.C. García Gavilán, E. Soria López y A.M. Sánchez Cantos

Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La capsuloendoscopia (CE) es el método de elección para el estudio del intestino delgado. Las exploraciones incompletas afectan el 17% de los estudios. La utilización del visor en tiempo real (VTR) junto a un protocolo de intervención ha demostrado

disminuir drásticamente el número de exploraciones incompletas al tiempo que permite disminuir el tiempo de estudio mediante la retirada del equipo cuando se identifican imágenes de colon. Sin embargo, estos estudios se realizaron utilizando la primera versión del VTR que consistía en un ordenador conectado al grabador. La segunda versión está integrada en el grabador lo cual ofrece imágenes de menor tamaño y resolución.

Objetivo: Evaluar la utilidad en la práctica clínica diaria del VTR de segunda generación.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo con carácter retrospectivo donde se incluyeron los estudios realizados en el Hospital Costa del Sol de Marbella desde junio de 2014 a agosto de 2015. En todos ellos se utilizó la capsula PillCam SB3 y el DataRecorder3 que tiene un VTR incorporado. En nuestro centro utilizamos un método estandarizado de estudio. Una vez la capsula está en duodeno se realizan comprobaciones a las 4, 5, 6 y 7 horas. Si se observan imágenes sugestivas de colon en alguna de ellas se detiene la grabación y se retira el equipo. En caso contrario a las 5 y 6 horas se administra un sobre de polietilenglicol (PEG) mientras que a las 7 horas se mantiene el equipo hasta el final de la vida de la batería sin realizar nuevas comprobaciones.

Resultados: Se incluyeron 101 estudios. Se retiro el equipo antes del final de la vida de la batería en 73. De estos, en 8 (8/73; 10,9%) la capsula no estaba todavía en ciego. De los 28 estudios en los que se mantuvo el equipo hasta el final de la batería no se alcanzó el ciego en 9 aunque 5 de ellos se debió a retención de la cápsula en lesiones visibles.

Conclusiones: El uso del visor en tiempo real en la práctica clínica permite la retirada precoz del equipo en un cierto número de casos pero pierde parte de los beneficios observados en estudios

protocolizados. El menor tamaño y peor calidad de las imágenes del nuevo visor junto a la inclusión de más operadores estarían entre las posibles causas de estos resultados.

18. DIVERTICULOTOMÍA ENDOSCÓPICA UTILIZANDO LIGASURE™

B. Moreira da Silva, A. Germade Martínez, L. Pérez Cidores, S. Maestro Antolín, F. Santos, A. Pérez Millán y F. Igea
Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción: El tratamiento del divertículo de Zenker puede ser quirúrgico, sin embargo, con el desarrollo de procedimientos mínimamente invasivos, se inició su tratamiento a través de la endoscopia flexible, siendo hoy considerada una técnica viable, efectiva y segura. La utilización de la técnica sellado-sección mediante Ligasure™ proporciona una adecuada y rápida disección del tejido logrando, a la vez, una hemostasia eficiente.

Métodos: Entre 2009 y 2015, se diagnosticaron mediante gástricopia y/o esofagograma, 8 pacientes con divertículo de Zenker, procediéndose posteriormente a la diverticulotomía endoscópica. Los pacientes acudieron en ayunas de al menos 6 horas y se administró una dosis de antibiótico antes de la prueba. Durante el procedimiento, se utilizó sedación profunda mediante la administración intravenosa de propofol; a continuación, se introdujo el diverticuloscopio y se realizó la disección del septo utilizando Ligasure™. Posteriormente, los pacientes permanecieron en observación durante 24 horas, iniciándose la tolerancia oral después de 6 horas de ayuno.

Resultados: Se trataron 8 pacientes, 5 mujeres y 3 hombres, con edad media de 78 ± 15 años. El 25% presentaban ASA I, 36% ASA II, 14% ASA III y 25% ASA IV. El síntoma principal fue la disfagia. El tamaño de los divertículos varió entre 1 a 7 cm. El éxito técnico fue de 100%, no presentando ninguna complicación inmediata; 1 paciente presentó HDA como complicación tardía, sin repercusión hemodinámica ni necesidad de intervención endoscópica terapéutica. La estancia media fue de 24h. Síntomas: 7 pacientes se encuentran asintomáticos, mientras que 1 paciente presentó mejoría clínica parcial, necesitando nueva diverticulotomía. Ningún paciente precisó intervención quirúrgica.

Conclusiones: El tratamiento del divertículo de Zenker mediante diverticulotomía endoscópica con Ligasure™ proporciona una mayor eficacia, rapidez y seguridad, en comparación con la cirugía abierta y con otras técnicas endoscópicas, como la sección del septo con aguja de diatermia, tanto en pacientes de bajo o alto riesgo quirúrgico, por lo que podría plantearse como primera elección de tratamiento.

19. VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE LA CLASIFICACIÓN NICE PARA PREDICIR INVASIÓN PROFUNDA DE LA SUBMUCOSA EN PÓLIPOS DEL COLON EVALUADOS EX VIVO

I. Puig^a, M. López-Cerón^b, M. Pellisé^b, A. Arnau^c, A. Herreros^d, N. Ascón^e, J. López^f, L. de Castro^g, P. Vega^h, O. Nogalesⁱ, H. Núñez^j, M. Hernández^d, A.Z. Gimeno^k, A. Ferrández^l, A. Burgos^m, L. Rivero^b, J. Garcíaⁿ, E. Martínez-Bauer^o, J. Mendoza^o, D. Rodríguez^f, P. Díez^j, P. Estévez^g, V. Hernández^g, J. Llaó^a, S. Soto^h, J. Ducóns^l, D. Martínez^g, J.M. Pascual^m, F. Porta^a, J. Cubiella^h, F. Domínguez^g, L. Cid^g, A. Isava^a, M.A. Álvarez^p, B. Peñas^q, E. Sánchez^h, M. Francisco^h, M.I. Castro^h, P. Quintas^h, R.M. Macenlle^h, W. Díaz^h, C. Sostre^l, F. Gomollón^l, M.Á. Simón^l, B. Piqueriasⁿ, E. Tomásⁿ, F. Garcíaⁿ, G. de la Pozaⁿ, I. Guerraⁿ, M.P. Valerⁿ, R. Campón^h, C. González^l, J. García^l, M. Acosta^l, J.L. Martínez^d, J. de la Revilla^d, N. Fernández^d, E. Vázquez^q, J.R. Foruny^q, J.A. González^q, S. Parejo^o, R. Rey^m, E. Marín^m, E. Martín^m, J. Poza^m, E. Llop^d, Y. González^d, J.R. Pineda^g, A. Martínez^g, F. Riu^p, A. Seoane^p, P. Sort^a y F. Vida^a

^aAlthaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Servei de Aparato Digestivo. ^bHospital Clínic de Barcelona, ICMDiM, Servei de Gastroenterologia i Endoscopia digestiva. ^cAlthaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Unidad de Investigación e Innovación. ^dHospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^eAlthaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. ^fHospital Universitario de Móstoles, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^gComplejo Hospitalario Universitario de Vigo, Servicio de Aparato Digestivo. ^hComplejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital Gregorio Marañón e IISGM, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital Universitario Río Hortega, Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^kHospital Universitario de Canarias, La Laguna, Servicio de Aparato Digestivo. ^lHospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^mHospital Universitario La Paz, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁿHospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^oCorporació Sanitària Parc Taulí y CIBERehd, Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo. ^pHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^qHospital del Mar, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^rHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La clasificación NICE propone unos criterios endoscópicos para predecir invasión profunda de la submucosa en los pólipos del colon. Estos criterios podrían ayudar a decidir con mayor seguridad el tratamiento más adecuado (endoscópico o quirúrgico).

Objetivo: Evaluar la validez diagnóstica de la clasificación NICE para predecir invasión profunda de la submucosa en pólipos del colon evaluados ex vivo.

Métodos: Endoscopistas con una experiencia variable evaluaron la categoría NICE (1/2/3) y grado de confianza (alto/bajo) de 40 imágenes de pólipos del colon. Se tomó como gold standard la histología (9 hiperplásicos, 22 adenomas/adenocarcinomas superficiales y 9 adenocarcinomas profundos). Posteriormente realizaron un sencillo aprendizaje de la clasificación y volvieron a valorar las mismas imágenes. Para ambos tests se registraron las respuestas contestadas con alta confianza y se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN).

Resultados: Sesenta y ocho endoscopistas cumplieron el protocolo del estudio (47% con experiencia en NBI y 19% en la clasificación NICE). Despues del aprendizaje, el porcentaje de lesiones evaluadas con alta confianza se incrementó del 70% al 81% y la S, E, VPP y VPN fue del 94%, 97%, 89% y 98% respectivamente (tabla).

Conclusiones: La clasificación NICE es útil para predecir invasión profunda de la submucosa en lesiones evaluadas ex vivo. Futuros estudios deben evaluar su validez en lesiones in vivo.

	Global		Lesiones evaluadas con alta confianza	
	Test pre-aprendizaje	Test post-aprendizaje	Test pre-aprendizaje	Test post-aprendizaje
Nº de endoscopistas	68	68	68	68
Nº de lesiones evaluadas/n total % (IC95%)	2.270/2.270 (100)	2.270/2.270 (100)	1.901/2.270, 69,9 (68,1-71,6)	2.213/2.270, 81,4 (79,8-82,8)
S, % (IC95%)	91,01 (89,9-92,1)	87,6 (86,3-88,9)	97,2 (96,4-97,9)	93,9 (92,9-94,9)
E, % (IC95%)	88,2 (87,0-89,4)	93,9 (93-94,8)	94,4 (93,4-95,5)	97 (96,2-97,7)
VPP, % (IC95%)	69,3 (67,5-70,9)	80,6 (79,1-82,1)	83,5 (81,8-85,2)	89,4 (88,1-90,6)
VPN, % (IC95%)	97,1 (96,5-97,8)	96,3 (95,6-97)	99,11 (98,7-99,6)	98,3 (97,8-98,8)

20. ES POSIBLE MEJORAR LOS CRITERIOS PARA REMITIR A CIRUGÍA PÓLIPOS COLORRECTALES BENIGNOS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

M.L. Leoza^a, M. López-Cerón^a, L. Moreira^a, S. Carballal^a, L. Rivero^a, A. Sánchez^a, B. González-Suárez^a, G. Fernández-Esparrach^a, A. Ginés^a, O. Sendino^a, A. Cárdenas^a, H. Córdova^a, J. Llach^a, G. Martínez-Pallí^b, A. de Lacy^a, F. Balaguer^a y M. Pellisé^a

^aHospital Clínic i Provincial y CIBEREHD, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Clínic de Barcelona, ICMDiM, Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva.

Introducción: La resección endoscópica es el tratamiento de elección para los pólipos colorrectales. Sin embargo, frecuentemente los pólipos complejos son remitidos a cirugía.

Objetivo: Evaluar los criterios de derivación de pólipos benignos a cirugía en un centro de tercer nivel.

Métodos: Se analizó de forma retrospectiva pacientes que durante el periodo de enero de 2010 a diciembre 2014 habían sido intervenidos quirúrgicamente debido a pólipos no resecables endoscópicamente. Se recogieron datos de informes endoscópicos, histológicos y quirúrgicos. En función de las características basales de los pólipos, se definió una variable para estratificar el grado hipotético de dificultad de la polipectomía.

Resultados: Se incluyeron 85 pacientes. El tamaño medio de los pólipos fue de 30 mm (RIQ 21-40), 54 (63,5%) pólipos tenían una morfología plana y 57 (67,1%) estaban localizados proximalmente al ángulo esplénico. En función de las características basales, 38 (44,7%) fueron clasificados como extremadamente difíciles, 44 (51,8%) como desafiantes, y 3 (3,5%) como de dificultad estándar. Las indicaciones de derivación quirúrgica fueron: non lifting-sign sin cicatriz en 19 (22,4%) casos, presencia de cicatriz en 22 (25,9%), y gran tamaño y/o localización difícil en 44 (51,8%). Treinta (35,3%) pólipos fueron remitidos directamente a cirugía sin ningún intento previo, y 25 (29,4%) casos presentaron varios intentos endoscópicos. Las características basales de los pólipos ni el grado de dificultad se asociaron al número de intentos de resección endoscópica. Diecisésis (18,8%) pacientes presentaron algún evento adverso en relación a la intervención quirúrgica.

Conclusiones: Los criterios de derivación quirúrgica fueron variables y subjetivos. La mitad de los pólipos referidos a cirugía inicialmente eran accesibles endoscópicamente. La resección previa incompleta fue responsable del 25% de las intervenciones quirúrgicas. Es posible mejorar el manejo de los pólipos complejos a fin de evitar cirugías innecesarias.

21. DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA: RESULTADOS CLÍNICOS DE UNA TÉCNICA EMERGENTE

F. Ramos^{a,b}, J. Rodríguez-Pascual^{a,b}, L. Moreno^{a,b}, C. Gil^{a,b}, E. Gento^{a,b}, J. Minguillán^{a,b}, J.L. Matas^{a,b}, M.A. García-Mayor^{a,b}, A. Alzina^{a,b} y J. Vásquez^{a,b}

^aHospital Universitario HM Montepíñlope, Madrid. ^bUniversidad CEU San Pablo, Madrid.

Introducción: La disección endoscópica submucosa (DES) es una técnica emergente en países occidentales. Permite el tratamiento de neoplasias superficiales de forma eficaz. Su implementación en la práctica clínica habitual es difícil por el elevado nivel de complejidad de la técnica.

Objetivo: Describir la curva de aprendizaje mediante los resultados de eficacia y seguridad de la DES utilizando el sistema de hidrodisección de ERBEJET.

Métodos: Se recogieron de forma prospectiva las DES realizadas por un mismo endoscopista entre junio-2013 y dic-2015. Se registraron datos de los pacientes, las lesiones y los aspectos de la técnica.

Resultados: Se realizaron 77 DES de forma consecutiva. La edad media de los pacientes fue 64,8 años (rango 36-87), con una proporción de varones del 54,5%. Riesgo anestésico: ASA I-II 76%, ASA III 24%. La localización de las lesiones fue: estómago 8 (10,3%), colon derecho 35 (45,4%), colon transverso 8 (10,3%), colon izquierdo 14 (18,1%) y recto 12 (15,5%). La indicación en estómago fue 8 casos de lesiones submucosas. El tipo de lesiones en colon fue: 0-Is 4 casos, 0-IIa 59 casos, 0-IIb 2 casos, 0-IIc 1 caso, 0-IIa+0-IIc 3 casos. El resultado histológico fue: 5 carcinoides gástricos, 2 páncreas ectópico gástricos, 1 malformación vascular gástrica, 1 hiperplásico, 5 serrados con displasía de bajo grado (DBG) y 3 con displasía de alto grado (DAG), 33 adenomas con DBG y 19 con DAG, 6 adenocarcinomas intramucosos y 2 adenocarcinomas con invasión submucosa. El tamaño medio de las lesiones fue de 27,8 mm (rango 10-60), y por localización: estómago 11 mm, colon derecho 30,7 mm, colon transverso 24,8 mm, colon izquierdo 27,6 mm y recto 33,3 mm. Los resultados de la disección se evaluaron en 2 grupos: Grupo A n = 38 (1-38 casos): disección pura en bloque R0 8 casos (21%), pura en bloque R1 2 (5,1%), híbrida en bloque R0 14 (36,8%), híbrida fragmentada Rx 13 (34,2%), híbrida fragmentada incompleta 1 (2,6%). Hemorragia 2 (5,2%). Perforación 6 (15,7%). Grupo B n = 39 (39-77 casos): bloque R0 24 (61,5%), híbrida en bloque R0 10 (25,6%), híbrida fragmentada Rx 5 (12,8%). Hemorragia 1 (2,5%). Perforación 1 (2,5%). En la comparación, la fase con mayor experiencia obtiene mejores resultados con disección pura en bloque R0 del 61,5% ($p < 0,001$) y disección global en bloque R0 del 87%, y con un porcentaje de complicaciones muy bajo. El resultado global de la serie fue de 56 disecciones en bloque (75%), 74 resecciones completas (95%), 3 hemorragias (3,8%) y 7 perforaciones (9%). Todas las complicaciones se resolvieron endoscópicamente, excepto un caso de perforación que precisó una resección segmentaria quirúrgica. No se registró mortalidad. La mediana del ingreso fue de 2,1 días (rango 1-11).

Conclusiones: La DES puede introducirse de forma progresiva en la práctica clínica. La hidrodisección y la acumulación de la experiencia en un solo endoscopista permite realizar la curva de aprendizaje y la fase de implementación del procedimiento con unos resultados aceptables.

22. CURVA DE APRENDIZAJE Y REQUERIMIENTOS MÍNIMOS PARA OBTENER ACREDITACIÓN EN COLANGIOPANCREATOGRAFÍA TERAPÉUTICA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA (CPES)

E. Vázquez-Sequeiros^a, S. López Durán^a, L. Aguilera^a, J.A. González Martín^a, J.R. Foruny^a, D. Boixeda^a, D. Juzgado Lucas^b, M. Pérez Miranda^c y A. Albillos^a

^aHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario Quirón Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario Río Hortega, Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Técnicas híbridas de CPRE y ecoendoscopia (colangiopancreatografía endosonográfica, CPES) permiten tratar a pacientes (PT) con patología biliopancreática (tumores/litiasis/pancreatitis) en los que la CPRE fue fallida. La curva de aprendizaje (CA) y la experiencia mínima están por definir.

Objetivos: 1) Analizar la CA de un endoscopista (E) en CPES. 2) Identificar marcadores subrogados de competencia para su realización.

Métodos: Análisis retrospectivo de base de datos prospectiva de CPES realizadas en 2 centros por un mismo E. Período inclusión: 01/05-05/15. Criterios inclusión: PT con patología biliopancreática tributaria de tratamiento endoscópico en los que la CPRE fue fallida o la papila inaccesible (cirugía/estenosis). Examen: se realizaba USE-PAAF de vía biliar/pancreática, se inyectaba contraste y se

	Grupo 1 (primeros 40 pacientes)	Grupo 2 (segundos 40 pacientes)	p
Indicación: biliar/pancreática	34/6	32/8	0,385
Transmural/Rendez-Vous	36/4 (90%/10%)	34/6 (85%/15%)	0,369
Éxito técnico	28/40 (70%)	39/40 (97%)	0,001
Éxito clínico	26/40 (65%)	33/40 (82%)	0,04
Efectos adversos	18/40 (45%)	7/40 (18%)	0,007

introducía guía-0,035" hasta duodeno/ducto pancreático/coleodoco: si se requería colocación de prótesis, se dilataba el trayecto y se insertaba; si se realizaba RendezVoux, se avanzaba la guía hasta duodeno y se completaba examen con duodenoscopio (CPRE). Análisis: Descriptivo de éxito técnico (ET) (completar pasos), éxito clínico (EC) (respuesta clínica) y efectos adversos (EA). Se analizó la cohorte completa (80 primeros PT) y la CA de esta, así como por bloques (10, 20, 30 y 40 PT consecutivos).

Resultados: Se trataron 80 PT ($76,4 \pm 8,3$ años, H/M 68/32%): ET 84% (67/80), EC 74% (59/80) y tasa EA 31% (25/80). EA más frecuentes: colangitis y pancreatitis. Se registraron 2 exitus, en Grupo 1 (coleperitoneo) y en Grupo 2 (colangitis/sepsis). Se objetivó mejoría significativa tras las primeras 40 CPES, pero no por debajo de dicho rango (10, 20, 30 CPES; $p > 0,05$) (tabla).

Conclusiones: 1) La CA de CPES es larga, requiriendo de al menos 40 procedimientos para obtener resultados, en términos de eficacia y seguridad, aceptables. 2) La acreditación en CPES debería restringirse a los que superen dicho dintel. Y con menos experiencia deberían ser supervisados por expertos en CPES.

23. EXPERIENCIA CLÍNICA DE LA ENTEROSCOPIA CON CÁPSULA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

A. Rodríguez, J. Sopeña, M. Menacho, C. Abadia de Barbarà, L. Zacarías, B. Balleste y J.C. Quer

Hospital Joan XXIII, Tarragona, Servicio de Aparato Digestivo.

Objetivos: 1. Conocer la experiencia clínica en el uso de la cápsula endoscópica (CE) en nuestro centro. 2. Evaluar el impacto clínico de las CE solicitadas desde nuestro centro en el manejo terapéutico de los pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de las CE realizadas entre febrero 2011 y septiembre 2015.

Resultados: Se han realizado 152 CE en 146 pacientes, 54% mujeres, con una edad media de 62 años (16-86). En el 17% ($n = 26$) de los casos la CE se efectuó durante el ingreso. Se realizaron 14 estudios con cápsula Patency, cuyo resultado contraindicó en dos casos la CE convencional. El 22% de los pacientes recibían tratamiento antiagregante ($n = 33$, 5 doble antiagregación) y el 12% ($n = 18$) anticoagulante. Las principales indicaciones fueron la anemia ferropénica (AF) (49%, $n = 75$) y la hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) (30%, $n = 46$). El rendimiento diagnóstico global de la CE fue del 65% ($n = 98$), siendo del 63% en las HDOO ($n = 26$) y del 70% en las AF ($n = 49$). Los hallazgos más frecuentes fueron las angiodisplasias (40%, $n = 61$), úlceras/erosiones (22%, $n = 34$); y en un 4% ($n = 6$) se identificó sangre fresca. De las variables analizadas, la edad > 50 años (86% vs 44%, $p < 0,001$) y tomar fármacos tipo antiagregación y anticoagulación (80% vs 60%, $p < 0,016$) se asociaron a mayor probabilidad de hallazgos significativos en el estudio. En el subgrupo de pacientes con CE indicada desde nuestro centro (45%, $n = 69$) los hallazgos derivaron en un cambio terapéutico en un 35% de los casos: 12 pacientes enteroscopia diagnóstico-terapéutica, 6 retirada de la antiagregación y/o anticoagulación y en 10 inicio de tratamiento con análogos de la somatostatina. En nin-

gún paciente con AF únicamente en ferroterapia oral el resultado de la CE modificó la actitud terapéutica.

Conclusiones: 1. El rendimiento diagnóstico de las CE ha sido elevado, siendo similar en las dos indicaciones más frecuentes (HDOO y AF). 2. Los hallazgos de la CE conllevaron un cambio terapéutico en el 35% de los casos.

24. HALLAZGOS COLONOSCÓPICOS EN PACIENTES SINTOMÁTICOS FRENTE A ASINTOMÁTICOS SOMETIDOS A CRIBADO DE CCR

Y. Palma Verduguez, J. Aldai Larrinaga, I. Azagra de Miguel, A. Campos Ruiz, A. Sánchez Patón, I. Ganchegui Aguirre, P. Aranzábal Aguilar, C. Molina Álvarez, C. Enciso Coloma, M. Álvarez Rubio, A. Orive Calzada y A. López Picado

Hospital Universitario de Álava, Vitoria, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: El cáncer colorrectal es una enfermedad con alta mortalidad en la población general.

Objetivo: Describir los hallazgos en las colonoscopias realizadas en pacientes con sintomatología frente a los pacientes derivados del Programa de Cribado de CCR.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron las colonoscopias realizadas en el servicio de Digestivo del HUA (abril y diciembre del 2014), procedentes del programa de cribado de CCR y las solicitadas por sintomatología. El grupo de pacientes sintomáticos (PS) tenía las siguientes características, 50-69 años, y sintomatología digestiva (rectorragia, dolor abdominal, anemia/ferropenia, síndrome constitucional, alteración en el ritmo intestinal y síntomas anorrectales). Los pacientes asintomáticos se obtuvieron del programa de cribado de CCR (PC). Se excluyeron colonoscopias realizadas por antecedentes familiares de CCR, enfermedad digestiva en seguimiento, antecedentes de pólipos y neoplasias activas.

Resultados: Se incluyeron un total de 1.410 pacientes, 800 del PC y 610 PS. El 53,8% ($n = 758$) eran hombres; en el grupo PC representaban el 57,0% ($n = 456$) y en el grupo PS el 49,5% ($n = 302$). La edad media fue de $59,6 \pm 5,8$ años sin que hubiera diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,078$; PC $59,7 \pm 5,8$ años y $59,4 \pm 6,0$ años PS). En el grupo PS los síntomas más frecuentes fueron la rectorragia (38,9%; $n = 236$) y las alteraciones del ritmo intestinal (36,9%; $n = 224$). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,543$) en la preparación entre los grupos ya que el 91,0% ($n = 565$) de los PS y el 94,1% de los pacientes del PC presentaban una adecuada preparación. 7 pacientes (grupo PC) sufrieron alguna complicación. El 69,2% ($n = 412$) de los PS presentaban resultados normales o no relevantes frente al 40,2% ($n = 320$) de los pacientes del PC. Se detectó enfermedad relevante en el 4,1% ($n = 25$) de los pacientes sintomáticos (en su mayoría EII) y el 1,0% ($n = 8$) de los pacientes del cribado. También se detectaron diferencias significativas para el CCR, (3,9% grupo PC frente 1,8% grupo PS; $p = 0,023$), adenomas de bajo riesgo (16,5% grupo PC frente 12,1% grupo PS; $p = 0,021$), y adenomas de alto riesgo (38,1% grupo PC,

frente al 12% PS). El 50% de los CCR del grupo PS eran estadios III-IV mientras que el grupo PC fueron el 51,7%.

Conclusiones: Los pacientes sintomáticos presentan un mayor número de enfermedades relevantes, en su mayoría EII tipo CU, EC y C. indeterminadas. Mientras que los pacientes del cribado de CCR presentan un mayor número de casos de CCR, AAR y ABR. También podemos concluir que en su mayor parte las colonoscopias solicitadas por alguna sintomatología, presentan hallazgos “normales o no relevantes”.

25. ESTUDIO RETROSPETIVO DE LAS LESIONES SUBMUCOSAS CARACTERIZADAS POR ECOENDOSCOPIA

A. Torralba Gallego, I. Arteagoitia Casero, N. Gendive Martín, M. Rodríguez Miguel, I. Casado Morentín, A. Barturen Barroso y E. Martínez Moneo

Servicio de Digestivo, Hospital Universitario de Cruces, Vizcaya.

Introducción: Algunas lesiones submucosas tienen potencial maligno, por lo que un correcto diagnóstico es importante para su manejo. La ecoendoscopia (USE) es el mejor método de imagen para caracterizarlas y nos permite la obtención de muestras para su análisis citológico. Dichos hallazgos son útiles para la práctica clínica habitual.

Objetivo: Revisar nuestra experiencia en el estudio de las lesiones submucosas por USE.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico de lesiones submucosas a los cuales se realizó una USE en el Hospital Universitario de Cruces del 1/01/2006 al 31/12/2014.

Resultados: Se incluyeron un total de 184 pacientes con una proporción ligeramente superior de varones (56,5%) respecto a mujeres (43,5%) con una mediana de edad de 61 años. La localización más frecuente fue estómago (58,2%), seguida de esófago (25%) y duodeno (14,1%). Las lesiones de tracto digestivo inferior fueron infrecuentes (2,7%). El diagnóstico por ecoendoscopia más frecuente fue el GIST (34,2%), seguido de leiomioma (20,1%), páncreas ectópico (12,5%) y lipoma (10,3%). Se realizó análisis citológico del 31,5% de las lesiones, de las cuales el diagnóstico más frecuente fue el GIST (31%). Se intervinieron quirúrgicamente el 66,4% de las lesiones, en las cuales el 54,4% el diagnóstico fue GIST. Un 72,8% de las lesiones eran mayores de 10 mm. El 90% de las intervenidas fueron mayores de 10 mm,

siendo el 42,6% mayores de 30 mm. Un tercio de los pacientes eran asintomáticos, otro tercio debutó con dolor abdominal y el 19,8% con hemorragia digestiva. En los pacientes operados el síntoma más frecuente fue la hemorragia digestiva alta (37%).

Conclusiones: La ecoendoscopia es un método diagnóstico útil para la caracterización de lesiones submucosas y aporta información útil para su manejo en la práctica clínica habitual. La lesión submucosa más frecuentemente diagnosticada e intervenida es el GIST. Las lesiones intervenidas quirúrgicamente son de mayor tamaño (42,6% mayores de 30 mm) y el 37% debutan con hemorragia digestiva alta.

26. EL MANEJO REAL DE LOS ANTIPLAQUETARES ANTES DE LA ENDOSCOPIA: CUALQUIER PARECIDO CON LA TEORÍA ES PURA COINCIDENCIA

C. Satorres^a, M. Bustamante^a, G. Plumé^b, F.C. Díaz^a, M. Ponce^a, N. Alonso^a, L. Argüello^a, A. Barrios^a, J. del Hoyo^a y V. Pons^a

^aHospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Unidad de Endoscopia Digestiva. ^bHospital Universitario Dr. Peset, Valencia, Servicio de Hematología.

Introducción: A pesar de la existencia de guías de práctica clínica varios estudios han mostrado confusión en el manejo periendoscópico de los fármacos antiplaquetarios (ATP).

Objetivo: Describir el manejo real de los ATP en los pacientes que se someten a una endoscopia digestiva en nuestro centro.

Métodos: Entre enero-junio de 2015 los endoscopistas encuestaron a los pacientes que se sometían a gastroscopia o colonoscopia. Variables: edad, sexo, prueba, indicación, peticonario, tipo de ATP según el paciente y según el volante, indicación del ATP, modificación de la pauta de ATP para la prueba (retirada/cambio), quién indicó el cambio y días de retirada.

Resultados: Se incluyeron 668 pacientes [edad (mediana, rango) = 62 (19-99); 337 (50,5% hombres] a los que se les realizó 685 exploraciones (282 gastroscopias y 403 colonoscopias, 6 pacientes gastroscopia y colonoscopia el mismo día). Se recogieron 679 cuestionarios. Según el paciente, 102 (15%) tomaban ATP; y según el volante, 95 (14%). Existió un 7% de desacuerdo entre ambas informaciones (tabla 1). De los 95 pacientes que tomaban ATP según el volante, se modificó la pauta en 37 (39%) [AAS: 26 (33%); clopidogrel: 5 (6%); DAPT: 6 (100%)] (tabla 2). En 15 casos (34%) la modifi-

Tabla 1. Comparación entre la información del volante y del paciente en cuanto a toma de ATP

	ATP volante				ATP paciente			
	Sí toma	No toma	No consta	Total	AAS	Clopidogrel	DAPT	
ATP paciente	Sí toma	82	13	7	102	AAS	68	0
	No toma	9	547	13	569	Clopidogrel	0	0
	No consta	4	3	1	8	DAPT	1	0
	Total	95	563	21	679	DAPT: terapia antiplaquetar dual.		

Tabla 2. Modificación de la pauta de antiagregación dependiendo del ATP que aparece en el volante

	AAS	Clopidogrel	DAPT
No modificación	53	3	0
Retirada	25	4	2
Retirada solo AAS	-	-	2
Retirada solo otro ATP	-	-	2
Cambio a/de AAS	1	1	-

DAPT: terapia antiplaquetar dual.

ficación la realizó el paciente sin indicación médica, siempre restando el AAS. El médico fue el responsable de las modificaciones de los otros ATP. En ningún caso se detectó relación entre la modificación del ATP y su indicación (profilaxis primaria/secundaria) o el riesgo de sangrado de la prueba. El tiempo de retirada [mediana días (rango)] fue 7 (1-15). El médico retiró el AAS más de 5 días en el 77% de los casos y el clopidogrel en el 83%.

Conclusiones: 1) La información sobre los ATP proporcionada por el médico y el paciente no coincide. 2) Médicos y pacientes modifican sin necesidad la pauta de ATP y sin considerar las características de la prueba o la indicación del ATP. 3) La interrupción se prolonga más de lo recomendado.

27. VALORACIÓN DE LA ADECUADA INDICACIÓN DE LAS COLONOSCOPIAS SOLICITADAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN INDIVIDUOS DE RIESGO ELEVADO DE CCR Y DENEGACIÓN DE LAS INADECUADAS

P. Díez Redondo, H. Núñez Rodríguez, R. Sánchez-Ocaña, L.A. Vargas, R. Amo, J. Santos, M. de Benito, C. de la Serna, P. Gil Simón y M. Pérez-Miranda

Hospital Río Hortega, Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Si bien es conocida la elevada sobreutilización de la colonoscopia (CS) en el seguimiento de los individuos con riesgo elevado de CCR (IRE-CCR) pocas publicaciones describen mecanismos para disminuir la realización de las CS mal solicitadas.

Objetivo: Valorar las solicitudes de CS recibidas desde Atención Primaria (CSAP) con objeto de: -Detectar y denegar aquellas que no cumplen indicaciones incluidas en "European Guidelines on quality assurance of CCR screening 2009" en vigilancia post-polipectomía (VPP) y "Guía de Práctica Clínica de Prevención de CCR AEG-SEMFyC 2009" en historia familiar de CCR/adenomas (AF) -Secundariamente: Denegar temporalmente las solicitudes con datos insuficientes para su valoración, que pueden reevaluarse tras aportar más información. Detectar las solicitudes de CS en individuos con síntomas de alarma. Denegar las peticiones por síntomas ya estudiados con CS en < 3 años en < 50 años.

Métodos: Entre marzo 2011 a marzo 2015 valoramos sistemáticamente todas las peticiones de CSAP recibidas, completando sus datos con los de la Historia Clínica Electrónica (HCE) y/o solicitando información a otros Centros. Recogimos filiación, prioridad, motivo de petición, AF (nº, parentesco, edad al diagnóstico), CS previas (fecha, limpieza colónica y hallazgos). Realizamos Sesiones Clínicas con Atención Primaria e incluimos los protocolos a seguir en la intranet. La denegación de CS queda recogida en la HCE del paciente, comunicándose por correo al médico peticionario, explicando el motivo de denegación, la fecha adecuada en la que debería hacerse la CS o si debiese incluirse al paciente en Programa de cribado CCR (S). Se facilita un correo electrónico de contacto con los médicos endoscópticos para plantear dudas, sugerencias o ampliar información de peticiones previas. Las peticiones aceptadas se clasifican en: Preferentes (P), Convencionales (C) y Asintomáticos (A). Recogimos las reclamaciones escritas relacionadas con la implantación del sistema o con el tiempo de espera para CS.

Resultados: Analizamos las 4.083 peticiones de CSAP, un 30% del total de las recibidas. 3.277 (80,3%) fueron aceptadas y 806 (19,7%) denegadas. Clasificación de las aceptadas: 7,7% P, 46,3% C y 36% A. Las denegadas: 754 definitivas y 52 temporales. 67,3% tenían CS previa. El 50,3% fueron por AF, el 42,6% por SPP y el 7,1% por síntomas ya estudiados o hallazgos previos que no precisan revisión. Las CS rechazadas disminuyeron anualmente hasta estabilizarse (350 el primer año a aproximadamente 175 los dos últimos años). Media de mails recibidos/mes: 6. Media de reclamaciones escritas: 16/año, similar a

las recibidos pre-valoración. La espera media hasta CS no pudo valorarse al aumentar las CS solicitadas tras instaurar el S en 2013.

Conclusiones: 1. La revisión sistemática de peticiones CS-AP evita un 18,5% de CS inadecuadas, sobre todo por AF y SPP (93%), facilitando detectar y citar de forma preferente las CS con datos de alarma 2. Para su buen funcionamiento es imprescindible que el volante de petición contenga información completa 3. La aceptación de los médicos peticionarios y pacientes es buena, si mantenemos una comunicación fluida.

28. UTILIZACIÓN DE LA ENDOPRÓTESIS ESOFÁGICA SX-ELLA DANIS EN EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARICES ESOFÁGICAS

S. Blanco Sampascual, A.B. Díaz Roca, A. Calderón García, M.T. Bravo Domínguez, F. Menéndez Blázquez, M. Liberal Sarnago, A. Merino Zubizarreta, S. Martínez Garbaje, P. Cabezudi Gil, A. Baranda Martín y V.M. Orive Cura

Hospital Universitario Basurto, Osakidetza, Vizcaya, Servicio de Digestivo

Introducción: La hemorragia por varices esofágicas es una complicación grave y potencialmente mortal en los pacientes con cirrosis hepática. El tratamiento de elección consiste en la administración precoz de fármacos vasoactivos (terlipresina o somatostatina) junto a tratamiento endoscópico (esclerosis o ligadura con bandas elásticas). Con esta terapia se consigue el control de la hemorragia en la gran mayoría de pacientes, pero el tratamiento fracasa en un 10-20% de casos, con el consiguiente aumento de la mortalidad. Para intentar resolver estos fracasos se puede intentar un segundo tratamiento endoscópico o un taponamiento con balón, TIPS o incluso cirugía, pero estos procedimientos conllevan un riesgo significativo de complicaciones y no están disponibles en todos los centros. Por este motivo se han desarrollado endoprótesis esofágicas metálicas expandibles recubiertas (SX-Ella Danis), diseñadas específicamente para el control de la hemorragia por varices esofágicas, que permiten un tratamiento puente más prolongado y son seguras y de fácil colocación.

Objetivo: Valorar la experiencia en el manejo de la HDA por varices esofágicas de difícil control o refractaria a tratamiento estándar mediante prótesis SX-ELLA Danis en nuestro centro.

Métodos: En nuestro hospital, entre enero de 2012 y septiembre de 2015, se han tratado 5 pacientes cirróticos con hemorragia digestiva secundaria a varices esofágicas sin respuesta a tratamiento estándar mediante la colocación de endoprótesis esofágica (SX-ELLA Danis).

Resultados: Todos los pacientes eran varones, con una edad media de 63,4 años (48-83). Todos salvo uno (Child B) tenían buena función hepática. Cuatro de ellos habían fracasado a tratamiento con ligadura de bandas o escleroterapia, mientras que en uno se optó por colocar directamente la endoprótesis. Uno de los pacientes tenía antecedente de hemorragia por varices previa y otro había sido intervenido de hepatocarcinoma 11 meses antes. Se consiguió controlar la hemorragia en todos los casos, sin aparición de complicaciones derivadas del procedimiento. A tres pacientes se les colocó TIPS precozmente. Dos de los pacientes fallecieron, uno por shock séptico a las tres semanas y otro por complicaciones derivadas de un síndrome mielodisplásico un año después del episodio de sangrado. Dos pacientes se han seguido 12 y 14 meses y otro durante un mes y medio, y se encuentran estables, sin nuevas descompensaciones de su hepatopatía.

Conclusiones: Las prótesis metálicas recubiertas autoexpandibles Danis son una alternativa efectiva para el manejo de la hemorragia por varices esofágicas refractaria en aquellos pacientes en los que fracasa el tratamiento estándar. Su colocación no es técnicamente difícil y se asocia a escasas complicaciones. Puede consti-

tuir una alternativa terapéutica muy útil como puente hasta el tratamiento definitivo.

29. TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN RECIDIVANTE POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*. EXPERIENCIA EN DOS CENTROS ESPAÑOLES DE TERCER NIVEL

E. Rodríguez de Santiago^a, C. Arajol^b, C. Ferre Aracil^a, A. García García de Paredes^a, L. Aguilera Castro^a, J. Cobo Reinoso^c, R. del Campo^d, J. Guardiola^b y A. López San Román^a

^aHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Gastroenterología y Hepatología. ^bHospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Enfermedades Infecciosas, Madrid. ^dHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Microbiología, Madrid.

Introducción: La colitis por *Clostridium difficile* (CD) constituye la principal causa de diarrea infecciosa nosocomial, con una importante morbilidad. El tratamiento habitual se basa en antibióticos activos frente a CD (vancomicina, metronidazol, fidaxomicina). Hasta el 15-30% de los pacientes presenta una recurrencia en los tres meses posteriores. En este contexto, el trasplante de microbiota fecal (TMF) se postula como una opción terapéutica validada con tasas de éxito de hasta el 90%. Sin embargo, en nuestro medio, son escasos los centros que ofrecen este tratamiento.

Métodos: Serie de casos retrospectiva de pacientes con diarrea por CD tratados con TMF en dos centros de tercer nivel (Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona). Se recogieron variables demográficas, clínicas y microbiológicas de los receptores, la metodología, la efectividad y la seguridad de los procedimientos de TMF realizados desde enero de 2014 a noviembre de 2015.

Resultados: Se estudiaron un total de 10 donantes de los cuales dos fueron excluidos por detectarse un microorganismo patógeno en el coprocultivo y otro por antecedente de neoplasia. El 100% fueron donantes emparentados. Se realizaron 7 TMF en 6 pacientes. El 100% fueron mujeres con una mediana de 81 (RIQ, 29-85) años. Las principales comorbilidades de los receptores fueron hipertensión arterial (5/6, 83%), cáncer (1 melanoma de vulva y 1 adenocarcinoma gástrico estadio IV), enfermedad renal crónica en hemodiálisis (1), encefalopatía anóxica connatal (1) y diabetes mellitus (1). 5 de los 6 pacientes tomaban IBP de forma crónica. La principal indicación del TMF fue la recidiva de infección por CD (6/7), en un paciente la indicación fue la refractariedad al tratamiento antibiótico. Los receptores habían presentado una mediana de 3.5 episodios de diarrea por CD (RIQ, 3-5), siendo la mayoría leves (87%). Como tratamientos previos, los pacientes recibieron vancomicina v.o (100%); metronidazol 5/6 (83%); rifaximina 1/6 (16%) y fidaxomicina 3/6 (50%). La mediana de tiempo desde el último episodio de diarrea por CD al TMF fue de 12 días (RIQ, 4-15). La vía de administración del TMF fue por colonoscopia en 5 enfermos; un TMF fue realizado por sonda nasoyeyunal. Se llevó a cabo en régimen de hospitalización en 4 pacientes y de forma ambulante en 3. El principal efecto adverso atribuible al TMF fue el estreñimiento 2/7 (28%). La mediana de tiempo de seguimiento fue de 3 meses (RIQ, 3-8). La efectividad fue del 100% aunque fue necesario repetir el procedimiento en una paciente por recurrencia a los 38 días. Los síntomas se resolvieron en menos de 48 horas.

Conclusiones: En esta serie, la primera a nivel nacional, se confirma la efectividad y seguridad del TMF como tratamiento de la recidiva de la diarrea por CD. Se trata de un procedimiento sencillo y efectivo que podría y debería implementarse en más centros en nuestro medio.

Enfermedad inflamatoria intestinal

30. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS MÉTODOS DE VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M.L. de Castro^a, L. Sanromán^a, A. Martín^b, M. Figueira^a, V. Hernández^a, N. Martínez^b, J.R. Pineda^a, S. Pereira^a, J. Martínez-Cadilla^a e I. Rodríguez-Prada^a

^aComplejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Servicio de Aparato Digestivo. ^bComplejo Hospitalario Universitario de Vigo, Servicio de Farmacia.

Introducción: Lograr una adecuada adherencia terapéutica es un objetivo prioritario en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), que determinará su evolución y el consumo de los recursos sanitarios necesarios para su control. La discrepancia en las cifras de no adherencia terapéutica en EII (7-72%) se explican por la heterogeneidad de los pacientes y métodos empleados para valorarla. Actualmente se considera que la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas debe evaluarse combinando dos métodos.

Objetivo: Conocer la adherencia terapéutica en pacientes con EII en nuestro medio empleando una escala de autoevaluación: Morisky Medication Adherent Scale MMAS-8 y un índice de dispensación farmacéutica RMP.

Métodos: Estudio de cohortes en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU) en remisión atendidos en la consulta de EII entre octubre de 2014 y abril de 2015. Aquellos que aceptaron participar contestaron anónimamente las escalas MMAS-8, que valora 8 comportamientos relacionados con la toma de medicamentos, y BMQ "Beliefs about Medicines Questionnaire", de opiniones sobre medicamentos. Se revisó la recogida de fármacos en los 3 meses anteriores calculando el ratio medio de posesión (RMP) como la suma de los días en que se ha recogido medicación (intervalo entre la fecha de la primera recogida y la fecha de la última recogida) dividido por el número de días en ese intervalo. Consideramos no adherencia si RMP < 0,8 y/o MMAS-8 < 6.

Resultados: Participaron 203 pacientes: 121 CU y 82 EC, 50,7% varones; el 73,8% en monoterapia para su EII. La edad media fue 46,3(14) y el tiempo desde el diagnóstico 10,3 (8) años. Un 65% empleaban 5-ASA, 46,5% inmunosupresores y 15,8% fármacos biológicos. MMAS-8 identificó un 22,4% como no adherentes y RMP un 37%. La no adherencia se asoció en MMAS-8 con fallo a citas médicas y las puntuaciones BMQ en necesidad de tratamiento (alta) y preocupación por este (baja), mientras que en RMP se asoció a los niveles elevados de Proteína C reactiva y a la puntuación alta en BMQ subescala de daño por los medicamentos. La curva ROC para MMAS-8 comparada con RMP da un AUC 0,6 ($p = 0,001$) empleando punto de corte 6, con sensibilidad 70%, especificidad 52%, VPP 85,5% y VPN 34,3% para predecir adherencia terapéutica. Los pacientes con 5-ASA o inmunosupresores tienen mejor asociación entre MMAS-8 y RMP ($p = 0,01$ y $p = 0,004$ respectivamente).

Conclusiones: En EII, la escala MMAS-8 es una herramienta imperfecta para valorar la adherencia terapéutica, ya que tiende a sobreestimarla comparada con RMP. Aquellos pacientes con tratamiento 5-ASA o inmunosupresores tienen una mejor predicción de adherencia empleando MMAS-8. Las opiniones del paciente respecto a los medicamentos pueden condicionar su adecuada adherencia terapéutica.

31. PERCEPCIONES DEL PACIENTE SOBRE LA COMUNICACIÓN CON SU MÉDICO ESPECIALISTA E INFLUENCIA DEL TAMAÑO DEL HOSPITAL ENTRE PACIENTES ESPAÑOLES CON COLITIS ULCEROSA. ENCUESTA UC LIFE

X. Calvet^a, A. López-Sanromán^b, F. Argüelles-Arias^c, L. Cea-Calvo^d, B. Juliá^d, C. Romero^d y D. Carpio^e

^aCorporació Sanitària Parc Taulí y CIBERehd, Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^dMerck Sharp & Dohme de España, Departamento Médico. ^eComplejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Servicio de Aparato Digestivo.

Objetivo: Describir las percepciones de los pacientes con colitis ulcerosa (CU) sobre la comunicación médico-paciente durante las visitas de seguimiento en el hospital y valorar posibles diferencias entre hospitales con distintos tamaños.

Métodos: Treinta y nueve gastroenterólogos de 38 hospitales españoles entregaron cada uno 15 encuestas consecutivas a pacientes con CU mayores de edad. Éstos completaron la encuesta en casa y la devolvieron por correo. Los hospitales se estratificaron en A (> 900 camas, n = 14), B (500-900 camas, n = 13) y C (< 500 camas, n = 11). Los pacientes respondieron a preguntas sobre el comportamiento de sus médicos con opciones del tipo “nunca” o “siempre o casi siempre”.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 75% (585 entregadas/436 recibidas). La edad media fue de 46 años (DE: 13), 53% fueron hombres. Para la mayoría de los pacientes sus médicos con frecuencia, siempre o casi siempre les escuchan (96%), se preocupan por ellos (95%) o les preguntan acerca de los síntomas de la CU (94%). Sin embargo para el 71%, 65%, y 42% de los pacientes respectivamente nunca o solo algunas veces les preguntan acerca del impacto de la CU sobre sus relaciones personales, su trabajo o su salud emocional. Los pacientes seguidos en hospitales más pequeños indican una mayor frecuencia de preguntas sobre el impacto de la

CU en sus relaciones personales o su trabajo y de información sobre las posibles causas y evolución de la CU (tabla).

Conclusiones: En esta muestra de pacientes, un número importante está de acuerdo en que en la entrevista médica no se abordan aspectos como el impacto de la CU en su vida personal, laboral o emocional. En los hospitales más pequeños se observa una mayor frecuencia de estas preguntas y de la información que reciben acerca de la enfermedad y de las posibles opciones de tratamiento.

Agradecimientos. Financiado por Merck Sharp & Dohme de España y avalado por ACCU (Asociación española de enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).

32. PERIODICIDAD EN LAS VISITAS Y OPCIONES DE COMUNICACIÓN CON EL MÉDICO DE LOS PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA EN HOSPITALES DE ESPAÑA. ENCUESTA UC LIFE

F. Argüelles-Arias^a, D. Carpio^b, X. Calvet^c, L. Cea-Calvo^d, B. Juliá^d, C. Romero^d y A. López-Sanromán^e

^aHospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^bComplejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Servicio de Aparato Digestivo. ^cCorporació Sanitària Parc Taulí y CIBERehd, Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo.

^dMerck Sharp & Dohme de España, Departamento Médico.

^eHospital Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.

Objetivo: Describir la percepción de los pacientes con CU sobre la periodicidad de su seguimiento en consulta y las opciones de contacto con su médico ante empeoramiento, y si hay diferencias según el tamaño del hospital.

Métodos: Encuesta a pacientes consecutivos con CU > 18 años en 38 hospitales españoles. Los pacientes completaron la encuesta en casa y la devolvieron por correo ordinario. Los pacientes señalaron la periodicidad de sus revisiones el último año, y marcaron las opciones de contacto con sus médicos. Los hospitales se estratificaron

Porcentaje de pacientes que responde “con frecuencia + siempre o casi siempre” a la pregunta: “Indique en general cómo se comporta su médico”

Comportamientos del médico, n (%)	Tamaño del hospital*						Total
	A (n = 152)	B (n = 148)	C (n = 125)	p A-B	p A-C	p B-C	
Me escucha	140 (95,9%)	132 (95,7%)	112 (96,6%)	> 0,1	> 0,1	> 0,1	384 (96,0%)
Se preocupa por mí	131 (94,9%)	129 (94,2%)	115 (97,5%)	> 0,1	> 0,1	> 0,1	375 (95,4%)
Responde a mis preguntas	137 (95,1%)	132 (95,0%)	117 (97,5%)	> 0,1	> 0,1	> 0,1	386 (95,8%)
Me dedica el tiempo adecuado	136 (93,2%)	129 (93,5%)	111 (94,1%)	> 0,1	> 0,1	> 0,1	376 (93,5%)
Me implica en las decisiones de tratamiento	111 (81,3%)	111 (84,1%)	98 (84,5%)	> 0,1	> 0,1	> 0,1	320 (83,3%)
Me pregunta sobre cómo me siento emocionalmente	80 (57,1%)	81 (61,8%)	67 (56,8%)	> 0,1	> 0,1	> 0,1	228 (58,6%)
Me pregunta sobre mis síntomas	133 (93,0%)	129 (92,8%)	113 (97,4%)	> 0,1	> 0,1	0,096	375 (94,2%)
Me pregunta sobre cómo afecta mi enfermedad a mi trabajo	42 (32,8%)	41 (33,1%)	48 (44,0%)	> 0,1	0,076	0,085	131 (36,3%)
Me pregunta sobre cómo afecta mi enfermedad a mis relaciones personales	33 (24,8%)	35 (27,8%)	45 (39,5%)	> 0,1	0,013	0,055	113 (30,3%)
Me atiende cuando lo necesito	124 (88,6%)	127 (91,4%)	117 (95,9%)	> 0,1	0,29	> 0,1	368 (91,8%)
Me proporciona información sobre las causas de mi enfermedad	94 (66,7%)	91 (68,4%)	94 (78,3%)	> 0,1	0,36	0,076	279 (70,9%)
Me proporciona información sobre la posible evolución de mi enfermedad	90 (64,3%)	90 (67,7%)	91 (76,5%)	> 0,1	0,033	> 0,1	271 (69,1%)
Me proporciona información sobre las distintas opciones de tratamiento para mi enfermedad	96 (69,6%)	89 (66,9%)	97 (82,2%)	> 0,1	0,019	0,006	282 (72,5%)
Me tranquiliza	104 (74,3%)	97 (71,9%)	104 (86,7%)	> 0,1	0,013	0,004	305 (77,2%)

*Tamaño del hospital no disponible en 11 pacientes.

	Tipo de centro						Total
	A	B	C	p A-B	p A-C	p B-C	
Todos los pacientes							
Cada 2 a 4 meses	68 (46%)	61 (42%)	67 (56%)	0,705	0,015	0,004	196 (47%)
Cada 6 meses	50 (34%)	57 (39%)	42 (35%)				149 (36%)
Cada 12 meses	27 (18%)	23 (16%)	9 (8%)				59 (14%)
No acordamos revisiones rutinarias	4 (3%)	5 (3%)	1 (1%)				10 (3%)
Pacientes con síntomas controlados	A	B	C	p A-B	p A-C	p B-C	
Cada 2 a 4 meses	24 (39%)	27 (39%)	26 (54%)	0,978	0,027	0,028	77 (43%)
Cada 6 meses	23 (37%)	26 (38%)	18 (38%)				67 (37%)
Cada 12 meses	14 (23%)	13 (19%)	4 (8%)				31 (17%)
No acordamos revisiones rutinarias	1 (2%)	3 (4%)	0 (0%)				4 (2%)
Pacientes con síntomas de interferir en la vida diaria	A	B	C	p A-B	p A-C	p B-C	
Cada 2 a 4 meses	18 (47%)	10 (31%)	15 (48%)	0,445	0,688	0,204	43 (43%)
Cada 6 meses	13 (34%)	18 (56%)	13 (42%)				44 (44%)
Cada 12 meses	6 (16%)	4 (13%)	2 (7%)				12 (12%)
No acordamos revisiones rutinarias	1 (3%)	0 (0%)	1 (3%)				2 (2%)
Pacientes con síntomas que interfieren en la vida diaria	A	B	C	p A-B	p A-C	p B-C	
Cada 2 a 4 meses	19 (59%)	21 (64%)	19 (68%)	0,909	0,353	0,456	59 (63%)
Cada 6 meses	10 (31%)	7 (21%)	9 (32%)				26 (28%)
Cada 12 meses	2 (6%)	3 (9%)	0 (0%)				5 (5%)
No acordamos revisiones rutinarias	1 (3%)	2 (6%)	0 (0%)				3 (3%)

ron en A (> 900 camas, n = 14), B (500-900 camas, n = 13) y C (< 500 camas, n = 11).

Resultados: Se entregó la encuesta a 585 pacientes, respondieron 436 (75%, edad media 46 años (DE: 13), 53% hombres y 47% mujeres. Las revisiones rutinarias el año previo fueron cada 2-3 meses en el 47%, cada 6 meses el 36%, cada 12 meses el 14% y 3% no acuerdan revisiones rutinarias. La frecuencia de revisiones fue mayor en hospitales más pequeños (C), por una mayor frecuencia de seguimiento a los pacientes con síntomas controlados (tabla). Los recursos descritos por los pacientes en caso de empeoramiento fueron (n = 433): contactar por teléfono (60%), o e-mail (15%) y la posibilidad de cita en el hospital el mismo día (37%). El 20% manifestó que tenía que pedir cita y esperar disponibilidad y el 30% tener que ir a urgencias. Los pacientes de hospitales pequeños (C) describieron más disponibilidad de teléfono (72% vs 58% (A) y 51% (B), p < 0,05), y mail (25% vs 12% (A) y 10% (B), p < 0,05) y menos necesidad de pedir cita y esperar disponibilidad, (13% vs 21% (A, p = 0,07) y 25% (B, p < 0,05)).

Conclusiones: Los pacientes con CU seguidos en hospitales más pequeños (< 500 camas) describen más frecuencia de revisiones rutinarias y mayor posibilidad de contactar con su médico por teléfono o e-mail ante empeoramiento.

Agradecimientos. Financiado por Merck Sharp & Dohme de España y avalado por ACCU (Asociación española de enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).

33. CONSUMO ACTUAL DE CORTICOIDEOS EN LA COLITIS ULCEROSA (CU)

R.M. Osuna Ligero^a, L. Sempere Robles^a, M.F. García^b, O. Murcia Pomares^c, A. Brotons^d, N. Jiménez^b, L. Gómez-Escolar^e, B. Herreros^e y A. Gutiérrez^a

^aHospital General Universitario de Alicante, Servicio de Medicina Digestiva, Unidad Pancreática. ^bHospital General Universitario de Elche, Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital General Universitario de Alicante, Unidad Pancreática, Servicio de Digestivo. ^dHospital Vega Baja, Orihuela, Alicante. ^eHospital Marina Baixa, Alicante, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: En el momento actual los corticoides siguen siendo utilizados en pacientes con CU a pesar de la existencia de terapias de mantenimiento que permiten un mejor control de la enfermedad.

Objetivo: Describir el uso real de los corticoides sistémicos en pacientes con CU durante un año y si su uso conlleva un cambio en el tratamiento de mantenimiento.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con CU tratados con corticoides a lo largo del año 2014, procedentes de varios hospitales de la provincia de Alicante. Evaluación de variables demográficas y de actividad clínica (número, gravedad y duración de los brotes tratados con corticoides), así como descripción del uso de corticoides (tipo y duración) y del tratamiento de mantenimiento.

Resultados: 61 pacientes con CU fueron tratados con corticoides entre Enero y Diciembre de 2014. Treinta y un pacientes (50,8%) fueron mujeres, la edad media fue de 48,1 ± 16,4 años y la duración media de su enfermedad de 8,3 ± 6,5 años. Dos pacientes presentaban proctitis (3,3%), 34 (55,7%) colitis izquierda, 24 (39,3%) colitis extensa y 1 (1,6%) extensión no especificada. El tratamiento de mantenimiento inicial fue: salicilatos (n = 39, 63,9%), inmunosupresores (n = 10, 16,4%) y fármacos biológicos (n = 12, 19,7%). El número de brotes con necesidad de tratamiento con corticoides fue de 1 en 47 pacientes (77%), 2 en 11 pacientes (18%) y en 3 brotes en 3 pacientes (4,9%). El primer brote fue leve en 15 pacientes (24,6%), moderado en 41 pacientes (67,2%) y grave en 5 pacientes (8,2%); 43 pacientes (70,5%) fueron tratados con prednisona y 18 pacientes (29,5%) con beclometasona; la duración media de tratamiento con esteroides fue de 10 ± 4,6 semanas; 17 pacientes (27,9%) precisaron hospitalización. Durante su seguimiento 17 pacientes (27,8%) iniciaron tratamiento inmunosupresor, 6 (9,8%) fármaco biológico y 4 (6,5%) tratamiento inmunosupresor y fármaco biológico. Al final del año de seguimiento, 26 pacientes (42,6%) habían ascendido en el escalón terapéutico y 2 (3,3%) pacientes habían sido colectomizados. El análisis univariante mostró una asociación estadísticamente significativa entre la menor edad de los pacientes y el ascenso en el escalón terapéutico.

Conclusiones: Aproximadamente una quinta parte de los pacientes con CU que requieren corticoides a lo largo de un año lo hacen en más de una ocasión. El uso de esteroides en CU implica un cambio en el tratamiento de mantenimiento en aproximadamente un 40% de pacientes.

34. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA QUE RETIRAN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON MESALAZINA

A. Algaba, I. Guerra, D. Bonillo, M. Hernández, A. Granja, P. Bernal y F. Bermejo

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, Servicio de Digestivo.

Introducción: La mesalazina (MSZ) se utiliza frecuentemente como terapia de mantenimiento en la colitis ulcerosa (CU). Aunque se recomienda mantener dicho tratamiento, no es extraño que algunos pacientes lo retiren, especialmente pacientes sin síntomas durante un período largo de tiempo.

Objetivo: Nuestros objetivos fueron evaluar la evolución de los pacientes que retiraron el tratamiento con MSZ y establecer los factores asociados a la posible recidiva posterior

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en pacientes con CU en remisión que retiraron el tratamiento de mantenimiento oral con MSZ y se mantuvieron sin tratamiento. Se recogieron datos demográficos y clínicos relativos a la CU y su tratamiento

Resultados: De 301 pacientes con CU, 35 (edad media 50 ± 14 años; 54% hombres, 14% fumadores) suspendieron el tratamiento de mantenimiento con MSZ oral. 20,6% eran proctitis, 44,1% colitis izquierdas, 26,5% pancolitis y 8,8% con distribución atípica. El 55,9% había experimentado al menos un brote leve de CU antes de suspender el tratamiento, el 29,4% brotes moderados y 14,7% brotes graves. El 45,7% había recibido corticoides orales alguna vez (69,2% 1-2 ciclos; 23,1% 3-4 ciclos y 7,7% más de 5) y un 28,6% había sido hospitalizado por la CU. El tiempo medio de evolución de la CU hasta retirar el tratamiento fue de $7,1 \pm 6,0$ años. El tratamiento con MSZ se mantuvo una mediana de 48 meses (RIQ:12-132) hasta su retirada (dosis media de MSZ $1,9 \pm 0,9$ g/día). El 34,3% de los pacientes estaba además con tratamiento tópico con MSZ que también fue suspendido. Las razones por las que se retiró el tratamiento fueron: remisión mantenida ($n = 15$; 42,9%, tiempo medio de remisión $84,0 \pm 47,5$ meses), decisión del paciente ($n = 18$; 51,4%) y efectos adversos ($n = 2$; 5,7%). Globalmente, el 57,1% de los pacientes tuvo al menos un brote tras retirar la medicación (mediana hasta el primer brote 27 meses (RIQ:8-78), 71,4% de los pacientes sin brote en el primer año de seguimiento) y 40% necesitó corticoides orales. Al final, el 75% de los pacientes que sufrió un brote necesitó retomar nuevamente la MSZ oral (25% de ellos en combinación con MSZ tópica) y 15% requirió inmunosupresores. El 25% tuvo brotes más graves que los previos, aunque el número de ciclos de esteroides o el número de visitas a consulta ($1,6 \pm 1,0$ vs $1,3 \pm 1,3$) no fueron superiores después de dejar el tratamiento con MSZ ($p > 0,05$). La aparición o no de brote no estuvo relacionada con el sexo ($p = 0,95$), localización de la enfermedad ($p = 0,94$), gravedad de los brotes previos ($p = 0,08$), motivo de retirada ($p = 0,25$), tiempo previo en remisión ($p = 0,47$) o el tiempo de evolución de la CU ($p = 0,08$).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes que suspenden el tratamiento de mantenimiento con MSZ sufren nuevos brotes un tiempo después. En $\frac{3}{4}$ de estos casos es necesario reanudar el tratamiento con MSZ. No se encontraron factores asociados a la recidiva tras suspender el tratamiento.

35. MANEJO EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE COLITIS MICROSCÓPICA EN NUESTRA ÁREA SANITARIA

E. Soria-López^a, A.M. Moreno-García^a, T. Pereda-Salguero^b, M.C. García-Gavilán^a, J. Hinojosa-Guadix^a, A.M. Sánchez-Canto^a, R. Fivas-Ruiz^c y A. Pérez-Aisa^a

^aAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Aparato Digestivo. ^bAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Anatomía Patológica. ^cAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Unidad de Investigación.

Introducción: En el estudio de diarrea crónica debemos considerar como causa emergente el diagnóstico de colitis microscópica (CM), que incluye dos entidades, colitis colágena y linfocítica. Un alto índice de sospecha y la toma de biopsias seriadas son claves para detectar esta patología.

Objetivo: Evaluar el manejo en práctica clínica habitual de la CM en el área sanitaria de la Agencia Sanitaria Costa del Sol.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo con una cohorte de pacientes diagnosticados de CM a partir del año 2010 en nuestro ámbito sanitario. Se recogen antecedentes personales y familiares, metodología diagnóstica, así como tratamiento y evolución.

Resultados: Se analizan 110 pacientes (75% mujeres), 55 colágena-55 linfocítica, edad media al diagnóstico 62,5 años. 6 padecen alguna enfermedad autoinmune (3 celiaquía, 2 artritis reumatoide, 1 Sjögren). El 23,6% ha sido sometido a cirugía abdominal previa. El 60,9% consume fármacos habitualmente (sobre todo antidiabéticos orales, IBPs e hipolipemiantes). El 11,8% tiene antecedentes familiares relevantes (5,5% CCR, 4,5% EII, 1,8% celiaquía). El síntoma más común es la diarrea, presentada en el 97,3% de los pacientes. Los hallazgos endoscópicos de la mucosa son compatibles con la normalidad en el 90,9% de los casos. En el 39% se tomaron biopsias aleatorias de colon, en el 40% sólo de un tramo (35,5% ascendente-4,5% descendente) y en el 21% biopsias múltiples incluyendo colon y recto o íleon. Los parámetros analíticos inflamatorios han sido poco utilizados durante el seguimiento. El 37,3% tuvo remisión espontánea y no se instauró tratamiento. De los tratamientos prescritos, el 50,8% inicia mesalazina y el 42,9% budesonida. La tasa de remisión obtenida con budesonida ha sido superior que con mesalazina (87% y 65,4% respectivamente), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,156$). La tasa de recidiva tras remisión ha sido menor en los tratados con budesonida (15%) que con mesalazina (23,5%) no hallándose tampoco diferencias significativas ($p = 0,680$). El 40% de los pacientes consigue mantenerse en remisión clínica tras suspender el tratamiento.

Conclusiones: En nuestra práctica clínica debemos mejorar la sistemática en la toma de biopsias; y pese a que la budesonida es el fármaco recomendado para inducir la remisión, continuamos prescribiendo mesalazina en un alto porcentaje. Contamos con altas tasas de remisión y retirada de fármacos, pudiendo ser controlados por Atención Primaria. Destacar la gran cantidad de pérdidas de seguimiento debido a la evolución clínica benéfica de esta entidad.

36. ANÁLISIS DE SEGURIDAD EN EL USO DE MESALAZINA MMX EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA O DIVERTICULITIS RECURRENTE MAYORES DE 55 AÑOS

G.R. Lichtenstein^a, K. Barrett^b, D. Stefani-Hunyady^c, F. Cataldi^c y J.B. Raskin^d

^aUniversity of Pennsylvania Healthy System, Inflammatory Bowel Disease Center, Philadelphia, PA, EEUU. ^bShire, Basingstoke, RU.

^cShire, Lexington, MA, EEUU. ^dUniversity of Miami Health System, Gastroenterology and Internal Medicine, Miami, FL, EEUU.

Introducción: Son limitados los datos de seguridad disponibles del tratamiento de mesalazinas en pacientes mayores con colitis

ulcerosa (CU) o diverticulitis recurrente (DV). Este estudio analiza datos de seguridad de 6 ensayos clínicos que valoraban el uso de mesalazina MMX en el largo plazo (1,2-4,8 g/día durante 24 meses) en pacientes con CU o DV recurrente en pacientes < 55 y = 55 años.

Métodos: Se analizaron datos de pacientes < 55 y = 55 años de los estudios de mantenimiento de la remisión en CU (NCT00151944, NCT00151892, NCT00446849, NCT01124149) y de DV (NCT00545103, NCT00545740). En los estudios en CU, los pacientes estaban sintomáticos, en remisión parcial o remisión completa (determinada por la combinación de la puntuación endoscópica y de síntomas). En un estudio recibieron mesalazina MMX (2,4 g/día) 6/12 meses; y en tres, 4,8 g/día de mesalazina MMX durante 8 semanas como tratamiento de inducción previa al mantenimiento. Se recogieron datos de ambas fases (inducción y mantenimiento). En relación a los estudios de DV, los pacientes que resolvieron los síntomas con anterioridad a la cirugía recibieron placebo o 1,2-4,8 g/día de mesalazina MMX durante 24 meses. El ratio de efectos adversos relacionados con el tratamiento (TEAEs) paciente/año de exposición fue calculado para toda la población a estudio y por subgrupos de edad.

Resultados: En los estudios de CU (n = 1.979), la incidencia de TEAEs en < 55 años (n = 1.514) y = 55 años (n = 465) fue del 44,6% y 47,7%, respectivamente, con tasas de incidencia similar a los 3 meses (27,7% vs 31,2%) y 6 meses (36,1% vs 38,9%) después del inicio del tratamiento. Los pacientes tratados con mesalazina MMX en los estudios de DV (n = 880), la incidencia de TEAEs en los < 55 (n = 407) y = 55 años (n = 473) durante 3 meses (43,7% vs 42,9%), 6 meses de tratamiento (55,5% vs 53,1%), y en general (72,2% y 74,2%) fueron similares. El ratio de TEAEs paciente/año de exposición (intervalo de confianza del 95%) en los estudios de CU y DV fue de 1,54 (1,47-1,60) y 2,64 (2,55-2,74), respectivamente. Ratios similares en paciente/año se observaron entre los pacientes < 55 y = 55 años con CU (1,51 [1,44-1,59] vs 1,62 [1,48-1,76], respectivamente) y DV (2,70 [2,56-2,85] vs 2,58 [2,46-2,72], respectivamente).

Conclusiones: El perfil de seguridad de la mesalazina MMX es consistente entre grupos de edad. Manteniendo tasas incidencia similares en TEAEs y ratio paciente/año observados en < 55 y = 55 años en los estudios de CU y DV realizados hasta el momento.

37. PACIENTES CON EII Y SERONEGATIVOS PARA EL VEB, SU TRATAMIENTO Y EL RIESGO DE SEROCONVERSIÓN

L. Fernández-Salazar^a, C. Alonso^b, J. Legido^c, J. Barrio^d, N. Fernández^e, L. Hernández^f, M. Rivero^g y F. Muñoz^e

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Servicio de Aparato Digestivo. ^cComplejo Asistencial de Segovia, Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario Río Hortega, Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^eComplejo Universitario de León, León, Servicio de Aparato Digestivo.

^fHospital Santos Reyes, Aranda de Duero, Aparato Digestivo.

^gHospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La infección por el VEB puede tener consecuencias relevantes en pacientes con EII inmunodeprimidos.

Objetivo: Aclarar la tasa de seronegatividad y seroconversión en pacientes con EII y describir el tratamiento que reciben estos pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye todos los pacientes con serología de VEB conocida de 6 hospitales. Se calcula la tasa de seronegatividad por grupos de edades. Se describen los pacientes seronegativos y sus tratamientos. Con serología de control se estudia la seroconversión y el tiempo hasta que esta se produce.

Resultados: Treinta y uno de 401 (7,7%) pacientes (263 con EC y 138 con CU, 242 hombres y 159 mujeres) fueron VEB IgG-. El 64,5%

mujeres. Mediana de edad 32,6 (15-64) años. Trece (15,6%) de 83 pacientes menores de 30 años, y 18 (5,6%) de 318 mayores de 30. Veintiún pacientes padecían EC (L1: 10, L2: 3, L3: 8, L4: 1, p: 3; B1: 12, B2: 6, B3: 3) y 10 CU (E2: 4, E3: 6). 72,4% de ellos requirieron hospitalización. Dieciocho (80%) pacientes requirieron corticoides sistémicos, 23 (74,1%) AZA/MP durante 15 (1-115) meses siendo interrumpido en el 52,1%, 4 (12,9%) recibieron MTX durante 2,5 (1-3) meses interrumpido en todos ellos. El 54% de los pacientes (17/31) recibieron antiTNF. Infliximab en 14 durante 18 (4-65) meses, interrumpido en 3/14. Adalimumab en 4 durante 8 (2-45) meses, interrumpido en 1. Diez pacientes recibieron tratamiento combinado durante 12 (5-65) meses. El 38% de los pacientes con EC requirieron cirugía. La seroconversión se investigó e 9 pacientes y se confirmó en 4 después de 31 (9-81) meses. Dos de estos pacientes recibieron IM durante 70 y 48 meses e IFX durante 65 y 30 meses antes de la seroconversión. Un paciente también recibió AZA durante un breve periodo de tiempo. El cuarto paciente no recibió AZA/MP ni antiTNF.

Conclusiones: Menos del 10% de los pacientes con EII son seronegativos para el VEB. Los pacientes seronegativos son más jóvenes y frecuentemente son tratados con AZA/MP o antiTNF. Hay un riesgo elevado de primoinfección en estos pacientes.

38. PREOCUPACIONES DE LOS PACIENTES CON EII. ¿ESTÁN SUS FAMILIARES AL TANTO?

E. Berroa^a, L. Fernández-Salazar^a, N. Rodríguez McCullough^b y J.A. Garrote^c

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bPapworth Hospital, Cambridge, RU, Cardiology Unit.

^cHospital Universitario Río Hortega, Valladolid, Análisis Clínicos.

Introducción: El cuestionario RFIPC incluye 25 ítems y fue diseñado para medir el grado de preocupación de los pacientes con EII.

Objetivo: Medir el grado de concordancia entre las preocupaciones que tienen los pacientes que padecen EII y lo que sus familiares piensan que les preocupan.

Métodos: Se ha entrevistado a 83 pacientes acompañados de un familiar. A paciente y familiar se ha solicitado que contesten el cuestionario RFIPC. Las preguntas dirigidas al familiar han sido modificadas de forma que lo que se le pregunta se refiere al paciente: “¿Cómo cree usted que su familiar está de preocupado por...?” Para comparar las respuestas de pacientes y familiares se hizo un análisis factorial de forma que los 25 ítems se resumen en 5 factores: “Consecuencias”, “intimidad y sexualidad”, “aislamiento”, “asistencia sanitaria” y “cirugía y limpieza”. Se ha comprobado la correlación de las puntuaciones entre familiares y pacientes mediante la prueba de Pearson y se han comparado mediante prueba t para variables emparejadas.

Resultados: Los pacientes tenían 48 años (DE 13), 51% mujeres, 54% EC y 43% CU; sus familiares tenían 51 años (DE 13), 65% mujeres, eran: cónyuge o pareja en el 70%, progenitor en el 21%, hermano/a en el 5% e hijo/a en el 4%. Las puntuaciones y correlación entre pacientes y familiares en cada factor fueron: “Consecuencias” 52 (DE 24) vs 65 (DE 25) p < 0,001; R 0,431, p < 0,001, “intimidad y sexualidad” 32 (DE 23) vs 39 (DE 27) p < 0,027; R 0,385, p < 0,001, “aislamiento” 32 (DE 26) vs 38 (DE 32) p 0,092; R 0,413, p < 0,001, “asistencia sanitaria” 63 (DE 26) vs 69 (DE 28) p 0,111; R 0,378, p < 0,001 y “cirugía y limpieza” 52 (DE 29) vs 62 (DE 29) p 0,01; R 0,339, p < 0,001.

Conclusiones: No hay una correlación estrecha entre las puntuaciones del RFIPC de familiares y pacientes. Los familiares sobreestiman el grado de preocupación que tienen los pacientes sobretodo en cuanto a las “consecuencias” de la enfermedad y las relativas a la “cirugía y la limpieza”.

39. UTILIDAD DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA PREDECIR LA RECURRENCIA POSTOPERATORIA DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

M.T. Herranz Bachiller^a, J. Barrio Andrés^a, L. Fernández Salazar^b, C. Herrero Quirós^a, R. Ruiz Zorrilla^a, L. Sancho del Val^a y R. Atienza Sánchez^a

^aHospital Universitario Río Hortega, Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo.

Objetivo: La recurrencia endoscópica de la enfermedad de Crohn ocurre hasta en el 80% de los pacientes durante el primer año tras la cirugía. Por esto, los pacientes necesitan un seguimiento estrecho. La calprotectina fecal se ha propuesto como un marcador no invasivo para monitorizar la actividad inflamatoria. Hasta ahora el uso de marcadores fecales en la recurrencia endoscópica ha sido escaso y con resultados contradictorios.

Métodos: Se trata de un estudio observacional de validación diagnóstica. Se incluyeron de forma retrospectiva todos los pacientes con enfermedad de Crohn con una resección ileocólica que habían sido sometidos a una colonoscopia y una determinación de calprotectina fecal previa a esta entre los años 2007 y 2015.

Resultados: Se incluyeron un total de 97 pacientes. Se observó un aumento del valor medio de la calprotectina fecal conforme el índice de Rutgeerts aumentaba. La variable que obtenía mayor significación estadística en el análisis bivariado fue la calprotectina fecal ($p < 0,001$). El área bajo la curva de la calprotectina fecal para la recurrencia endoscópica fue 0,74 (IC95% 0,644-0,842), se obtuvo un punto de corte óptimo de 60 $\mu\text{g/g}$ con una sensibilidad de 88% y especificidad de 58% así como un VPN de 83%. Ninguna otra de las variables estudiadas presentó una correlación estadísticamente significativa.

Conclusiones: La calprotectina fecal predice la recurrencia endoscópica en pacientes con enfermedad de Crohn operados. El punto de corte sigue siendo un problema dado que no consigue un VPN del 100% y presenta una especificidad muy baja, de forma que no podemos recomendar la calprotectina fecal como un sustituto de la colonoscopia para monitorizar la evolución de estos pacientes, ni para ajustar su tratamiento.

40. PREVALENCIA DE DÉFICIT DE HIERRO SIN ANEMIA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

C. González Alayón, C. Pedrajas Crespo, S. Marín Pedrosa, J.M. Benítez Cantero, E. Iglesias Flores y V. García Sánchez

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La deficiencia de hierro sin anemia (DHSA) es un hallazgo común en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). No se conoce la magnitud real del problema y sus consecuencias.

Objetivo: Determinar la prevalencia del DHSA, identificar factores asociados, determinar su impacto en la calidad de vida y describir la actitud del médico frente al mismo.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal sobre una población afecta calculada de 1.500 pacientes con EII. Reclutamiento de una muestra realizada en el periodo de abril a junio de 2015 de los cuales se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos. El DHSA fue definido como niveles de ferritina < 30 o 100 ng/mL en ausencia o presencia de actividad inflamatoria respectivamente, con niveles normales de hemoglobina. Se comparó los pacientes con DHSA frente a los que tenían depósitos normales con análisis uni y multivariante con regresión logística múltiple para identificar factores asociados. Se evaluó la calidad de vida con cuestionarios EII-9 y FACIT-F. Se describió la actitud del médico respecto al DHSA.

Resultados: Se incluyeron 127 pacientes. La prevalencia del DHSA fue del 37%. En el análisis multivariante, el sexo femenino (OR = 2,86) y la actividad inflamatoria (OR = 9,4) fueron las variables asociadas a DHSA. Además, tenían una peor calidad de vida (con una menor puntuación en cuestionario EII-9 y FACIT-F que disminuyeron 6,55 y 4,26 puntos, respectivamente, con respecto al grupo con depósitos normales. La fatiga extrema fue mayor en el grupo DHSA, con un 64,7% frente a un 35,3%. No se tomó ninguna actitud terapéutica en el 70,2% de los casos (v. tabla a pie de página).

Conclusiones: El DHSA es un problema común en los pacientes con EII. El sexo femenino y la actividad inflamatoria se asocian a una mayor prevalencia de esta complicación. El DHSA impacta negativamente en la calidad de vida percibida. Recomendamos mantener una actitud terapéutica más activa ante su aparición.

41. CURACIÓN A LARGO PLAZO DE LA COLITIS MICROSCÓPICA

L. Ruiz^a, A. Salas^b, Y. Zabana^a, M. Aceituno^a, M. Esteve^a y F. Fernández-Bañares^a

^aHospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Digestivo, CIBERehd. ^bHospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Anatomía Patológica, CIBERehd.

Introducción: La historia natural de la colitis microscópica (CM) no es bien conocida.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de curación a largo plazo de la CM en función de la persistencia de síntomas y necesidad de tratamiento específico.

Métodos: Todos los pacientes residentes en el área de referencia y que estaban vivos a 31 de agosto 2014 fueron contactados para comprobar las prescripciones activas para el tratamiento de CM, el hábito tabáquico y conocer el estado clínico de los pacientes no tratados. Se excluyeron los pacientes diagnosticados durante 2014. La curación de la enfermedad se definió como la ausencia de diarrea y no tomar ningún medicamento activo para CM durante el último año. Se evaluaron variables asociadas a la curación de la enfermedad.

Cuestionario	DHSA sí (n = 46)	DHSA no (n = 57)	Diferencia de medias	Valor p
EII-9	63,19 ± 9,67	69,75 ± 8,78	-6,55	< 0,001*
FACIT-F	37,92 ± 11,48	42,17 ± 8,08	-4,27	0,037*
Fatiga extrema (FACIT ≤ 30 puntos)	% (n)	% (n)		
Sí	64,7 (11)	35,3 (6)		
No	40,7 (37)	59,3 (51)		0,069

t de Student para comparar puntuaciones medias entre grupos. Chi cuadrado para comparar proporciones observadas y esperadas entre grupos.

Resultados: Se ha contactado con 187 de los 201 pacientes vivos registrados (75% mujeres; edad, $60 \pm 1,1$) (93 CC y 94 CL), con un seguimiento de $7,8 \pm 12,4$ años. La curación de la enfermedad se alcanzó en 141/187 pacientes (75,4%; IC95%, 68,7-81%) (67 CC y 74 CL; $p = 0,29$). El porcentaje de pacientes que recibían tratamiento activo fue 21,3% (IC95%, 16-27,8). Seis pacientes adicionales tenían síntomas persistentes y no recibían ningún tratamiento específico. No hubieron diferencias entre los pacientes que lograron o no curar la enfermedad en: edad al diagnóstico, sexo, hábito tabáquico y presencia de enfermedades autoinmunes asociadas. Sólo la forma como se había conseguido la remisión clínica (espontánea/tras la retirada de fármacos vs inducida por el tratamiento) se asoció con la curación de la enfermedad (93,3% vs 60,5%, $p < 0,0005$; OR, 8,4; IC95%, 2,7-26). Los pacientes con remisión espontánea o inducida tras retirar fármacos tuvieron menos frecuencia de recaídas clínicas ($p < 0,005$) y requerimientos de terapia ($p < 0,005$) que aquellos con remisión inducida por el tratamiento.

Conclusiones: La curación definitiva de la CM es frecuente, sobre todo cuando la remisión es espontánea. La carga asistencial derivada de la CM es inferior a la esperada.

42. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SON NECESARIAS DOSIS ALTAS DE BUDESONIDA PARA MANTENER LA REMISIÓN CLÍNICA EN LA COLITIS COLÁGENA? EFICACIA DE AZATIOPRINA PARA MANTENER LA REMISIÓN CLÍNICA LIBRE DE BUDESONIDA

F. Fernández-Bañares^a, M. Piqueras^b, D. Guagnozzi^c, V. Robles^c, A. Ruiz-Cerulla^d, M.J. Casanova^e, J.P. Gisbert^e, D. Busquets^f, A. Lucendo^g, Y. Arguedas^h y L. Fernándezⁱ

^aHospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Digestivo, CIBERehd, Terrassa. ^bConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Dr. Josep Trueta, Girona, Servicio de Gastroenterología. ^gHospital de Tomelloso, Servicio de Aparato Digestivo. ^hHospital San Jorge, Huesca, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Los estudios controlados muestran una alta eficacia de budesonida (BUD) para inducir la remisión clínica en la colitis colágena (CC), pero las recidivas son frecuentes tras su suspensión. Las dosis altas de BUD como tratamiento de mantenimiento pueden acompañarse de efectos secundarios serios.

Objetivo: Evaluar la necesidad de BUD a dosis altas (6 mg/d o más) para mantener la remisión clínica en la CC, y la eficacia de fármacos tiopurínicos en esta situación.

Métodos: Se estudió una cohorte retrospectiva de 68 pacientes con CC ($62 \pm 1,6$ años; 87% mujeres) tratados con BUD entre 2008 y 2015. Se evaluó la frecuencia de refractariedad a BUD (9 mg/d), intolerancia a BUD y la necesidad de dosis altas de BUD para mantener la remisión clínica. Se estudió la eficacia de azatioprina (AZA) en este contexto. Se realizó un análisis de regresión logística para evaluar los factores de riesgo asociados a la necesidad de dosis altas de BUD para mantener la remisión clínica.

Resultados: BUD indujo la remisión clínica en 64/68 (94%; IC95%, 86-98%) pacientes con buena tolerancia. Durante el seguimiento, 55% de los mismos presentaron 1 recidiva clínica, y el 23% 2 recidivas o más, al intentar suprimir la BUD. Catorce de 64 pacientes (22%; IC95%, 13,5-33%) necesitó 6 mg/d o más de BUD para mantener la remisión clínica a largo plazo. La duración de la diarrea (< 24 vs > 24 meses) (OR, 5,6; IC95%, 1,1-28) y la ingesta de AINEs (OR, 6,55; IC95%, 1,3-33) se asociaron a la necesidad de dosis altas de

BUD. Se administró AZA ($2,2 \pm 0,2$ mg/kg/d) en 6 pacientes (1 refractario a BUD y 5 con BUD = 6 mg/d) con respuesta en 4 (67%), consiguiendo suprimir (3) o disminuir la dosis (1) de BUD. En 1 paciente se retiró AZA por intolerancia digestiva y se inició mercaptopurina con buena respuesta. En 1 de los 2 pacientes con falta de respuesta, se retiró AZA por mielotoxicidad.

Conclusiones: BUD es altamente eficaz para inducir la remisión clínica en pacientes con CC. Sin embargo, el 20% de los mismos requiere dosis de budesonida elevadas para mantener la remisión. Los fármacos tiopurínicos podrían ser eficaces para mantener la remisión clínica libre de esteroides.

43. RIESGO DE PRESENTAR ADENOMAS COLORRECTALES EN PACIENTES CON COLITIS MICROSCÓPICA: ESTUDIO CASO-CONTROL

F. Fernández-Bañares^a, A. Salas^b, Y. Zabana^a, M. Aceituno^a, L. Ruiz^a, A. Castells^c y M. Esteve^a

^aHospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Digestivo, CIBERehd. ^bHospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Anatomía Patológica, CIBERehd. ^cHospital Clínic i Provincial y CIBEREHD, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Estudios previos han mostrado una frecuencia de pólipos colorrectales disminuida en pacientes con colitis microscópica (CM).

Objetivo: Valorar esta asociación en un estudio caso-control comparando con un grupo control con diarrea crónica y con un grupo control de individuos de riesgo medio.

Métodos: Se incluyen 100 pacientes con CM (Grupo A) (edad, $62,1 \pm 1,5$; 68% mujeres) y 200 pacientes con diarrea crónica e histología del colon normal (Grupo B), apareados por edad y sexo. Se revisan los informes de colonoscopia e histología tanto de la colonoscopia índice como de colonoscopias previas. Se registra la presencia de pólipos de colon y su histología. Se selecciona aleatoriamente un grupo control procedente de un programa poblacional de cribado de cáncer colorrectal mediante colonoscopia (Grupo C) (estudio COLONPREV; $n = 88$; edad entre 50 y 70 años), apareado por edad y sexo. Se realiza un análisis de regresión logística condicional (1 caso con 2 controles).

Resultados: 15% de los pacientes del Grupo A y 18,5% del Grupo B tenían adenomas (OR = 0,76; IC95% = 0,4-1,5; $p = 0,43$). Por otra parte, en el grupo de edad entre 50 y 70 años, la presencia de adenomas fue: Grupo A, 13,9%, Grupo B, 18,2%, y Grupo C, 29,5%. La OR del análisis de Grupo A vs Grupo C fue 0,33 (IC95% = 0,12-0,93; $p = 0,036$) y de Grupo B vs Grupo C de 0,45 (IC95% = 0,20-0,98; $p = 0,047$). La frecuencia de adenomas avanzados fue: Grupo A, 4% (OR = 0,26, IC95% = 0,08-0,85 vs Grupo C); Grupo B, 5% (OR = 0,33; IC95% = 0,1-0,8 vs Grupo C) y Grupo C, 13,6% (1 paciente con CCR).

Conclusiones: Los pacientes con CM presentan una frecuencia disminuida de adenomas colorrectales y de su gravedad en comparación con la población de riesgo medio. Sin embargo, la ausencia de diferencias con el grupo de diarrea crónica e histología de colon normal sugiere un efecto de la diarrea crónica más que de la inflamación colónica.

44. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA RADIACIÓN IONIZANTE DIAGNÓSTICA RECIBIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

E. Merino Rodríguez^a, E. Carrera Alonso^a, M. Torralba González de Suso^b, S. Rebolledo Olmedo^a, M. Sánchez da Silva^a, M. Martínez López^a y M.D. Sánchez-Tembleque Zarandona^a

^aHospital Universitario de Guadalajara, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario de Guadalajara, Medicina Interna.

Introducción: Los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) son sometidos a múltiples exploraciones radiológicas. La dosis efectiva (DE) de radiación > 50 mSv está implicada en el desarrollo de ciertos tumores.

Objetivo: Cuantificar la DE total y la DE debida a EC, además de identificar los factores de riesgo asociados a recibir una DE > 50 mSv por su EC.

Métodos: Diseño: estudio de cohorte retrospectivo (2001-2014). Población: pacientes diagnosticados de EC. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, años evolución, edad al diagnóstico, patrón, localización, enfermedad perianal, realización de cirugía mayor, tratamientos y gravedad(cirugía mayor y/o toma de inmunomoduladores y/o biológicos), exploraciones radiológicas, DE total y debida a EC. Para la identificación de factores predictivos asociados a recibir una radiación > 50 mSv se realizó regresión logística univariante y posteriormente un multivariante utilizando como variable dependiente una dosis > 50 mSv.

Resultados: Se analizaron 297 pacientes con EC, siendo un 50,8% varones, con una mediana de edad de 46,2 años (IQR = 35,5-58,4) y una mediana de años de evolución de la EC de 7 (IQR = 4-14). El 73,1% cumplían criterios de gravedad. El 56,9% fueron diagnosticados entre 17-40 años y 6,1% eran < 16 años; Un 44,1% presentaba afectación ileocólica, y el 34,3% ileal; El 61% presentaba un patrón inflamatorio, un 20,9% penetrante y un 20,9% enfermedad perianal. El 58,2% recibió azatioprina, un 4,4% dos inmunomoduladores, un 25% infliximab y un 4,4% dos biológicos; El 48,2% recibió tratamiento combinado. El 26,3% precisó cirugía mayor. La mediana de DE total fue de 20,8 mSv (IQR = 5,9-48,3), siendo el 24,6% > 50 mSv. La mediana de DE debida a EC fue 10 mSv (IQR = 3-31 mSv), siendo un 15,2% > 50 mSv. Las pruebas radiológicas solicitadas fueron: RX abdomen (63%), tránsito gastrointestinal (58,9%), TAC abdomino-pélvico (47,9%) y 8,7% enterorNM. Las variables asociadas con una DE > 50 mSv debida a EC fueron: comportamiento inflamatorio vs penetrante o mixto (OR = 10,5; IC95% (4,7-23,6); p < 0,001), la cirugía mayor (OR = 4,19; IC95% (2,2-8,1); p < 0,001), la toma de inmunomoduladores (OR = 4,5; IC95% (1,7-11,9); p < 0,001) y biológicos (OR = 3,6; IC95% (1,9-6,9); p < 0,001) así como de la gravedad (OR = 20,1; IC95% 2,7-148,4); p < 0,001). En el análisis multivariante las variables que de forma independiente se asociaron a recibir una DE > 50 mSv fueron: la cirugía mayor (OR = 2,1; IC95% (1,1-3,8); p = 0,019) y la gravedad (OR = 20,6; IC95% (4,5-94,8); p < 0,01).

Conclusiones: los pacientes con EC tienen un riesgo elevado de recibir DE ionizantes altas. La cirugía mayor y la gravedad de su enfermedad son predictores independientes de recibir una DE > 50 mSv debida a la EC. Este tipo de pacientes deberían ser monitoreados utilizando pruebas diagnósticas que no utilicen radiación ionizante como la ecografía y la enteroresonancia.

45. ASOCIACIÓN FAMILIAR EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y SU REQUERIMIENTO TERAPÉUTICO

M.P. Ballester, D. Martí, J. Tosca, M.M. Boscá, M. Mínguez, A. Sanahuja, P. Navarro, I. Pascual, R. Antón y F. Mora

Hospital Clínico Valencia, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Numerosos estudios han demostrado una prevalencia aumentada de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) entre los familiares de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU). Sin embargo, otros estudios sugieren que la influencia genética ha sido sobre-estimada.

Objetivo: Evaluar la expresión fenotípica de la EII según la presencia de asociación familiar; estudiar la relación entre grado de agregación familiar, expresión más agresiva de la enfermedad y utilización de recursos terapéuticos; y cuantificar el impacto de la agregación familiar en la enfermedad junto al de otros factores ambientales.

Métodos: Estudio descriptivo de una serie de casos constituida por todos los pacientes con EII controlados en el Hospital Clínico de Valencia, cuyos datos están incluidos en el registro ENEIDA. Se analiza la expresión fenotípica de la EII según la clasificación de Montreal, desarrollo de complicaciones, síntomas extraintestinales, necesidad de tratamiento con fármacos inmunomoduladores, biológicos, dilatación endoscópica y cirugía y la mortalidad atribuida a la enfermedad. Estas variables son analizadas según la existencia y el grado de agregación familiar y se realiza un análisis multivariante que considera el consumo de tabaco y de AINEs.

Resultados: La muestra está constituida por 1211 pacientes, 617 diagnosticados de CU y 594 de EC. La frecuencia de asociación familiar es de 14,2%, IC95%: 14,0-14,4%, p = 0,9, tanto en CU como en EC. La mediana de edad al diagnóstico tiende a adelantarse en casos con historia familiar, de 32 (± 20) a 29 (± 21) años, p = 0,07. No se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a extensión en la CU, localización, enfermedad perianal ni comportamiento en la EC. Entre las complicaciones, se detecta mayor frecuencia de absceso abdominal a medida que aumenta el número de familiares con EII, p = 0,039. En la CU, se observa mayor frecuencia de enfermedad extraintestinal en pacientes con agregación familiar: artropatía periférica OR = 2,3, IC = 1,2-4,2, p = 0,015; eritema nodoso OR = 7,6, IC = 2,7-21,3, p = 0,001. Los pacientes con EC y historia familiar presentan un mayor uso de recursos terapéuticos: inmunomoduladores OR = 1,8, IC = 1,07-3,2, p = 0,029; biológicos OR = 1,9, IC = 1,2-3,1, p = 0,011; cirugía OR = 1,7, IC = 1,04-2,8, p = 0,044. Estas asociaciones se mantienen en el análisis multivariante que incluye el consumo de tabaco y de AINEs.

Conclusiones: La agregación familiar muestra tendencia a presentar EII de forma más temprana; mayor desarrollo de manifestaciones extraintestinales en la CU: artropatía periférica y eritema nodoso; mayor requerimiento de recursos terapéuticos en la EC: inmunomoduladores, biológicos y cirugía; y mayor desarrollo de absceso abdominal y artropatía periférica cuanto mayor es el número de familiares afectos. Además, la historia familiar se mantiene como factor de riesgo al analizar la influencia de factores ambientales como el consumo de tabaco y AINEs.

46. CORRELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE ANTI-TNF Y LA PRESENCIA DE CICATRIZACIÓN MUCOSA (CM) EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

M. Chaparro^a, M. Barreiro-De Acosta^b, A. Echarri^c, J. Barrio^d, I. Guerra^e, J. Guardiola^f, Y. González Lamas^g, B. Beltrán^h, O. Ronceroⁱ, X. Calvet^j, R. Ferreiro-Iglesias^b, V. Ollero^c, M. G-Donday^a, M. Ramas^a, P.M. Linares^a, A. Godino^k, A. Díaz^k y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, Servicio de Aparato Digestivo.

^cComplejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario Río Hortega, Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^hHospital Universitari y Politécnic

Capacidad de los niveles valle séricos de anti-TNF para predecir cicatrización mucosa en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Anti-TNF	ABC	Mejor punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Infliximab	0,75	2,4	80%	71,4%	85,7%	62,2%
Adalimumab	0,65	9,1	72%	56%	62,1%	66,7%

ABC: área bajo la curva ROC; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo.

La Fe de Valencia y CIBERehd, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ¹Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, Servicio de Aparato Digestivo. ²Corporació Sanitària Parc Taulí y CIBERehd, Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo.

³Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Análisis Clínicos.

Objetivos: a) Conocer la capacidad de los niveles valle séricos de anti-TNF para la predicción de CM en los pacientes con EI; b) determinar el mejor punto de corte de los niveles valle de anti-TNF para la predicción de CM en los pacientes con EI.

Métodos: Estudio multicéntrico prospectivo. Se incluyeron pacientes con EI en tratamiento con fármacos anti-TNF durante al menos 6 meses que se sometieron a una endoscopia por indicación clínica. Se excluyeron los pacientes con una ileocolonoscopia incompleta, los que presentaban afectación en segmentos intestinales no accesibles para la endoscopia y aquéllos en los que el tratamiento anti-TNF se inició para la prevención de la recurrencia posquirúrgica. La presencia de CM se definió como una puntuación en el Simplified Endoscopic Score para la enfermedad de Crohn < 3, una puntuación en el índice de Rutgeerts.

Resultados: Hasta el momento del análisis se habían incluido 94 pacientes; el 54% mujeres, 64% con EC y 58% con CM. El 26% de los pacientes recibía tratamiento con adalimumab (ADA) y el 47% con infliximab (IFX); 26% habían recibido previamente otro fármaco anti-TNF. El 31% de los pacientes estaba en tratamiento concomitante con tiopurinas. La media de los niveles valle séricos de IFX fue significativamente más alta en los pacientes con CM que en aquéllos que no la presentaban (4,5 vs 1,9 µg/mL, p = 0,005). Del mismo modo, la media de los niveles valle séricos de ADA fueron significativamente más alto en los pacientes con CM (10,9 vs 7,5 µg/mL, p = 0,04). La capacidad de los niveles valle séricos de anti-TNF para predecir CM se resume en la tabla. Los niveles valle séricos de anti-TNF fueron similares en los pacientes que recibían tratamiento intensificado que en aquellos que los recibían a la dosis estándar (3,3 vs 3,7 µg/mL en el caso de IFX, y 9,9 vs 8,9 µg/mL en el caso de ADA). Por otro lado, el tratamiento concomitante con inmunomoduladores no influyó en las concentraciones séricas de los fármacos anti-TNF. Finalmente, en los pacientes con niveles indetectables de anti-TNF, sólo el 44% presentaba anticuerpos contra el fármaco. En el análisis multivariante, el tener niveles valle séricos de fármaco anti-TNF por encima de los puntos de corte previamente establecidos (2,4 µg/mL para IFX y 9,1 µg/mL para ADA) fue la única variable que se asoció con una mayor probabilidad de presentar CM (OR = 6,8, IC95% = 2,27-20,6). Además, el haber requerido intensificar el tratamiento con el fármaco anti-TNF analizado (OR = 0,18, IC95% = 0,05-0,7) y ser fumador (vs no fumador) (OR = 0,16, IC95% = 0,04-0,63) se asociaron con una menor probabilidad de presentar CM.

Conclusiones: Existe asociación entre los niveles valle séricos de fármaco anti-TNF y la presencia de CM en los pacientes con EI. Tener niveles valle séricos de IFX por encima de 2,4 µg/mL tiene un valor predictivo positivo para la presencia de CM de más del 85%, y tener niveles valle séricos de ADA por encima de 9,1 µg/mL tiene un valor predictivo positivo de CM de más del 60%.

47. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE VEDOLIZUMAB EN LA INDUCCIÓN DE LA REMISIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

M. Chaparro^a, M. Sierra-Ausín^b, F. Mesonero^c, N. Maroto^d, C. Fernández de Castro^e, V. García-Sánchez^f, A. Lucendo^g, D. Busquets^h, M. Barreiro-De Acostaⁱ, I. Marín-Jiménez^j, B. Beltrán^k, L. Ruiz Belmonte^l, F. Bermejo^m, M. Mínguezⁿ, R. Pajares^o, J.R. Pineda^o, B. Sicilia^p, D. Martín-Rodríguez^q, A. Gutiérrez^r, S. Rubio^s, I. García Tercero^t, M. Piqueras^u, D. Ginard^v, B. Jucha^w, C. Muñoz^x, M.D. Martín-Arranz^y, L. Martí-Romero^z, E.M. Fernández Bonilla^l, A. Echarriⁱ, J.L. Fernández-Forcelledo³, M. G-Donday^a, M. Ramas^a y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bComplejo Universitario de León, León, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital de Manises, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Central de Asturias, Oviedo, Servicio de Aparato Digestivo.

^fHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital de Tomelloso, Servicio de Aparato Digestivo.

^hHospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital Gregorio Marañón e IISGM, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.

^kHospital Universitari y Politécnic La Fe y CIBERehd, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^lHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^mHospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁿHospital Clínico de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^oHospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^pHospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Servicio de Aparato Digestivo. ^qHospital Universitario de Burgos, Servicio de Aparato Digestivo. ^rHospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^sHospital General Universitario de Alicante y CIBERehd, Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ^tComplejo Hospitalario de Navarra, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo. ^uHospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Servicio de Aparato Digestivo. ^vConsorti Sanitari Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo. ^wHospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Servicio de Aparato Digestivo. ^xHospital Comarcal de Melilla, Servicio de Aparato Digestivo.

^yHospital de Basurto, Bilbao, Servicio de Aparato Digestivo. ^zHospital Universitario La Paz, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ¹Hospital Francesc de Borja, Gandia, Servicio de Aparato Digestivo. ²Hospital de Alcañiz, Teruel, Servicio de Aparato Digestivo. ³Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, Servicio de Aparato Digestivo. ⁴Hospital de Sierrallana, Torrelavega, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Vedolizumab ha sido recientemente aprobado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC) y de la colitis

ulcerosa (CU). Sin embargo, existen pocos datos sobre la efectividad y la seguridad de este fármaco en la práctica clínica.

Objetivos: 1) Evaluar la efectividad de vedolizumab en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). 2) Identificar factores asociados con la respuesta al tratamiento. 3) Conocer la seguridad de este fármaco en la práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico nacional. Se analizaron retrospectivamente pacientes en tratamiento con vedolizumab por EII activa (índice parcial de Mayo = 2 o Harvey-Bradshaw > 4). La respuesta a corto plazo se analizó en la semana 14. Las variables que se asociaron con la efectividad a corto plazo se identificaron mediante un modelo de regresión logística. Se analizaron todos los efectos adversos acontecidos durante el tratamiento con vedolizumab.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes. La media de edad fue de 43 años (desviación estándar [DE] = 14 años), y la media del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 10,7 años (DE = 7 años). Treinta y seis pacientes (51%) fueron mujeres y 21 (30%) fumadores. Cuarenta y dos pacientes (59%) tenían EC. De ellos, 23 (56%) tenía afectación ileocólica y 42 (29%) afectación ileal; 22 pacientes (52,4%) tenían patrón inflamatorio, 12 (28,6%) fistulizante y 33 enfermedad perianal. Entre los pacientes con CU, 16 (57%) tenían una colitis izquierda y 11 (39%) colitis extensa. Veintiocho pacientes (39,4%) presentaban manifestaciones extraintestinales y 24 (34%) referían antecedentes de cirugía debido a la EII: 18 pacientes (25,4%) habían sido sometidos a resección intestinal y 6 pacientes (8,5%) habían sido intervenidos por enfermedad perianal. Con respecto a los tratamientos previos, 68 (96%) pacientes habían sido tratados con azatioprina, 20 (28%) con mercaptopurina, 27 (38%) con metotrexato y 4 (5,6%) con ciclosporina. Sesenta y seis pacientes (93%) habían sido refractarios al tratamiento con fármacos biológicos antes de iniciar vedolizumab: 3 pacientes (4%) habían recibido previamente 4 fármacos biológicos, 22 (31%) 3 biológicos, 35 (49,3%) 2 y 5 (7%) 1 fármaco biológico. En total, 28 pacientes (31%) estaban recibiendo inmunosupresores cuando iniciaron el tratamiento con vedolizumab. Tras las dosis de inducción (semana 14), 66% (IC95%, 54-78%) de los pacientes presentaron respuesta al tratamiento (18% remisión y 48% respuesta parcial). Los porcentajes de remisión y respuesta fueron similares en los pacientes con EC y aquellos con CU: 14,3 vs 25% ($p = 0,2$) en el caso de remisión y 62 vs 71,4% ($p = 0,4$) en el caso de respuesta, respectivamente. No se identificó ningún factor asociado con la probabilidad de presentar respuesta a vedolizumab (incluido el tipo de EII y el tratamiento concomitante). Nueve pacientes (12%) presentaron efectos adversos durante el tratamiento con vedolizumab; todos ellos fueron leves: 4 infecciones respiratorias, 2 cefaleas, 1 herpes, 1 artralgia y 1 reacción infusional.

Conclusiones: A corto plazo, vedolizumab parece ser efectivo y seguro en pacientes con EII, incluso en aquéllos más refractarios.

48. CORRELACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE ANTI-TNF Y LA RESPUESTA A CORTO PLAZO EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN (EC): RESULTADOS DEL ESTUDIO PREDICROHN

M. Chaparro^a, I. Guerra^b, M. Iborra^c, J.L. Cabriada^d, L. Bujanda^e, C. Taxonera^f, V. García-Sánchez^g, I. Marín-Jiménez^h, M. Barreiro-de Acostaⁱ, I. Vera^j, M.D. Martín-Arranz^k, B. Hernández-Breijo^l, F. Mesonero^m, L. Sempereⁿ, F. Gomollón^o, J. Hinojosa^o, A. Algaba^b, B. Beltrán^c, A. Rodríguez-Pescador^d, J. Banales^e, D. Olivares^f, P. Aguilar-Melero^g, L. Menchén^h, R. Ferreiro-Iglesiasⁱ, I. Blázquez Gómez^j, B. Benítez García^k, L. Guijarro^p, P.M. Linares^a, M. Ramas^a y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital

Universitari i Politècnic La Fe y CIBERehd, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital de Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU y CIBERehd, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ^hHospital Gregorio Marañón e IISGM, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^kHospital Universitario La Paz, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^lUniversidad de Alcalá y CIBERehd, Alcalá de Henares, Departamento de Biología de Sistemas. ^mHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁿHospital General Universitario de Alicante y CIBERehd, Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ^oHospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^pHospital de Manises, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^qUniversidad de Alcalá y CIBERehd, Alcalá de Henares, Departamento de Biología de Sistemas.

Introducción: Se desconoce si existe correlación entre los niveles séricos de los fármacos anti-TNF y la respuesta clínica tras la fase de inducción en los pacientes con EC.

Objetivos: 1) Evaluar la correlación entre los niveles séricos de fármaco y la respuesta tras la inducción en los pacientes con EC en tratamiento con fármacos anti-TNF. 2) Conocer la capacidad de los niveles séricos de anti-TNF para la predicción de la respuesta tras la inducción en los pacientes con EC.

Métodos: Estudio multicéntrico nacional en el que se incluyeron prospectivamente pacientes con EC activa (CDAI > 150) naïve al tratamiento con anti-TNF. Los pacientes recibieron tratamiento con adalimumab (ADA) 160/80 mg en las semanas 0 y 2 y, a continuación, 40 mg cada dos semanas; o infliximab (IFX) 5 mg/kg en las semanas 0, 2 y 6 y, a continuación, 5 mg/kg cada 8 semanas. La remisión se definió como una puntuación en el CDAI < 150, y la respuesta como una disminución de al menos 70 puntos tras 14 semanas de tratamiento. Se evaluó la actividad clínica y se obtuvieron muestras de sangre en la visita basal y, posteriormente, en las semanas 4, 8 y 14. Los niveles séricos de TNF se midieron mediante Singulex Erenna human TNF alpha kit. Los niveles de ADA e IFX se midieron mediante cromatografía líquida de alta resolución (HMSA; Prometheus Lab, San Diego, United States). Se calculó la correlación entre los niveles de anti-TNF durante la fase de inducción y la respuesta clínica en la semana 14. Se calcularon las áreas bajo las curvas ROC (ABC). Se identificaron los mejores puntos de corte junto con su sensibilidad y especificidad para predecir la remisión en la semana 14.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes con EC. En la semana 14, 52 pacientes (73%) habían alcanzado la remisión clínica y 11 (15,5%) no presentaron respuesta. No se observó correlación entre los niveles séricos de TNF y la actividad clínica en ninguna de las visitas. Cuarenta y un pacientes recibieron IFX (57,8%). No se observaron diferencias en las concentraciones de IFX en las semanas 4, 8 y 14 entre los pacientes que presentaron remisión en la semana 14 y los que no. Lo mismo ocurrió cuando se consideró respuesta en lugar de remisión (tabla 1). El ABC de los niveles de IFX en las semanas 4, 8 y 14 para predecir remisión en la semana 14 fueron < 0,6 en todos los casos. En el análisis multivariante, sólo el CDAI (más alto) en la visita basal se asoció significativamente con una menor probabilidad de alcanzar la remisión en la semana 14 (OR = 0,98, IC95% = 0,96-0,99). Treinta pacientes (42,2%) recibieron ADA. Las concentraciones séricas de ADA fueron similares en los pacientes que alcanzaron la remisión que en aquellos que no la alcanzaron (tabla 2). El ABC de las concentraciones de ADA en las semanas 4, 8 y 14 para predecir la remisión fue inferior a 0,7. En el análisis multivariante, solo el CDAI en la visita basal se asoció significativamente

Tabla 1. Concentración de infliximab en los pacientes en función de la presencia de remisión y respuesta a corto plazo (semana 14)

	Remisión (mg/ml)	No remisión (mg/ml)	p
Semana 4	33	36	0,6
Semana 8	32	31	0,8
Semana 14	10,7	9	0,7
	Respuesta (mg/ml)	No respuesta (mg/ml)	p
Semana 4	31	46,5	0,03
Semana 8	30	42	0,08
Semana 14	10,6	7,9	0,6

Tabla 2. Concentración de adalimumab en los pacientes en función de la presencia de remisión y respuesta a corto plazo (semana 14)

	Remisión (μg/ml)	No remisión (μg/ml)	p
Semana 4	16	15,4	0,8
Semana 8	12,5	11,6	0,7
Semana 14	11,7	9	0,2
	Respuesta (μg/ml)	No respuesta (μg/ml)	p
Semana 4	16,6	10,7	0,1
Semana 8	13	7,1	0,1
Semana 14	11,6	8,3	0,3

con una menor probabilidad de alcanzar la remisión en la semana 14 (OR = 0,98, IC95% = 0,96-0,99).

Conclusiones: Ni las concentraciones séricas de TNF ni de los fármacos anti-TNF (IFX o ADA) se correlacionan con la respuesta clínica durante la fase de inducción en los pacientes con EC.

49. UTILIDAD COMO BIOMARCADOR DE LOS NIVELES CIRCULANTES DE IGG E IGA FRENTE AL PÉPTIDO STP DERIVADO DE *LACTOBACILLUS PLANTARUM* EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

P.M. Linares^a, B. Sánchez^b, M. Chaparro^a, A.C. Marín^a, A. Margolles^b, S.C. Knight^c, H.O. Al-Hassi^d, J.P. Gisbert^a y D. Bernardo^a

^aHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bInstituto de Productos Lácteos de Asturias, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Villaviciosa, Departamento de Microbiología y Bioquímica de Productos Lácteos. ^cImperial College London, RU, Antigen Presentation Research Group. ^dUniversity of Wolverhampton, Research Institute in Healthcare Science, Faculty of Science and Engineering, Wolverhampton, RU.

Introducción: El péptido rico en serina y treonina (STp), secretado por la bacteria del ácido láctico *Lactobacillus plantarum*, tiene capacidad inmunomoduladora y es capaz de revertir las propiedades alteradas de las células inmunes de los pacientes con

enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Péptidos similares a STp son producidos por las bacterias comensales del tracto gastrointestinal, siendo los niveles de estos péptidos menores en el intestino de los pacientes con EII.

Objetivo: Evaluar la utilidad de los niveles circulantes de IgG e IgA frente a STp como biomarcador, correlacionando las densidades ópticas (DO) de la reactividad con la actividad clínica de los pacientes con EII.

Métodos: Estudio piloto, retrospectivo en pacientes con EII y controles sanos. La actividad clínica fue determinada mediante los índices de Mayo parcial para la colitis ulcerosa (CU) y de Harvey-Bradshaw para la enfermedad de Crohn (EC). Las inmunoglobulinas IgG e IgA frente a STp se cuantificaron tras optimizar un ELISA. Se midieron sus DO a $\lambda = 450$ nm. Las diluciones óptimas de suero fueron establecidas en 1:100 y 1:200 para IgG e IgA, respectivamente.

Resultados: Se incluyeron 20 sueros de pacientes con EII (10 CU y 10 EC) y 5 controles sanos. La duración media de la EII de los pacientes fue de $4,7 \pm 7,2$ años, y el 55% fueron hombres. El 60% de los pacientes no tenía actividad clínica, el 36% la tenía leve y el 4% moderada. Se observaron diferencias significativas ($p < 0,01$) en las DO de IgA ($1,7 \pm 0,4$ vs $1,0 \pm 0,2$) y de IgG ($2,5 \pm 0,3$ vs $2,1 \pm 0,2$) entre los pacientes con EII y los controles sanos. Las DO de IgA fueron más altas en los pacientes con enfermedad activa frente a los que no tenían actividad ($2,0 \pm 0,2$ vs $1,4 \pm 0,2$, $p < 0,01$). Al analizar por tipo de enfermedad, las DO de IgA fueron mayores en los pacientes con EC activa que en los que no tenían actividad ($2,1 \pm 0,2$ vs $1,3 \pm 0,25$, $p < 0,01$), y tanto las DO de IgA ($1,9 \pm 0,2$ vs $1,5 \pm 0,1$, $p < 0,01$) como las de IgG ($2,7 \pm 0,2$ vs $2,2 \pm 0,2$, $p < 0,05$) fueron mayores en aquellos pacientes con CU activa frente a inactiva. Se encontraron correlaciones positivas ($p < 0,01$) entre la actividad clínica y las DO de IgA ($r = 0,8$) e IgG ($r = 0,5$). El mejor área bajo la curva ROC para el diagnóstico de la actividad clínica fue 0,9 para IgA (punto de corte en 1,73 DO; 100% sensibilidad y 90% especificidad), para IgG, el área bajo la curva ROC fue de 0,7 (punto de corte en 2,5 DO; 70% sensibilidad y 80% especificidad).

Conclusiones: Los niveles circulantes de IgG e IgA frente a STp se correlacionan con la actividad clínica de la EII, por lo que podrían ser útiles como biomarcadores de esta enfermedad.

50. RIESGO DE RECAÍDA TRAS RETIRADA DE AZATIOPRINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN REMISIÓN MANTENIDA

M. Iborra^a, T. Blázquez^b, M.M. Boscá^c, X. Cortés^d, J. Herreras^b, B. Navarro^b, G. Trejo^c, E. Cerrillo^b, B. Beltrán^a y P. Nosa^a

^aHospital Universitari y Politècnic La Fe y CIBERehd, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Clínico de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital de Sagunto, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo.

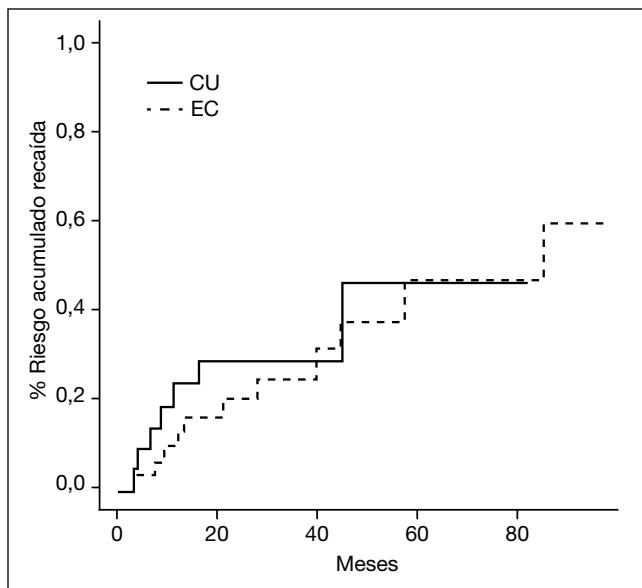
Introducción: Está bien establecido el beneficio de los inmunosupresores para prevenir brotes en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sin embargo, se desconoce cuándo retirarlos en pacientes que están en remisión durante largos períodos de tiempo.

Objetivo: Identificar potenciales predictores de recaída tras retirar azatioprina (AZA) en pacientes con EII que se encuentran en remisión mantenida.

Métodos: Estudio observacional y multicéntrico en pacientes con EII que interrumpieron el tratamiento con AZA en monoterapia tras un periodo prolongado de remisión. Las principales variables recogidas fueron: estado de corticodependencia y corticorefractariedad, tiempo hasta recaída, presencia de remisión endoscópica y valores de proteína C reactiva (PCR), hemoglobina (Hb) y calprotectina fecal (CF) en el momento en el que se interrumpió AZA.

Tras la retirada se monitorizó la remisión a los 6 y 12 meses con la CF y PCR.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes con EII, 33 con enfermedad de Crohn (EC) y 22 con colitis ulcerosa (CU). Todos habían estado en remisión durante 4-5 años antes de retirar AZA. Ningún paciente con CU había llevado biológicos, mientras que 3 EC (9,1%) sí que habían llevado. La remisión endoscópica se evaluó en 13 CU (59%) y 18 EC (55%). Tras retirar AZA, 19 CU (86%) y 16 EC (49%) fueron tratados con altas dosis de salicilatos. La mediana de seguimiento tras la interrupción de AZA fue 36 meses con un porcentaje total de recaídas de 32% en CU y 33% en EC (7 y 11 pacientes respectivamente). Los porcentajes acumulados de recaída a 1, 2, 3 y 5 años fueron 23,4%, 28,2%, 28,2% y 46,2% para la CU y 12,9%, 20,1%, 24,6% y 46,7% para la EC (fig.). De los 18 pacientes que recaíeron, 14 fueron retratados con AZA y en 12 el tratamiento fue eficaz. Los valores de PCR, CF y Hb en el momento de la retirada y durante el seguimiento no se asociaron con el riesgo de recaída. El análisis multivariante mostró como predictores de recaída la corticodependencia, la introducción de AZA tardía en la CU y precoz en la EC.



Conclusiones: La mitad de los pacientes con EII a los que se interrumpe el tratamiento con AZA recaerán en los primeros 5 años de seguimiento, mientras que el otro 50% se beneficiarán de la desintensificación. El estado de corticodependencia es importante antes de decidir la retirada de AZA. Estos resultados deben ser validados de forma prospectiva.

51. FILOGRUPOS I Y II DE *FAECALIBACTERIUM PRAUSNITZII* EN HECES: ¿UN NUEVO BIOMARCADOR NO-INVASIVO DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

M. López-Siles^a, M. Serra^b, M. Martínez-Medina^a, X. Aldeguer^c y L.J. García-Gil^a

^aGrupo de Microbiología de la Enfermedad Intestinal, Departamento de Biología, Universitat de Girona, Girona. GoodGut SL, Parc Científic i Tecnològic Universitat de Girona, Girona. ^cHospital Dr. Josep Trueta, Girona, Departamento de Gastroenterología.

Faecalibacterium prausnitzii es una de las tres especies más abundantes del intestino humano e incluye dos filogrupos, cuya

abundancia en la mucosa intestinal de pacientes con enfermedad intestinal difiere de la que presentan personas sanas. Previamente observamos que la abundancia de estos filogrupos en mucosa intestinal permite discriminar entre pacientes con diferentes subtipos de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El objetivo de este trabajo ha sido determinar si estas diferencias se reproducen en muestras fecales, y por tanto evaluar su posible utilidad como biomarcadores para ayudar al diagnóstico de la EII. La cantidad de los filogrupos I y II de *F. prausnitzii* se determinó por qPCR, dirigida al gen 16S rRNA, en muestras de heces de 12 individuos sanos (S), 12 con enfermedad de Crohn (EC), y 6 con colitis ulcerosa (CU). Los datos se normalizaron con la cantidad total de bacterias en las muestras y las abundancias relativas se analizaron considerando la localización de la enfermedad y los datos clínicos de los pacientes. Los niveles de ambos filogrupos de *F. prausnitzii* fueron inferiores en pacientes con EII en comparación con los individuos S ($p = 0,068$). La abundancia del filogrupo I resultó ser un buen biomarcador para discriminar los pacientes con EC de los individuos S y con CU. Además, los pacientes con EC presentaron una menor cantidad del filogrupo II, lo que puede usarse para diferenciar pacientes con pancolitis ulcerosa de aquellos con EC colónica. No se hallaron diferencias significativas en la capacidad discriminatoria de estos biomarcadores en heces respecto a lo previamente obtenido en biopsias. Los pacientes con EC y resección intestinal presentaron una cantidad inferior de ambos filogrupos en comparación con aquellos que no habían sido intervenidos. Finalmente, las abundancias de ambos filogrupos en los pacientes con CU tratados con anti-TNF a fueron similares a la de los individuos S. En contraposición, los tratamientos con mesalazina e inmunosupresores no implicaron una recuperación de la cantidad normal de *F. prausnitzii* en pacientes con EC. En conclusión, la abundancia de los filogrupos de *F. prausnitzii* es menor en pacientes con EII, especialmente en aquellos con EC. La cuantificación de los filogrupos de *F. prausnitzii* en heces puede ayudar a la identificación de trastornos intestinales, y a la clasificación de subtipos de EII. Se puede afirmar de forma preliminar que los resultados observados en la mucosa se reproducen en heces, permitiendo un nuevo enfoque no invasivo para identificar y distinguir las EII. El potencial diagnóstico de esta herramienta requiere una validación a través de estudios en cohortes más grandes.

52. INFLUENCIA DE LA INMUNOSUPRESIÓN SOBRE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

I. Rodríguez-Lago^a, O. Merino^b, M.J. López de Goicoechea^c, M. Aranzamendi^d, L. Zubiaurre^e, J. Ortiz de Zárate^f, A. Muñagorri^g, C.G. Cilla^h y J.L. Cabriada^a

^aHospital de Galdakao, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^bHospital Universitario de Cruces, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^cHospital de Galdakao, Vizcaya, Servicio de Microbiología. ^dHospital Universitario de Cruces, Vizcaya, Servicio de Microbiología.

^eHospital de Mendaro, Guipúzcoa, Servicio de Digestivo. ^fHospital Universitario de Basurto, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^gHospital Donostia, Guipúzcoa, Servicio de Digestivo. ^hHospital Donostia, Guipúzcoa, Servicio de Microbiología.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se asocia a una disminución de la calidad de vida, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas. La mayoría de los tratamientos disponibles tienen un efecto inmunomodulador, el cual no está exento de efectos adversos como las infecciones o los tumores. El virus de Epstein-Barr (VEB) es un ejemplo, y su potencial patógeno y carcinogénico se ha demostrado sobre todo en el ámbito del trasplante. Hemos llevado a cabo un estudio para evaluar los cambios en la carga viral en pacientes naïve con EII que inician diferentes tipos de tratamiento.

Métodos: Se diseñó un estudio multicéntrico, prospectivo y observacional. Incluimos pacientes con un diagnóstico establecido de EII, sin tratamiento, y que iniciaban inmunosupresión con tiopurinas o biológicos en monoterapia, o alguna combinación de ambos. Determinamos el estado serológico basal frente el VEB (IgM-VCA, IgG-VCA and IgG-EBNA) así como la carga viral. Realizamos una segunda visita predeterminada tras 4 meses de tratamiento donde se cuantificó de nuevo la carga viral. El estudio fue aprobado previamente por el Comité de Ética de Euskadi.

Resultados: Incluimos un total de 30 pacientes (26 mujeres, 45% no fumadores, edad media $42,7 \pm 9$ años) que iniciaron tratamiento entre marzo y noviembre de 2015. Veinte de ellos padecían enfermedad de Crohn y 10 colitis ulcerosa. La indicación más frecuente de tratamiento fue la corticodependencia. Veintiséis pacientes iniciaron monoterapia con inmunomoduladores (17 con tiopurinas y 1 con metotrexato) o biológicos (5 infliximab y 3 adalimumab). Cuatro pacientes recibieron tratamiento combinado con infliximab y azatioprina. Veinte estaban tomando corticoides en la visita basal. La actividad clínica basal era de Mayo $4,5 \pm 1,6$ y de Harvey-Bradshaw de $4,9 \pm 2,7$. La PCR basal era de $2,8 \text{ mg/dL}$ (RIQ 1-12,1). Todos los pacientes tenían signos de exposición previa a VEB (IgG-VCA y/o IgG-EBNA positivos) y todos eran negativos para IgM-VCA. Ningún paciente tenía carga viral detectable antes de iniciar la inmunosupresión. En 12 pacientes se realizó una segunda determinación de serologías y carga viral. Ningún paciente tuvo una carga viral detectable una vez iniciada la inmunosupresión. Un paciente presentó una negativización de la IgG-VCA, aunque la IgG-EBNA era positiva. No se realizó ningún cambio de tratamiento hasta la segunda visita. No se han registrado efectos adversos farmacológicos. Sólo un paciente requirió colectomía.

Conclusiones: La infección por VEB es muy frecuente en nuestro medio entre los pacientes con EII, con una prevalencia del 100% en nuestra cohorte. No se han observado cambios a corto plazo en la dinámica de la infección tras el inicio de inmunomoduladores, ya sea en monoterapia o combinación.

53. INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

Y. Falagán Cachafeiro^a, M.C. Muñoz Villafranca^a, A. Pérez de Arenaza López de Subijana^a, M.P. Arreba González^a, J. Ortiz de Zárate Sagastagoitia^a, M. Liberal Sagarno^a, M. López Gutiérrez^a, S. Hernández Crespo^b, J. Prieto Elordui^a y V.M. Orive Cura^a

^aHospital de Basurto, Bilbao, Servicio de Aparato Digestivo.

^bHospital de Basurto, Bilbao, Servicio de Microbiología.

Introducción: Se considera que la colitis por citomegalovirus (CMV) en los pacientes con colitis ulcerosa (CU), parece asociarse a mala evolución de la enfermedad. La incorporación de técnicas como la PCR puede llevar a cambios en el manejo.

Objetivo: Conocer las características clínicas y evolución de los casos de CMV diagnosticados en pacientes con CU en nuestro Centro.

Métodos: Desde enero 2014 a noviembre de 2015, a los pacientes con colitis ulcerosa activa, se les realizó endoscopia con estudio histológico y/o microbiológico de CMV de la mucosa intestinal. El estudio histológico se realizó con hematoxilina-eoxina (H-E) e inmunohistoquímica (IHQ). El estudio microbiológico se ha realizado mediante PCR a tiempo real con el kit Q - CMV Real Time Complete Kit (Nanogen-Elitech). La actividad clínica se valoró con el índice Mayo (0-12), la endoscópica con el subíndice Mayo (0-3) y la extensión por la clasificación de Montreal. Se considera infección intestinal por CMV cuando la histología y/o la PCR en la mucosa, eran positivas.

Resultados: Diez pacientes, 6 varones con 57 años de edad media (34-83), fueron diagnosticado de colitis por CMV. La PCR fue (+) en 8/8 pacientes en que se realizó y la histología en 3/10. La colitis fue extensa en 4 e izquierda en 5. La actividad clínica predominante fue moderada-grave, con una mediana de índice Mayo de 10 (IR5-10) y un subíndice de 3 (IR2-3). En el momento del diagnóstico, 6 pacientes estaban hospitalizados, 7 recibían tratamiento con corticoides, 6 con biológicos y 2 con inmunomoduladores. Se trataron 7/10 pacientes, 3 con histología positiva y 4 con PCR y carga viral sérica positiva. Los 3 pacientes restantes, no se trataron por estar asintomáticos o con carga sérica negativa. La evolución clínica fue favorable en 7 casos y negativa en 3 pacientes (30%), que finalmente precisaron colectomía (2 con diagnóstico histológico y otro mediante PCR).

Conclusiones: 1. En nuestra experiencia, la infección por CMV en pacientes con colitis ulcerosa, es un factor de mal pronóstico, que conlleva un incremento del riesgo quirúrgico. 2. El diagnóstico mediante PCR, puede ser una gran ayuda en el diagnóstico de la infección por CMV, aún son muchos los interrogantes que existen, en la práctica clínica

54. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA EVOLUCIÓN TRAS LA SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

M.J. Casanova^a, M. Chaparro^a, V. García-Sánchez^b, O. Nantes^c, E. Leo^d, M. Rojas-Feria^e, A. Jaúregui-Amezaga^f, A. Pardillos-Tomé^g, J.M. Huguet^h, F. Argüelles-Ariasⁱ, M. Alcart^j, I. Marín-Jiménez^k, M. Gómez-García^l, F. Muñoz^m, M. Esteveⁿ, L. Bujanda^o, X. Cortés^o, J. Toscap^p, J.R. Pineda^q, M. Mañosa^r, J. Llao^s, J. Guardiola^t, I. Pérez-Martínez^u, C. Muñoz^v, Y. González-Lama^w, J. Hinojosa^x, J.M. Vázquez^y, M.P. Martínez-Montiel^z, G.E. Rodríguez¹, R. Pajares², M.F. García-Sepulcre³, A. Hernández-Martínez⁴, J.L. Pérez-Calle⁵, B. Beltrán⁶, D. Busquets⁷, L. Ramos⁸, F. Bermejo⁹, J. Barrio¹⁰, M. Barreiro-De Acosta¹¹, O. Roncedo¹², X. Calvet¹³, D. Hervías¹⁴, F. Gomollón¹⁵, M. Domínguez-Antonaya¹⁶, G. Alcaín¹⁷, B. Sicilia¹⁸, C. Dueñas¹⁹, A. Gutiérrez²⁰, R. Lorente-Poyatos²¹, M. Domínguez-Cajal²², S. Khorrami²³, C. Muñoz²⁴, C. Taxonera²⁵, A. Rodríguez-Pérez²⁶, A. Ponferrada²⁷, M. Van Domselaar²⁸, M.L. Arias Rivera²⁹, O. Merino³⁰, E. Castro³¹, J.M. Marrero³², M. Martín-Arranz³³, B. Botella³⁴, L. Fernández-Salazar³⁵, D. Monfort³⁶, V. Opio³⁷, A. García-Herola³⁸, J. Llao³⁹, M. Menacho⁴⁰, P. Ramírez de la Piscina⁴¹, D. Ceballos⁴², P. Almela⁴³, M. Navarro-Llavat⁴⁴, V. Robles-Alonso⁴⁵, A.B. Vega-López⁴⁶, I. Moraleja⁴⁷, M.T. Novella⁴⁸, C. Castaño-Milla⁴⁹, A. Sánchez-Torres⁵⁰, J.M. Benítez^b, C. Rodríguez^c, L. Luzón^g, E. Garrido^l, E. Domènech^h, E. García-Planella^s y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ^cComplejo Hospitalario de Navarra, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Universitario de Valme y CIBERehd, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Clínic i Provincial y CIBERehd, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^hConsortio Hospital General Universitari de València, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^kHospital Gregorio Marañón e IISGM, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^lHospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, Servicio de Aparato Digestivo. ^mComplejo Universitario de León, Servicio de Aparato Digestivo. ⁿHospital Universitario Mutua de Terrassa y CIBERehd, Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo. ^oHospital de Donostia, Instituto

^oHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^oHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ^cComplejo Hospitalario de Navarra, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Universitario de Valme y CIBERehd, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Clínic i Provincial y CIBERehd, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^hConsortio Hospital General Universitari de València, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^kHospital Gregorio Marañón e IISGM, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^lHospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, Servicio de Aparato Digestivo. ^mComplejo Universitario de León, Servicio de Aparato Digestivo. ⁿHospital Universitario Mutua de Terrassa y CIBERehd, Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo. ^oHospital de Donostia, Instituto

Biodonostia, UPV/EHU y CIBERehd, Servicio de Aparato Digestivo.
ºHospital de Sagunto, Servicio de Aparato Digestivo. *ºHospital Clínico de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºComplejo Hospitalario Universitario de Vigo, Servicio de Aparato Digestivo.*
ºHospital Universitario Germans Trias i Pujol y CIBERehd, Badalona, Servicio de Aparato Digestivo. *ºHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo.*
ºHospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. *ºHospital Central de Asturias, Oviedo, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital de Basurto, Bilbao, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital de Manises, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital General Universitario de Elche, Alicante, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Torrecárdenas, Almería, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitari i Politècnic La Fe y CIBERehd, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario de Canarias, La Laguna, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario Río Hortega, Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Villafranca de los Caballeros, Toledo, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºCorporació Sanitària Parc Taulí y CIBERehd, Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Virgen de la Altagracia, Manzanares, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario de Móstoles, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Virgen de la Victoria, Málaga, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario de Burgos, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, Servicio de Aparato Digestivo.*
ºHospital General Universitario de Alicante y CIBERehd, Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. *ºHospital General de Ciudad Real, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital San Jorge, Huesca, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Virgen de la Salud, Toledo, Servicio de Aparato Digestivo.*
ºHospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. *ºHospital Universitario de Salamanca, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario de Torrejón, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.*
ºHospital Universitario de Cruces, Bilbao, Servicio de Aparato Digestivo. *ºHospital Lucus Augusti, Lugo, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario La Paz, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.*
ºHospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. *ºHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºConsorti Sanitari Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario de Getafe, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Marina Baixa, Alicante, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Sant Joan de Deu, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Joan XXIII, Tarragona, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario de Álava, Vitoria, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital General de Castellón, Servicio de Aparato Digestivo.*

Aparato Digestivo. *ºHospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital de Viladecans, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo.*
ºHospital Can Misses, Eivissa, Servicio de Aparato Digestivo. *ºHospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.* *ºHospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, Servicio de Aparato Digestivo.*

Introducción: En los pacientes con EII en remisión con el tratamiento anti-TNF podría plantearse la suspensión del mismo por motivos de coste y seguridad. Sin embargo, el riesgo de recidiva tras la interrupción del anti-TNF en estos pacientes no está bien establecido.

Objetivos: 1) Evaluar el riesgo de recidiva tras la suspensión del tratamiento anti-TNF en pacientes con EII en remisión. 2) Identificar los factores asociados al riesgo de recidiva. 3) Calcular la tasa de respuesta al reiniciar el mismo anti-TNF. 4) Evaluar la seguridad de la administración de nuevo del anti-TNF.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico (77 centros). Se incluyeron pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa tratados con anti-TNF y en los que se suspendió dicho tratamiento estando en remisión. El seguimiento tras la suspensión del fármaco fue de al menos 6 meses.

Resultados: Se incluyeron 1.055 pacientes (53% mujeres, edad media 42 años, 68% enfermedad de Crohn). Los motivos de suspensión del anti-TNF fueron: 75% decisión electiva, 18% efectos adversos, y 7% remisión tras estrategia top-down. En los pacientes que recidivaron, la mediana de tiempo de recidiva tras la suspensión del anti-TNF fue de 11 meses. La incidencia acumulada de recidiva fue del 44%: (IC95% = 41-46%): 24% al año, 38% a los 2 años, 46% a los 3 años, y 56% a los 5 años tras la suspensión del anti-TNF. La tasa de incidencia de recidiva fue del 18% por paciente-año (IC95% = 17-20%). Un 71% de los pacientes continuó con inmunosupresores (AZA/MP/MTX) tras suspender el anti-TNF. En el análisis multivariante, las variables asociadas con un mayor riesgo de recidiva fueron: el tratamiento con adalimumab vs infliximab (HR = 1,29; IC95% = 1,03-1,60), y la suspensión electiva del anti-TNF (HR = 1,82; IC95% = 1,19-2,79) o la suspensión del anti-TNF debido a efectos adversos (HR = 1,95; IC95% = 1,22-3,12) vs la suspensión por remisión tras la estrategia top-down. La edad al momento de la suspensión del anti-TNF (HR = 0,99; IC95% = 0,98-0,99) y el tratamiento con inmunosupresores tras la suspensión del anti-TNF se asociaron con un menor riesgo de recidiva (HR = 0,70; IC95% = 0,57-0,88). Un 72% de los pacientes que recidivaron iniciaron de nuevo el mismo anti-TNF: 68% (IC95% = 61-72%) de ellos alcanzaron la remisión tras la inducción, y 75% (IC95% = 70-80%) al final del seguimiento. Tras el re-tratamiento, 11% presentaron efectos adversos, todos leves.

Conclusiones: La tasa de incidencia de recidiva tras la suspensión del tratamiento anti-TNF en pacientes con EII en remisión fue del 18% por paciente-año. El tratamiento con adalimumab, la suspensión electiva del anti-TNF o la suspensión del anti-TNF debido a efectos adversos (vs estrategia top-down) se asociaron con un mayor riesgo de recidiva. La edad y el tratamiento de mantenimiento con inmunosupresores tras la suspensión del anti-TNF se asociaron con un menor riesgo de recidiva. El tratamiento de la recidiva con el mismo anti-TNF fue eficaz y seguro.

55. EFICACIA DEL CERTOLIZUMAB PEGOL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN CON PÉRDIDA DE RESPUESTA O INTOLERANCIA A ANTITNF PREVIOS

I. Ferrer Bradley^a, I. Marín-Jiménez^b, N. Maroto Arce^a, M. Mora Escrig^a, E. Hinojosa^a, B. López Cauce^b, L. Menchén^b y J. Hinojosa del Val^a

^aHospital de Manises, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo.

^bHospital Gregorio Marañón e IISGM, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) con pérdida de respuesta a corticoides y/o inmunomoduladores son subsidiarios de recibir tratamiento con agentes antiTNF (IFX y ADA). Un 10-15% de los pacientes no responden de manera inicial y otro 30% pierden respuesta a lo largo del tiempo. La intensificación del tratamiento o el cambio de antiTNF es una opción terapéutica. Certolizumab pegol (CZP) es un fármaco anti TNF que ha demostrado ser eficaz en la EC. La experiencia clínica con este fármaco es limitada.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de CZP en pacientes con EC y pérdida de respuesta o efectos secundarios con otros AntiTNF.

Métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo y descriptivo que analiza pacientes de las consultas externas de Enfermedad Inflamatoria Intestinal de dos hospitales españoles en tratamiento con CZP desde enero del 2009 hasta julio del 2015. La respuesta clínica se evaluó mediante el índice de Harvey. La pauta de inducción fue: 400 mg a las 0-2-4 semanas. Se usaron 2 pautas de mantenimiento: 400 mg cada 4 semanas o 200 mg cada 2 semanas.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes (22 hombres/16 mujeres). Edad media al diagnóstico: 30 años (rango 14-67). Edad media actual: 46,7 años (rango 24-70). Todos los pacientes presentaban actividad en el momento de inicio de CZP. Clasificación de Montreal: B1: 27 (71,05%), B2: 5 (13,1), B3: 6 (15,7%). L1: 12 (31,5%), L2: 9 (23,6%), L3: 15 (39,4%), L4: 2 (5,2%). Enfermedad perianal: 20 (52,6%). La indicación del CZP fue pérdida de respuesta a anti TNF en 30 (78,9%) y por efectos secundarios a otros anti TNF en 8 (21%). 28 (73,6%) y 10 (26,31%) pacientes recibieron CZP como segundo o tercer fármaco biológico respectivamente. 18 pacientes estaban con pauta de mantenimiento de 200 cada 2 semanas y 20 con 400 mg cada 4 semanas. 6 pacientes estaban en tratamiento concomitante con inmunomoduladores (5 con azatioprina y 1 con metotrexato). 26 pacientes habían requerido cirugías previas. 14 (36,8%) están en remisión clínica y 12 (31,5%) obtuvieron respuesta con un tiempo medio de seguimiento de 26,6 meses. Durante el seguimiento el 60%/77,7% permanecen inactivos con la pauta de 400 mg cada 4 semanas vs 200 mg cada 2 semanas respectivamente (respuesta clínica: 7/5 (35%/27,7%); remisión clínica: 5/9 (25/50%)). En 6 pacientes se realizó al menos una reinducción con CZP a lo largo de su evolución. El 83,3% de los pacientes (n = 5) recuperó respuesta con esta estrategia. 1 paciente presentó artralgias como efecto secundario que obligó a su retirada. Una paciente se quedó embarazada durante el tratamiento sin retirada del CZP. Se mantuvo en remisión clínica, con parto vaginal a término y recién nacido sano.

Conclusiones: El CZP permite rescatar pacientes con pérdida de respuesta o efectos secundarios a otros antiTNF. Aunque no hay diferencias entre las dos pautas de mantenimiento utilizadas se sugiere una tendencia a mayor eficacia de la pauta de 200 mg cada 14 días.

56. LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD MEJORA DURANTE UN AÑO DE TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA RECURRENCIA POSQUIRÚRGICA TRAS LA CIRUGÍA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: RESULTADOS DEL ESTUDIO APPRECIA

C. Taxonera^a, A. López Sanromán^b, I. Vera^c, E. Domènech^d, V. Vega^e, L. Menchén^f, J. Guardiola^g, L. Castro^h, M. Esteveⁱ, E. Iglesias-Flores^j, D. Ceballos^k, P. Martínez-Montiel^l, J. P. Gisbert^m, M. Minguezⁿ, A. Echarriⁱ, X. Calvet^o, J. Barrio^p, J. Hinojosa^q, D. Martín-Arranz^r, M. Andreu^s, F. Bermejo^t, J. Rimola^u, V. Pons^v y P. Nos^y

^aDistrito Granada-Metropolitano, Granada, Médico

^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ^bHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Gastroenterología y Hepatología. ^cHospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.

^dHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Puerto Real, Cádiz.

^fHospital Gregorio Marañón e IISGM, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^hHospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital Universitario Mutua de Terrassa y CIBEREHD, Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ^kHospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Servicio de Aparato Digestivo. ^lHospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^mHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBEREHD, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁿHospital Clínico de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^oComplejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, Servicio de Aparato Digestivo. ^pCorporació Sanitària Parc Taulí y CIBEREHD, Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo. ^rHospital Universitario Río Hortega, Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^sHospital de Manises, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^tHospital Universitario La Paz, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^uHospital del Mar, Barcelona. ^vHospital de Fuenlabrada, Madrid. ^wHospital Clínic de Barcelona, Departamento de Radiología. ^xHospital Universitari y Politécnic La Fe y CIBEREHD, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) está deteriorada en los pacientes con enfermedad de Crohn (EC). No está claro que la CVRS mejore tras la resección intestinal en la EC debido a la aparición frecuente de recurrencia postquirúrgica.

Objetivo: Valorar los cambios en la CVRS en pacientes con EC a los que se realiza una resección intestinal y reciben profilaxis postoperatoria con adalimumab o con azatioprina.

Métodos: En el estudio multicéntrico prospectivo APRECCIA, los pacientes con EC a los que se realizó una resección ileocolonica fueron aleatorizados 1/1 a recibir azatioprina o adalimumab. El objetivo primario fue la recurrencia endoscópica (Rutgeerts 2b, 3, 4) en la semana 52. Los cambios en CVRS fueron un objetivo secundario del estudio. Se valoró la CVRS basalmente (2 semanas tras la cirugía) y en las semanas 24 y 52, usando los cuestionarios EQ-5D y SIBDQ. Los cambios de EQ-5D y SIBDQ se valoraron usando dos muestras de t-test para SIBDQ y el test de Wilcoxon para EQ-5D.

Resultados: En el estudio APRECCIA fueron tratados 86 pacientes. 73 pacientes con EC completaron todos los cuestionarios y fueron evaluados (44 del grupo adalimumab y 29 del grupo azatioprina). La CVRS fue baja basalmente, pero mejoró significativamente en ambos grupos de tratamiento en las semanas 24 y 52 ($p < 0,01$ para SIBDQ y EQ-5D). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento en las semanas 24 y 52 ni en los scores globales ni en las dimensiones individuales de EQ-5D y SIBDQ. La mejoría media en la CVRS desde la basal hasta la semana 52 fue significativamente superior en los pacientes sin recurrencia endoscópica ($p = 0,01$ para SIBDQ y $p = 0,04$ para EQ-5D).

Conclusiones: La CVRS mejoró significativamente y se mantuvo durante un año en los pacientes con EC intervenidos y tratados con azatioprina o adalimumab como terapia profiláctica de la recurrencia postquirúrgica. No hubo diferencias significativas en la CVRS entre ambos grupos. Los pacientes sin recurrencia endoscópica tuvieron un mayor incremento en los cuestionarios de CVRS. Ambos cuestionarios (EQ-5D y SIBDQ) fueron similares en la detección de cambios en la CVRS.

57. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA NEGATIVIZACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-HBS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A.C. Marín^a, M. Chaparro^a, M. Ramas^a, R. Ribot^a, P.M. Linares^a, J.R. Villagrassa^b, D. Bernardo^a y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, Madrid, Servicio de Medicina Preventiva.

Introducción y objetivo: La vacuna frente al virus de la hepatitis B (VHB) es menos efectiva en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que en la población sana. Además, se ha sugerido que la tasa de negativización de los anticuerpos anti-HBs es mayor en estos pacientes que en controles sanos. Por ello, el objetivo de este estudio es evaluar la tasa de negativización de anti-HBs en una cohorte de pacientes con EII e investigar los factores de riesgo asociados a dicha pérdida.

Métodos: Participantes: pacientes con EII, no infectados por VHB, adecuadamente vacunados entre 2008 y 2010 (determinado como títulos posvacunales de anti-HBs > 10 UI/L). Procedimientos: Los títulos anti-HBs fueron recogidos retrospectivamente, considerando la negativización como anti-HBs < 10 UI/L en serologías posteriores a la postvacunal. Análisis estadísticos: Se analizaron los factores de riesgo de negativización (tipo de EII, género, fumar, edad en el momento de vacunación, títulos de anti-HBs posvacunales, y tratamiento con inmunosupresores o biológicos) mediante regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes (65% enfermedad de Crohn, 52% mujeres, 26% fumadores). Durante la vacunación, el 24% recibían inmunosupresores y el 15% biológicos. La mediana de seguimiento fue de 18 meses (rango: 1-81 meses). Negativizó el 24% de los pacientes, siendo la tasa de negativización mayor en los pacientes con anti-HBs < 100 UI/L (medidos entre 1 y 6 meses tras la vacunación) que en aquellos con anti-HBs > 100 UI/L (78% vs 20%; $p < 0,001$). El modelo predictivo de negativización (tabla adjunta) corroboró que títulos anti-HBs > 100 UI/L se asociaron con una menor probabilidad de pérdida de anti-HBs, mientras que el tratamiento con biológicos durante la vacunación incrementó el riesgo de negativización.

B	DE	p	Valor OR	IC95% para la OR	
				0,001	0,056
Anti-HBs > 100 UI/L	-2,890	0,891	0,001	0,056	0,010-0,319
Tratamiento biológico	1,777	0,731	0,015	5,915	1,413-24-762

Conclusiones: La negativización de anti-HBs es más frecuente en pacientes con EII tratados con biológicos durante la vacunación y en aquellos que generaron bajos títulos posvacunales.

58. CARACTERIZACIÓN DE LAS CÉLULAS DENDRÍTICAS Y LOS MACRÓFAGOS HUMANOS EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL INFERIOR

D. Bernardo, A.C. Marín, P.M. Linares, M. Jiménez, M. Chaparro y J.P. Gisbert

Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Las células dendríticas (CD) son únicas por su capacidad para generar respuestas inmunes tolerogénicas o proinfla-

matorias. Los macrófagos (MF) también mantienen la homeostasis intestinal cooperando con las CD para generar células T-reguladoras inmunosupresoras. Sin embargo, se desconoce si las propiedades de las CD y los MF varían a lo largo del tracto gastrointestinal, lo que podría tener relevancia en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) con diferentes tejidos afectos.

Objetivo: Caracterizar las subpoblaciones de CD y MF presentes en el colon distal, proximal e íleon terminal de controles sanos.

Métodos: Se reclutaron controles sanos sin enfermedades malignas o autoinmunes conocidas. De cada individuo se obtuvieron biopsias intestinales del colon distal, proximal e íleon terminal que fueron inmediatamente procesadas en el laboratorio en presencia de DTT, EDTA y colagenasa. Las células mononucleares de la lámina propia fueron marcadas con anticuerpos específicos conjugados a fluorocromos y analizadas en el plazo máximo de 48 horas por citometría de flujo.

Resultados: Las CD y los MF se identificaron dentro del total de leucocitos (CD45+) viables (exclusión de sonda de viabilidad) no dobletes como HLA-DR+CD11c+. Las CD fueron posteriormente identificadas como CD14-CD64-, mientras que los MF fueron CD14+CD64+. Las CD se clasificaron en subpoblaciones en base a la expresión de CD103 y SIRP α . Las CD CD103-SIRP α + fueron la principal subpoblación intestinal y junto a las CD103+SIRP α + fueron CD1c+ILT3-CD86-. CCR2 se expresó en todas las CD CD103-SIRP α + con expresión variable en las CD103+SIRP α +, donde se correlacionó inversamente con la intensidad de CD103. Las CD CD103+SIRP α - constituyeron una subpoblación minoritaria de células CD141+ILT3-CD86+CCR2-. Los MF se clasificaron en "altos" y "medios" según la intensidad de CD14 y CD64. Los MF "medios" (CD14+CD64+) fueron CCR2+CD11cbajoHLA-DRbajoSIRP α + mientras que los MF "altos" (CD14++CD64++) fueron CCR2-CD11caltoHLA-DRaltoSIRP α +-/. Las subpoblaciones de MF probablemente representan monocitos recién reclutados por la mucosa intestinal (población "media"), que se diferencia en los tejidos hacia macrófagos completamente diferenciados (población "alta"). El número total de CD fue mayor en el colon proximal, que a su vez tenía menores números de CD CD103+, lo que se traduce en una reducción específica de la subpoblación CD103+SIRP α +. Por el contrario, el número de MF fue menor en el íleon terminal, donde la subpoblación "alta" se encontró ausente.

Conclusiones: El intestino humano tiene diferentes subpoblaciones de CD y MF, y las proporciones en las que se encuentran varían a lo largo del tracto gastrointestinal. Las diferencias inmunológicas regionales deberían por tanto ser tenidas en consideración en el estudio de las enfermedades intestinales.

59. ACTIVIDAD DE TNF α EN EL PLASMA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB E INFILIXIMAB EVALUADA EN UN ENSAYO BASADO EN LA LÍNEA CELULAR L929

P.M. Linares^a, H. de la Fuente^b, M. Chaparro^a, I. Guerra^c, P.L. Majano^d, M. Iborra^e, J.L. Cabriada^f, L. Bujanda^g, M. Barreiro-De Acosta^h, V. García-Sánchezⁱ, I. Marín-Jiménez^j, D. Bernardo^a y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, Madrid, Servicio de Inmunología. ^cHospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Biología Molecular. ^eHospital Universitari y Politécnic La Fe y CIBERehd, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital de Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU y CIBERehd, Servicio de Aparato Digestivo. ^hHospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de

Compostela, Servicio de Aparato Digestivo. ¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ¹Hospital Gregorio Marañón e IISGM, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Los fibroblastos murinos L929 son una línea celular sensible al TNF. Hasta el momento, no se ha estudiado la utilidad del co-cultivo de esas células in vitro con plasma de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) antes y durante las dosis de inducción de fármaco anti-TNF para evaluar su actividad.

Objetivos: 1) Evaluar la correlación entre la actividad in vitro de TNF en plasma y la actividad clínica en pacientes con EC. 2) Evaluar la utilidad de la medición de la actividad de TNF in vitro para predecir la remisión a corto plazo tras el tratamiento con anti-TNF.

Métodos: Estudio multicéntrico en el que se incluyeron prospectivamente pacientes con EC naïve al tratamiento anti-TNF. Los pacientes recibieron 160/80 mg de adalimumab en las semanas 0 y 2, y 40 mg cada dos semanas a partir de entonces; o infliximab 5 mg/kg en las semanas 0, 2, 6 y cada dos meses en adelante. La remisión se definió como una puntuación de CDAI < 150, y la respuesta como una disminución de > 70 puntos, después de 14 semanas de tratamiento. La evaluación clínica y la obtención de muestras de sangre se realizaron al inicio del estudio y en las semanas 4 y 14. Se construyeron las curvas ROC (Receiver Operating Characteristic) y se calculó el área bajo la curva (AUC). Se emplearon fibroblastos murinos L929 sensibles a TNF, tratados con actinomicina D, para cuantificar la actividad de TNF en las muestras de plasma inactivado por calor de los pacientes con EC. Se utilizó TNF humano recombinante como control positivo para estandarizar el ensayo en un modelo dosis-respuesta.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes con EC activa al inicio del estudio (65% recibió infliximab y 35% adalimumab). Las medias de los niveles plasmáticos de TNF fueron de 9, 6, 10 y 22,6 pg/ml al inicio del estudio, y en las semanas 4 y 14, respectivamente. No hubo correlación entre la puntuación CDAI y la actividad de TNF en ninguna visita. La actividad de TNF fue similar entre los respondedores y no respondedores en todas las visitas. No hubo diferencias en la actividad plasmática de TNF entre los pacientes que alcanzaron la remisión y los que no lo hicieron, con ninguno de los tratamientos anti TNF. Las AUC de TNF para predecir la remisión en la semana 14 fueron de 0,54, 0,50 y 0,58 en la visita basal y en la semanas 4 y 14, respectivamente.

Conclusiones: No se encontró asociación entre la actividad TNF plasmática in vitro y la actividad clínica, ni tampoco con la respuesta al tratamiento de inducción con TNF en los pacientes con EC. Por tanto, la actividad TNF plasmática in vitro no parece útil para predecir o para monitorizar la respuesta al tratamiento anti-TNF durante la fase de inducción.

60. PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA QUE HAN PRESENTADO REACTIVACIÓN DE CITOMEGALOVIRUS: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

A. Clos^a, P. Rodríguez-Martínez^b, M. Mañosa^a, A. Ruiz-Cerulla^c, M.J. Paúles^d, J. Llaó^e, J. Gordillo^e, T. Lobatón^a, I. Ojanguren^b, E. Cabré^a, E. García-Planella^e, J. Guardiola^c y E. Domènech^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Servicio de Anatomía Patológica. ^cHospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet, Servicio de Aparato Digestivo.

^dHospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet, Servicio de Anatomía Patológica. ^eHospital Universitari de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Universitari de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: La reactivación cólica de CMV se ha implicado en la corticorrefractariedad de la colitis ulcerosa (CU) y con un mal pronóstico a corto plazo. Datos recientes sugieren que pese a superar el brote asociado a la reactivación, estos pacientes tienen peor

pronóstico a largo plazo y una menor probabilidad de respuesta a diferentes tratamientos.

Objetivo: Evaluar si los pacientes con CU que han sufrido una reactivación de CMV tienen una peor evolución a largo plazo.

Métodos: Se identificaron todos los pacientes con CU e IHQ-CMV+ que no habían requerido colectomía en el brote índice de tres centros y se compararon con un grupo control compuesto por pacientes con CU seronegativo para CMV (IgG CMV) que habían requerido en algún momento un curso de corticoides endovenosos. Se registraron la necesidad de antiTNF, hospitalizaciones y colectomía.

Resultados: Se evaluaron 36 pacientes con reactivación pasada por CMV y 44 controles seronegativos. No se hallaron diferencias entre casos y controles respecto al género (hombres 61% vs 69%), extensión de la enfermedad (CU extensa 69% vs 79%) o gravedad del brote índice (brote grave 61% vs 69%), pero sí en la edad en el momento del brote índice (50 vs 39; p = 0,03). La mediana de seguimiento fue de 46 meses (IIC 13-70), sin diferencias en ambos grupos. Respecto a la evolución posterior, los pacientes con reactivación pasada del CMV no mostraron diferencias en comparación al grupo control en términos de necesidad de antiTNF (36% vs 57%), hospitalizaciones (42% vs 41%) o colectomías (5% vs 18%). El tiempo para la introducción de biológicos (34 vs 24 meses) y la tasa de respuesta a antiTNF (66% vs 64%), tampoco resultó diferente entre ambos grupos.

Conclusiones: Los pacientes que superan un brote corticorrefractario con reactivación de CMV tienen un curso evolutivo similar a aquellos paciente que, habiendo precisado un curso de corticoides endovenosos, nunca han presentado infección por CMV.

61. VALOR PRONÓSTICO DE LA INTENSIDAD DE LA REACTIVACIÓN CÓLICA DEL CITOMEGALOVIRUS EVALUADA POR INMUNOHISTOQUÍMICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

A. Clos^a, P. Rodríguez-Martínez^b, M. Mañosa^a, A. Ruiz-Cerulla^c, M.J. Paúles^d, J. Llaó^e, J. Gordillo^e, C. Fumagalli^f, T. Lobatón^a, I. Ojanguren^b, E. Cabré^a, J. Guardiola^c y E. Domènech^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Servicio de Anatomía Patológica. ^cHospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet, Servicio de Aparato Digestivo.

^dHospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet, Servicio de Anatomía Patológica. ^eHospital Universitari de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Universitari de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: La reactivación del CMV se ha implicado en la corticorrefractariedad en la colitis ulcerosa (CU). Su diagnóstico se basa en la inmunohistoquímica (IHQ-CMV) o la determinación mediante técnicas de PCR de DNA vírico en biopsias rectales. Datos recientes sugieren que la intensidad de la reactivación evaluada según carga viral por PCR en las biopsias de colon o recto podría determinar el pronóstico del brote.

Objetivo: Evaluar si la intensidad de la reactivación medida en número de células positivas por IHQ-CMV se asocia al pronóstico a corto plazo de la CU en pacientes con reactivación por CMV.

Métodos: Identificación de pacientes con CU e IHQ-CMV+ de tres centros distintos. Las biopsias fueron revisadas por patólogos expertos cuantificándose el máximo número de células IHQ-CMV+ por biopsia. Se registraron las variables clínicas basales y evolutivas del brote.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes con mediana de edad 40 años (IIC 32-55), un 67% con CU extensa y una mediana de tiempo de evolución de la enfermedad en el brote índice de 26 meses (IIC 2-73). Al diagnóstico de la reactivación 70% recibían tratamiento corticoideo, 22% azatioprina y 19% antiTNF. La mediana de cél.

IHQ-CMV+ fue 2 cél/fragmento de biopsia (IIC 1-5). No se identificaron factores asociados a una mayor intensidad de la reactivación. El 67% de los pacientes recibieron tratamiento antiviral. Se colectomizaron el 27% del total; en 6/13 (46%) piezas quirúrgicas se constató persistencia de CMV. La tasa de colectomía del brote índice fue significativamente más elevada en pacientes con > 2 cél/frag de biopsia (50% vs 16%, $p = 0,022$) y en aquellos con actividad más grave (58% vs 19%; $p = 0,01$).

Conclusiones: La intensidad de la reactivación tisular de CMV en pacientes con CU refractaria parece tener relevancia pronóstica, lo que sugiere la necesidad de evaluarla de forma cuantitativa para la decisión de tratarla o no.

62. FACTORES DE RIESGO DE RECIDIVA CLÍNICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA EN REMISIÓN CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA

M. Calafat^a, T. Lobatón^a, A. Hernández-Gallego^b, M. Mañosa^a, P. Torres-Rodríguez^a, E. Cabré^a, I. Ojanguren^b y E. Domènech^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, CIBEREHD y Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: Los pacientes con colitis ulcerosa (CU) en remisión endoscópica presentan menos complicaciones y recidivas. Se ha sugerido el valor pronóstico de la histología en la evolución de estos enfermos.

Objetivo: Determinar el papel de la histología como factor de riesgo de recidiva clínica en la CU en remisión clínica y endoscópica.

Métodos: Se incluyeron pacientes (2005-2014) con CU izquierda/extensa en remisión clínica (Mayo parcial 0-1, sin rectorrágia), con tratamiento estable y al menos 3 meses sin esteroides, que presentaran una colonoscopia completa en remisión endoscópica, (subíndice endoscópico Mayo 0-1) y biopsias disponibles. Se revisaron las biopsias evaluando plasmocitosis basal, presencia de neutrófilos intraepiteliales (actividad aguda), alteraciones arquitecturales y aumento del infiltrado mononuclear. Como variables para analizar otros posibles factores de riesgo de recidiva clínica se incluyeron: brote de actividad 12 meses previo a la inclusión, subíndice endoscópico Mayo grado 1, actividad biológica (PCR) y tratamiento en el momento de la endoscopia. Se definió recidiva clínica como presencia de síntomas + necesidad de intensificación de tratamiento.

Resultados: Se evaluaron 157 pacientes: 38% mujeres; edad media 54 años (IQR 44-65); 65% extensa; 87% subíndice endoscópico Mayo = 0; mediana tiempo de evolución CU 38 meses [rango 19-105] mediana tiempo de seguimiento fue 39 meses (IQR 18-64); 68% requirieron algún curso de esteroides; sólo 18% habían presentado brote de actividad 12 meses previo a la inclusión. 31% presentaron recidiva clínica durante el seguimiento (mediana 3,3 años [rango 1,55-5,4 años]). La probabilidad acumulada de revivida clínica a 1, 3 y 5 años fue de 7%, 22% y 29%. Respecto a la histología: el 10%, 17%, 54% y 60% presentó plasmocitosis basal, actividad aguda, alteraciones arquitecturales y aumento de el infiltrado mononuclear respectivamente. En el análisis multivariado (Cox), la actividad aguda y el brote de actividad 12 meses previo a la inclusión mostraron una relación significativa con la recidiva clínica al año ($RR = 7,69$; $IC95\% 2,03-29,05$, $p = 0,003$). Evaluando el riesgo de recidiva clínica en el total de seguimiento, nuevamente la actividad aguda se correlacionó significativamente con la recidiva clínica ($RR = 1,97$; $IC95\% 1,01-3,82$, $p = 0,046$).

Conclusiones: En pacientes en remisión clínica y endoscópica, la presencia de neutrófilos intraepiteliales y un tiempo corto de remisión clínica constituyen los factores de riesgo de recidiva. En estos pacientes estaría indicado por tanto seguimiento más exhaustivo. Sin embargo, son necesarios más estudios prospectivos para analizar si además estaría justificada la intensificación del tratamiento.

63. INFLUENCIA DE LOS TRATAMIENTOS PREVIOS Y FACTORES BIOQUÍMICOS DE RESPUESTA A TACROLIMUS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

I. Rodríguez-Lago^a, O. Merino^b, O. Nantes^c, C. Muñoz-Villafranca^d, U. Aguirre^e y J.L. Cabriada^a

^aHospital de Galdakao, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^bHospital Universitario de Cruces, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^cComplejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Digestivo. ^dHospital Universitario de Basurto, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^eHospital de Galdakao, Vizcaya, Unidad de Investigación.

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC) son dos enfermedades crónicas del tracto gastrointestinal incluidas dentro del término enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Para su tratamiento es habitual el uso de fármacos inmunomoduladores que controlan la actividad inflamatoria. Tacrolimus es un fármaco inhibidor de la calcineurina que inhibe la producción de IL-2 y la activación de linfocitos T. Disponemos de estudios que muestran su eficacia a corto y medio plazo en colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn aunque con resultados muy variables. Además no existen datos sobre factores pronósticos de respuesta a este tratamiento.

Métodos: Realizamos un estudio multicéntrico y retrospectivo en 4 unidades de EII. El objetivo primario de nuestro estudio era evaluar las características clínicas, analíticas y endoscópicas de los pacientes tratados con tacrolimus en práctica clínica diaria. El estudio fue aprobado previamente por el Comité de Ética de Euskadi.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes que recibieron tacrolimus entre febrero 2005 y febrero 2015. Las dos indicaciones más frecuentes fueron la corticodependencia y el Crohn fistulizante (75% de los casos). Quince pacientes habían recibido previamente biológicos (diez de ellos al menos 2 biológicos). Los niveles sanguíneos estuvieron entre 5-10 ng/mL en la mayoría (75%). En 9 casos (45%) el fármaco se usó en monoterapia. El tacrolimus se mantuvo durante 11 meses (RIQ 5-22). Diez pacientes lo mantuvieron durante al menos 12 meses. Globalmente, la remisión clínica se alcanzó en el 25% y el 40% obtuvo una respuesta parcial. La remisión se observó en el 16% y 37% de casos de EC y CU, respectivamente. Una respuesta parcial se comprobó en el 58% y 12%, respectivamente. Aquellos pacientes que no habían recibido biológicos mostraron una tasa de remisión significativamente mejor que aquellos no expuestos (80 vs 6,7%, $p = 0,0038$). Este subgrupo también mantuvo el fármaco durante un tiempo significativamente más corto (6 vs 21 meses, $p = 0,0031$). Además, de entre todos los pacientes, aquellos que alcanzaron la remisión presentaron una reducción significativa de la PCR tras un mes de tratamiento. Doce pacientes suspendieron el fármaco, sobre todo por ausencia o pérdida de respuesta. Siete pacientes sufrieron efectos adversos, siendo la causa de la suspensión de tacrolimus en tres. El seguimiento clínico total fue de 35,5 meses (RIQ 14,66). Siete pacientes requirieron una intervención quirúrgica.

Conclusiones: El tacrolimus ha demostrado una eficacia relativamente alta en EII, especialmente en aquellos pacientes no expuestos a biológicos. Ciertos marcadores bioquímicos pueden usarse como predictores tempranos de respuesta al tratamiento.

64. INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL INCIDENTAL DURANTE EL PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL EN PAÍS VASCO: RESULTADOS PRELIMINARES

I. Rodríguez-Lago^a, O. Merino^b, A. Maiz^c, A. Muñagorri^c, P. Arreba^d, J. Carrascosa^e, M. Fernández-Calderón^f, R. Higuera^g, E. Zapata^h, I. Montalvoⁱ, I. Portillo^j y J.L. Cabriada^a

^aHospital de Galdakao, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^bHospital Universitario de Cruces, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^cHospital Donostia, Guipúzcoa, Servicio de Digestivo. ^dHospital Universitario de Basurto, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^eHospital de Zumárraga, Guipúzcoa, Servicio de Digestivo. ^fHospital de Mondragón, Guipúzcoa, Servicio de Digestivo. ^gHospital de San Eloy, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^hHospital de Mendaro, Guipúzcoa, Servicio de Digestivo. ⁱOnkologikoa, Guipúzcoa, Servicio de Digestivo. ^jCentro Coordinador del Cribado de Cáncer Colorrectal en País Vasco (Osakidetza).

Introducción: Disponemos de pocos datos acerca de la historia natural de los casos de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) diagnosticados de forma incidental. Esto nos podría aportar información valiosa sobre la fase preclínica de la enfermedad y sus estadios más precoces. Hasta ahora se ha descrito una incidencia aproximada del 1% durante el cribado en Reino Unido y Corea del Sur. De estos pacientes, desarrollaban síntomas entre un 35 a 68% a los 2 a 5 años del diagnóstico. Hemos realizado un estudio para evaluar la incidencia, características de la enfermedad y requerimientos terapéuticos en los pacientes diagnosticados de EII durante el programa de cribado de cáncer colorrectal en País Vasco. El screening en nuestra área comenzó en 2010 y cubre la población de entre 50 a 69 años de una población de 2.2 millones de habitantes.

Métodos: Hemos revisado retrospectivamente los resultados de todas las colonoscopias de cribado realizadas bajo el programa de cribado. En todos los pacientes se realizó inicialmente un test de sangre oculta en heces inmunológico (iSOH; OC-Sensor, Eiken Chemical Co., Tokyo, Japón) y, si este test era positivo (punto de corte 20 µg Hg/g), se indicaba la realización de una colonoscopia. Se han incluido todos los pacientes con diagnóstico endoscópico de sospecha de EII y con confirmación histológica. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico previo de EII. El protocolo del estudio fue aceptado por el Comité de Ética de Euskadi.

Resultados: Se realizaron un total de 405.913 iSOH en 9 hospitales (participación del 67%). En 25.262 casos se llevó a cabo una colonoscopia de cribado. Se han diagnosticado 88 nuevos casos de EII (incidencia de 0,35%): 67 de colitis ulcerosa (CU), 16 de enfermedad de Crohn (EC) y 5 de EII inclasificable. Treinta y siete eran mujeres (edad media de 57 años) y la mayoría eran exfumadores. La CU afectaba al recto en 22 casos, a colon izquierdo en 21 y como colitis extensa en 24. La EC se clasificó como L1 en 7 casos, L2 en 6 y L3 en 3 pacientes. Sólo un paciente presentaba complicaciones perianales al diagnóstico. El diagnóstico endoscópico de sospecha concordaba con la histología en el 95%. El seguimiento clínico fue de 17 meses (RIQ 9-34). En 26 casos han presentado síntomas durante el seguimiento (rectorragia/síndrome rectal/diarrea). A 65 pacientes se les indicó tratamiento: 61 con mesalazina, corticoides a 11, tiopurinas a 6, 1 con metotrexato y 1 con aféresis. Sólo un caso recibió tratamiento con infliximab 23 meses tras el diagnóstico. Dos pacientes fueron intervenidos durante el seguimiento.

Conclusiones: Hemos observado una incidencia de EII del 0,35% entre los 50 a 69 años durante el programa de cribado poblacional. Un tercio de los pacientes desarrolló síntomas posteriormente, y a medio plazo el comportamiento de la enfermedad ha sido relativamente benigno.

65. INYECCIONES LOCALES DE FÁRMACOS ANTI-TNF EN LA ENFERMEDAD PERIANAL REFRACTARIA

I. Rodríguez-Lago^a, A. Hidalgo^a, J.R. Onandía^b, I. Moraleja^a, A. Bernal^a y J.L. Cabriada^a

^aHospital de Galdakao, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^bHospital de Galdakao, Vizcaya, Servicio de Cirugía General.

Introducción: Las complicaciones perianales pueden afectar hasta al 30% de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC), siendo excepcionales en la colitis ulcerosa (CU). Su tratamiento incluye habitualmente el uso de antibióticos, inmunomoduladores y fármacos anti-TNF, junto con el drenaje quirúrgico con colocación de setones. Disponemos de escasa información acerca del papel de la aplicación tópica de los anti-TNF en la enfermedad perianal refractaria. El objetivo de nuestro estudio era evaluar los resultados obtenidos en nuestro centro con la inyección de infliximab y adalimumab para el manejo de las fistulas perianales refractarias en la enfermedad inflamatoria intestinal.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en un único centro, recogiendo todos los pacientes que han recibido fármacos anti-TNF inyectados localmente en fistulas perianales o rectovaginales entre 2011 y 2015.

Resultados: Un total de 5 pacientes (cuatro con EC y uno con CU) se incluyeron en el estudio. Tres de ellos eran hombres, con una mediana de edad de 31 años al diagnóstico. La mediana de tiempo entre el diagnóstico de la EII y la aparición de las fistulas fue de 142 meses. Había 5 transesfintéricas, 4 interesfintéricas y 1 rectovaginal. Todos los pacientes tenían al menos una fistula compleja. En todos los casos se habían colocado previamente setones y presentaban una respuesta parcial al tratamiento con anti-TNF sistémico, incluso después de haberse intensificado. En aquellos pacientes que se usó infliximab, este se aplicó en inyecciones de 20 mg/12 cc mensualmente en 2 a 4 sesiones por paciente. Un paciente recibió adalimumab 40 mg/0,8 cc en tres ciclos, recibiendo un total de 6 dosis. El seguimiento clínico medio fue de 21,4 meses. En un paciente cesó por completo el drenaje por la fistula. Dos pacientes mostraron una reducción del débito y dos casos no mostraron mejoría con el tratamiento. En dos pacientes fue necesario un cambio posterior del biológico o el uso de un inmunomodulador diferente. Tras una media de 9,5 meses, dos de ellos requirieron la realización de una colectomía, siendo en uno de ellos por la actividad perianal mantenida.

Conclusiones: Las inyecciones locales de fármacos anti-TNF han mostrado un efecto beneficioso aunque transitorio en las fistulas perianales refractarias, y pueden constituir un tratamiento complementario a su administración sistémica. Aún no se conoce la pauta y dosificación más adecuadas, por lo que se requiere más información sobre esta forma de tratamiento.

66. EXPERIENCIA CON EL USO DE LEUCOCITOAFÉRESIS COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE A LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN COLITIS ULCEROSA

I. Rodríguez-Lago^a, I. Moraleja^a, E. Fernández^b, L. Gómez^c, R. Higuera^d y J.L. Cabriada^a

^aHospital de Galdakao, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^bHospital de Galdakao, Vizcaya, Unidad de Diálisis. ^cHospital Universitario de Cruces, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^dHospital de San Eloy, Vizcaya, Servicio de Digestivo.

Introducción: La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa son dos enfermedades inflamatorias crónicas del tracto gastrointestinal. Los tratamientos biológicos disponibles en los últimos años han demostrado su capacidad de inducir la remisión y mantenerla a largo plazo. De todas formas un número significativo de pacientes sufre pérdida de respuesta primaria o secundaria a estos fármacos. Se han propuesto varias estrategias para recuperar la respuesta a estos fármacos. Sólo disponemos de experiencia anecdótica publicada con la combinación de leucocitoaféresis y fármacos anti-TNF, habiéndose descrito únicamente en enfermedad de Crohn. Recogemos en este estudio la única experiencia disponible acerca de su posible aplicación en colitis ulcerosa.

Métodos: Se ha recogido de forma retrospectiva la información de los pacientes con pérdida primaria o secundaria de respuesta a tratamiento biológico en nuestro centro. De entre ellos hemos seleccionado aquellos en los que la aféresis, en combinación con el anti-TNF, se ha usado como la estrategia principal para alcanzar la remisión. Hemos incluido 4 casos en nuestro estudio. Todos los pacientes padecían colitis ulcerosa (dos colitis izquierda y dos pancolitis) y eran varones, con una edad media de 39,7 años. La mediana de tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad y el inicio del biológico era de 121 meses. Tres pacientes habían recibido previamente inmunomoduladores (suspensionado en uno por efectos adversos). Un paciente había recibido otro fármaco anti-TNF previamente. Dos pacientes se encontraban con adalimumab, uno con golimumab y uno con infliximab. En 3 casos la aféresis se inició por una respuesta incompleta y en uno por pérdida de respuesta. La aféresis se inició tras una mediana de 3,5 meses desde el comienzo del biológico. Los dos casos con adalimumab requirieron intensificación antes o durante las sesiones de aféresis. El score parcial de Mayo al inicio era de 6 en todos los casos. La PCR basal era de 2,6 mg/dL y la hemoglobina de 13,3 g/dL. Todos los pacientes recibieron entre 8 a 10 sesiones, con una frecuencia de dos sesiones por semana, filtrando un 100% de su volemia en cada sesión. Sólo un paciente requirió el cambio del biológico debido a una reacción cutánea. No necesitaron el uso de nuevos inmunomoduladores, y un paciente pudo suspender el tratamiento con tiopurinas. El paciente con mayor actividad clínica inició sesiones de aféresis de mantenimiento mensuales con un buen control de la enfermedad. Ningún paciente ha requerido una colectomía durante el seguimiento. No se han registrado efectos adversos relacionados con esta combinación de tratamiento.

Conclusiones: La leucocitoaféresis ha mostrado cierta eficacia en pacientes con colitis ulcerosa con respuesta incompleta o pérdida de respuesta a biológicos. Esta técnica ofrece un mecanismo de acción diferente, sin un aumento de efectos adversos relevantes.

67. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE FÍSTULAS PERIANALES EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

L. Olondris, I. Rodríguez Lago, P. Gisasola, A. Hidalgo, A. Elorza, L. de Castro, I. Moraleja, A. Bernal y J.L. Cabriada

Servicio de Digestivo, Hospital de Galdakao, Vizcaya.

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son enfermedades inflamatorias intestinales crónicas del trácto gastrointestinal. La enfermedad perianal (EPA) es una complicación característica de la EC, ocurriendo hasta en un 20-30% de estos pacientes. En la CU su presentación es excepcional, habiéndose asociado a la necesidad más requerimientos terapéuticos.

Métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo de todos los casos de EPA en pacientes con CU en el Hospital de Galdakao.

Resultados: De 622 pacientes con CU en seguimiento en nuestro centro, 9 han desarrollado EPA (prevalencia de 1,4%). De ellos 5 eran mujeres (55%), con una edad media al diagnóstico de la EPA de 50,2 años. En 7 de ellos (77%) el diagnóstico de EPA fue posterior al de la CU, siendo el intervalo medio de tiempo entre ambos diagnósticos de 11,7 años. En los 2 restantes (23%), el diagnóstico de la EPA fue previo al de CU. Todos los trayectos fistulosos eran únicos. De los 9 pacientes, 5 (55%) tenían fistulas simples, mientras que 4 (45%) tenían fistulas complejas. El seguimiento clínico medio desde el diagnóstico de la fistula hasta última visita médica es de 4,1 años. Respecto al tratamiento, 6 (66%) de los pacientes requirieron tratamiento quirúrgico, mientras que 3 (33%) se manejaron con tratamiento médico (antibioterapia, azatioprina y 5-ASA). Durante el seguimiento no se ha modificado el diagnóstico principal de CU en ningún paciente.

Conclusiones: La enfermedad perianal es una complicación frecuente en la EC, con una prevalencia en la CU en nuestro entorno del 1,4%. En esta cohorte todos los trayectos eran únicos, siendo la mitad de ellos complejos. A pesar de ser poco frecuente, se asocia a una importante discapacidad y un manejo complejo, por lo que siempre debe tenerse en cuenta esta complicación de cara a optimizar su pronóstico.

68. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN EN UN CENTRO DE REFERENCIA

M. Guasch^{a,b}, A. Clos^b, M. Mañosa^b, T. Lobatón^b, G. Valldosera^b, J.R. Gómez^a, M. Piñol^c, E. Cabré^b, J. Troya^c y E. Domènech^b

^aHospital San Jorge, Huesca, Departamento de Cirugía General.

^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Servicio de Aparato Digestivo y CiberEHD. ^cHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Servicio de Cirugía General y Digestiva.

Introducción: La cirugía intestinal es necesaria en más de la mitad de pacientes con enfermedad de Crohn (EC), pero clásicamente se ha visto asociada a una elevada morbilidad.

Métodos: Se identificaron los pacientes intervenidos por EC en nuestro centro entre 2009 y 2014, con seguimiento posterior = 1 año. A partir de la historia clínica digitalizada se recogieron variables referentes a la EC, aspectos técnicos y clínicos de los períodos pre y postoperatorios (estado e intervención nutricionales, tratamientos, antibióticos, anestésicos, técnica quirúrgica), así como las complicaciones postoperatorias (agrupándose en sépticas/no-sépticas, sépticas abdominales/extrabdominales, de aparición precoz/tardía, o según gravedad evaluada mediante el índice de Clavien-Dindo).

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes, edad mediana de 37 años, de los cuales 44% recibieron anti-TNF (última dosis 22 días de mediana antes de la cirugía), 26% corticoides y 75% inmunomoduladores, en los 3 meses anteriores a la cirugía. Los motivos de la cirugía fueron: estenosis (42%), refractariedad (33%) y complicación penetrante (21%). El 89% de las intervenciones fueron resecciones ileales/ileocecales y un 7% requirieron estoma. La mediana (IIQ) de tiempo para retirar SNG fue de 3 días (2-5); retirar sonda vesical, 3 días (2-5) y para primera deposición 5 días (3-6). La mediana de estancia hospitalaria fue de 10 días (8-15). El 40% presentaron complicaciones sépticas, de las cuales 72% fueron intraabdominales (las más frecuentes: fistula enterocutánea -13% y absceso/plastrón -11%). El 57% de los pacientes presentaron complicaciones no-sépticas, siendo las más frecuentes: rectorragias (12%) e íleo paralítico (11%). En conjunto, 66% de las complicaciones fueron precoces (< 30 días postoperatorios) y el 18% fueron graves (Clavien-Dindo > 2). No se registraron muertes.

Conclusiones: La cirugía de la EC conlleva una elevada morbilidad, fundamentalmente por complicaciones sépticas intraabdominales, lo que sugiere la necesidad de centralizarla en centros con experiencia y elevado volumen de cirugía en esta patología.

69. LA EXPOSICIÓN A ANTI-TNF INCREMENTA EL RIESGO DE COMPLICACIONES SÉPTICAS POSTOPERATORIAS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

M. Guasch^{a,b}, A. Clos^b, M. Mañosa^b, T. Lobatón^b, J.R. Gómez^a, M. Piñol^c, E. Cabré^b, J. Troya^c y E. Domènech^b

^aHospital San Jorge, Huesca, Departamento de Cirugía General.

^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Servicio del Aparato Digestivo y CiberEHD. ^cHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Servicio de Cirugía General y Digestiva.

Introducción: La cirugía es necesaria en > 50% de pacientes con enfermedad de Crohn (EC), aunque conlleva una elevada morbi-mortalidad. La identificación de factores asociados al desarrollo de complicaciones postoperatorias podría ser útil como criterio de derivación a centros de referencia.

Métodos: Se identificaron pacientes intervenidos por EC entre 2009-2014, con seguimiento = 1 año. A partir de la historia clínica digitalizada se recogieron variables demográficas y clínicas relativas a la EC, y los aspectos técnicos y clínicos de los períodos pre y postoperatorios, así como las complicaciones postoperatorias agrupadas en sépticas/no-sépticas, sépticas abdominales/extrabdominales, de aparición precoz/tardía, o según la gravedad evaluada mediante el índice de Clavien-Dindo.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes. Un 44% recibieron anti-TNF, 26% corticoides y 75% inmunomoduladores, durante los 3 meses previos a la cirugía. Se registraron 40% de complicaciones sépticas, siendo los factores de riesgo independientes el fenotipo con componente estenosante (OR 3,5, IC95% 1,05-12,35) y la exposición en algún momento a anti-TNF (OR 3,19, IC95% 1,28-7,94). Un 29% presentaron complicaciones sépticas abdominales, hallando como factores de riesgo independientes la exposición a anti-TNF (OR 3,29, IC95% 1,16-9,3) y presentar un IMC bajo (OR 4,04, IC95% 1,27-12,8). Respecto a las complicaciones sépticas precoces, los factores de riesgo independientes fueron el fenotipo con componente estenosante (OR 4,01, IC95% 1,06-15,13) y el tratamiento con anti-TNF previo a cirugía (OR 2,51, IC95% 1,07-5,93); sin embargo, en el subgrupo de las abdominales, fueron el tratamiento previo con anti-TNF (OR 4,16, IC95% 1,45-11,93) y la presencia de fistulas en pieza quirúrgica (OR 2,96, IC95% 1,04-8,46). Según la gravedad, 18% presentaron complicaciones graves, siendo el factor de riesgo independiente la presencia de fistulas en pieza (OR 6, IC95% 1,82-19,79).

Conclusiones: La exposición a anti-TNF previa a la cirugía en la EC representa el factor de riesgo más importante relacionado con la aparición de complicaciones sépticas postoperatorias, fundamentalmente abdominales.

70. LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES GRAVES POSTOPERATORIAS INCREMENTA EL RIESGO DE RECURRENCIA ENDOSCÓPICA POSTOPERATORIA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

M. Guasch^{a,b}, A. Clos^b, M. Mañosas^b, T. Lobatón^b, J.R. Gómez^a, M. Piñol^c, P. Torres^b, E. Cabré^b, J. Troya^c y E. Domènech^b

^aHospital San Jorge, Huesca, Departamento de Cirugía General.

^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Servicio de Aparato Digestivo y CiberEHD. ^cHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Servicio de Cirugía General y Digestiva.

Introducción: La cirugía intestinal es necesaria en > 50% de pacientes con Enfermedad de Crohn (EC). En el primer año post-cirugía, la recurrencia endoscópica postoperatoria (REP) aparece en el 80% de los casos sin tratamiento preventivo y en el 20-40% si se sigue prevención con tiopurinas o anti-TNF. Sin embargo, es difícil estratificar a los pacientes de mayor o menor riesgo de REP, no se ha evaluado adecuadamente si el desarrollo de complicaciones postoperatorias incrementa este riesgo.

Métodos: Se identificaron los pacientes intervenidos por EC entre 2009-2014, con ileocoloscopia de control durante los primeros 18 meses. A partir de la historia clínica digitalizada se recogieron las complicaciones postoperatorias (CPO), agrupándose según fueran sépticas/no-sépticas, sépticas abdominales o extraabdominales, de aparición precoz/tardía, o en función de la gravedad evaluada mediante el índice de Clavien-Dindo. Se valoró la correlación de cualquier tipo de CPO y de los factores clásicamente asociados a un mayor riesgo de REP (tabaquismo, tratamiento preventivo, patrón de EC, IMC, transfusiones, albúmina, PCR).

Resultados: De un total de 82 pacientes, 89% recibieron tratamiento preventivo para REP con tiopurinas, 45% con metronidazol y 20% con anti-TNF, precozmente después de la cirugía. El 49% presentaron REP y 24% REP avanzada (Rutgeerts > i2). Respecto a las complicaciones: 38% sépticas, 27% sépticas abdominales y 57% no-sépticas; de todas ellas, 67% fueron precoces (< 30 días postop.) y 17% graves (Clavien-Dindo > 2). No se constataron factores asociados a REP (> i1). Sin embargo, en el análisis univariado, el patrón penetrante, necesidad de nutrición prequirúrgica, tratamiento con anti-TNF post-cirugía y aparición de CPO graves mostraron asociación con REP avanzada aunque, solo el tratamiento anti-TNF (OR 5,32; IC95% 1,57-18,01) y el desarrollo de CPO graves (OR 3,68; IC95% 1,01-13,45) se objetivaron como factores de riesgo independientes para REP avanzada.

Conclusiones: La aparición de CPO graves podría incrementar el riesgo de desarrollar REP avanzada, lo que podría estar en relación con la demora del tratamiento preventivo.

71. MONITORIZACIÓN DE INFILIXIMAB A 2 AÑOS Y ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA: PREDICCIÓN DE LA EFICACIA

P. Casado Rey^a, V. Hernández Ramírez^b, M.A. Andrade Olivé^a, L. Sanromán Álvarez^b, J.R. Pineda Mariño^b, L. de Castro Parga^b, M. Figueira Alvarez^b, S. Pereira Bueno^b, J. Martínez Cadilla^b, M. del Pozo Méndez^a y J.I. Rodríguez Prada^b

^aEOXI de Vigo, Servicio de Análisis Clínicos. ^bEOXI de Vigo, Servicio de Gastroenterología.

Introducción y objetivo: Las terapias biológicas anti TNF-a son uno de los pilares terapéuticos de las enfermedades inflamatorias intestinales (EI). El objetivo del estudio es relacionar la eficacia del tratamiento con infliximab (IFX) en pacientes naïve con los niveles de fármaco a lo largo de 2 años de seguimiento.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de 18 pacientes con EI (11 enfermedad de Crohn -EC- y 7 colitis ulcerosa -CU-) naïve a tratamiento con IFX durante 110 semanas. Media de edad 42 años, 72% hombres, 23% fumadores. En EC predominaba el patrón inflamatorio (63%) y extensión ileocólica (63,6%), y en CU fue pancolitis (71,4%). El 72,2% recibían tratamiento combinado con inmunosupresores. Se valoró la actividad clínica mediante los índices de Mayo (IM) y Harvey-Bradshaw (H-B), y la actividad biológica mediante la determinación de PCR en las semanas 0, 6, 14, 30, 46, 62, 78, 96 y 110. Se valoró la actividad endoscópica/RMN en la semana 110. Se emplearon Kits de Diagnóstico Promonitor® para medir los niveles de IFX y anticuerpos anti-IFX (ATIs). Se consideró remisión clínica un IM = 1 y H-B < 5, y remisión biológica PCR < 5 mg/dl. Se estimó el índice Kappa para valorar el grado de concordancia de las distintas valoraciones de actividad de la enfermedad frente a la endoscópica/RMN. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS v.19, asumiendo significación estadística si $p < 0,05$.

Resultados: El 53% de los pacientes se encontraban en remisión endoscópica/RMN al final del estudio. Los resultados de remisión biológica, clínica y clínica más biológica coinciden en el 80%, 86,6% y 100% de los casos, estimándose un índice de Kappa de 0,60, 0,74 y 1 respectivamente, alcanzándose la significación estadística. Se registraron 2 reacciones infusoriales (RI) en las semanas 14 y 38, en ambos casos, presencia de ATIs en ausencia de IFX, y 2 pérdidas de eficacia (PE) en la semana 30. Un paciente abandonó la medicación por decisión propia encontrándose en remisión clínica y biológica en ese momento. Las concentraciones medias de fármaco en las semanas 6, 14, 30, 46, 62, 78, 94, 110 fueron: 8,15, 3,55, 1,93, 2,25, 2,94, 2,21, 2,50, 1,06 ng/ml, respectivamente. En la semana 6 y 14 los niveles de fármaco fueron significativamente más altos en los pacientes con remisión endoscópica/RMN en la semana 110 (s6: 11,43 vs 4,87, $p = 0,0001$, s14: 6,09 vs 1,29 ng/ml, $p = 0,013$ respectivamente).

Conclusiones: Los niveles de fármaco en la semana 6 y 14 de tratamiento parecen predecir la eficacia terapéutica. La probabilidad de presentar pérdida de eficacia o una reacción infusional es mayor en etapas tempranas del tratamiento. Existe una relación entre la presencia de ATI y el desarrollo de reacciones infusionales. La remisión clínica y biológica, conjuntamente, son un buen marcador de actividad endoscópica/RMN, superior a la biológica y clínica por separado.

72. ADALIMUMAB: EFICACIA Y MONITORIZACIÓN A UN AÑO

P. Casado Rey^a, V. Hernández Ramírez^b, M. del Pozo Méndez^a, M. Figueira Álvarez^b, S. Pereira Bueno^b, J. Martínez Cadilla^b, L. Sanromán Álvarez^b, J.R. Pineda Mariño^b, L. de Castro Parga^b, M.A. Andrade Olivé^a y J.I. Rodríguez Prada^b

^aEOXI de Vigo, Servicio de Análisis Clínicos. ^bEOXI de Vigo, Servicio de Gastroenterología.

Introducción y objetivo: Adalimumab (ADA) es un anticuerpo monoclonal completamente humanizado que forma parte del arsenal terapéutico habitual en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII). El objetivo del estudio es relacionar la eficacia terapéutica en pacientes naïve con los niveles de fármaco a lo largo del primer año de tratamiento.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de 15 pacientes con EII (12 enfermedad de Crohn-EC- y 3 colitis ulcerosa-CU) naïve a tratamiento con ADA durante 62 semanas. En EC el patrón predominante fue inflamatorio (66%) y la extensión ileal (50%), y en CU fue colitis izquierda (66%). La edad media fue de 36 años, 60% hombres, 33,3% fumadores, 11 pacientes recibían tratamiento combinado con inmunosupresores. Se valoró la actividad clínica mediante los índices de Mayo y Harvey-Bradshaw, y la actividad biológica mediante la determinación de proteína C reactiva (PCR) en las semanas 0, 6, 14, 30, 46 y 62. Se emplearon los Kits de Diagnóstico Promonitor® para medir los niveles de ADA y anticuerpos anti-ADA (ATAs) antes de la administración del fármaco en estas semanas. Se evaluó el % de variación en la concentración de leucocitos (LEU), hemoglobina (HB), plaquetas (PLQ) y PCR. Se consideró remisión clínica un índice de Mayo = 1 y un índice Harvey-Bradshaw < 5, y remisión biológica PCR < 5 mg/dL. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS v.19, asumiendo significación estadística si $p < 0,05$.

Resultados: El 60% de los pacientes se encontraban en remisión clínica y biológica en la semana 62. Tres pacientes presentaron pérdidas de eficacia antes de la semana 14 de tratamiento, todos recibían a tratamiento combinado con AZA y no presentaron ATAs. Cuatro pacientes habían recibido previamente IFX, 3 permanecieron en remisión al final del estudio. Dos pacientes en remisión presentaban concentraciones indetectables de fármaco en presencia de ATAs, uno de ellos a tratamiento combinado con AZA. Las concentraciones medias de fármaco en las semanas 6, 14, 30, 46, 62 fueron respectivamente: 7,18, 6,69, 7,64, 6,24, 7,72 ng/mL, sin apreciar diferencias significativas entre los pacientes en remisión y en actividad. Los pacientes en remisión presentaron un descenso de PLQ significativamente mayor que los pacientes en actividad.

Conclusiones: Existe una gran estabilidad en la concentración de ADA a lo largo del tratamiento. La pérdida de eficacia se presenta precozmente. La monitorización de niveles de fármaco y ATA puede ayudar a decidir la retirada de tratamientos en pacientes en remisión.

73. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CT-P13, BIOSIMILAR DE INFILIXIMAB, EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Cebrián García, C. Saldaña Dueñas, C. Rodríguez Gutiérrez, O. Nantes Castillejo, M. Vicuña Arregui y S. Rubio Iturria

Complejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: CT-P13 (Remsima; Inflectra) es el primer biosimilar de infliximab, aprobado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) en septiembre 2013. Los estudios para su aprobación se testaron en pacientes con artritis reumatoide y espondilitis anquilosante, y posteriormente se extrapolaron los resultados a otras patologías como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El objetivo de nuestro trabajo es describir nuestra experiencia clínica con el uso de CT-P13 en EII.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo en el que se han incluido pacientes diagnosticados en nuestro centro de EII (enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU)), a los que se indicó, según práctica clínica, iniciar terapia con un fármaco anti-TNF de administración intravenosa. En ningún caso se administró a pacientes que ya estuvieran en tratamiento con el fármaco original ("switch"). La pauta de administración fue la habitual de 5 mg/kg en semanas 0-2-6. Se ha analizado la seguridad del fármaco y la actividad de la enfermedad antes y después de la terapia de inducción (semana 14).

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes (16 EC-5 CU), 13 varones/8 mujeres con una edad media al inicio del tratamiento de 45 años. 11 pacientes (52,4%) eran naïves para fármacos anti-TNF, 1 (4,7%) había recibido la molécula original 3 años antes suspendiéndose el tratamiento con cicatrización mucosa y los 9 restantes (42,8%) habían recibido previamente un anti-TNF subcutáneo, que se retiró por no respuesta primaria (2), pérdida de respuesta secundaria (6) o intolerancia (1). En octubre 2015, 13 pacientes (61,9%) habían completado el tratamiento de inducción. De esos 13 pacientes, 1 (7,7%) obtuvo remisión completa, 9 (69,2%) respuesta parcial, 2 (15,4%) no respondieron y en 1 caso hubo que interrumpir el tratamiento por toxicidad secundaria. De los 13 pacientes que completaron la inducción con CT-P13, 10 estaban en tratamiento concomitante con inmunomoduladores: 8 con AZA, 1 con MP y 1 con metrotexato. Se determinaron niveles del fármaco tras la fase de inducción en 10 de los 13 casos (77%), hallándose niveles subterapéuticos (< 1,5) en 3 pacientes, entre 1,5-3 en 3 pacientes y > 3 en 4 pacientes. En los 3 pacientes en los que se hallaron valores subterapéuticos del fármaco la respuesta había sido parcial y se ha intensificado el tratamiento de mantenimiento a 10 mg/kg.

Conclusiones: 1. El tratamiento de inducción con CT-P13 en pacientes con EII es seguro. 2. Los porcentajes de remisión y de respuesta son similares a los obtenidos con la molécula original. 3. En nuestra serie, la determinación de niveles ha sido útil de cara a optimización precoz del tratamiento.

74. COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL PAÍS VASCO

L. Gómez Irwin^a, J. Ortiz de Zárate^b, J. Arévalo Serna^c, P. Arreba González^b, A. Bernal Martínez^c, S. Estrada Oncín^d, R. Álvarez Higuera^e, S. Ibáñez Feijoo^a, O. Merino Ochoa^a, I. Rodríguez Lago^c, E. Martínez Moneo^a, C. Muñoz Villafranca^b y J.L. Cabriada Nuño^c

^aHospital Universitario de Cruces, Vizcaya, Servicio de Digestivo.

^bHospital Universitario de Basurto, Vizcaya, Servicio de Digestivo.

^cHospital de Galdakao, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^dHospital Universitario de Álava, Vitoria, Servicio de Aparato Digestivo.

^eHospital de San Eloy, Vizcaya, Servicio de Digestivo.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un proceso sistémico que se asocia a manifestaciones extraintestinales (ME) como la colangitis esclerosante primaria (CEP). Está descrita la asociación familiar y un fenotipo particular de los pacientes. También está aumentado el riesgo de cáncer colorrectal (CCR) y de colangiocarcinoma. Este registro pretende analizar a los pa-

cientes del País Vasco con ambas patologías, sus características fenotípicas, evolución y tratamientos administrados.

Métodos: Registro retrospectivo de los pacientes con CEP y Ell en los hospitales del País Vasco, de edad superior a 18 años, diagnosticados entre los años 2003 y 2014. Se realiza un análisis estadístico utilizando el programa SPSS.

Resultados: Se han incluido un total de 38 pacientes, 6 son mujeres (15%) y 32 hombres (85%). De ellos, 2 tenían antecedentes familiares de Ell. 5 pacientes presentaban ME, y 4 presentaban más de una ME. La media de edad al diagnóstico fue de 32 años para la Ell, y de 37 años para la CEP; en tan sólo 6 pacientes se diagnosticó primero la CEP. En más de la mitad (21 pacientes, 55%) la afectación de la CEP era de conductillos intra y extrahepáticos, y su evolución fue quiescente en 22 pacientes (58%). En cuanto a las características de la Ell: 32 pacientes tenían CU (30 pancolitis y 2 colitis izquierda), 4 EC y 2 colitis indeterminada. El curso fue quiescente en 23 pacientes (60%). Sólo 26 estaban siendo tratados con 5 ASA (68%), y 29 (76%) con ácido ursodesoxicólico (AUDC). En cuanto a las dosis de AUDC, la mitad con dosis bajas (< 20 mg/kg) y la otra con dosis altas. Existen dos casos de CCR (5'2%). Aunque 7 (18%) precisaron colectomía, la mayoría por enfermedad crónicamente activa y uno por displasia, ninguno ha presentado pouchitis. En cuanto a la evolución de la CEP: 12 pacientes (33%) han precisado trasplante hepático (TOH), generalmente por colangitis, sólo un paciente desarrolló colangiocarcinoma. 3 de ellos desarrollaron CEP de novo (25%).

Conclusiones: En nuestra población, las características de los pacientes con Ell y CEP concuerdan con las descritas previamente: predominancia masculina, presentación más temprana, mayoría CU (84%), casi en su totalidad pancolitis, con un curso quiescente.

75. INFECCIONES POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN LAS PATOLOGÍAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL

N. Reyes^a, G. Molina^a, L. Monteserín^a, M. Jiménez^a, L. Vaquero^a, S. Vivas^a, I. Fernández-Natal^b, D. Viso^a, D. Joao^a, N. Fernández^a, L. Rodríguez-Martín^a, B. Álvarez-Cuenllas^a y F. Jorquerá^a

^aComplejo Asistencial Universitario de León, Servicio de Aparato Digestivo. ^bComplejo Asistencial Universitario de León, Servicio de Microbiología.

Introducción: *Listeria monocytogenes* es un patógeno intracelular capaz de producir infecciones sistémicas en pacientes con alteración de la inmunidad celular. Es un bacilo Grampositivo coriniforme y sus hábitats conocidos son el suelo y reservorios animales. La transmisión en adultos se produce por ingestión de alimentos contaminados. Entre el 1-5% de la población general son portadores fecales de esta bacteria, pero la infección es poco frecuente en la población sana. Los principales grupos de riesgo son mujeres embarazadas, fetos, neonatos, ancianos e inmunodeprimidos.

Objetivo: Evaluar el papel de las patologías digestivas en el desarrollo de infecciones por *Listeria monocytogenes* en la población del Área de Salud de León en los últimos 10 años diagnosticados de infección invasiva por *L. monocytogenes* en el Hospital Universitario de León (área 350.000 habitantes) desde enero de 2006 hasta diciembre de 2015. Se estudiaron el tipo de infección, la patología subyacente predisponente, el consumo de fármacos inmunosupresores, el tratamiento y la evolución de la enfermedad.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes (76% varones; edad media $65,9 \pm 19,2$ años). Las infecciones más frecuentes fueron 16 meningitis (64%), 6 bacteriemias, 2 endocarditis y 1 peritonitis bacteriana. El 95% presentaron patología digestiva: 12 padecían cirrosis hepática, 7 enfermedad inflamatoria intestinal y 2 pacientes tenían un cáncer gástrico en tratamiento con quimioterapia. La presencia de vasculitis, insuficiencia renal crónica, embarazo y reemplazo valvular cardíaco reciente se observó en un paciente res-

pectivamente. El 12% de los pacientes utilizaron corticoides en el mes previo al proceso infeccioso, el 16% estaban en tratamiento con biológicos, el 8% con inmunosupresores (azatioprina) y dos pacientes tenían tratamiento activo con quimioterapia por proceso neoplásico. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico adecuado que incluía ampicilina. Ocho de los afectados fallecieron a causa de la infección, todos ellos mayores de 65 años ($p < 0,001$). El tipo de infección, el uso de tratamientos inmunosupresores o enfermedad de base no se asoció con un incremento de la mortalidad.

Conclusiones: Las infecciones sistémicas por *L. monocytogenes*, aunque poco frecuentes, presentaron una alta mortalidad a pesar de recibir tratamiento antibiótico adecuado. La cirrosis hepática y la enfermedad inflamatoria intestinal con tratamiento con inmunosupresores pueden provocar alteraciones de la inmunidad que faciliten el desarrollo de infecciones invasivas por este microorganismo. El tipo de infección más frecuente, asociada a patología digestiva, fue la meningitis y la edad avanzada era el principal factor de riesgo.

76. LAS A-DEFENSINAS 1-3 COMO POSIBLES BIOMARCADORES EN LA ENFERMEDAD DE CROHN ILEAL Y LA METILACIÓN DEL GEN DE LA A-DEFENSINA 5 (DEF5) TISULAR COMO MECANISMO PATOGENÍCO IMPLICADO EN LA DISMINUCIÓN DE LA DEF5 EN EL ÍLEON

E. Cerrillo^{a,b}, I. Moret^b, M. Iborra^{a,b}, E. Sáez^a, E. Busó^c, D. Ramos^d, L. Tortosa^b, P. Nos^{a,b} y B. Beltrán^{a,b}

^aHospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Unidad de Gastroenterología. ^bInstituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS La Fe), Valencia. ^cUnidad Central de Investigación, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia. ^dHospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Anatomía Patológica.

Introducción: Las a-defensinas son péptidos antimicrobianos que se expresan en los neutrófilos (aDef1-4) y en las células de Paneth (aDef 5-6). En la EC se ha descrito una disminución permanente de la expresión de aDef-5. Las defensinas leucocitarias (aDef1-4) parecen estar elevadas en plasma, pero su especificidad para la EC así como su correlación con el grado de inflamación no han sido estudiados.

Objetivos: a) Caracterizar la concentración y utilidad de las a-Def1-3 y 4 en el plasma de los pacientes con EC. b) Analizar el mecanismo que condiciona la disminución de a-Def5 en el íleon terminal de estos pacientes.

Métodos: Pacientes: EC debut ($n = 25$), EC remisión ($n = 15$), controles ($n = 15$), pacientes con ileítes-no Crohn ($n = 8$). La actividad clínica en EC se evaluó mediante el índice de Harvey-Bradshaw (IHB). Muestras: plasma (al diagnóstico y en remisión (IHB < 4 con PCR y colonoscopia y/o entero-RM normales)) y biopsias ileales en todos los grupos. Las a-Def1-3 y 4 se determinaron por ELISA. La a-Def 5 se estudió por inmunolocalización mediante un anticuerpo monoclonal en 15 pacientes EC con muestras pareadas (activo-inactivo) y 12 controles. Se realizó un análisis cuantitativo de las islas CpG 11 y 13 en el gen de la Def5. Se utilizó el sistema MassARRAY® Epityper™ (Sequenom). El análisis estadístico se realizó con SPSS (U Mann-Whitney; Kruskal-Wallis; correlación Spearman), considerando estadísticamente significativa un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Las concentraciones plasmáticas de a-Def1-3 fueron significativamente mayores en los pacientes con EC ileal (L1, L3) que en los pacientes con ECi o en los controles ($p < 0,01$). En los pacientes EC L2 ($n = 10$) no hubo diferencias significativas frente a los controles (120 (104-169) vs 150 (145-155) respectivamente ($p = 0,17$), al igual que en los pacientes con ileítes-no Crohn. La correlación entre las a-Def1-3 y la PCR fue significativa ($r = 0,696$, $p < 0,01$). En las biopsias ileales la inmunopositividad de la a-Def5 fue

menor en la mucosa inflamada respecto a la no inflamada, con mayor disminución a mayor inflamación. Las islas CpG 11 y 13 de la a-Def5 mostraron un estado de metilación diferente entre los pacientes ECa y ECi vs controles ($p = 0,003$ y $p = 0,033$ respectivamente).

Conclusiones: Las a-Def1-3 podrían ser marcadores específicos de la EC ileal al diagnóstico y su concentración se correlaciona con el grado de inflamación. La expresión de a-Def 5 en íleon podría estar disminuida por la metilación del gen, como un mecanismo epigenético implicado en la patogenia.

77. CALPROTECTINA FECAL COMO BIOMARCADOR DE CURACIÓN MUCOSA PRECOZ EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA NAÍVE A TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB

C. Muñoz-Villafranca^a, A. Pérez de Arenaza^a, L. Gómez^b, R. Higuera^c, A. Munagorri^d, M. Ogueta^e, J. Ortiz de Zárate^a, O. Merino^b, S. Ibáñez^b, C. Rodríguez^f, O. Nantes^f, P. Arreba^a, P. Ramírez de la Piscina^e, I. Rodríguez^g, A. Bernal^g, J.A. Arévalo^g y J.L. Cabriada^g

^aHospital Universitario de Basurto, Vizcaya, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario de Cruces, Bilbao, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital San Eloy, Vizcaya, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario Donostia, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Universitario de Álava, Vitoria, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Universitario de Navarra, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya, Servicio de Aparato Digestivo.

Objetivo: Estudiar la capacidad de la calprotectina fecal (CF) para predecir la curación mucosa precoz en pacientes con C.U. tras tratamiento con adalimumab (ADA).

Métodos: Se trata de un estudio multicéntrico, prospectivo y observacional en pacientes con C.U., naïve a tratamiento con anti-TNF que fueron tratados con ADA. Se determinaron niveles de calprotectina fecal ($\mu\text{g/g}$) en las semanas 0 (comienzo de tratamiento), 4 y 8. Se evaluó la mucosa en las semanas 0 y 8, mediante el Índice de actividad endoscópica de Mayo (0-3); y la actividad clínica, con la evaluación de Mayo (0-9) en las semanas 0,4 y 8. Se calculó la puntuación de Mayo (0-12) en las semanas 0 y 8. Se consideró curación mucosa, la presencia de actividad endoscópica 0 y 1. Se definió como remisión clínica una puntuación de Mayo < 2 o subpuntuación de 0. Se consideró respuesta clínica un descenso de 3 puntos en la clasificación. Realizamos un análisis descriptivo con el programa estadístico SPSS. Se describieron variables continuas con media y derivaciones estándar si presentaban una distribución normal y sino con mediana y rangos intercuartílicos. Para variables discretas se emplearon frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes, 23 hombres (57,5%). Edad media $44,6 \pm 12,6$. 18 (45%) eran resistentes a corticoides y 22 (55%) cortico-dependientes. Al comienzo del estudio, 19 pacientes presentaban un Índice endoscópico de Mayo de 3 (grave), 20 de 2 (moderado) y 1 de 1 (leve). Mediana en la puntuación de Mayo de 10 (9-10) y en niveles de CF de $1.000 \mu\text{g/g}$ (525-1.196), respectivamente. En la semana 8, 23 pacientes (57,8%) consiguieron la curación mucosa, 10 lograron un índice endoscópico de 0 y 13 de 1. Se alcanzó respuesta clínica en 31 pacientes (77,5%). Los niveles de CF descendieron en las semana 8 a $313 \mu\text{g/g}$ (IQR 205-750) en pacientes sin curación mucosa y a $143 \mu\text{g/g}$ (IQR 50-469) en pacientes con curación mucosa ($p = 0,018$). En regresión logística solo la Cf mostró asociación estadísticamente significativa con la curación mucosa en la semana 8. La área bajo la curva ROC fue 0,75 (IC95% 0,59-0,91). El valor de corte de $260 \mu\text{g/g}$ en CF proporcionó la mejor relación entre sensibilidad (0,74) y especificidad (0,64). Cuando se consideró la curación mucosa únicamente con Índice de actividad endoscópica de Mayo 0, el área debajo de la curva ROC fue 0,77

(IC95% 0,62-0,93). Se consiguió buena sensibilidad (0,8) y especificidad (0,67) con un valor de corte de $200 \mu\text{g/g}$.

Conclusiones: 1. CF es un buen biomarcador para predecir la curación mucosa precoz en pacientes naïve con tratamiento con ADA. 2. En pacientes con curación mucosa, parece haber diferencias entre los subgrupos de actividad endoscópica 0 y 1.

78. RESULTADOS DE LA INTRODUCCIÓN DE LA CROMOENDOSCOPIA EN EL CRIBADO ENDOSCÓPICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN COMPARACIÓN CON LA COLONOSCOPIA ESTÁNDAR

L. Torrealba Medina^a, D. Busquets^a, S. Virolés^a, M. Buxó^b, C. Huertas^a, I. Serra^a, R. Louvriex^a, F. Mohamed^a, H. Uchima^a, M. Figa^a, M. Hombrados^a y X. Aldeguer^a

^aHospital Dr. Josep Trueta, Girona, Servicio de Gastroenterología.

^bInstitut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta, IdibGI.

Introducción: La utilización de la cromoendoscopia implica la aplicación de un colorante de absorción que reacciona con las estructuras intracelulares de la mucosa, o de reacción que se mantiene en su superficie, con el objetivo de mejorar la observación de la mucosa colónica y así permitir la caracterización de las lesiones y, por tanto, su mejor diagnóstico. Su uso en el cribado de la enfermedad inflamatoria intestinal ha ido cogiendo mayor importancia y preferencia respecto la colonoscopia estándar con biopsias aleatorias.

Objetivo: Demostrar que la introducción en nuestro hospital de la cromoendoscopia en el seguimiento de los pacientes con enfermedad de Crohn de colon y colitis ulcerosa izquierda/extensa mejora la tasa de detección de adenomas respecto la técnica habitual con luz blanca.

Métodos: Hemos recogido de forma retrospectiva y consecutiva los datos de 55 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en fase de cribado endoscópico ($> 8-10$ años de evolución de la enfermedad) desde 2014 hasta la actualidad en los que se les ha practicado una cromoendoscopia con índigo-carmín y los hemos comparado con la colonoscopia previa de los mismos pacientes realizada sin contraste (grupo control).

Resultados: Se trata de 55 pacientes (47% mujeres) con diagnóstico de colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn (87%/13%), todos ellos con una evolución de la enfermedad superior a los 8 años. La media de tiempo entre las dos endoscopias de cada paciente fue de 1.100 días. La duración media de la retirada del endoscopio de ciego en año en el grupo control fue de 13 minutos, mientras que en el grupo cromo fue de 30. Las cromoendoscopias fueron realizadas por 3 endoscopistas, concentrándose el 84% en una misma persona. La tasa de detección de adenomas en el grupo control fue de 12% vs 29% en el grupo experimental, resecando 16 adenomas. Un 56% se detectaron en colon proximal, con morfología de pólipos sésiles Paris 0-IIa/IIb en 75%, histología de adenomas tubulares con displasia bajo grado (DBG) en 75%, túbulo-vellosos con DBG en un 12,5%, y el restante 12,5% con displasia de alto grado. Comparativamente, en 11 pacientes sin adenoma en la endoscopia control previa, se les detectó al menos un adenoma en la cromoendoscopia.

Conclusiones: Los datos expuestos demuestran que la utilización de la cromoendoscopia en nuestra práctica clínica de cribado endoscópico en pacientes con EI, podría ayudar a mejorar la visualización de la mucosa colónica y a aumentar la tasa de detección de adenomas, requiriendo un mayor tiempo por proceso. Nuestros resultados y las recomendaciones de las guías apoyarán su uso habitual en nuestras unidades de endoscopia.

79. REACCIONES DERMATOLÓGICAS ASOCIADAS A TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M.P. Silva Ruiz, A.D. Ávila Carpio, E. Leo Carnerero, M.A. Araujo Míguez, M.D. de la Cruz Ramírez, C. Trigo Salado y J.M. Herrera Justiniano

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) presentan una buena respuesta al tratamiento con anti-TNF. Las lesiones cutáneas asociadas a estos tratamientos se observan hasta en un 20% de los pacientes tratados en series retrospectivas. La prevalencia estimada es del 1.5-5%, sobre todo asociadas al uso de infliximab (IFX).

Objetivo: Evaluar las reacciones dermatológicas asociadas a anti-TNF (infliximab y adalimumab) en pacientes con EI.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Incluye a todos los pacientes con EI tratados con infliximab y adalimumab entre abril de 2014 y abril de 2015 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Resultados: Se han evaluado un total de 311 pacientes. Un 83,6% (n: 261) padecían EC, CU 45 (14,5%) y CI (1,9%), con edad media al diagnóstico 39 ± 14 años, un 50,2% mujeres (n: 156). La indicación de tratamiento principal fue la refractariedad a inmunosupresores (32,5%), seguida de la enfermedad perianal (18,3%), recurrencia postquirúrgica (17,7%), corticodependencia (15,4%) y corticorrefractariedad (8%). Se observaron 11 reacciones dermatológicas (3,5%): 7 reacciones psoriasiformes, 3 casos de alopecia (2 de alopecia areata y 1 de alopecia universal) y 1 de queratosis folicular. El 100% de los pacientes con reacciones dermatológicas presentaba EC ($p > 0,05$). De los que presentaron reacciones dermatológicas, el 63% tenía medicación concomitante (6 AZA y 1 MTX). La reacciones psoriasiformes fueron más frecuentes en los pacientes en tratamiento con IFX (1,6% del total, 70% de las reacciones psoriasiformes), con una asociación no estadísticamente significativa, hallazgo similar en los casos de alopecia (0,6% del total, 66,6% de los casos de alopecia) y la queratosis folicular (0,3%). El tiempo medio desde el inicio del tratamiento biológico y la aparición de las lesiones dermatológicas fue de 16,4 meses (0-38). Un 72% (n: 8) de los pacientes precisó tratamiento tópico. Se indicó la retirada del anti-TNF en 5 pacientes (45,5%), el cambio a otro tipo de fármaco en 5 (45,5%) y en 1 caso se mantuvo el mismo tratamiento dada la escasa gravedad de las lesiones. Tras la retirada del anti-TNF (n: 5), en 3 pacientes desaparecieron las lesiones y 2 mejoraron. Sin embargo, todos los pacientes a los que se les mantuvo el mismo tratamiento (n: 5), las lesiones dermatológicas permanecieron estables tanto en extensión como en gravedad.

Conclusiones: La incidencia en nuestra serie de lesiones dermatológicas en pacientes con EI tratados con anti-TNF coincide con la publicada en otros estudios (3,5%). Parece haber asociación entre el tratamiento con IFX y estar diagnosticado de EC. El uso de inmunosupresores en nuestra serie comporta un riesgo adicional de aparición de dichas lesiones (un 63% de los pacientes con reacciones dermatológicas recibían tratamiento combinado). No está clara la actitud a seguir en estos casos; parece ser que el cambio o la retirada del anti-TNF pueden mejorar el curso de estas lesiones.

80. GRADO DE DISBOSIS BACTERIANA COMO NUEVA HERRAMIENTA PARA DEFINIR MEJOR EL CONCEPTO DE REMISIÓN PROFUNDA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ESTUDIO PILOTO

J.O. Miquel Cusachs^a, A. Bahí Salavedra^b, M. López Siles^c, M. Serrano Muñoz^d, J. Amoedo Cibeira^d, M. Serra Pagès^d, D. Busquets Casals^a, L.J. García Gil^c y X. Aldeguer Manté^a

^aHospital Dr. Josep Trueta, Girona, Servicio de Gastroenterología.

^bInstitut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta,

IdibGi. ^cGrupo de microbiología de la enfermedad intestinal, Departamento de Biología, Universitat de Girona. ^dGoodGut SL, Parc Científic i Tecnològic, Universitat de Girona.

Nuestro grupo de trabajo ha observado que *Faecalibacterium prausnitzii* (Fp) y *Escherichia coli* (Ec), podrían ser un buen indicador para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades inflamatorias intestinales (EI) y hemos diseñado un índice bacteriano de disbiosis específico basado en la desaparición de Fp y la abundancia Ec llamado FEI (Fp/Ec índice). Recientemente además hemos observado que existen dos filogrupos de Fp, filogrupo I y II. Aún que nuestro primer planteamiento era definir la capacidad del índice FEI en heces para determinar el grado de remisión profunda óptimo para la retirada del tratamiento con biológicos, nos hemos centrado de momento en determinar qué papel presentan estos filogrupos de Fp en el seguimiento de la EI. El objetivo presente de este trabajo ha sido por lo tanto determinar la abundancia de los filogrupos I y II de Fp en distintos estadios de la EI: pre-tratamiento (brote o EI activa), durante tratamiento con Anti-TNF y retirada del tratamiento Anti-TNF por remisión clínica/endoscópica. La cantidad de los filogrupos I y II de Fp y Fp total se determinó por qPCR, dirigida al gen 16S rRNA, en muestras de heces de 11 individuos (6 hombres y 5 mujeres, de edad media de 41,23 años). Se analizaron 5 individuos con enfermedad de Crohn en remisión sin tratamiento anti-TNF, con muestras recogidas al momento de cesión del tratamiento (T0), a los 3 meses (T1) y 6 meses (T2). Los 6 individuos restantes presentaban enfermedad de Crohn activa, muestras recogidas antes (T0), después de 3 meses (T1) y 6 meses (T2) de iniciar el tratamiento Anti-TNF. Los datos se normalizaron con la cantidad total de bacterias y las abundancias relativas se expresaron en base logarítmica. Según datos preliminares vemos que aquellos pacientes en remisión a los cuales se les ha retirado el Anti-TNF muestran un incremento progresivo de la abundancia de *F. prausnitzii* total con un incremento entre T0 y T2 de 1,37 logaritmos ($p = 0,07$). Observamos también que el filogrupo más abundante en el grupo de individuos en remisión es el filogrupo II (valor promedio 2,20; $p = 0,10$) respecto al filogrupo I (valor promedio 1,28). Por el contrario, si analizamos el grupo de individuos con enfermedad activa se observa una relación inversa, siendo más abundante el filogrupo I ($p = 0,02$). Observamos también una correlación inversa entre el aumento de *F. prausnitzii* total y la disminución de los marcadores inflamatorios como la proteína C-reactiva tanto en T0, T1, T2 por los dos grupos analizados. Estos resultados preliminares nos indican que estos marcadores microbiológicos pueden ser una herramienta útil para predecir la evolución de la enfermedad de Crohn. Según estos datos también vemos como la abundancia de un u otro filogrupo nos discrimina entre estado de remisión y actividad de la enfermedad, aportando información útil al clínico. El potencial diagnóstico de estos marcadores requiere una validación a través de estudios en cohortes más grandes.

81. UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE NIVELES VALLE Y ANTICUERPOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN TRATAMIENTO CON BIOSIMILARES

A. Algaba^a, I. Guerra^a, M. Hernández^a, M. Pacheco^b,

B. Hernández^c, D. Bonillo^a, A. Granja^a, P. Bernal y F. Bermejo^a

^aHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Digestivo.

^bHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Análisis Clínicos. ^cHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Farmacia.

Introducción y objetivo: La determinación de niveles de anti-TNF en pacientes en tratamiento con biosimilares puede ser una

técnica eficaz para optimizar el tratamiento en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Nuestro objetivo fue determinar los niveles de anti-TNF y anticuerpos en muestras de suero en pacientes en tratamiento con el biosimilares Inflectra®.

Métodos: Estudio prospectivo observacional. Se determinaron los niveles de fármaco anti-TNF y anticuerpos en la inducción y mantenimiento mediante un ensayo LISA-TRACKER (Theradiag), por método ELISA. La actividad clínica se estableció mediante el índice de Harvey-Bradshaw. Se consideraron valores terapéuticos niveles = 3 µg/ml.

Resultados: Se incluyeron 11 pacientes (64% mujeres, edad media 35,5 ± 16 años, 33% fumadores) en tratamiento con infliximab (IFX) biosimilares. Nueve (81,9%) con enfermedad de Crohn (56% afectación ileocólica, 100% fenotipo inflamatorio) y 2 con colitis ulcerosa. La mediana del tiempo de evolución de la EII hasta el inicio del fármaco biosimilares fue de 48 meses (RIQ: 13-84). La indicación del tratamiento fue: corticodependencia (45,5%; n = 5), corticorresistencia (18,2%; n = 2), intolerancia previa a inmunomoduladores (18,2%; n = 2), pérdida de respuesta a adalimumab (9,1%; n = 1) y enfermedad perianal (9,1%; n = 1). La mediana del tiempo de tratamiento con IFX fue de 7 meses (RIQ: 6-8) y del número de infusiones fue de 6 (RIQ: 4-6); el 55,6% estaba en tratamiento concomitante con inmunomoduladores y 22% había recibido previamente otro anti-TNF. En el período de inducción, el 80% de los casos tuvo niveles de fármaco > 3 µg/ml (mediana 7,6 µg/ml; RIQ: 4,9-10,8) no habiendo correlación significativa con la actividad clínica de la enfermedad en dicho momento ($p = 0,41$) ni anticuerpos positivos, aunque un paciente necesitó intensificación de la dosis a 10 mg/kg antes del mantenimiento (niveles = 1,44 µg/ml; Harvey = 6). En 6 de los pacientes se realizó una segunda determinación durante el mantenimiento, siendo dichos niveles inferiores a los rangos terapéuticos en 4 de los casos (mediana 1,6; RIQ: 0,24-5,3) y detectándose anticuerpos positivos en la paciente que intensificó previamente la dosis (esta desarrolló reacción infusional posteriormente en forma de disnea grave siendo necesaria la suspensión definitiva del fármaco). Se suspendió la medicación en otros dos pacientes más (18%), uno de ellos por falta de respuesta a pesar de niveles > 3 y otro por el diagnóstico de adenocarcinoma de intestino delgado en cirugía por obstrucción. En los pacientes en los que se dispuso de ambas determinaciones los niveles en el mantenimiento fueron significativamente inferiores a los previamente obtenidos en la inducción (8,8 ± 5,4 vs 1,7 ± 2,0; $p = 0,01$).

Conclusiones: La determinación de los niveles de IFX y anticuerpos contra el fármaco con una de las técnicas utilizadas con el biológico de referencia constituye una herramienta útil en la monitorización de pacientes con EII en tratamiento con IFX biosimilares.

82. EVOLUCIÓN TRAS RETIRADA DE ADALIMUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: CONSECUENCIAS CLÍNICAS Y ECONÓMICAS

X. Cortés^a, M. Moreno^a, J. Rodríguez^a, J. Clofent^a, L. Flor^a, S. Fernández^b, J.R. Molés^a y J. Borrás^c

^aHospital de Sagunto, Sección de Digestivo. ^bHospital de Sagunto, Unidad de Medicina Preventiva. ^cHospital de Sagunto, Servicio de Farmacia.

Introducción: La retirada del tratamiento con anti-TNF está en discusión. Pros: tras lograr la remisión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) podría considerarse por seguridad y costes y parece que su reintroducción es segura y eficaz. Contra: El riesgo de recidiva clínica tras retirada es significativo.

Objetivos: 1) Determinar la persistencia de remisión tras retirada de adalimumab (ADA) y la tasa de respuesta al retratamiento con ADA tras recidiva. 2) Impacto económico de la retirada de ADA en nuestra Unidad, en EII con al menos 6 meses en remisión sostenida (RS).

Métodos: Estudio observacional, prospectivo con pacientes EII > 18 años, del Hospital de Sagunto, entre 6-2009/5-2015, que tras alcanzar RS, se retiró ADA. Criterios inclusión: i) tratamiento con ADA 40 mg/14 días durante > 6 meses. ii) RS: remisión clínica libre de esteroides > 6 meses + remisión radiológica/endoscópica. Variables: edad, sexo, tipo y patrón EII, indicación anti-TNF, cotratamiento, tabaco, duración tratamiento ADA (años), tiempo desde retirada de ADA (años), recidiva, retratamiento y respuesta ADA. Se determinó ahorro/sobrecoste de retirada de ADA, en cada paciente durante período de remisión vs coste que supondría su mantenimiento y sobrecoste ante la reintroducción ADA si fue necesario.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes (72,2% mujeres) de 36 ± 10 años; 15 enfermedad de Crohn (EC) y 3 colitis ulcerosa (CU). El 88,9% debut de enfermedad entre 17-40 años. En EC: 53,3% afectación ileal; 46,7% colon. Patrón: 20% inflamatorio puro, 46,7% estenosante y 33,3% fistulizante. Más del 50% de EC tenían enfermedad perianal. En CU, todos CU izquierda y afectación grave. No fumadores: 88,8%. Cotratamiento inmunosupresor 17/18, que se mantuvo tras retirada de ADA. Motivo inducción ADA: Sólo en el 25% se introdujo ADA por patrón inflamatorio. Los pacientes estaban tratados con ADA 2,1 ± 1,2 años. Tras su retirada, presentaron recidiva clínica el 66,7% (12/18) con una persistencia de RS tras retirada ADA de 2,7 ± 1,0 años. Se reintrodujo ADA en el 66,7% (9/12) de los recidivantes y en todos se alcanzó la remisión tras inducción, excepto un paciente que obtuvo una respuesta parcial. El tiempo con actividad clínica tras recidiva hasta alcanzar nuevamente la remisión fue de 32 ± 31 días. El total de los costos asociados ADA para todos los pacientes fue 477.313 € con un coste diario/paciente ADA de 37,7 ± 12,5 €. La interrupción de ADA produce un ahorro de 617.817 € durante el período de estudio, con un ahorro medio por paciente de 36.342 ± 15.012 €.

Conclusiones: La interrupción de ADA en EII pese a RS, se relaciona con un alto porcentaje de recidiva clínica. El retratamiento con ADA es efectivo. Esta medida de interrupción y seguimiento estricto en EII, podría suponer una estrategia rentable.

83. IMPACTO DE LA ENTEROGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA DECISIÓN MÉDICA A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Ramos^a, M. Carrillo Palau^a, I. Alonso Abreu^a, A. Hernández Camba^a, N. Hernández Álvarez-Buylla^a, L. Díaz-Flores Varela^b, A. Márquez^c, L. Goya^c, A. González-Palau^c y E. Quintero Carrión^a

^aHospital Universitario de Canarias, La Laguna, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario de Canarias, La Laguna, Servicio de Radiología. ^cUniversidad de La Laguna, Facultad de Medicina.

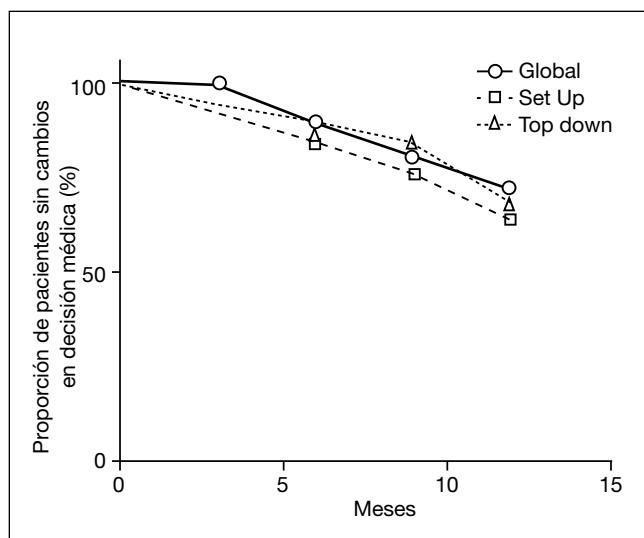
Introducción: La enterografía por resonancia magnética (ERM) es una técnica de imagen recomendada para confirmar y determinar la localización, actividad y complicaciones de la enfermedad de Crohn (EC) en el intestino delgado (ID).

Objetivo: Evaluar el impacto de ERM en la decisión médica en pacientes con EII y el mantenimiento de esta decisión a lo largo del tiempo.

Métodos: Se incluyeron las ERM realizadas en pacientes con EC sospechada o confirmada entre enero de 2011 y agosto de 2014. Las historias clínicas se revisaron retrospectivamente (motivo de indicación, datos demográficos y relacionados con la EII). Se evaluó la decisión médica (enfoque conservador con el tratamiento de mantenimiento, cambio significativo en la terapia médica o cirugía) tomada hasta los 3 meses posteriores a realización de ERM y el tratamiento a los 12 meses.

Resultados: Se realizaron 224 ERM a 207 pacientes (110H/97M, edad 39 ± 14 años). Indicaciones de ERM: afectación de ID en 16

pacientes con colitis indeterminada, 9 pacientes con sospecha de EII y evaluación de gravedad y extensión de EC en 183 pacientes. En 124/224 (55,3%) de los pacientes con EC confirmada, la ERM determinó un cambio en la decisión médica: 33 pacientes (26,6%) recibieron esteroides y 77 (62,1%) modificaron su tratamiento. De ellos, 64 (51,6%) fueron sometidos a tratamiento "set up" con inicio inmunosupresores (IS) (n = 31), inicio de anti-TNF (n = 18) o intensificación de anti-TNF (n = 8). Además, 13 (10,5%) pacientes fueron sometidos a terapia "top-down", suspendiendo IS (n = 7) o anti-TNF (n = 3) y desintensificando tratamiento anti-TNF (n = 3). Cirugía en 14 (11,3%) pacientes después de la ERM. A los 12 meses, la decisión médica se mantiene de forma global en 72% de los casos, siendo del 64% "set up" y 69% "top down".



Conclusiones: ERM es una herramienta útil para el manejo de los pacientes con EC. La información obtenida por ERM permite la optimización a largo plazo del tratamiento de estos pacientes.

84. COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE DOS PROTOCOLOS DE VACUNACIÓN (ESTÁNDAR E INTENSIFICADA) CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES EN TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

X. Cortés^a, S. Fernández^b, L. Plana^c, M. Moreno^a, L. Ferrer-Barceló^c, J. Rodríguez^a, J.R. Molés^a, L. Peñó^c y J.M Huguet^c

^aHospital de Sagunto, Sección de Digestivo. ^bHospital de Sagunto, Unidad de Medicina Preventiva. ^cHospital General Universitario de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La tasa de respuesta a la vacuna del virus de la hepatitis B (VHB) en pacientes con EII es baja, en gran medida por uso de inmunosupresores (IMM) y por ello existen guías de vacunación sin claro consenso en la actualidad.

Objetivo: Comparar las tasas de seroconversión tras la vacuna VHB con la pauta estándar (Hospital de Sagunto (HS)) frente a pauta "intensificada" (Hospital General de Valencia (HGV)) en EII con IMM.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con EII con IMM, remitidos a Medicina Preventiva para vacunación VHB. Se les administró vacuna HBVASPRO Sanofi® 10 mg en pauta 0-1-6 meses en HS y HBVASPRO Sanofi® 40 mg, 0,1,2 y 6 meses, en HGV. Se definió como

respuesta adecuada a la vacunación: Anti-HBs > 10 UI/L. Y se estratificó según cifra de seroconversión en: Anti-HBs < 10, > 10 o > 100 UI/L. Se definió inmunosupresión: tratamiento con tiopurinas, metotrexate, corticoides > 20 mg o biológicos. Además se analizó la edad, el sexo y el tipo de EII, respecto a la vacuna aplicada y respuesta obtenida.

Resultados: 118 pacientes fueron reclutados (80 HS y 38 HGV). La edad media fue $25,3 \pm 14$ y $42,8 \pm 13$ (media \pm DE) en HS y HGV respectivamente, sin diferencias significativas. De forma global el 20,3% biológicos, 55,9% IMM clásicos y 44,1% corticoides. Tras un primer ciclo de vacunación, la tasa de respuesta adecuada fue 72,1% y 58,3% en HS y HGV, respectivamente. Tras un segundo ciclo de vacunación, la respuesta adecuada alcanzada a nivel global fue del 80% de los casos. En el análisis multivariante se obtuvo una respuesta adecuada en: 67,9% vs 57,1% con IMM clásicos, el 90% y 63,6% con biológicos y el 71,9% vs 45,5% con CE, en el HS y HGV respectivamente, sin diferencias significativas entre ambos grupos. Tampoco se encontraron diferencias entre CE y resto de IMM o llevar más de un IMM en ambos grupos tanto en la respuesta adecuada como en cifra de anticuerpos > 10 o 100 UI/L.

Conclusiones: La tasa de respuesta a la vacunación con VHB en pacientes con IMM, tras ciclo completo es adecuada en nuestra muestra, sin diferencias entre la pauta estándar y la intensificada. Se debería realizar un ensayo clínico aleatorizado y estratificado con los diferentes protocolos de vacunación (intensificada y estándar), para poder determinar la estrategia más efectiva en pacientes con EII con IMM.

85. USO DE VEDOLIZUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, TRAS FRACASO A ANTI-TNF. PRIMERAS EXPERIENCIAS CLÍNICAS EN LA "VIDA REAL". ESTUDIO MULTICÉNTRICO DESCRIPTIVO

X. Cortés^a, N. Maroto^b, L. Sempere^c, M. Iborra^d, J.M. Huguet^e, P. Almela^f, M. Muñoz^f, M.F. Sepúlveda^g y J.M. Paredes^h

^aHospital de Sagunto, Sección de Digestivo, ^bHospital de Manises, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitari i Politècnic La Fe y CIBERehd, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital General Universitario de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital General de Castellón, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital de San Juan, Alicante, Servicio de Digestivo. ^hHospital Dr. Peset de Valencia, Servicio de Digestivo.

Introducción: Vedolizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la integrina $\alpha 4\beta 7$, expresada principalmente por linfocitos T que migran al intestino. Su uso ha sido recientemente aprobado en colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC) moderada-grave sin respuesta adecuada al tratamiento convencional o anti-TNF.

Objetivo: Evaluar los primeros resultados en la práctica clínica del vedolizumab en las unidades de EII de la CV, en pacientes con EII activa y sin respuesta adecuada a los anti-TNF.

Métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo y descriptivo de pacientes con EII controlados en distintas unidades de EII de la CV. La pauta posológica según ficha técnica: 300 mg, iv. en las semanas 0, 2 y 6, y posteriormente cada 8 semanas.

Resultados: Se han incluido 12 pacientes, con tiempo medio de seguimiento de 5 meses. El 58% mujeres y edad media de 40,3 años. El 91% no fumadores. Indicación vedolizumab: todos habían recibido previamente anti-TNF (41,7% fracaso primario y 58,3% pérdida de respuesta). Cotratamiento con inmunosupresores el 33% y el 90% recibió esteroides durante la inducción. Cinco pacientes con EC, 3 patrón estenosante, 2 fistulizante y 1 enfermedad perianal. Siete con CU (85% extensa). Corticorrefractarios: 40%, todos CU.

Corticodependientes: 60%. El 91% afectación clínica y endoscópica moderada-grave previo a vedolizumab. El 67% presentaron respuesta o remisión clínica en la semana 12 (57% en CU y 80% en EC). El 40% no presentaron respuesta de los cuales dos no completaron la inducción. No se registró ningún evento adverso al vedolizumab.

Conclusiones: La utilización inicial del vedolizumab en la CV, en pacientes con EII con afectación moderada-grave y fracaso a anti-TNF, parece constituir una alternativa segura y eficaz.

86. VACUNACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA AUTOINMUNE: RESULTADOS DEL MODELO DE SAGUNTO

X. Cortés^a, J.R. Molés^a, J. Clofent^a, M. Moreno^a, J. Rodríguez^a, J. Primo^a y S. Fernández^b

^aHospital de Sagunto, Sección de Digestivo. ^bHospital de Sagunto, Unidad de Medicina Preventiva.

Introducción: En la enfermedad inflamatoria autoinmune (EIA) (inflamatoria intestinal, artritis reumatoide, espondiloartritis y psoriasis), se usan cada vez más, precoz y prolongadamente inmunosupresores y anti-TNF (TNF). Esta inmunosupresión prolongada y continua en EIA se relaciona con mayor riesgo de infecciones oportunistas y graves. Las guías europeas de Reumatología y Gastroenterología recomiendan la vacunación en la EIA para la prevención de infecciones. En 2011 se implantó en el Hospital de Sagunto un protocolo de vacunación en EIA a todos los pacientes susceptibles de tratamiento con IMM.

Objetivo: Evaluar el impacto de la implantación del protocolo vacunal en EIA en la prevención de infecciones oportunistas graves.

Métodos: Estudio observacional ambispectivo de evaluación pre y post efecto, del programa de vacunación en pacientes que recibieron TNF, sobre la tasa de contactos con el sistema sanitario por infecciones. Periodo prevacunal: 2009-2011 y post: 2011-2014. Criterios de inclusión: pacientes con EIA = 18 años con periodo de seguimiento con TNF = 1 año en ambos grupos. Variables dependientes: densidad de incidencia de contactos con el sistema sanitario por 10.000 días de tratamiento, relación de la densidad de incidencia de contactos con el sistema sanitario por patología infecciosa y la tasa de infección de enfermedad neumocócica invasiva debida a *Streptococcus pneumoniae* por 10.000 días de tratamiento en ambos grupos. Se determinó edad, sexo e índice de comorbilidad de Charlson (ICC). El protocolo de vacunación incluyó: detección infección TBC, VHB, VIH, VHA, sarampión y virus varicela zoster; vacunación de neumococo, hepatitis B, tétanos y difteria e influenza; y pacientes con factores de riesgo añadidos, vacuna de hepatitis A, meningococo, haemophilus, etc.

Resultados: 581 pacientes: 280 pre (54,3% hombres, edad 51,3 ± 7,5) y 301 posvacunación (54,3% hombres, edad 56,9 ± 8,1), sin diferencias estadísticamente significativas de sexo y edad. El ICC fue de 4,2 para ambos grupos. El 52% y 42% respectivamente eran del Servicio de Gastroenterología, 41% y 43% de Reumatología y 6% y 11% de Dermatología. El 27% del total de pacientes con TNF fueron vacunados antes de iniciar la terapia biológica en el grupo prevacunal y 93% en posvacunal. Ningún paciente se negó a iniciar el programa de vacunación. Se registraron 26,9 contactos con el sistema sanitario/10.000 días de tratamiento en periodo prevacunal vs 15,3 post ($p < 0,01$). En periodo prevacunal, se reportaron 4,4 contactos con el sistema sanitario relacionados con enfermedad infecciosa por 1,5 en periodo post ($p < 0,01$). La tasa de enfermedad neumocócica invasiva por 10.000 días tratamiento fue de 2,9 en la fase prevacunal y de 0 para el postvacunal ($p < 0,01$).

Conclusiones: La vacunación sistemática de pacientes con EIA previo a TNF es imprescindible, al disminuir las complicaciones infecciosas y mejorar la seguridad.

87. ÉXITO DEL TRATAMIENTO COMBINADO DE RESCATE CON INFILIXIMAB Y TACROLIMUS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL GRAVE REFRACTARIA A TERAPIA CONVENCIONAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

X. Cortés, J. Rodríguez, M. Moreno, J. Clofent y J. Primo

Hospital de Sagunto, Sección de Digestivo.

Introducción: Las nuevas terapias biológicas han revolucionado el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sin embargo una proporción significativa de pacientes no responden al tratamiento. La terapia combinada anti-TNF y tiopurinas es más eficaz que cualquiera en monoterapia. El tacrolimus (TAC) es eficaz en la inducción y mantenimiento de colitis ulcerosa (CU) moderada-grave corticorefractaria y con menor evidencia, en la enfermedad de Crohn (EC) luminal y enfermedad perianal. No existen datos en la literatura de la combinación de TAC con otro inmunomodulador.

Objetivo: Presentar dos casos del uso combinado con éxito de infliximab (IFX) y TAC en EII.

Métodos: Estudio descriptivo de dos pacientes de la Unidad de EII del Hospital de Sagunto, que han recibido terapia combinada con IFX y TAC. La posología de TAC fue vía oral a dosis de 0,2 mg/kg/día.

Resultados: Primer caso: hombre de 42 años, con debut de EC de colon grave (índice de Harvey-Bradshaw-IHB- de 39 puntos). Ileocoloscopia con afectación grave del recto y sigma con úlceras profundas, extensas y sangrado espontáneo. Se inició tratamiento combinado con IFX + CE iv + tiopurinas. Tras 2 infusiones de IFX, no respuesta clínica (IHB: 17), intensificando IFX a 10 mg/kg. Tras 4 meses del inicio de tratamiento, no respuesta clínica (IHB: 10) ni endoscópica. Se suspende tiopurinas y al IFX 10 mg/kg cada 6 semanas se añade TAC. Tras dos meses de IFX + TAC, el paciente presentó respuesta clínica (IHB: 6). Al año el paciente estaba en remisión clínica (IHB: 3) y afectación endoscópica leve. Segundo caso: mujer de 22 años, con CU izquierda con tiopurinas desde el diagnóstico por corticodependencia. A los 4 años del debut, brote grave clínico y endoscópico (índice de Mayo endoscópico (IME) de 9). Tras CE e inducción 0, 2, 6 semanas con IFX a dosis de 5 mg/kg, mejoría discreta persistiendo rectorragia y dolor abdominal con IME: 6. A los 4 meses con IFX a 10 mg/kg cada 4 semanas, presenta brote grave clínico y endoscópico, recomendándose cirugía que la paciente rechaza. Se retira tiopurinas y se añade TAC al IFX intensificado. Tras 1 mes de IFX + TAC, remisión clínica. A los 6 meses, estaba en remisión clínica y con afectación leve endoscópica (leve eritema sin friabilidad IME: 1). No se registró ningún evento adverso grave al IFX, TAC ni durante el tratamiento combinado.

Conclusiones: Basado en nuestra experiencia, la combinación de infliximab y tacrolimus podría ser una terapia de rescate tanto en CU como en EC grave refractaria a terapia convencional. Sin embargo, es necesario realizar otros estudios tanto de seguridad como de eficacia de esta nueva terapia combinada.

88. CALPROTECTINA FECAL ASOCIADA A M2-PK FECAL EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

J.I. Vargas^a, J. Vidal^b, D. Jensen^b, P. Cofre^c y M.T. Vergara^c

^aFacultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Gastroenterología. ^bHospital Naval Almirante Nef, Servicio de Medicina Interna. ^cHospital Naval Almirante Nef, Servicio de Gastroenterología.

Introducción y objetivo: El uso de marcadores fecales en diagnóstico y seguimiento de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una práctica frecuente. De ellos, el que posee mayor evidencia es calprotectina fecal (CF), con un mejor perfil diagnóstico descrito. Sin embargo, existe distinto rendimiento de CF según tipo de

enfermedad inflamatoria, población adulta vs pediátrica, y según localización de enfermedad. Otros marcadores fecales de inflamación se han evaluado, uno de ellos M2-piruvato kinasa (M2-PK), que se ha asociado a actividad de EII, con fuerte correlación a CF, incluso superior en predecir respuesta a corticoides en pacientes pediátricos. El uso de ambos marcadores en conjunto en seguimiento de pacientes con colitis ulcerosa (CU) no se ha descrito previamente. Nuestro objetivo fue determinar si uso de M2PK junto a CF mejora el rendimiento diagnóstico para determinar actividad de CU.

Métodos: Estudio transversal de pruebas diagnósticas. Determinación de CF y M2-PK en pacientes adultos ambulatorios portadores de CU y comparación con actividad en colonoscopia por Score de Mayo. Medición CF cuantitativa por ELISA y M2-PK stool test (Sche-Bo®, Biotech AG), en dos centros de la ciudad de Viña del Mar. Análisis estadístico por regresión lineal de CF y M2-PK, curva ROC y tabla de contingencia 2 x 2 para actividad endoscópica, definiendo $p < 0,05$ para significancia estadística.

Resultados: La muestra incluyó a 20 pacientes, un 69% de género femenino, con promedio de edad 48,1 años. Un 38,5% tenía CU distal, 34,6% CU izquierda y 26,9% CU extensa; con 9,2 años promedio de diagnóstico CU. La mayoría de ellos estaba en tratamiento con 5-ASA sistémico (77,8%). Por índice de Truelove-Witts modificado un 80,8% fue catalogado como inactivo. En colonoscopia 70% de los pacientes tenía actividad, la mayoría leve. CF y M2-PK tuvieron una excelente correlación ($R^2 = 0,73$, $p < 0,0001$). Análisis curva ROC de CF muestra mejor rendimiento diagnóstico en valor = 200 ug/g con AUC 0,77, S75%, E83% y LR(+) 4,5 para actividad endoscópica. Análisis curva ROC M2-PK muestra AUC de 0,67, con valor = 0,5 con mejor rendimiento: S 57,1, E 83,3 y LR(+) 3,4. CF = 200 sumado a M2PK = 0,5, aumentó a S 85,7% y LR(+) 5,1, logrando un VPP 92,3%, y manteniendo E 83%.

Conclusiones: En este estudio vemos que adicionar M2-PK a CF podría ayudar a detectar una mayor proporción de pacientes con actividad endoscópica en seguimiento ambulatorio de CU. El uso de un segundo marcador fecal de inflamación podría ser útil en seguimiento pacientes ambulatorios con CU, lo que necesita comprobarse en estudios de mayor tamaño muestral.

89. INFECCIÓN POR AEROMONAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Díaz Gómez^a, H. Martínez Lozano^a, T. Vicente^b, P. Muñoz^b, B. López^a, O. Núñez^a, E. Bouza^b, L. Menchén Viso^a, I. Marín Jiménez^a y R. Bañares Cañizares^a

^aHospital Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Madrid, Servicio de Microbiología.

Introducción: La infección por *Aeromonas* puede ser un factor desencadenante de brotes en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y causa de colitis en pacientes sin historia previa de EII. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia y las características clínicas de la infección gastrointestinal por *Aeromonas* en pacientes con EII en un hospital de tercer nivel español.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo desarrollado en un hospital de referencia que dispone de unidad específica de EII. Se han incluido todos los pacientes (con y sin antecedente de EII) con aislamiento de *Aeromonas* spp. en coprocultivo o biopsia de colon, en el período de tiempo entre enero de 2009 y diciembre de 2014. Asimismo, se recogieron las características demográficas de los pacientes, los aspectos microbiológicos de la infección, el curso clínico y el tratamiento recibido.

Resultados: Se detectaron 75 aislamientos de *Aeromonas* spp. en un total de 71 pacientes, 69 aislamientos en coprocultivos y 6 en

biopsias de colon. Seis pacientes (8,5%) tenían diagnóstico previo de EII (cohorte total de pacientes con EII de 1.190): 3 con enfermedad de Crohn (EC) y 3 con colitis ulcerosa (CU). Un paciente presentó infección por *Aeromonas* spp. (aislamiento en biopsia de colon) durante su primer brote de CU. Se registraron 3 casos de infección leve, 2 moderada y 2 grave. Más de la mitad de los pacientes con EII (4/7) precisaron hospitalización debido a la gravedad de la infección. No se registraron muertes ni complicaciones extraintestinales relacionadas con la infección por *Aeromonas*. Se aislaron 3 cepas de *A. veronii*, 3 de *A. hydrophila* y 1 de *A. caviae*. El 64% de los casos fueron resistentes a amoxicilina y cefazolina. Todos los pacientes recibieron tratamiento con ciprofloxacino. El tratamiento antibiótico se inició antes de obtener el resultado microbiológico salvo en un paciente. Se registró solo un caso de recidiva por *Aeromonas* spp. después de finalizar el tratamiento antibiótico. Se realizaron cambios en el tratamiento de base de la EII en 4 de 6 pacientes: uno de ellos requirió acortar el intervalo de administración del tratamiento biológico, dos pacientes iniciaron tratamiento con corticoides orales de baja disponibilidad, y un paciente necesitó corticoterapia sistémica. Durante el período de seguimiento ninguno de los otros 64 pacientes desarrolló signos ni síntomas de EII.

Conclusiones: La infección del tracto gastrointestinal por *Aeromonas* spp. es infrecuente en nuestra práctica clínica tanto en pacientes con EII como en pacientes sin enfermedad intestinal previa. La mayoría de los pacientes con EII han desarrollado una infección por *Aeromonas* spp. de gravedad moderada/severa que ha requerido hospitalización. Se necesitan más estudios prospectivos para establecer el papel de la infección por *Aeromonas* spp. tanto en pacientes con EII como en pacientes sin EII.

90. RIESGO DE REACCIONES INFUSIONALES TRAS REINTRODUCCIÓN DE TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB

V. Aguilera Jaldo, C. Sendra Fernández, E. Leo Carnerero, M.D. de la Cruz Ramírez, C. Trigo Salado y J.M. Herrera Justiniano

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo.

Objetivo: Determinar si las reacciones infusionales a infliximab (IFX) son más frecuentes entre los pacientes que reintroducen el fármaco tras suspensión previa que entre pacientes naïve, categorizando el perfil de paciente que las desarrolla en cada grupo.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 208 pacientes tratados con IFX. Analizamos entre otras características demográficas, fenotípicas de la enfermedad, uso y reacciones previas a adalimumab (ADA), indicación y motivo de suspensión de IFX, uso concomitante de IS y desarrollo de reacción infusional. Entendemos como reacción infusional aquella que obliga a suspender la infusión y contraindica su reintroducción.

Resultados: De los 208 pacientes que se tratan por primera vez con IFX, 149 son enfermedad de Crohn (EC), 57 colitis ulcerosa (CU) y 2 indeterminada. De los que tienen EC, se tratan 166 (79,8%) por enfermedad luminal, 19 (9,1%) perianal y por ambas 23 (11%). Cincuenta de los 208 pacientes (27,1%) suspenden IFX a lo largo del seguimiento: por reacción infusional 10 (4,8%), respuesta al tratamiento o fracaso 62 (29,8%) en ambos casos, desarrollo de otro tipo de efecto secundario 13 (6,3%) o deseo del paciente 3 (1,3%). La mediana del número de infusiones con el que se desarrolla reacción es de 4,5 (2-27) tras 3 meses de tratamiento. De los 40 pacientes tratados previamente con ADA, 3 (7,5%) presentan reacción con dicho fármaco y ninguno de ellos presenta posteriormente reacción a IFX. No encontramos relación significativa de la presencia de reacciones infusionales con el tipo de EII (EC 6% vs CU 1,8%, $p = 0,4$), el uso concomitante de inmunosupresores (4,6% vs 5,4%, $p = 0,8$) o la duración del tratamiento con IFX (10,5 vs 11,5 meses, $p = 0,2$).

0,8) ni la necesidad de intensificar infliximab (0% en intensificación vs 5,7%, p 0,1). En los 31 (14,9%) en los que se reintroduce el tratamiento con IFX los motivos son: 26 por enfermedad luminal (83,9%), 3 por enfermedad perianal (9,7%) y 1 por ambas o por prevención de recurrencia (3,2%). De ellos, 12/31 (38,7%) suspenden el tratamiento a lo largo del seguimiento, 3 por reacción infusional (9,7%), 2 por respuesta (6,9%) y 7 por fracaso (24,1%). La reacción se produce en 3 pacientes con EC, en la primera infusión en uno de los casos y tras la segunda en los dos restantes. El riesgo de reacción infusional no es significativamente superior entre los pacientes que reintroducen infliximab frente a los naïve (RR 2,58 [IC95% 0,55-8,17]; p 0,1).

Conclusiones: No existe un mayor riesgo de reacciones infusionales a IFX en los pacientes que reintroducen el fármaco frente a los naïve. Sin embargo las reacciones son más precoces, generalmente en las primeras reinfusiones en los pacientes que reintroducen el fármaco con mayor dispersión en el tiempo en los pacientes naïve. No encontramos relación con el tipo de EI (aunque existe tendencia a más reacciones en EC) y el uso concomitante de inmunosupresores no parece proteger frente al desarrollo de reacción infusional. La reacción previa frente a ADA tampoco se asocia a mayor riesgo de reacción a IFX. Solo la necesidad de intensificar IFX parece que pudiera disminuir el riesgo de reacción posterior.

91. EFICACIA Y SEGURIDAD DE “SWITCH” DE INFILXIMAB (REMICADE®) AL BIOSIMILAR (INFLECTRA®) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS A 6 MESES

L. Díaz Hernández^a, G.E. Rodríguez González^a, M. Vela González^a, C.A. Tardillo Marín^a, C.Y. Rodríguez Díaz^a, L. Arranz Hernández^a, M. San Juan Acosta^a, J.A. Montero Delgado^b y F. Pérez Hernández^a

^aHospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, Servicio de Farmacología.

Introducción: En 2015 se ha comercializado el fármaco biosimilar de infliximab (Inflectra®). Las indicaciones para las que ha sido aprobado el biosimilar son las mismas que las del biológico de referencia, extrapolando datos de estudios realizados en pacientes reumatólogicos. Por lo tanto no disponemos de datos de eficacia y seguridad en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EI).

Objetivos: 1. Analizar la eficacia y seguridad del “switch” al biosimilar (BS) de infliximab en pacientes en tratamiento de mantenimiento con Remicade® en práctica clínica habitual. 2. Evaluar el ahorro en el coste del tratamiento con la introducción del biosimilar.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de nuestra base de datos de EI. Se incluyen todos los pacientes con EI en tratamiento de mantenimiento con Remicade® que hubieran completado la pauta de inducción antes de la introducción del BS en abril de 2015. Se analizó la actividad clínica de los pacientes a los 6 meses de tratamiento, mediante los índices de Harvey para enfermedad de Crohn (EC) y de Mayo parcial para colitis ulcerosa (CU), comparándose con la puntuación presente antes del cambio a BS. Se registraron la aparición de efectos adversos, brotes, intensificaciones y retirada del tratamiento.

Resultados: Se incluyen 72 pacientes (46% hombres) con una edad media de 45 años (DE ± 13,97). De los 62 pacientes con EC, el 58% tenían afectación ileocólica, un 21% enfermedad fistulizante y el 43% asociaban enfermedad perianal (EPA); de los 10 pacientes con CU el 90% presentaban afectación extensa. El tiempo medio de tratamiento con Remicade® antes del cambio al BS fue de 4 años (DE ± 38,84 meses). De los 72 pacientes, 62 se encontraban en remisión clínica en el momento del “switch” al BS. Durante el seguimiento

5 pacientes precisaron uso de corticoides por brote, 4 intensificación del tratamiento y 2 cirugía urgente por EPA activa. El tratamiento fue retirado en 3 pacientes: 1 por falta de respuesta y 2 por pérdida secundaria de respuesta. Se registraron efectos adversos en 5 pacientes: 2 infecciones, 1 lesiones cutáneas, 1 cefalea, 1 posible reacción alérgica con fiebre, que no precisaron retirada de tratamiento. A los 6 meses el 86% de los pacientes (62/72) estaban en remisión clínica. La introducción del BS supuso un ahorro de un 26% (117.178 € en 6 meses) respecto al coste del biológico de referencia.

Conclusiones: El “switch” al BS de infliximab (Inflectra®) es eficaz en el mantenimiento de la remisión clínica a los 6 meses de tratamiento. No se han observado efectos adversos relevantes durante el período analizado.

92. ACTITUDES Y OPINIONES SOBRE LOS MEDICAMENTOS EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M.L. de Castro Parga, B. Romero Mosquera, N. Quintans Pinazas, L. Sanromán Álvarez, V. Hernández Ramírez, M. Figueira Álvarez e I. Rodríguez Prada

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Conocer las opiniones y actitudes de los pacientes respecto a los tratamientos que emplean es un factor clave para mejorar la adherencia terapéutica. El cuestionario BMQ “Beliefs About Medication Questionnaire” es una encuesta de 18-items que permite conocer preocupaciones sobre la medicación empleada, la necesidad de esta en el control de la enfermedad y las opiniones sobre daño o abuso de los medicamentos en la práctica clínica asistencial. Nuestro objetivo es conocer los resultados de la escala BMQ en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EI).

Métodos: Estudio de cohortes en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU) en remisión atendidos en la consulta de EI entre octubre de 2014 y abril de 2015. Aquellos que aceptaron participar contestaron anónimamente el cuestionario BMQ. Este consiste en 18 ítems organizados en 2 secciones. BMQ-General explora opiniones sobre los medicamentos en general, en 2 subescalas de 4 ítems: Daño y Abuso, mientras que BMQ-Espífico consta de 2 subescalas de 5 ítems: Necesidad, identifica opiniones sobre la necesidad de la medicación prescrita, y Preocupación que identifica dudas sobre la medicación empleada.

Resultados: 177 pacientes contestaron el cuestionario BMQ. En 60,7% existía alguna preocupación respecto a los efectos a largo plazo de su medicación. 26 pacientes (13%) mostraron baja necesidad percibida de precisar el tratamiento mientras que 59 (29%) expresó una preocupación importante respecto a los potenciales daños derivados de este. Los pacientes tienden a estar de acuerdo en que los medicamentos son adictivos (57,2%), tóxicos (63,5%) o que hacen más mal que bien (77,4%), y un 60% considera que suspender los medicamentos durante un tiempo es beneficioso. Realizando un análisis de actitud respecto a las escalas necesidad y preocupación 99 (56%) presentan alta necesidad y baja preocupación: pacientes aceptadores, 47 (26,5%) alta necesidad y preocupación: ambivalentes, 23 (13%) baja necesidad y preocupación: indiferentes y 8 (4,5%) baja necesidad y alta preocupación: escépticos. Los valores obtenidos en las subescalas necesidad y preocupación respecto al tratamiento fueron significativamente mayores en los pacientes polimedicados respecto a aquellos en monoterapia (p = 0,04).

Conclusiones: Las opiniones negativas sobre los medicamentos son muy frecuentes en pacientes con EI. Las intervenciones diseñadas para incrementar la adherencia terapéutica deben profundizar sobre la necesidad racional de mantener un tratamiento

crónico y resolver las dudas sobre los aspectos adversos de los medicamentos.

93. USTEKINUMAB COMO USO COMPASIVO EN ENFERMEDAD DE CROHN

B. Bernad Cabredo, G. Hontoria Bautista, R. Pereda García, L. Arias García, F. Sáez-Royuela y B. Sicilia Aladrén

Hospital Universitario de Burgos, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 totalmente humano que se une con gran afinidad a la subunidad p40 de las citocinas IL-12 e IL-23. Se han publicado 2 ensayos clínicos controlados con placebo en enfermedad de Crohn (EC) que han demostrado la eficacia de este fármaco en pacientes que previamente habían recibido fármacos anti-TNF.

Objetivo: Evaluar respuesta y remisión en pacientes con EC leve-moderado tratados con ustekinumab.

Métodos: Se evalúa respuesta y remisión en semanas (S) 4, 12 y 24 en 6 pacientes consecutivos con EC leve-moderada y fracaso a 2 anti-TNF tratados en el Hospital Universitario de Burgos.

Resultados: Tratados 6 pacientes con edades comprendidas entre 19 y 71 años, el 57% eran varones. De los 6 pacientes: 3 eran corticodependientes, 2 tenían antecedente de cirugía, 3 de enfermedad perianal y los 6 habían sido tratados previamente con 2 anti-TNF. Dos pacientes se trataron concomitantemente con inmunomoduladores. Regímenes de inducción: 4 pacientes con 90 mg sc en semana 0 y 4; 2 pacientes con 90 mg sc semanal durante 4 semanas. Regimen de mantenimiento con 90 mg s.c. cada 8 semanas en todos los pacientes. S4: respuesta clínica en 83%. S12: respuesta en 67% y remisión en 17%. S24: respuesta en 17% y remisión clínica en 67%.

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes alcanzaron remisión clínica en nuestra serie pero de forma más tardía que en los estudios publicados.

94. EFECTIVIDAD DE ADALIMUMAB A DOSIS DE 80 MG SEMANALES TRAS PÉRDIDA DE RESPUESTA A 40 MG SEMANALES

M. Sierra-Ausín^a, N. Cano Sanz^a, E. Martín Gutiérrez^b, P. Suárez Álvarez^a, M.J. Fernández Gundín^a, T. Elosúa González^a, M. Sáez Villafañe^c y F. Jorquera Plaza^a

^aComplejo Asistencial Universitario de León, Unidad EII.

^bComplejo Asistencial Universitario de León, Servicio de Cirugía Cardiaca. ^cComplejo Asistencial Universitario de León, Servicio de Farmacia.

Introducción: La pérdida de respuesta con adalimumab (ADA) alcanza hasta el 20% por paciente-año. La intensificación con acortamiento de intervalo es la estrategia habitual en la práctica clínica pero la evidencia con 80 mg/sem es aún limitada.

Objetivo: Evaluar la efectividad a corto y largo plazo de la intensificación con 80 mg semanales de ADA tras pérdida de respuesta a dosis de 40 mg semanales, y su mantenimiento en el tiempo.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tratados con ADA 80 mg/sem tras pérdida de respuesta a 40 mg/sem durante los años 2004-2015.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes. La media de edad fue de $56 \pm 9,96$ años y la media de evolución de la enfermedad fue de $15,7 \pm 8,34$ años. 5 eran hombres, 4 con colitis ulcerosa (40%; 1 colitis extensa, 2 colitis izquierda y 1 proctitis) y 6 con enfermedad de Crohn (60%; 2 afectación ileal, 4 ileocólica, 4 con patrón inflamatorio y 6 estenosante). Todos ellos eran corticodependientes y habían recibido tratamiento con algún inmunosupresor, 6 de ellos los mantuvieron durante el tratamiento biológico. 4 pacientes

(40%) habían recibido otro antiTNF previo, 5 (50%) dos antiTNF y 1(10%) tres antiTNF. El 70% de los pacientes presentaban actividad clínica moderada según índice de Mayo parcial para la colitis ulcerosa o índice de Harvey-Bradshaw para la enfermedad de Crohn. La colonoscopia o enteroTC/RM mostró actividad moderada-grave. Tras la intensificación con 80 mg/sem, 5 pacientes (50%) respondieron inicialmente mostrando pérdida de respuesta progresiva a lo largo del tiempo (60% a 20 semanas). La respuesta clínica (descenso = 2 en Índice Mayo o Harvey-Bradshaw) se mantuvo a los 6 y 12 meses en aquellos pacientes respondedores iniciales ($p = 0,006$). Tras la intensificación con dosis 80 mg/sem existió una tendencia al descenso de los niveles de PCR (-6,41 mg/L; $p = 0,379$) y de calprotectina fecal (-66,02 mg/Kg; $p = 0,731$). 8 pacientes (80%) pudieron suspender los corticoides de forma mantenida pero 2 de ellos (20%) precisaron ciclos repetidos. 6 pacientes (60%) pudieron desintensificar ADA a dosis de 40 mg/sem y 1(10%) a dosis de 40 mg/2 sem. 5 pacientes (50%) al final del seguimiento mantenían el tratamiento con ADA y 4 (40%) precisaron un cambio de diana terapéutica (3 vedolizumab y 1 ustekinumab). En los pacientes en los que se determinaron niveles de fármaco y anticuerpos (50%), 2 de ellos cambiaron de diana por niveles inferiores a 8 μ g/mL y anticuerpos negativos, a pesar de dosis altas de ADA y 3 de ellos (30%) alcanzaron niveles superiores, manteniendo la respuesta y el tratamiento con este fármaco.

Conclusiones: La intensificación con dosis de 80 mg/sem tras pérdida de respuesta a 40 mg/sem, constituye una alternativa terapéutica que consigue respuesta mantenida en un subgrupo de pacientes, permitiendo la retirada de corticoides, aunque muestra una pérdida de eficacia terapéutica en el seguimiento a largo plazo.

95. ¿HAY QUE DESCARTAR ENFERMEDAD DE CROHN EN PACIENTES CON APENDICITIS GRANULOMATOSA?

L. Núñez Gómez^a, A. Caminoa-Lizarralde^b, N. Machado Volpato^a, M. Sierra Morales^a, N. Hernanz Ruiz^a y A. López San Román^a

^aHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Gastroenterología y Hepatología. ^bHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: La apendicitis granulomatosa es una entidad rara, se detecta inflamación granulomatosa apendicular en menos del 2% de las piezas de apendicectomía. Su etiología más frecuente es la infecciosa, destacando la infección por *Yersinia* y *Mycobacterium* tuberculosis. En un 38% de los casos la causa es no infecciosa, y únicamente un 5-10% es debido a una enfermedad de Crohn. La apendicectomía diferida también es una etiología a tener en cuenta, ya que se ha descrito el hallazgo de granulomas hasta en el 59% de las piezas quirúrgicas.

Objetivo: Analizar la prevalencia de enfermedad de Crohn entre los pacientes diagnosticados de apendicitis granulomatosa en el Hospital Universitario Ramón y Cajal y valorar si es necesario un estudio diagnóstico completo tras el episodio.

Métodos: Se recogieron en el registro de Anatomía Patológica los casos con hallazgo histológico de apendicitis granulomatosa en la pieza de apendicectomía desde el año 1999. Se evaluó de forma retrospectiva el tiempo entre el inicio de la clínica y la cirugía, y la proporción de pacientes que desarrolló una enfermedad de Crohn durante el seguimiento posterior.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes con inflamación granulomatosa apendicular en la pieza de apendicectomía, de los cuales únicamente uno desarrolló una enfermedad de Crohn durante el seguimiento. En el 20% de los casos el intervalo entre el inicio de la clínica y la cirugía fue de más de una semana.

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad de Crohn entre los pacientes que presentaron una apendicitis granulomatosa en nues-

tro centro es del 10%, coincidente con la de las series previas publicadas. La apendicectomía diferida es una entidad a tener en cuenta en los casos de hallazgo de granulomas en la pieza quirúrgica. Los pacientes con apendicitis granulomatosa frecuentemente son derivados al servicio de Gastroenterología para descartar enfermedad de Crohn. En la mayoría de los casos el estudio diagnóstico resulta negativo. Creemos que una actitud más conservadora, con vigilancia de la evolución y estudio diagnóstico en caso de presentar nuevos síntomas, sería una actitud válida que evitaría preocupaciones y pruebas innecesarias en el seguimiento de estos pacientes.

96. USO DE GOLIMUMAB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA NO NAÏVE A ANTI-TNF

C. Saldaña Dueñas^a, C. Rodríguez Gutierrez^a, O. Nantes Castillejo^a, J.L. Cabriada Nuño^b, M.P. Arreba Gonzalez^c y O. Merino Ochoa^d

^aComplejo Hospitalario de Navarra, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital de Basurto, Bilbao, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital de Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU y CIBERehd, Servicio de Aparato Digestivo.

Actualmente disponemos de 3 fármacos anti-TNF aprobados para el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) moderada-grave: infliximab (IFX), adalimumab (ADA) y más recientemente golimumab (GMM). Desafortunadamente una proporción de los pacientes con CU no responden a la terapia de inducción (no respondedores primarios) y otros requieren de intensificación con aumento de dosis debido a pérdida de respuesta con el tiempo (no respondedores secundarios). Los ensayos clínicos para la autorización del GMM excluyen a los pacientes tratados previamente con fármacos anti-TNF. No hay estudios de práctica clínica que evalúen la indicación y respuesta del GMM en pacientes con fracaso previo a otras terapias incluyendo anti-TNF. Estudio realizado en el ámbito del grupo de EII de la SVNP. Se incluyeron pacientes de los hospitales de Galdakao, Basurto, Cruces, San Eloy y del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), todos con CU en tratamiento con GMM y fracaso previo a anti-TNF. Incluimos 18 pacientes (CHN 12, Basurto 2, Cruces 1, Galdakao 1, San Eloy 2) con un seguimiento mínimo de 12 semanas y máximo de 52. El 61% eran varones y la edad media fue de 41 años (17 a 63). Respecto a la extensión de la CU el 66,7% fueron E3, 27,8% E2 y 5,6% E1. Todos los pacientes habían recibido previamente IFX y el 61% (11/18) también ADA. Al 94,4% de los pacientes se indicó GMM por persistencia de actividad pese al tratamiento previo y sólo en uno de los casos fue por efecto adverso a otro biológico. En el momento de iniciar tratamiento el 55% (10/18) llevaban inmunomodulador asociado (8 AZA y 2 MTX) y el 38% (7/18) aféresis. El 77,8% (14/18) eran pacientes ambulatorios y 22,2% (4/18) estaban ingresados. La pauta de inducción en el 100% de los pacientes fue la estándar de 200/100. El Mayo parcial al inicio del tratamiento fue de media de 7 puntos (brote moderado). En semana 4: 3 pacientes ya se habían intervenido (2 ingresados), 15 estaban en respuesta parcial (83,3%) con Mayo parcial de 4 puntos. En la semana 12 hay 2 pacientes más operados y el 86,6% (13/15) continúan tratamiento con Mayo parcial de 3,6. Sólo en 9 de los 18 pacientes iniciales el seguimiento llega a las 24 semanas (ninguno se opera) aunque 4 continúan con actividad. En semana 36 un paciente precisa cirugía. De los 6 pacientes intervenidos 3 habían fracasado al tratamiento con 2 anti-TNF y los otros 3 sólo habían recibido IFX. Ocho pacientes iniciaron GMM en monoterapia: se intervienen 2. En 10 pacientes se asocia inmunomodulador (AZA o MTX) y se operan 4 (3 de ellos con AZA y 1 con MTX). Se retira GMM en 8 de los 18 pacientes: 6 cirugías, uno pasa a ADA y uno pasa a tacrolimus.

97. USO DE LA GRANULOMONOCITOAFÉRESIS (GMA) COMO TRATAMIENTO PUENTE A TIOPURÍNICOS

C. Saldaña Dueñas, A. Zúñiga Ripa, O. Nantes Castillejo, A. Cebrián García, S. Rubio Iturria y M. Vicuña Arregui

Complejo Hospitalario de Navarra, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo.

Aunque la fisiopatología de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) no es del todo conocida, el incremento y la activación de los leucocitos mieloides (monocitos y granulocitos) son factores potencialmente relevantes en la exacerbación y en la perpetuación de la EII por su papel en la liberación de citoquinas proinflamatorias. Si bien no existe evidencia del máximo nivel que posicione este tratamiento, dada su capacidad de ahorro de corticoides y su excelente perfil de seguridad, puede considerarse una opción válida en casos seleccionados de CU. Nuestro estudio evalúa la utilidad de GMA como puente a tiopurínicos (AZA/MP). Estudio retrospectivo que analiza los pacientes con EII controlados en nuestro centro (1210) y tratados con GMA desde el año 2003 (93 en total). De estos se estudian 21, todos con colitis ulcerosa (CU), en los que la GMA se indicó como tratamiento puente a tiopurinas. El 66,6% eran mujeres. En cuanto a la extensión de la CU: 38,1% (8/21) E1, 38,1% E2 y 23,8% E3. La indicación fue en un 85,7% (18/21) por corticodependencia, un 9,5% (2/21) por corticorresistencia y en uno de los casos por fracaso a biológico (4,8%). Al inicio del tratamiento 80,9% (17/21) llevaban corticoides asociados (11 prednisona y 6 beclometasona). Todos los pacientes presentaban actividad clínica de la enfermedad con un Mayo parcial medio de 5 puntos (4 a 8) y endoscópica (Mayo 2: 50%, Mayo 3: 44%). En cuanto a la respuesta clínica 13 pacientes (62%) entraron en remisión, 4 (19%) presentaron una respuesta parcial y 4 (19%) no respondieron. De los no respondedores uno precisó intervención quirúrgica (25%) y 3 pasaron a tratamiento con fármacos biológicos (75%). Los 4 pacientes que presentaron respuesta parcial pasaron a recibir tratamiento con biológicos. Los 13 pacientes que alcanzaron la remisión clínica mantuvieron tras finalizar la aféresis tratamiento con AZA, libre de corticoides. Cuatro de ellos (30,7%) presentaron en su evolución recidiva clínica indicándose en 3 de ellos un nuevo ciclo de GMA respondiendo 2 de ellos (66,6%) a la nueva pauta. Al comparar los 13 pacientes que lograron la remisión con los 8 que no alcanzaron este objetivo (no respondedores y respondedores parciales) se observó que los varones y los pacientes con CU de más tiempo de evolución alcanzaron mayores tasas de remisión, aunque las diferencias no fueron significativas. No se encontraron diferencias ni en la edad media de los pacientes ni en la extensión de la CU ni en la actividad clínica ni en la endoscópica. Respecto a la indicación de la aféresis alcanzaron la remisión el 100% (2/2) de los pacientes corticorresistentes, el 55% (10/18) de los corticodependientes y el paciente con fracaso previo a biológicos.

98. RECURRENCIA CLÍNICA POSQUIRÚRGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: ESTUDIO PRACTICROHN

E. Doménech^a, V. García^b, M.D. Martín Arranz^c, M. Barreiro-De Acosta^d, A. Gutiérrez^e, L. Cea-Calvo^f, C. Romero^g y B. Juliá^h

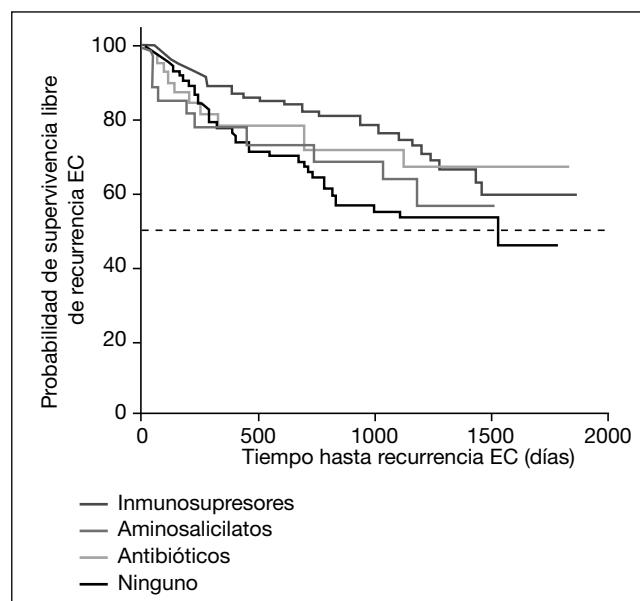
^aHospital Universitario Germans Trias i Pujol y CIBERehd, Badalona, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario La Paz, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.

^dComplejo Hospitalario Universitario de Santiago, Unidad de Gastroenterología. ^eHospital Universitario de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ^fDepartamento Médico MSD, Madrid.

Introducción: Más del 50% de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) necesitan resección intestinal en el transcurso de su enfermedad, y una gran parte presentan recidiva clínica. El objetivo fue evaluar la recurrencia postquirúrgica en pacientes con EC a partir del estudio PRACTICROHN.

Métodos: PRACTICROHN es un estudio retrospectivo que incluyó pacientes con EC = 18 años de 26 centros con resección quirúrgica ileocólica con anastomosis ileocólica o ileorrectal entre enero de 2007 y diciembre de 2010. Se recogieron datos de los 5 años posteriores a la cirugía. La recurrencia clínica se definió como la aparición de síntomas clínicos + un índice endoscópico de Rutgeerts = 2, y/o TC o RM con actividad de la EC. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para estimar el tiempo hasta la recurrencia clínica y el log-rank para la significación estadística.

Resultados: Se analizaron 314 pacientes (mediana de 28,5 años RIC 22-41), 48% varones). 115 (36%) fumadores en la cirugía. La mediana del tiempo desde el diagnóstico hasta la cirugía fue de 6 años (RIC 1-12). Los motivos de la cirugía fueron: estenosis (n = 147, 48%), penetrante (n = 98, 32%), estenosante + penetrante (n = 46, 15%) y resistencia al tratamiento (n = 14, 4%). 208 pacientes (68%) recibieron profilaxis para la recurrencia después de la cirugía: 13% con aminosalicilatos, 9% con antibióticos, 46% con inmunomoduladores (IMM) y 1% con anti-TNFs. 97 pacientes (31%) presentaron recurrencia clínica con una mediana de tiempo hasta la recurrencia de 315 días (RIC 65-748). La probabilidad acumulada de recurrencia clínica fue del 16%, 27% y 31% a los 1, 3 y 5 años. La recurrencia clínica fue del 25% en pacientes con profilaxis con IMM y del 41% en pacientes sin profilaxis ($p = 0,014$).



Conclusiones: Casi un tercio de los pacientes con EC sometidos a cirugía no iniciaron profilaxis temprana para evitar la recidiva. El riesgo de recurrencia clínica fue aproximadamente de un 30% durante los cinco años posteriores a la cirugía; sólo el tratamiento con IMM pareció reducir la recurrencia.

99. RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN Y REINTERVENCIÓN TRAS RESECCIÓN ILEOCÓLICA CON ANASTOMOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN. RESULTADOS DEL ESTUDIO PRACTICROHN

V. García^a, M.D. Martín Arranz^b, E. Domènech^c, M. Barreiro-De Acosta^d, A. Gutiérrez^e, C. Romero^f, L. Cea-Calvo^f y B. Juliá^f

^aHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario La Paz, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitari Germans Trias i Pujol y CIBERehd, Badalona, Unidad de Gastroenterología. ^dComplejo Hospitalario Universitario de Santiago, Unidad de Gastroenterología. ^eHospital Universitario de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ^fDepartamento Médico MSD, Madrid.

Introducción: Entre el 25% al 61% de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) precisarán resección intestinal en los 5 primeros años tras el diagnóstico. Durante el seguimiento, los pacientes operados pueden presentar complicaciones y requerir ingresos hospitalarios o nuevas cirugías. El objetivo de este estudio fue determinar la incidencia de hospitalizaciones y reintervenciones en pacientes con EC sometidos a resección ileocólica con anastomosis.

Métodos: PRACTICROHN es un estudio retrospectivo que incluyó pacientes con EC = 18 años procedentes de 26 centros, sometidos a resección quirúrgica ileocólica con anastomosis ileocólica (o ileorrectal) entre enero de 2007 y diciembre de 2010. Se registraron los datos clínicos, endoscópicos y de tratamientos recogidos en las historias clínicas de los 5 años posteriores a la cirugía.

Resultados: Se analizaron 314 pacientes (edad media 40 años [DE 13], 48% varones). El 51% fumaban al diagnóstico, y de éstos, 115 (77%) en la cirugía. Sólo 30 pacientes (9,5%) dejaron de fumar al quinto año. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de EC a la cirugía fue de 6 años (IQR 1-12). La indicación de cirugía fue: 147 (48%) estenosis, 98 (32%) enfermedad penetrante, 46 (15%) estenosante + penetrante y 14 (4%) refractariedad al tratamiento médico. 208 (68%) pacientes recibieron tratamiento preventivo después de la cirugía: 13% aminosalicilatos, 9% antibióticos, 46% inmunomoduladores (IMM), 1% anti-TNF. Durante el seguimiento, 56 (18%) pacientes precisaron al menos una hospitalización durante el primer año, con una mediana de ingreso de 10 días (RIC 6-15); Los motivos de hospitalización fueron: 36 (45%) por recurrencia o actividad de la EC, y 35 (44%) por complicaciones asociadas a la cirugía previa, 1 (1%) por infección relacionada con la EC y 7 (9%) por otros motivos. No hubo ninguna hospitalización por cáncer relacionado con la EC. A los 5 años, 94 (30%) pacientes precisaron hospitalización, la mayoría por actividad de la enfermedad. 45 (14%) precisaron reintervención quirúrgica a los 5 años, la mayoría (n = 23, 7%) durante el primer año, y el motivo más frecuente, la complicación de cirugía previa (n = 18, 78%); La mediana de tiempo hasta la primera reintervención fue de 228 días (RIC 133-527).

Conclusiones: En la evolución posterior a la cirugía por EC, 1 de cada 5 pacientes precisará una hospitalización por recidiva de la enfermedad o complicación quirúrgica, y 1 de cada 7 precisará una nueva reintervención a los 5 años. Probablemente la centralización de la cirugía en centros con experiencia pudiera minimizar las complicaciones postquirúrgicas, y la profilaxis postquirúrgica más exhaustiva pudiera reducir las complicaciones por actividad de la enfermedad.

100. COMPLICACIONES INFECCIOSAS POSQUIRÚRGICAS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: RESULTADOS DEL ESTUDIO PRACTICROHN

A. Gutiérrez^a, V. García^b, M.D. Martín Arranz^c, E. Domènech^d, M. Barreiro-De Acosta^e, B. Juliá^f, C. Romero^f y L. Cea-Calvo^f

^aHospital Universitario de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario La Paz, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitari Germans Trias i Pujol y CIBERehd, Badalona, Unidad de Gastroenterología. ^eComplejo Hospitalario Universitario de Santiago, Unidad de Gastroenterología. ^fDepartamento Médico MSD, Madrid.

Introducción: La cirugía en la enfermedad de Crohn (EC) se asocia con complicaciones postoperatorias en el 11 al 14% de los casos. Las más frecuentes son las complicaciones infecciosas (CI). El objetivo de este estudio es describir la prevalencia y factores asociados a las CI en una cohorte de pacientes con EC.

Métodos: PRACTICROHN es un estudio que incluyó pacientes con EC = 18 años de 26 centros que, entre enero de 2007 y diciembre de 2010, se sometieron a una resección quirúrgica ileocólica con anastomosis ileocólica (o ileorrectal). Los datos clínicos, y de tratamientos, incluida cirugía se recogieron de manera retrospectiva de las historias clínicas. Las CI incluidas fueron: absceso intraabdominal, infección de la herida quirúrgica, sepsis relacionada con el catéter e infecciones extra-abdominales.

Resultados: Se incluyeron 364 pacientes (edad media 32 años [DE 13], 50% varones). La mediana de tiempo desde el diagnóstico de EC a la cirugía fue de 6 años (RIC 1-12). La indicación para la cirugía fue: estenosis (n = 169, 48%), penetrante (n = 114, 45%), penetrante + estenosante (n = 51, 14%) y resistencia al tratamiento (n = 21, 6%). 69 pacientes presentaron alguna CI (18%), con una mediana de hospitalización de 19 días RIC (10-30) vs 9 días RIC (7-12) en los pacientes sin CI p < 0,001. Las CI más frecuentes fueron la infección de la herida (n = 33, 28%) y el absceso (n = 28, 24%) las infecciones extraabdominales (n = 12, 10%) y las infecciones del catéter (n = 4, 3%). Ninguna de ellas se asoció a mortalidad. Las CI fueron más frecuentes en pacientes cuyo motivo para cirugía fue la perforación (n = 11, 39% vs n = 27, 20%, p = 0, 048). No se observaron diferencias en las CI según edad, sexo, tabaquismo, localización o longitud de la resección. Ningún tratamiento se asoció a mayor CI.

Tratamiento recibido	Sin CI	Con CI	p
Corticosteroides, n (%)	70 (24,48)	20 (29,85)	0,452
Inmunosupresores, n (%)	133 (45,70)	32 (47,76)	0,866
Anti-TNF, n (%)	49 (16,84)	15 (22,39)	0,372

Conclusiones: Uno de cada 5 pacientes sometidos a cirugía por EC presentó alguna CI posquirúrgica, siendo la perforación el motivo de cirugía que más se asoció a estas complicaciones. Ninguno de los tratamientos se asoció con la aparición de CI.

101. COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS TRAS LA RESECCIÓN INTESTINAL EN ENFERMEDAD DE CROHN: ANÁLISIS DEL ESTUDIO PRACTICROHN

M. Barreiro-De Acosta^a, A. Gutiérrez^b, V. García^c, M.D. Martín Arranz^d, E. Doménech^e, L. Cea-Calvo^f, C. Romero^f y B. Juliá^f

^aComplejo Hospitalario Universitario de Santiago, Unidad de Gastroenterología. ^bHospital Universitario de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario La Paz, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Universitario Germans Trias i Pujol y CIBERehd, Badalona, Unidad de Gastroenterología. ^fComplejo Hospitalario Universitario de Santiago, Unidad de Gastroenterología. ^fHospital Universitario de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ^fDepartamento Médico MSD, Madrid.

Introducción: La tasa de resección en enfermedad de Crohn (EC) se encuentra entre el 25% y el 61% en los primeros 5 años del diagnóstico de la enfermedad. La cirugía puede estar asociada a complicaciones postquirúrgicas (CPQ). El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia y los factores asociados con CPQ en una cohorte de pacientes con EC del estudio PRACTICROHN.

Métodos: PRACTICROHN fue un estudio retrospectivo que incluyó pacientes con EC = 18 años procedentes de 26 centros que, entre enero de 2007 y diciembre de 2010, se sometieron a una resección quirúrgica ileocólica con anastomosis ileocólica (o ileorrectal). Se recogieron los datos clínicos, endoscópicos y de tratamientos de las historias clínicas de los 5 años posteriores a la cirugía. Las CPQ evaluadas fueron: muerte, ileo paralítico, dehiscencia de sutura, absceso, infección de la herida, infección relacionada con el catéter, hemorragia digestiva y otras infecciones extraabdominales durante el ingreso por cirugía. Las variables categóricas se compararon con la prueba de la χ^2 o con la prueba exacta de Fisher. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para estimar el tiempo que transcurrido hasta la recurrencia clínica y el log-rank para obtener la significación estadística.

Resultados: Se analizaron 364 pacientes con EC (edad media 32 años [DE 13], 50% varones, 167 (50%) fumadores al diagnóstico). La mediana del tiempo desde el diagnóstico hasta cirugía fue de 6 años (RIC 1-12). Las indicaciones para la cirugía fueron: estenosis (n = 169, 48%), penetrante (n = 114, 45%), penetrante + estenosante (n = 51, 14%) y resistencia al tratamiento (n = 21, 6%). 115 pacientes (46%) presentaron CPQs con un tiempo medio de hospitalización de 16 días, RIC (10-28) vs 9 días, RIC (7-11), cuando no existían CPQs, p < 0,001. Las CPQs fueron: infección de la herida (n = 33, 28%), abscesos (n = 28, 24%), dehiscencia de sutura (n = 27, 23%), ileo paralítico y sangrado digestivo (ambas n = 11, 9%) y sepsis relacionadas con catéter (n = 4, 3%). No se registró ningún fallecimiento. No se observaron diferencias en CPQs respecto a la longitud de la resección (> 50 cm [45%] vs < 50 cm [34%]), sexo y tabaquismo. Sin embargo, las CPQs fueron más frecuentes cuando la causa de la cirugía fue enfermedad penetrante (n = 41, 37%) o estenosante (n = 50, 45%), en comparación con resistencia al tratamiento (n = 10, 9%), p = 0,036. En pacientes con enfermedad penetrante, los que presentaron perforación intestinal tuvieron mayor tasa de CPQs (n = 17, 34%), p = 0,048. 90 pacientes (25%) recibían corticosteroides en el momento de la cirugía, 165 (46%) inmunomoduladores y 64 (18%) tratamiento biológico. Ningún tratamiento se asoció a mayor número de CPQ.

Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes desarrollaron una CPQ después de la resección intestinal, siendo las más frecuentes las infecciones de la herida y el absceso. La hospitalización fue significativamente mayor en aquellos pacientes que desarrollaron CPQs. Ningún tratamiento se asoció a un mayor índice de CPQ.

102. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y MANEJO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y RIESGO QUIRÚRGICO. ANÁLISIS DEL ESTUDIO PRACTICROHN

M.D. Martín Arranz^a, E. Doménech^b, M. Barreiro-De Acosta^c, A. Gutiérrez^d, V. García^e, L. Cea-Calvo^f, C. Romero^f y B. Juliá^f

^aHospital Universitario La Paz, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol y CIBERehd, Badalona, Unidad de Gastroenterología. ^cComplejo Hospitalario Universitario de Santiago, Unidad de Gastroenterología. ^dHospital Universitario de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ^fDepartamento Médico MSD, Madrid.

Introducción: El objetivo terapéutico en la enfermedad de Crohn (EC) es el control de la inflamación, la normalización de la calidad de vida y la evitación de complicaciones, entre ellas la cirugía.

Objetivo: Describir las características y el manejo de los pacientes con EC que se someten a una resección quirúrgica ileocólica con anastomosis ileocólica (o ileorrectal).

Métodos: PRACTICROHN fue un estudio retrospectivo que incluyó pacientes con EC = 18 años procedentes de 26 centros que, entre enero de 2007 y diciembre de 2010, se sometieron a una resección quirúrgica ileocólica con anastomosis ileocólica (o ileorrectal). Se recogieron los datos demográficos, clínicos, y de tratamientos de los pacientes desde el diagnóstico, hasta la cirugía.

Resultados: Se incluyeron 364 pacientes con EC (50%, varones, mediana de edad al diagnóstico, 28 años RIC (22-39), 167, 50% fumadores). La mediana de tiempo entre el diagnóstico y la cirugía fue de 6 años (RIC 1-12). 126 (75%) continúan fumando en la cirugía. 39 (11%) pacientes presentaron manifestaciones extraintestinales (MEI) al diagnóstico, siendo las más frecuentes las reumatólogicas (n = 26, 7%) y 17 (5%) otras enfermedades inflamatorias (EIMIs). La clasificación de Montreal al diagnóstico y en la cirugía, así como los tratamientos recibidos, se recogen en la tabla. 113 pacientes (31%) desarrollaron dependencia de esteroides y 33 (9%) resistencia. Los motivos más frecuentes de cirugía fueron: estenosis (n = 169, 48%), penetrante (n = 114, 45%), penetrante + estenosante (n = 51, 14%) y resistencia al tratamiento (n = 21, 6%).

Edad (n = 362)	Diagnóstico (Dx)	Cirugía
≤ 16 años, n (%)	24 (6,6)	
17-40 años, n (%)	253 (69,8)	
> 40 años, n (%)	85 (23,4)	
Localización	n = 362	n = 364
L1, n (%)	206 (56,9)	193 (53,0)
L1 + L4, n (%)	6 (1,6)	6 (1,6)
L2, n (%)	13 (3,5)	6 (1,6)
L2 + L4, n (%)	0 (0)	0 (0)
L3, n (%)	134 (37,0)	154 (42,3)
L3 + L4, n (%)	3 (0,8)	5 (1,37)
Cualquiera con L4, n (%)	9 (2,49)	11 (3,02)
Patrón clínico	n = 350	n = 361
B1, n (%)	143 (40,8)	26 (7,2)
B1 + p, n (%)	14 (4,0)	6 (1,6)
B2, n (%)	97 (27,7)	171 (47,3)
B2 + p, n (%)	12 (3,43)	13 (3,6)
B3, n (%)	72 (20,5)	127 (35,1)
B3 + p, n (%)	12 (3,43)	18 (4,9)
Cualquiera con p, n (%)	38 (10,8)	37 (10,2)
Tratamientos	Diagnóstico	Entre Dx y cirugía
Corticoídes, n (%)	233 (69,3)	264 (74,5)
Inmunosupresores, n (%)	103 (29,7)	238 (66,3)
Biológicos (%)	31 (8,83)	132 (36,7)

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes con EC y riesgo quirúrgico, la localización más frecuente fue la ileo-cólica, sin cambios en la evolución y el patrón clínico inflamatorio, con evolución hacia el patrón estenosante en 1 de cada 5 pacientes y hacia el patrón penetrante en 1 de cada 7, siendo la estenosis el motivo más frecuente de cirugía.

103. DIAGNÓSTICO CASUAL DE EII EN COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CCR

M. Jiménez Moreno, B. Bernad Cabredo, G. Hontoria Bautista, E. Badía Aranda, A. Moncada Urdaneta, J. Gómez Camarero, L. Arias García, B. Sicilia Aladrén y F. Sáez-Royuela

Hospital Universitario de Burgos, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una enfermedad de inicio insidioso en la mayoría de los casos, con un diagnóstico que puede retrasarse meses o incluso años hasta que el paciente es estudiado por el especialista ante la persistencia de los síntomas y su progresión. El diagnóstico es básicamente endoscópico con confirmación histológica.

Métodos: Se presenta el diagnóstico de EII en 4 pacientes asintomáticos al realizarse colonoscopia con motivo del cribado de cáncer colorrectal (CCR). Desde hace año y medio, se está llevando a cabo, en Castilla y León, un programa de cribado de CCR en pacientes asintomáticos, sin antecedentes familiares ni personales, mediante test de sangre oculta en heces, realizándose colonoscopia en los casos positivos. En el Hospital Universitario de Burgos se han realizado, con motivo del cribado, 960 colonoscopias en pacientes entre 70 y 60 años, diagnosticándose 61 pacientes con neoplasias y resecándose pólipos en 598 pacientes. Cuatro de estos pacientes fueron diagnosticados de EII: uno de los casos se trata de un varón con pancolitis ulcerosa leve (índice endoscópico de Mayo 1), otro una mujer con proctitis ulcerosa moderada (Mayo 2), el tercero fue un varón con colitis de colon derecho con anatomía patológica de colitis inespecífica y el último una mujer con una pancolitis tipo enfermedad Crohn, con ileoscopia normal. En todos los casos se confirmó el diagnóstico histológicamente. Ante los hallazgos se realizó una historia clínica dirigida y en ninguno los 4 pacientes negaron se encontraron síntomas digestivos ni de manifestación extradigestivas propias de la EII.

Conclusiones: El motivo de presentar estos hallazgos radica en la particularidad de diagnosticar a un paciente de EII aún sin clínica. Esto, viene a demostrar el inicio larvado de la EII, en el que se puede apreciar afectación mucosa, aún sin clínica, al igual que ocurre en el seguimiento postquirúrgico de los pacientes con EII tipo Crohn donde aparecen lesiones endoscópicas (recurrencia endoscópica) previa a la recurrencia clínica; al diagnóstico puede haber afectación inflamatoria luminal asintomática. Dado que el programa de cribado sigue en curso, hasta los 50 años, es previsible que se puedan encontrar más casos de EII asintomática, dado que se trata de una enfermedad con una prevalencia mayor en gente más joven.

104. TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB EN COLITIS ULCEROSA CON FRACASO O EFECTOS SECUNDARIOS A ANTI-TNF “CLÁSICOS”

X. Cortés^a, L. Sempere^b, M. Iborra^c, M. Bosca^d, J.M. Huguet^e, P. Almela^f, R. Gil^g, G. García^h, M.F. Garcíaⁱ y J.M. Paredes^j

^aHospital de Sagunto, Sección de Digestivo. ^bHospital General Universitario de Alicante y CIBERehd, Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Clínico de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital General Universitario de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital General de Castellón, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital Arnau de Vilanova, Servicio de Digestivo. ^hHospital de San Juan, Alicante, Servicio de Digestivo. ⁱHospital General Universitario de Elche, Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital Dr. Peset de Valencia, Servicio de Digestivo.

Introducción: Golimumab es un nuevo anticuerpo monoclonal IgG1K con gran afinidad por TNF bioactivados, impidiendo la unión con su receptores. Aunque esta aprobado en colitis ulcerosa (CU) con actividad moderada a grave con respuesta inadecuada al tratamiento convencional, no existen en la actualidad estudios que hayan evaluado su respuesta ante fracaso a anti-TNF “clásicos” (infliximab o adalimumab).

Objetivo: Evaluar la respuesta de golimumab en las unidades de EII de la Comunidad Valenciana (CV), en pacientes con CU activa y sin respuesta adecuada a anti-TNF clásicos.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico y descriptivo de pacientes con CU con tratadas con golimumab tras fracaso primario o secundario o efectos secundarios a anti-TNF clásicos (infliximab y adalimumab). Medición de variables clínicas y demográficas y variables relacionadas con el tratamiento con golimumab (indicación, tratamiento concomitante, actividad clínica en la inducción, respuesta al tratamiento en la semana 12 y la pérdida de respuesta).

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes, 11 (58%) hombres, con edad media de 44 ± 15 años y tiempo medio de seguimiento de $9,7 \pm 6,4$ meses. Trece (68,4%) pacientes presentaban una CU extensa y 6 (31,5%) pacientes una CU izquierda. Al inicio del tratamiento 17 (89,5%) pacientes presentaban actividad moderada-grave y 2 (10,5%) pacientes actividad leve o estaban en remisión; 16 (84,2%) pacientes cumplían criterios de corticodependencia y 3 (25%) de refractariedad a corticoides. La indicación del tratamiento con golimumab fue en 7 (36,8%) fracaso primario a otros anti-TNF, 8 (42,1%) por pérdida de respuesta a anti-TNF y un 4% (15,8%) por fenómenos de hipersensibilidad. Quince pacientes (79%) presentaban fallo primario o pérdida de respuesta a los dos anti-TNF clásicos y 4 (21%) habían recibido únicamente un anti-TNF. Once (57,8%) pacientes recibieron de forma concomitante inmunomoduladores. En relación a la respuesta en la semana 12, 12 (63,1%) pacientes respondieron al tratamiento, aunque únicamente uno de ellos estaba en remisión. Diecisésis pacientes continuaron con el tratamiento de mantenimiento, de ellos 4 (25%) perdieron la respuesta al golimumab. Durante el tiempo de seguimiento 5 (26,3%) pacientes requirieron ingreso hospitalario y fueron sometidos a colectomía. Sólo hubo un efecto adverso, una infección de tracto urinario.

Conclusiones: La utilización de golimumab en pacientes con CU con fracaso o efectos secundarios a otros anti-TNF parece constituir una alternativa eficaz y segura, aunque un porcentaje significativo presenta pérdida de respuesta durante el seguimiento.

gital. La dosis administrada se calculó según tabla simplificada de ficha técnica.

Resultados: Para un total de 133 pacientes, 74 hombres (55,64%), 59 mujeres (44,36%) con una edad media de 66,17 años se recibieron 188 solicitudes de tratamiento en dicho periodo (1,41 solicitud por paciente), administrándose CMH en 243 sesiones (1,29 por solicitud). La dosis media de CMH por paciente fue de 1.175 mg (909,46 mg por sesión). En el 70% de las solicitudes se administró 1.000 mg. Analizando las comorbilidades digestivas de estos pacientes se pueden dividir en dos subgrupos: pacientes con diagnóstico de sangrado digestivo activo (74,44%) y pacientes sin dicho diagnóstico (25,56%). Del total de los 99 pacientes del primer grupo, sólo con sangrado encontramos 34,34%, sangrado asociado a EII 13,13%, a neoplasia 26,26%, a angiodisplasia 17,17%, a cirrosis 2,02% y a otras comorbilidades 7,08%; por el contrario, en el grupo de no sangrantes, del total de 34 pacientes tenemos con EII 44,12%, con neoplasia 4%, con cirrosis 17,65%, con otras 11,76%. En este grupo había 5 pacientes sin diagnóstico claro. Se analizan los cambios de hemoglobina (Hb) tras, al menos, 10 días desde la administración del fármaco. Partimos de una Hb media de 90,22 g/L, obteniéndose un incremento medio global de 25,95 g/L. En los pacientes con sangrado activo encontramos un incremento de Hb 27,61 g/L partiendo de una Hb previa media de 87,93 g/L, frente al incremento de 22,26 g/L en el grupo sin sangrado activo, los cuales parten de una hemoglobina media de 93,12 g/L. El 67% de los pacientes incrementó = 20 g/L la Hb, siendo un 73% del grupo de sangrantes. Reacciones adversas: No se observaron reacciones adversas graves.

Conclusiones: Los pacientes a los que se administra CMH son de edad media, de predominio masculino, pluripatológicos, en los que predomina el sangrado activo junto a otras comorbilidades. Carboximaltosa de hierro es un fármaco efectivo y seguro en la corrección de la anemia en el paciente con patología gastrointestinal de múltiples causas.

Esófago-Estómago-Duodeno

105. TRATAMIENTO CON CARBOXIMALTOSA DE HIERRO EN PACIENTES DERIVADOS POR LA UNIDAD DE DIGESTIVO

J.M. López-Suárez^a, J.M. Varela-Aguilar^b, J.M. López-Chozas^b y M.A. Pizarro Moreno^c

^aHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Medicina de Familia y Comunitaria. ^bHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Servicio de Medicina Interna. ^cHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La patología digestiva es la causa más frecuente de anemia crónica y una de las principales comorbilidades en ingresos hospitalarios. En la anemia ferropénica se recomienda la vía oral para corregir el déficit de hierro pero son numerosas las causas de una inadecuada respuesta. En estos casos se usa hierro intravenoso como medida terapéutica eficaz y segura.

Objetivo: Analizar las características de los pacientes remitidos por la unidad de Digestivo para tratamiento con carboximaltosa de hierro (CMH) intravenoso y su respuesta analítica.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal, descriptivo y retrospectivo en un hospital de día médico de un hospital de tercer nivel. Intervención: análisis de todas las dosis de CMH administradas en el periodo de marzo 2010-diciembre 2013 a pacientes remitidos por la unidad de Digestivo según bases de datos del hospital. La información clínica se recogió a través de la estación clínica digital. La dosis administrada se calculó según tabla simplificada de ficha técnica.

106. FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES CON ANGIODISPLASIA GASTROINTESTINAL

J.M. López-Suárez^a, J.M. Varela-Aguilar^b, M.A. Pizarro Moreno^c y J.M. López-Chozas^b

^aHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Medicina de Familia y Comunitaria. ^bHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Servicio de Medicina Interna. ^cHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Las malformaciones vasculares del tracto gastrointestinal son causas de sangrado, agudo o crónico del tubo digestivo. La angiodisplasia aparece a distintos niveles, probablemente como resultado de un proceso degenerativo relacionado con el envejecimiento por lo que se asocia a numerosas comorbilidades.

Objetivo: Analizar las características de los pacientes remitidos para tratamiento con carboximaltosa de hierro (CMH) intravenoso con diagnóstico de anemia ferropénica por angiodisplasia y su respuesta analítica.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal, descriptivo y retrospectivo en el ámbito del hospital de día médico de un hospital de tercer nivel. Intervención: análisis de todas las dosis de CMH administradas en el periodo de marzo 2010-diciembre 2013 a pacientes con diagnóstico de angiodisplasia según bases de datos del hospital. La información clínica se recogió a través de la estación clínica digital. La dosis administrada se calculó según tabla simplificada de ficha técnica.

Resultados: Para un total de 98 pacientes, 52 hombres (53%), 46 mujeres (47%) con una edad media de 76,58 años se recibieron 178

solicitudes de tratamiento (1,81 solicitud por paciente), administrándose CMH en 203 sesiones (2,07 por solicitud). La dosis media de CMH por paciente fue de 1.082,02 mg (948,76 mg por sesión). En el 79,2% de las solicitudes se administró 1.000 mg. Si analizamos las Unidades de procedencia de los pacientes, vemos: digestivo 34,07%, medicina interna 29,92%, nefrología 20,6%, atención primaria 5,49%, anestesia 4,95%, otros 4,94%. En cuanto a las comorbilidades asociadas, el 70,41% de los pacientes tenían sangrado digestivo activo, estando anticoagulados o antiagregados por otras patologías el 30,34%, 41,84% enfermedad renal crónica (ERC), 5,1% enfermedad inflamatoria intestinal, 2,04% cirrosis. El incremento de hemoglobina media al menos 10 días después de administrar CMH fue de 22,22 g/L, destacando que en un 55% el incremento fue = 20 g/L con un solo ciclo. Reacciones adversas: no se observaron reacciones adversas graves.

Conclusiones: Los pacientes con angiodisplasia a los que administramos CMH son de edad avanzada, con predominio de sangrado digestivo activo, antiagregados o anticoagulados un tercio de ellos y con ERC asociada en casi la mitad de los casos. La carboximaltosa de hierro es un fármaco efectivo y seguro en la corrección de la anemia en el paciente con angiodisplasia gastrointestinal.

107. EFICACIA Y SEGURIDAD DE RIFAXIMAÑA ASOCIADA A LA TRIPLE TERAPIA ESTÁNDAR (OMEPRAZOL, CLARITROMICINA Y AMOXICILINA) PARA LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI* (R+OCA): ENSAYO CLÍNICO PILOTO FASE IV

M. Ramas, M.G. Donday, A.G. McNicholl y J.P. Gisbert

Hospital Universitario La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Se ha descrito un descenso progresivo de las tasas de erradicación de *Helicobacter pylori* a lo largo de los años, por lo que se precisan nuevas combinaciones de antibióticos para su tratamiento.

Objetivo: Evaluar la eficacia y la seguridad de la adición de rifaximina a la terapia triple estándar (IBP, amoxicilina y claritromicina) para la erradicación de *H. pylori*.

Métodos: Ensayo clínico independiente prospectivo piloto (EUDRA CT: 2013-001080-23; estudio financiado con la Beca del Grupo de Trabajo de EED de la AEG). Se incluyeron 40 pacientes consecutivos infectados por *H. pylori*, mayores de edad, con síntomas dispepsicos, sin alergia a los medicamentos del estudio ni cirugía previa, y que no hubieran recibido tratamiento erradicador previo. Se evaluó la seguridad del tratamiento realizando una analítica completa tras finalizarlo a los primeros 5 pacientes. Tratamiento: rifaximina 400 mg/8 h, claritromicina 500 mg/12 h, amoxicilina 1 g/12 h y omeprazol 20 mg/12 h durante diez días. La erradicación se confirmó al menos 4 semanas tras la finalización del tratamiento mediante prueba del aliento con 13C-urea.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes (53% mujeres, edad media de 44 años). La indicación para la erradicación fue: 60% dispepsia no investigada, 38% dispepsia funcional y 2% úlcera gástrica. Hubo 3 pérdidas de seguimiento. El cumplimiento del tratamiento fue del 92%. La tasa de erradicación fue del 61% (IC95%: 45-77%) por protocolo y del 55% (IC95%: 40-70%) por intención de tratar. El 76% de los pacientes presentaron efectos adversos (35% diarrea, 14% náuseas, 14% cefalea y 24% disgeusia); ninguno de ellos fue intenso o grave. El subgrupo con analítica de seguridad no mostró alteraciones significativas.

Conclusiones: Aunque la rifaximina, debido a su elevada actividad in vitro frente a cepas de *H. pylori* resistentes a claritromicina, parecería ser una elección lógica para mejorar la eficacia de la terapia triple estándar, los resultados de este estudio piloto no confirman este beneficio.

108. REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE *H. PYLORI* (HP-EUREG): ANÁLISIS INTERMEDIO DE LOS TRATAMIENTOS DE PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA

A.G. McNicholl^a, B. Tepes^b, A. Gasbarrini^c, A. Pérez-Aísa^d, D. Vairae^e, D.S. Bordin^f, F. Lerang^g, M. Castro^h, L. Bujandaⁱ, M. Leja^j, L. Rodrigo^k, M. Vujasinovic^l, T. Rokkas^m, L. Kupcinskasⁿ, L. Veijola^o, O. Shvets^o, G.M. Buzas^p, J.C. Machado^q, L. Boyanova^r, T. Axon^s, V. Lamy^t, I. Simsek^u, M. Katicic^v, K. Przytulski^w, P. Bytzer^x, C. Beglinger^y, L.G. Cappelle^z, A. Goldis¹, Y. Niv², M. Venerito³, L. Jonaitis⁴, M. Caldas⁵, M. Ramas⁶, M.G.-Donday⁷, F. Megraud⁸, C. O'Morain⁹ y J.P. Gisbert¹⁰

^aHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bAM DC Rogaska, Ljubljana, Eslovenia, Servicio de Aparato Digestivo. ^cU. Sacro Cuore, Roma, Italia, Servicio de Aparato Digestivo. ^dAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Aparato Digestivo. ^eUniversity of Bologna, Italia. ^fClinical Sci, Centre, Moscow, Federación Rusa, Servicio de Aparato Digestivo. ^gCentral Hospital, Østfold, Noruega, Servicio de Aparato Digestivo. ^hHospital de Valme y CIBERehd, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital de Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU y CIBERehd, Servicio de Aparato Digestivo. ^jUniversity of Latvia, Riga, Latvia. ^kHospital Central de Asturias, Oviedo, Servicio de Aparato Digestivo. ^lHospital Slovenj Gradec, Eslovenia, Servicio de Aparato Digestivo. ^mHospital Henry Dunant, Athens, Grecia, Servicio de Aparato Digestivo. ⁿUniversity of Health Sciences, Kaunas, Lituania. ^oHospital, Herttoniemi, Finlandia, Servicio de Aparato Digestivo. ^pMedical University, Kyiv, Ucrania. ^qFerencvaros Health Centre, Budapest, Hungría, Servicio de Aparato Digestivo. ^rIPATIMUP, Porto, Portugal. ^sMedical University of Sofia, Sofia, Bulgaria. ^tUniversity, Leeds, Reino Unido. ^uCHU, Charleroi, Bélgica, Servicio de Aparato Digestivo. ^vDokuz Eylul University, Izmir, Turquía. ^wClinical Hospital, Zagreb, Croacia, Servicio de Aparato Digestivo. ^xMedical C, Postgraduate Education, Warsaw, Polonia. ^yU. Hospital, Koge, Dinamarca, Servicio de Aparato Digestivo. ^zU. Hospital, Basel, Suiza, Servicio de Aparato Digestivo. ¹Erasmus MC, Rotterdam, Holanda. ²CECH, Timisoara, Rumania. ³Rabin Medical, Israel. ⁴Magdeburg University, Alemania. ⁵University of Health Sciences Hospital, Lituania. ⁶Hôpital Pellegrin, Bordeaux, Servicio de Bacteriología. ⁷Trinity College Dublin, Dublin, Irlanda.

Introducción: Debido a la gran diversidad de cepas, resistencias y particularidades regionales, la estrategia de manejo de *H. pylori* más eficiente en Europa no está definida.

Objetivo: Evaluar la eficacia de los tratamientos de primera y segunda línea en el Hp-EuReg.

Métodos: Siguiendo la metodología del Hp-EuReg, se evaluó el empleo y la eficacia de los tratamientos erradicadores de primera y segunda línea.

Resultados: Hasta el momento se han incluido 15.000 pacientes, y 12.270 han finalizado el seguimiento (59% mujeres, 88% caucásicos, edad media 55 años). El 57% de las indicaciones fueron por dispepsia, el 19% presentaban úlcera péptica. El 77% de los tratamientos fueron de primera línea, 17% segunda, 4,4% tercera, 1,3% cuarta y 0,4% quinta. La erradicación global (incluyendo todas las líneas) fue del 74% por ITT y 85% PP. El 13% de los pacientes fueron considerados pérdidas (sin confirmación de la erradicación 1 año tras el tratamiento). Solo el 27% de los fracasos erradicadores fue retratado. La tabla muestra los resultados de eficacia de los tratamientos. El análisis multivariante de las primeras líneas demostró una mayor eficacia en los pacientes cumplidores ($p < 0,001$; OR = 9,8; IC95% = 7,1-14), con el uso de esomeprazol (vs omeprazol; $p < 0,001$; OR = 1,6; 1,2-2,0) y con los tratamientos cuádruples con bismuto ($p < 0,001$; OR = 3,6; 1,8-7,3) o sin bismuto en régimen concomitante ($p < 0,001$; OR = 2,2; 1,8-2,7) o secuencial ($p < 0,001$; OR = 1,6; 1,3-2,0) (todos vs triple estándar) (v. tabla en pág. siguiente).

Eficacia y cumplimiento					
	ITT		PP		Cumplimiento
	N	Eficacia (IC95%)	N	Eficacia (IC95%)	
1^a línea					
Concomitante	2.175	88% (87-89%)	1.196	92% (91-93%)	96%
Secuencial	1.196	80% (78-82%)	1.028	90% (88-92%)	93%
P [*] +A+C	4.664	72% (71-73%)	3.716	86% (85-87%)	96%
P [*] +C+N	552	77% (73-81%)	504	83% (80-86%)	99%
P [*] +A+N	446	70% (66-74%)	359	86% (82-90%)	98%
P [*] +B+T+N	165	77% (71-83%)	134	94% (90-98%)	99%
P [*] +A+L	123	81% (74-88%)	113	85% (78-92%)	97%
2^a línea					
P [*] +A+L	918	77% (74-80%)	810	85% (83-87%)	98%
P [*] +A+L+B	194	92% (88-96%)	184	92% (88-96%)	95%
P [*] +B+T+N	142	76% (69-83%)	122	87% (81-93%)	95%
P [*] +A+Mx	122	88% (82-94%)	109	93% (88-98%)	98%

P*: cualquier IBP; A: amoxicilina; C: claritromicina; N: nitroimidazol; B: bismuto; T: tetraciclina; L: levofloxacino; MX: moxifloxacino.

Conclusiones: El manejo de *H. pylori* por los gastroenterólogos europeos es extremadamente diverso. La tasa de erradicación global es subóptima (74%), principalmente debido al empleo de la triple terapia como primera línea en regiones donde obtiene bajas tasas de curación. El cumplimiento del tratamiento, el empleo de esomeprazol y la prescripción de tratamientos cuádruples (con o sin bismuto) se asocian a mayores tasas de erradicación.

109. REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE *H. PYLORI* (HP-EUREG): ANÁLISIS INTERMEDIO Y RESISTENCIA ANTIBIÓTICA

A.G. McNicholl^a, B. Tepe^b, A. Gasbarrini^c, A. Pérez-Aisa^d, D. Vaira^e, D.S. Bordin^f, F. Lerang^g, M. Castro^h, L. Bujandaⁱ, M. Leja^j, L. Rodrigo^k, M. Vujasinovic^l, T. Rokkas^m, L. Kupcinskasⁿ, L. Veijola^o, O. Shvets^o, G.M. Buzas^p, J.C. Machado^q, L. Boyanova^r, T. Axon^s, V. Lamy^t, I. Simsek^u, M. Katicic^v, K. Przytulski^w, P. Bytzer^x, C. Beglinger^y, L.G. Cappelle^z, A. Goldis¹, Y. Niv², M. Venerito³, L. Jonaitis⁴, M. Caldas⁵, M. Ramas⁶, M.G.-Donday⁷, F. Megraud⁵, C. O'Morain⁸ y J.P. Gisbert⁹

^aHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bAM DC Rogaska, Ljubliana, Eslovenia, Servicio de Aparato Digestivo. ^cU. Sacro Cuore, Roma, Italia, Servicio de Aparato Digestivo. ^dAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Aparato Digestivo. ^eUniversity of Bologna, Italia. ^fClinical Sci, Centre, Moscow, Federación Rusa, Servicio de Aparato Digestivo. ^gCentral Hospital, Østfold, Noruega, Servicio de Aparato Digestivo. ^hHospital de Valme y CIBERehd, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital de Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU y CIBERehd, Servicio de Aparato Digestivo. ^jUniversity of Latvia, Riga, Latvia. ^kHospital Central de Asturias, Oviedo, Servicio de Aparato Digestivo. ^lHospital Slovenj Gradec, Eslovenia, Servicio de Aparato Digestivo. ^mHospital Henry Dunant, Athens, Grecia, Servicio de Aparato Digestivo. ⁿUniversity of Health Sciences, Kaunas, Lituania. ^oHospital, Herttoniemi, Finlandia, Servicio de Aparato Digestivo. ^pMedical University, Kyiv, Ucrania. ^qFerencváros Health Centre, Budapest, Hungría, Servicio de Aparato Digestivo. ^rIPATIMUP, Porto, Portugal. ^tMedical University of Sofia, Sofia, Bulgaria. ^zUniversity, Leeds, Reino

Unido. ¹CHU, Charleroi, Bélgica, Servicio de Aparato Digestivo. ²Dokuz Eylul University, Izmir, Turquía. ³Clinical Hospital, Zagreb, Croacia, Servicio de Aparato Digestivo. ⁴Medical C, Postgraduate Education, Warsaw, Polonia. ⁵U. Hospital, Koge, Dinamarca, Servicio de Aparato Digestivo. ⁶U. Hospital, Basel, Suiza, Servicio de Aparato Digestivo. ⁷Erasmus MC, Rotterdam, Holanda. ⁸CECH, Timisoara, Rumania. ⁹Rabin Medical, Israel. ¹⁰Magdeburg University, Alemania. ¹¹University of Health Sciences Hospital, Lituania. ¹²Hôpital Pellegrin, Bordeaux, Servicio de Bacteriología. ¹³Trinity College Dublin, Dublin, Irlanda.

Introducción: La resistencia antibiótica es la principal causa de fracaso erradicador de *H. pylori*.

Objetivo: Evaluar el manejo por los gastroenterólogos europeos de la infección por *H. pylori* y las resistencias antibióticas encontradas.

Métodos: Registro sistemático y prospectivo de la práctica clínica de los gastroenterólogos Europeos en el manejo de la infección por *H. pylori* (31 países y 280 investigadores reclutadores). Se seleccionó un coordinador local por país. Cada coordinador seleccionó a un grupo representativo de reclutadores de su país. Se creó un cuaderno de recogida de datos electrónico (e-CRD) en la plataforma AEG-REDCap para registrar sistemáticamente el manejo de todos los pacientes adultos infectados por *H. pylori*. Variables: demográficas, intentos erradicadores previos, dosificación y duración del tratamiento erradicador actual, efectos adversos y resultado (erradicación, cumplimiento, seguimiento, etc.).

Resultados: Hasta el momento se han incluido 15.000 pacientes, y 12.270 han finalizado el seguimiento (59% mujeres, 88% caucásicos, edad media 55 años). El cultivo se realizó en un 13% de los pacientes de primera y segunda línea, en un 30% de tercera y en un 22% de cuarta. Los métodos moleculares de resistencia se utilizaron solo en el 0,3% de los casos. Las tablas muestran las tasas de resistencia a cada antibiótico y su efecto en la eficacia de cada tratamiento (v. tablas en pág. siguiente).

Conclusiones: La prevalencia de cepas de *H. pylori* resistentes a claritromicina en Europa supera el umbral establecido en los consensos (15%) a partir del cual la prescripción empírica de la triple terapia estándar debe ser abandonada. Existe una fuerte adquisición de resistencias tras cada fracaso erradicador.

Resistencia antibiótica por línea de tratamiento						
Línea	N	No resistente	Resistencia a claritromicina	Resistencia a nitroimidazol	Resistencia dual (C + N)	Resistencia a amoxicilina
		Prevalencia (IC95%)	Prevalencia (IC95%)	Prevalencia (IC95%)	Prevalencia (IC95%)	Prevalencia (IC95%)
Naïve	1.418	41% (38-43%)	19% (17-21%)	28% (25-30%)	12% (10-13%)	0,8% (0,3-1,3%)
2 ^a	309	14% (10-17%)	53% (47-58%)	46% (40-51%)	35% (29-40%)	0,6% (0-1,5%)
3 ^a	188	8,5% (4,5-12%)	65% (58-71%)	58% (50-65%)	52% (44-58%)	1,6% (0-3,4%)
4 ^a	39	7,7% (0,7-16%)	67% (51-81%)	62% (46-76%)	54% (38-69%)	*

Los porcentajes representan la prevalencia de resistencia entre muestras cultivadas. *Datos insuficientes.

Eficacia (ITT) de los tratamientos de primera línea según resistencia				
	No resistente	Resistencia a claritromicina	Resistencia a nitroimidazol	Resistencia dual (C + N)
	Eficacia (IC95%)	Eficacia (IC95%)	Eficacia (IC95%)	Eficacia (IC95%)
Concomitante	92% (85-99%)	100% (90-100%)	100% (83-100%)	100% (80-100%)
Secuencial	89% (85-93%)	87% (81-91%)	83% (77-88%)	83% (75-89%)
Triple-C+A	88% (84-91%)	44% (24-63%)	78% (70-85%)	50% (15-84%)
Triple-A+N	85% (78-90%)	81% (64-97%)	*	*
Triple-C+N	74% (83-93%)	*	*	*
B-Cuádruple	*	85% (65-100%)	75% (44-100%)	71% (37-100%)

110. REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE *H. PYLORI* (HP-EUREG): ANÁLISIS INTERMEDIO DEL TRATAMIENTO CUÁDRUPLE CONCOMITANTE SIN BISMUTO

A.G. McNicholl^a, A. Gasbarrini^b, B. Tepez^c, M. Castro^d, A. Pérez-Aísa^e, L. Bujanda^f, J. Molina-Infante^g, A. Lanas^h, D. Vairaⁱ, T. Rokkas^j, M. Roldán^k, P. Almela^l, E. Medina^m, J. Ortúñozⁿ, S. Michopoulos^o, M. Domínguez-Cajal^ñ, A. Lucendo^o, J. Barrio^p, L. Pozzati^q, V. Ntouli^r, J. Pérez-Lasala^s, S. Georgopoulos^t, L. Rodrigo^u, M. Vujasinovic^v, D.S. Bordin^w, J.C. Machado^x, L. Boyanova^y, M. Caldas^a, M. Ramas^a, M. G-Donday^a, F. Megraud^z, C. O'Morain¹ y J.P. Gisbert^z

^aHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bU. Sacro Cuore, Roma, Italia, Servicio de Aparato Digestivo. ^cAM DC Rogaska, Ljubljana, Eslovenia, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital de Valme, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^eAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital de Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU y CIBERehd, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, Servicio de Aparato Digestivo. ^hHospital Lozano Blesa, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱUniversity of Bologna, Italia. ^jHospital Henry Dunant, Athens, Grecia, Servicio de Aparato Digestivo. ^kHospital General de Castellón, Servicio de Aparato Digestivo. ^lCHGU Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^mHospital Universitari i Politècnic La Fe y CIBERehd, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^ñAlexandra Hospital, Grecia, Servicio de Aparato Digestivo. ^oHospital San Jorge, Huesca, Servicio de Aparato Digestivo. ^ñHospital de Tomelloso, Servicio de Aparato Digestivo. ^pHospital Río Hortega, Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^qHospital de Mérida, Servicio de Aparato Digestivo. ^rPiraeus General Hospital, Grecia, Servicio de Aparato Digestivo. ^sHM Sanchinarro, Madrid, Servicio de Aparato

Digestivo. ^tFaliron General Hospital, Atenas, Grecia, Servicio de Aparato Digestivo. ^uHospital Central de Asturias, Oviedo, Servicio de Aparato Digestivo. ^vHospital Slovenj Gradec, Eslovenia, Servicio de Aparato Digestivo. ^wClinical Sci, Centre, Moscow, Federación Rusa, Servicio de Aparato Digestivo. ^xIPATIMUP, Porto, Portugal. ^yMedical University of Sofia, Sofia, Bulgaria. ^zHôpital Pellegrin, Bordeaux, Servicio de Bacteriología. ¹Trinity College Dublin, Dublin, Irlanda.

Introducción: De los tratamientos erradicadores de *H. pylori* de primera línea más utilizados en Europa, la terapia cuádruple concomitante sin bismuto (IBP + claritromicina + amoxicilina + metronidazol) ofrece los mejores resultados de efectividad en práctica clínica.

Objetivo: Evaluar el uso, eficacia y seguridad del tratamiento cuádruple concomitante sin bismuto dentro del Registro Europeo del Manejo de *H. pylori* (Hp-EuReg).

Métodos: Registro sistemático y prospectivo de la práctica clínica de los gastroenterólogos Europeos en el manejo de la infección por *H. pylori* (31 países y 280 investigadores reclutadores). Se seleccionó un coordinador local por país. Cada coordinador seleccionó a un grupo representativo de reclutadores de su país. Se creó un cuaderno de recogida de datos electrónico (e-CRD) en la plataforma AEG-REDCap para registrar sistemáticamente el manejo de todos los pacientes adultos infectados por *H. pylori*. Variables: demográficas, intentos erradicadores previos, dosificación y duración del tratamiento erradicador actual, efectos adversos y resultado (erradicación, cumplimiento, seguimiento, etc.).

Resultados: Hasta el momento se han incluido 15.000 pacientes, y 12.270 han finalizado el seguimiento (59% mujeres, 88% caucásicos, edad media 55 años). El tratamiento concomitante se utilizó en 2.370 pacientes, 91% de ellos en naïve, representando el tratamiento concomitante el 23% de los tratamientos de primera línea.

Se combinó siempre con un IBP dos veces al día (omeprazol 47%, esomeprazol 41%, pantoprazol 11%). En el 95% de los casos se utilizó metronidazol como nitroimidazol de elección. El 99% de los antibióticos se prescribió cada 12h y en dosis estándar (claritromicina 500 mg; amoxicilina 1 g; metronidazol 500 mg). La eficacia global del tratamiento fue del 88% (IC95% = 87-89%) por ITT y 92% (91-93%) PP. La evaluación de las diferentes variaciones del régimen no demostró una mejora por el aumento de duración de 10 a 14 días (88% vs 90%; p = 0,09), y solo se pudo demostrar una mejora discreta (del 87% al 90%; p = 0,02) con el uso de dosis dobles de IBP (omeprazol o esomeprazol 40 mg/12h). Subanalizando por separado el uso de esomeprazol 40 mg en comparación con dosis estándar de cualquier IBP, se evidenció una mejoría del 5% de eficacia en tratamientos de 14 días (p < 0,01) y del 7% en tratamientos de 10 días (p < 0,01), alcanzándose una eficacia global del 92% (90-94%) ITT con el uso de esomeprazol a dosis dobles. El 34% de los pacientes presentó efectos adversos (67% leves, solo un 5,5% de intensidad fuerte; duración media 7,3 días). Aumentar de 10 a 14 días de tratamiento incrementó un 5% la aparición de efectos adversos (32% a 37%) y la duración media de éstos en un día (7 a 8 días).

Conclusiones: El tratamiento cuádruple concomitante sin bismuto, optimizado con dosis dobles de IBP, alcanza tasas de erradicación superiores al 90% por intención de tratar, con un buen perfil de seguridad.

111. REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* (HP-EUREG). DATOS ESPAÑOLES: RESULTADOS INTERMEDIOS SOBRE LA EFICACIA EN PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO

M. Caldas^a, A. Pérez-Aísas^b, M. Castro^c, L. Bujanda^d, L. Rodrigo^e, J. Hinojosa^b, J. Pérez-Lasala^f, A. Lanas^g, J. Molina-Infante^h, M. Domínguez-Cajalⁱ, P. Almela^j, J. Barrio^k, J.M. Botargués^l, L. Fernández-Salazar^m, I. Modolellⁿ, A.J. Lucendo^ñ, J. Ortúñoz^o, R. Ruiz-Zorrilla^p, C. de la Coba^q, M. Barenys^r, J. Alcedo^s, M. Perona^t, J. Gómez^u, F. Bermejo^v, R. Pajares-Villaroya^w, L. Pozzati^x, M. Rodríguez-Téllez^y, B. Gómez-Rodríguez^z, E. Medina^z, J.M. Huguet^z, L. Ferrer-Barceló^z, I. Ariño^o, M. Roldán², M. Ramasa^a, C. O'Morain³, A.G. McNicholl^a, J.P. Gisbert^a y M. Roldán²

^aHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital de Valme y CIBERehd, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital de

Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU and CIBERehd, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Central de Asturias, Oviedo, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Sanchinarro, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital Universitario Clínico de Zaragoza y CIBERehd, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^hHospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital San Jorge, Huesca, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital General de Castellón, Servicio de Aparato Digestivo. ^kHospital Río Hortega, Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^lHospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^mHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^ñConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo. ^oHospital de Tomelloso, Servicio de Aparato Digestivo. ^pHospital Universitari i Politècnic La Fe y CIBERehd, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^qHospital de Sierrallana, Torrelavega, Servicio de Aparato Digestivo. ^rHospital de Cabueñas, Gijón, Servicio de Aparato Digestivo. ^sHospital de Viladecans, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^tHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^uHospital Quirón Marbella, Servicio de Aparato Digestivo. ^vComplejo Asistencial Universitario de Burgos, Servicio de Aparato Digestivo. ^wHospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^xHospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^yHospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^zConsorci Hospital General Universitari de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y CIBERehd, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ²Hospital Universitari General de Castelló, Castellón, Servicio de Aparato Digestivo. ³Trinity College Dublin, Dublin, Irlanda.

Introducción: Se requieren datos actualizados de la eficacia de los tratamientos erradicadores de *H. pylori* actualmente utilizados en práctica clínica en España para optimizar el manejo de la infección.

Objetivo: Analizar las tasas de erradicación de *H. pylori* obtenidas en práctica clínica con los tratamientos más frecuentemente usados.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico englobado en el registro europeo Hp-EuReg desarrollado en 41 hospitales españoles. Los datos se recogen mediante registro electrónico y se emplea la herramienta AEG-REDCap.

Resultados: Se han incluido hasta la fecha 6.665 pacientes, habiendo finalizado el seguimiento 6.324. El 74% de los pacientes recibieron una primera línea, siendo los tratamientos más empleados

Eficacia, cumplimiento y efectos adversos de los tratamientos más frecuentes en primera y segunda línea

	ITT		PP		Cumplimiento	Efectos adversos
	N	Eficacia (IC95%)	N	Eficacia (IC95%)		
1^a línea						
Tripe (IBP [*] +C+A)	2.096	80% (78-81%)	1.768	86% (85-88%)	98%	17%
Concomitante	1.959	88% (86-89%)	1.710	92% (90-93%)	95%	34%
Secuencial	231	78% (72-83%)	190	85% (79-90%)	86%	49%
2^a línea						
Tripe (IBP [*] +L+A)	649	78% (74-81%)	578	84% (81-87%)	99%	35%
IBP [*] +A+L+B	190	92% (88-96%)	180	93% (89-97%)	95%	37%
IBP [*] +A+Mx	122	88% (81-94%)	109	93% (87-98%)	98%	19%

IBP^{*}: cualquier inhibidor de la bomba de protones; A: amoxicilina; C: claritromicina; L: levofloxacino; MX: moxifloxacino, B: sales de bismuto.

la terapia triple estándar (45% de los pacientes; IBP, amoxicilina y claritromicina) y la terapia cuádruple sin bismuto en régimen concomitante (42%; añadiendo metronidazol a la triple). La mayor eficacia se obtuvo con la terapia cuádruple (análisis por ITT, 88%; 86-89%). En un subanálisis de este grupo se observó un aumento de eficacia con el uso de dosis dobles de IBP (91% vs 87%; $p < 0,05$) y con la extensión del tratamiento de 10 a 14 días (87% vs 90%; $p < 0,05$). El 20% de los pacientes recibió una segunda línea de tratamiento, siendo en el 54% de los casos una terapia triple (IBP, levofloxacino y amoxicilina) y en el 15% una cuádruple (añadiendo a la anterior sales de bismuto). Aunque la eficacia global obtenida con la terapia triple fue inapropiada (78%), mejoró significativamente al añadir sales de bismuto (92%; $p < 0,001$) (v. tabla en pág. anterior).

Conclusiones: En España la mayor tasa de erradicación en primera línea se obtuvo con la terapia cuádruple concomitante en pautas de 14 días de duración y con dosis dobles de IBP (> 90%). En segundas líneas, el uso de una terapia cuádruple con levofloxacino y sales de bismuto puede mejorar de forma significativa las cifras obtenidas tradicionalmente en esta línea de tratamiento.

112. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA VIRTUAL EN LA ACTIVIDAD DE CONSULTAS EXTERNAS DE DIGESTIVO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

F.J. Martínez Cerezo^a, J. Valero^b, F.J. Tena^a, J. Crespo^b, O. Pavel^a, J. Marsal^a y L. Colomés^b

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari Sant Joan, Reus. ^bÀrees Básiques de Salut, Grup Sagessa.

Introducción: La implantación de soluciones de telemedicina puede ser una estrategia útil para racionalizar las cargas de trabajo en consultas externas.

Objetivo: Analizar el impacto que supone la instauración de la Consulta Virtual (CV) en una consulta de Patología Digestiva en un hospital universitario.

Métodos: En una primera fase se realizaron reuniones de trabajo para consensuar y protocolizar las patologías más prevalentes con los responsables de 2 Áreas Básicas de Salud (ABS) las cuales atienden a 13.262 personas. A continuación se puso en marcha la consulta virtual: los médicos de familia redactaban un informe donde constan todos los datos relevantes del paciente y que se incorpora a un proceso que llega al especialista a través de un listado específico de la historia clínica informatizada, consulta que es contestada a través del mismo medio. Se estipuló que ningún paciente sería derivado a la consulta presencial sin tener previamente una consulta virtual. Se ha recogido las características de los pacientes consultados entre mayo y octubre de 2015, el motivo de consulta y el resultado final de la respuesta del especialista y se ha comparado el número de pacientes consultados a través de la CV y de pacientes derivados finalmente a la consulta presencial con el periodo mayo-octubre 2014.

Resultados: En el periodo mayo-octubre 2014 se derivaron a la consulta presencial 44 pacientes desde las ABS en que se instauró posteriormente la CV. En el mismo periodo de 2015 se recibieron 14 consultas virtuales ($p < 0,0001$, OR 0,32, IC 0,17-0,58), referidas a 11 mujeres y 3 hombres, con edad media 61,6 años (D.S.14,04). El motivo de consulta estaba relacionado con síntomas dispépticos en 4 casos, rectorragia en 3, estudio de diarrea, estreñimiento y seguimiento de pólipos en 2 casos y a disfagia en 1 caso. Se ha sugerido cambio terapéutico en 5 casos, determinaciones analíticas en 4 casos, realización de exámenes complementarios en 11 casos y se ha indicado remitir al paciente presencialmente a la consulta en 1 caso ($p < 0,0001$, OR 0,023, IC 0,003-0,165).

Conclusiones: La instauración de una Consulta Virtual permite reducir las visitas presenciales en las consultas de Aparato digestivo, lo que puede afectar positivamente a las listas de espera y evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes.

113. ASOCIACIÓN ENTRE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA Y LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*: RESULTADOS INTERMEDIOS DE UN ESTUDIO CONTROLADO MULTICÉNTRICO EUROPEO

J. Molina-Infante^a, E. Savarino^b, I. Modolell^c, R. Penagini^d, A. Mauro^d, O. Bartolo^b, A. Prieto García^e, J.A. Pajares Díaz^f, J. Alcedo González^g, E. Marabotto^h, S. Toloneⁱ, N. de Bortoliⁱ, J.L. Domínguez-Jiménez^k, M. Perona^l, A. Pérez-Aísa^m, A.J. Lucendoⁿ y J.P. Gisbert^o

^aHospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, Servicio de Aparato Digestivo. ^bUniversidad de Pádova, Italia, Servicio de Aparato Digestivo. ^cConsorti Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo. ^dUniversità degli Studi di Milano, Italia, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Servicio de Alergología. ^fHospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^hUniversidad de Génova, Italia, Servicio de Medicina Interna. ⁱSegunda Universidad de Nápoles, Italia, Servicio de Cirugía General. ^jUniversidad de Pisa, Italia, Servicio de Medicina Interna. ^kHospital Alto Guadalquivir, Jaén, Servicio de Aparato Digestivo. ^lHospital Quirón Marbella, Servicio de Aparato Digestivo. ^mAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Aparato Digestivo. ⁿHospital de Tomelloso, Servicio de Aparato Digestivo. ^oHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Recientemente se ha descrito una asociación inversa entre la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) y la esofagitis eosinofílica (EoE), sugiriéndose que la infección gástrica puede tener un efecto protector sobre el desarrollo de la inflamación alérgica esofágica. Sin embargo, esta hipótesis se sustenta en datos retrospectivos que han utilizado la histología o la serología como test diagnóstico de la infección.

Objetivo: Evaluar de manera prospectiva la asociación de *H. pylori* y EoE, analizando potenciales factores de confusión para esta asociación.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico internacional de casos-controles. Grupo control: pacientes evaluados por disfagia con < 5 eos/cga en las biopsias esofágicas. Grupo pacientes: disfagia y > 15 eos/cga en las biopsias. Todos los pacientes realizaron tratamiento con IBP a dosis altas durante 2 meses, siendo diagnosticados de EoE respondedor a IBP si alcanzaban la remisión de los síntomas y < 15 eos/cga tras tratamiento con IBP. Se definió la presencia de atopía por cualquiera de las siguientes enfermedades: asma, rinitis alérgica, alergia alimentaria, síndrome de alergia oral, dermatitis atopica, anafilaxia, urticaria, angioedema. La infección por *H. pylori* fue diagnosticada mediante test de aliento, histología o test rápido de la ureasa. En caso de test invasivos negativos, se solicitó un test de aliento confirmatorio.

Resultados: Actualmente, se han incluido 163 pacientes [grupo control 47, grupo pacientes 116 (42% respondedores a IBP)]. Los pacientes con EoE fueron significativamente más jóvenes y con más enfermedades atópicas que los controles ($p < 0,01$). Comparados con los controles, los pacientes con EoE presentaban una tasa de infección por *H. pylori* significativamente inferior (24% vs 47%, $p = 0,004$), sin diferencias entre pacientes EoE respondedores y no respondedores a IBP. Cuando se estratificó a los sujetos incluidos según la presencia de atopía, se pudo objetivar que la tasa de infección por *H. pylori* era superior en controles no atópicos frente a atópicos (51% vs 37%, $p = 0,2$), en pacientes EoE no atópicos frente a atópicos (38% vs 20%, $p = 0,04$), incluidos respondedores a IBP no atópicos frente a atópicos (28% vs 10%, $p = 0,1$) y respondedores a IBP no atópicos frente a atópicos (30% vs 21%, $p = 0,3$).

Conclusiones: Se confirma la existencia de una relación inversa entre la infección por *H. pylori* y la EoE, sin diferencias relevantes

entre respondedores y no respondedores a IBP. Sin embargo, la infección gástrica fue significativamente más común tanto en controles y pacientes no atópicos vs atópicos, sugiriendo que la atopía puede ser un factor de confusión en esta asociación.

114. CRIBADO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS SAHARAUIS EN ARGELIA. FASE I: CRIBADO DE LOS NIÑOS SAHARAUIS ACOGIDOS EN EL PROGRAMA VACACIONES EN PAZ Y PROGRAMA PARA LA DIVULGACIÓN DE LA DIETA SIN GLUTEN^a

M. Planella de Rubinat^{a,b}, N. Pociello Almiñana^{a,b}, A. Esquerda Serrano^{a,b}, R. Ballester Clau^{a,b}, C. Moreno Castilla^{a,b}, P. Gallell Vicente^{a,b}, J. Prieto Labiano^{a,b}, T. Voltà^{a,b} y J.M. René Espinet^{a,b}

^aHospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, Unidad de Enfermedad Celiaca. ^bInstitut de Recerca Biomèdica de Lleida.

Introducción: La prevalencia mundial de la enfermedad celíaca (EC) se estima en 1:266, en España de 1:118 en población infantil y de 1:389 en población adulta. Se ha descrito una prevalencia excepcionalmente alta (5,6%) en etnias como la de los saharauis.

Objetivos: 1. Realizar cribado de EC a los niños saharauis (8-12 años) acogidos en el programa Vacaciones en Paz (VP) de nuestra región sanitaria. 2. Divulgación de la dieta sin gluten (DSG).

Métodos: 1. Inclusión de la determinación de los anticuerpos antitransglutaminasa (ATG), así como de los HLA DQ2 y DQ8 en la analítica general que se practica de manera rutinaria a todos los niños de VP cuando llegan, dentro de la revisión general de salud. Todos los resultados fueron valorados por la Unidad de EC de nuestro centro. 2. Traducción al árabe de material informativo sobre EC y DSG y elaboración de recomendaciones alimentarias adaptadas a la cultura y a la realidad de los campamentos.

Resultados: En el verano de 2015, en nuestra comunidad autónoma, se acogieron 497 niños dentro del programa VP, 30 en nuestra región sanitaria. Dos niñas ya estaban previamente diagnosticadas de EC, 1 de las cuales mostró un mal control de la enfermedad. De los 28 niños restantes: ninguno presentó ATG positivos, 13 (46,4%) son DQ2 y/o DQ8 positivos, de los cuales 10 (35,7%) son DQ2 positivos. Otros problemas de salud detectados en la revisión de estos niños: parasitosis intestinal, hipotiroidismo, déficit de vitamina D, astigmatismo, otitis crónica y patología odontológica.

Conclusiones: La prevalencia de EC fue del 6,6%. El estudio de los HLA de riesgo sugiere una prevalencia superior a la descrita en otras etnias.

Programa parcialmente financiado con la dotación económica del XIII Premio a la Solidaridad en el ámbito sanitario del Colegio Oficial de Médicos de nuestra ciudad. Febrero de 2015.

115. MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA, EXPERIENCIA EN UN CENTRO^a

M. Murzi Pulgar, C. Guarner-Argente, M. Poca, J. Colan, M. Martínez, E. Oblitas, J. Gordillo, M. Concepción, S. Sáinz, C. Gómez, E. Alvarado y C. Guarner

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EEo) es una enfermedad mediada por antígenos. Se caracteriza por síntomas de disfunción esofágica e infiltración eosinofílica del epitelio. En su manejo y tratamiento aún existen muchos aspectos sin resolver.

Objetivo: Describir las características de la población con diagnóstico de esofagitis eosinofílica, respuesta al tratamiento y seguimiento en nuestro centro.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes con esofagitis eosinofílica entre 02/2011 y 10/2015. Se evalúa características fenotípicas, manejo y seguimiento.

Resultados: Se diagnosticaron 20 pacientes, 17 (85%) hombres, edad mediana 36 años (RIC 34-49). Un 60% tenía antecedente de asma. Un 35% presentaba alergias alimentarias establecidas. La indicación principal de la gastroscopia inicial fue la impactación alimentaria (60%), seguida de disfagia (35%). El 95% refería disfagia o impactación ocasional previa. El hallazgo más relevante de la endoscopia fue la mucosa en anillos (85%). Todos iniciaron tratamiento con omeprazol. Cinco (25%) no tienen endoscopia control: tres por pérdida de seguimiento y dos pendiente. De los otros 15, nueve (60%) se diagnosticaron de eosinofilia esofágica respondedora a IBP y los otros seis (40%) de esofagitis eosinofílica. El tratamiento se inició con fluticasona (además o después de los IBP) en 8 pacientes (40%), con mejoría clínica en el 62,5%. En el seguimiento se perdieron 8 (40%): 5 de forma definitiva, y 3 temporal, volviendo al control por reaparición de la clínica. En el último año cuatro de los seis con EEo no respondedora a IBP (66,6%) iniciaron tratamiento con dietas de exclusión.

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes diagnosticados responden a tratamiento con IBP. En el resto, generalmente iniciamos tratamiento con corticoides tópicos, aunque resulta difícil el seguimiento por pérdidas causadas por la clínica ocasional. Recientemente hemos iniciado tratamiento con dietas de exclusión con buena aceptación inicial.

116. LA ELEVADA PREVALENCIA DE LA METAPLASIA Y LA ATROFIA GÁSTRICA EXTENSA EN NUESTRO MEDIO PLANTEA LA INVIALIDAD DE UN SEGUIMIENTO ENDOSCÓPICO^a

F.J. García-Alonso, D. Bonillo Cambrodón, M. Hernández-Tejero, A. Granja Navacerrada, A. Algaba, G. de la Poza, I. Guerra y F. Bermejo

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: El manejo de la atrofia o metaplasia intestinal gástricas extensas (afectando a antró y cuerpo gástrico) es controvertido. El seguimiento endoscópico en estas situaciones se ha recomendado por la ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) al asociar un mayor riesgo de cáncer gástrico (Dinis-Ribeiro et al. Endoscopy. 2012;44:74-94). Su prevalencia en nuestro medio es incierta.

Métodos: Se recogió de manera prospectiva una cohorte de gastroscopias realizadas en pacientes remitidos desde atención primaria por dispepsia. Se incluyeron únicamente las gastroscopias en las que la toma de biopsias incluyera al menos biopsias del antró (curvatura mayor y menor) y el cuerpo gástrico (curvatura mayor y menor). Se definió una afectación extensa ante la presencia de atrofia o metaplasia en al menos una biopsia antral y una corporal simultáneamente. Se recogieron variables demográficas, clínicas e histológicas. El diagnóstico de la infección por H pylori se determinó mediante histología y test de ureasa. Se evaluaron las variables asociadas a la presencia de atrofia y metaplasia intestinal extensas mediante técnicas de regresión.

Resultados: Se incluyeron un total de 171 sujetos con una mediana de edad de 57,6 años (IQR: 50,2-67,4), siendo el 61% (53,5-68,1%) mujeres. El 25,1% (19,2-32,3%) eran fumadores, el 13,5% (9,1-19,5%) estaba en tratamiento con AAS y el 39,8% (32,6-47,4%) tomaba IBP de manera regular. El 9,8% (6,1-15,5%) tenía antecedentes familiares de primer grado de cáncer gástrico. El 36,3% (29,3-43,8%) presentaba infección por H pylori. Se identificó atrofia en al menos una de las biopsias en el 28,1% (21,8-35,3%) y atrofia extensa en el 13,5% (9,1-19,5%), mientras que se observó meta-

plasia intestinal aislada en el 19,3% (14-26%) y metaplasia extensa en el 5,2% (2,7-9,9%). El 15,2% (10,5-21,5%) de los sujetos presentaba presencia extensa de al menos una de ellas y el 3,5% (1,6-7,6%) presentaba atrofia y metaplasia extensas simultáneamente. En el análisis multivariante, la edad fue el único factor de riesgo asociado tanto a la presencia de atrofia extensa (OR (por año): 1,04; 1-1,08) como de metaplasia extensa (OR: 1,06; 1-1,11).

Conclusiones: Se identificó atrofia y/o metaplasia extensas en prácticamente uno de cada 6 sujetos en estudio por dispepsia sometidos a biopsias gástricas. Dada la baja incidencia del cáncer gástrico en nuestro medio, se requiere identificar otros factores de riesgo que permitan acotar qué pacientes se beneficiarían de un seguimiento endoscópico.

117. LOS DATOS DE ALARMA NO SON SUFFICIENTEMENTE PRECISOS PARA ESTABLECER LA INDICACIÓN DE GASTROSCOPIA PRECOZ

F.J. García-Alonso, M. Hernández-Tejero, D. Bonillo Cambrodón, A. Granja Navacerrada, A. Algaba, A. Bermejo, A. Guardiola y F. Bermejo

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La guía clínica actual de la AEG sobre la dispepsia, recomienda la gastroscopia precoz en sujetos con datos de alarma o edad > 55 años. Estos criterios tienen una elevada sensibilidad pero una especificidad muy baja. Por otra parte, hallazgos relevantes quedan excluidos de la definición clásica de hallazgo significativo.

Métodos: Se desarrollaron 2 modelos predictivos de acuerdo a las siguientes definiciones: 1. Hallazgos significativos: úlcera gástrica o duodenal, neoplasia gástrica o esofágica o esofagitis grave 2. Hallazgos significativos ampliados: los previos, esófago de Barrett, estenosis esofágicas o pilóricas, esofagitis eosinofílica o candidiásica, enfermedad celiaca, adenomas gástricos, displasia gástrica o neoplasias a otros niveles. Se incluyeron de forma prospectiva 353 sujetos remitidos consecutivamente por dispepsia y datos de alarma entre 2013 y 2015. Se recogieron de manera dicotómica: sexo, dolor epigástrico, saciedad precoz, distensión abdominal, pirosis, pérdida de peso, anemia, disfagia, vómitos, sangrado gastrointestinal, masa abdominal, toma de AAS, toma de AINE, toma de IBP, antecedentes familiares de cáncer gástrico y de úlcera péptica. Edad, tiempo sintomático y tiempo desde última gastroscopia fueron continuos. Se evaluaron mediante regresión logística binaria simple. Aquellas con $p < 0,2$ se incluyeron en la regresión múltiple. Los modelos resultantes se compararon mediante el AUC con los datos de alarma actuales.

Resultados: En el primer modelo, se identificaron hallazgos significativos en el 17,7% (14,1-22,1%) de la muestra. La regresión simple identificó como candidatas: edad ($p < 0,001$), sexo ($p < 0,001$), disfagia ($p = 0,004$), pérdida de peso ($p = 0,006$), vómitos ($p = 0,006$), tabaquismo ($p = 0,026$), sangrado gastrointestinal ($(p = 0,057)$, anemia ($p = 0,152$), dolor epigástrico ($p = 0,161$) y el inverso de la duración de los síntomas ($p = 0,013$). El modelo de regresión definitivo incluyó las variables sexo, tabaquismo, peso, disfagia, vómitos, sangrado gastrointestinal y edad, obteniendo un AUC = 0,81 (0,75-0,86), mayor que el obtenido con los datos de alarma clásicos (0,59; 0,56-0,62) ($p < 0,001$). En el segundo modelo, la definición ampliada abarcó al 22,9% (18,8-27,6%). La regresión simple identificó como candidatas: edad ($p < 0,001$), pérdida de peso ($p = 0,001$), disfagia ($p < 0,001$), vómitos ($p = 0,014$), el inverso de la duración de los síntomas ($p = 0,026$), dolor epigástrico (0,066), sangrado gastrointestinal ($p = 0,114$), saciedad precoz ($p = 0,125$) sexo ($p = 0,147$) y el tabaquismo ($p = 0,147$). El modelo definitivo incluyó las variables tabaquismo, sexo, saciedad precoz, disfagia,

vómitos, sangrado gastrointestinal, pérdida de peso y edad. El AUC = 0,79 (0,74-0,85), fue superior al obtenido con la presencia de al menos 1 dato de alarma (0,59; 0,56-0,62) ($p < 0,001$).

Conclusiones: El uso de modelos de regresión múltiple puede disminuir la indicación de gastroscopia precoz en pacientes con dispepsia sin perder sensibilidad.

118. TRATAMIENTO DE ANEMIA SECUNDARIA A HEMORRAGIA DIGESTIVA CON HIERRO CARBOXIMALTOSA INTRAVENOSO EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

C. Jericó^a, M. Navarro^b, L.M. Ceresuela^a, A. Bargalló^b, F. Rubio^a, R. Arenós^c, M. Martín^b, C. Cortés^a y A. Blasco^b

^aHospital Moisés Broggi, Sant Joan Despí, Servicio de Medicina Interna. ^bHospital Moisés Broggi, Sant Joan Despí, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Moisés Broggi, Sant Joan Despí, Servicio de Urgencias.

Objetivos: Describir las características de los pacientes con anemia por hemorragia digestiva controlada derivados para tratamiento ambulatorio con hierro carboximaltosa intravenoso (Fe CXM iv) en un hospital de día médico. Evaluar la eficacia del tratamiento sobre el nivel de hemoglobina (Hb), depósitos de hierro, requerimiento transfusional y reintegros.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con hemorragia digestiva y anemia remitidos durante 2014 a un hospital de día médico para tratamiento con Fe CXM iv. Se revisaron: edad, sexo, procedencia del paciente, causa del sangrado, tratamiento antitrombótico (antiagregación, anticoagulación o ambos) o presentar comorbilidad múltiple (paciente crónico complejo -PCC-). Se evaluaron niveles de Hb, ferritina e índice de saturación de transferrina (IST) pre y postratamiento (1 mes) con hierro iv, dosis promedio y efectos adversos de Fe CXM, requerimientos transfusionales pre y postratamiento e ingresos hospitalarios al mes de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 211 pacientes: edad media 77 años (rango 23-103), 103 (48,8%) varones. El 66% recibían antitrombóticos, 35,5% antiagregación (77,3% AAS, 17,3% (clopidogrel y 5,3% ambos), 27,5% anticoagulación (77,6% dicumarínicos y 22,4% NACOS) y 3,3% antiagregación y anticoagulación. 87 pacientes (41,2%) cumplían criterios de PCC. Los pacientes procedían de ámbito ambulatorio (34,6% Urgencias, 20,4% ya conocidos en hospital de día y 8% atención primaria) o post/alta hospitalización (16,6% Medicina Interna, 5,7% Digestivo, 5,7% Cirugía, 4,7% Cardiología y 4,3% otros). Según el origen del sangrado digestivo: 46% pérdidas oculas, 26,5% angiodisplasias o GAVE, 11,4% neoplasia, 9,5% ulcus o LAMG y 6,6% hemorragia digestiva baja por hemorroides o divertículos. Los niveles de Hb (g/dl), ferritina (μg/l) e IST (%) pre y postratamiento (8,8 vs 13,3; 34 vs 335; 7,6 vs 22,4) mostraron significación estadística ($p < 0,0005$) en todos los casos. La dosis promedio de Fe CXM fue de 1.891 mg y solo un paciente presentó una reacción alérgica urticaria leve. Previo al tratamiento (1-30 días) con Fe CXM iv 64 pacientes (30,3%) recibieron transfusión de hematíes, 21 (10%) se transfundieron el día de inicio de Fe CXM iv (en 13 ocasiones 1 sólo concentrado), y 14 (6,6%) precisaron transfusión en los 30 días post hierro iv. 12 pacientes (5,7%) reingresaron en el hospital al mes del tratamiento.

Conclusiones: El tratamiento en hospital de día con Fe CXM iv poshemorragia digestiva es eficaz y seguro, consiguiendo en 1 mes incrementar significativamente los niveles de Hb y depósitos de hierro en la mayoría de los pacientes, así como una marcada reducción de los requerimientos transfusionales. Cabe considerar además que, pese a la edad media y elevada comorbilidad de los pacientes, recibir antitrombóticos en 2/3 de los casos y que el 65% acudieron a hospital de día desde dispositivos ambulatorios, tan sólo un 5,7% de los pacientes requirió nuevo ingreso hospitalario post hierro iv.

119. RESIDIR EN UN MEDIO RURAL Y SER MUJER PUEDE AUMENTAR EL RIESGO DE FRACASO EN LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI* UTILIZANDO TERAPIA TRIPLE CLÁSICA

E.M. Peña-Galo^a, J. Gotor^b, Y. Harb^c, M. Alonso^c y J. Alcedo^b

^aUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Sector Sanitario Zaragoza II. ^bHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital de Barbastro, Huesca, Sección de Aparato Digestivo.

Introducción: La tasa de resistencia de *Helicobacter pylori* a los tratamientos empleados varía según el área geográfica estudiada. Se desconoce si factores implicados en la infección como el sexo, el nivel económico, país de procedencia o lugar de residencia influyen en el fracaso terapéutico de las pautas estándar.

Objetivo: Evaluar la influencia de factores socioeconómicos en los resultados de la terapia triple clásica de 7 días frente a *H. pylori*.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, con revisión de los resultados de los test de aliento con 13-C urea realizados entre enero de 2006 y diciembre de 2010 en los sectores sanitarios Zaragoza 2 y Barbastro. Se seleccionaron los casos positivos tratados de novo con OCA-7. Se excluyeron los tratados con diferente pauta antibiótica y aquellos sin comprobación de erradicación mediante test de aliento. A través de la base de datos de usuarios del Servicio Aragonés de Salud se obtuvo información individual sobre sexo, edad, país de origen, residencia urbana vs rural (municipios < 10.000 h), y sobre nivel económico actual, mediante códigos TSI establecidos por nivel de renta, definiendo como estatus medio-bajo los TSI 001 a 003, y como alto los TSI 004 a 006. Se compararon los porcentajes de éxito erradicador en función de estas variables. Los datos fueron anonimizados y sometidos a análisis uni y multivariante mediante regresión logística.

Resultados: De 990 test diagnósticos iniciales, 794 (80,2%) fueron positivos y 604 cumplían criterios de inclusión. La edad media de los pacientes fue de 50 años (rango 16-83), y el 55,8% fueron mujeres. El 21,4% de la muestra residía en medio rural. El 82,8% había nacido en España. El 17,3% fueron considerados de nivel económico alto. Se consiguió erradicación de *H. pylori* en el 73,4% de los pacientes. La OR ajustada por edad y sexo para fracaso erradicador fue 1,58 (IC95%: 1,01-2,51) para medio rural vs urbano (erradicación en 66,6% vs 74,7%); 1,10 (IC95%: 0,65-1,86) para nivel económico medio-bajo vs alto; 0,74 (IC95%: 0,41-1,33) para otro país de origen vs España. Los porcentajes de erradicación fueron de 80,5% en hombres y 67,1% en mujeres ($p < 0,01$). La OR ajustada por edad y lugar de residencia (rural vs urbano) para fracaso erradicador en mujeres vs hombres fue de 2,03 (IC95%: 1,37-3,03).

Conclusiones: 1. En una población adulta con elevada frecuencia de infección por *H. pylori* y empleando OCA-7, los porcentajes de erradicación en mujeres y en medio rural fueron inferiores a los observados en varones y en medio urbano, respectivamente. 2. No se observaron diferencias en función del nivel económico y país de origen.

120. UTILIDAD DE LA INTEGRAL DE CONTRACTILIDAD DISTAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFICAZ Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD POR REFLUJO ESOFÁGICO

I. Aresté anduaga, F. Estremera arevalo, A. Zúñiga Ripa, R. Iglesias Picazo, M. Oreja Arragayo, C. Saldaña Dueñas, M. Rullán Iriarte y L. Casanova Ortiz

Complejo Hospitalario de Navarra, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La manometría de alta resolución ha supuesto una revolución en el estudio de los trastornos motores esofágicos per-

mitiendo identificar nuevos patrones de presión. La motilidad esofágica ineficaz (MEI) se define como = 50% de degluciones inefectivas: ondas fallidas (integral de contractilidad distal (DCI) < 100 mmHg·cm·sg) o débiles (DCI < 450). Tradicionalmente la MEI se ha asociado a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), no estando establecida si es causa o consecuencia.

Objetivos: Evaluar si existen diferencias entre el valor medio del DCI en las manometrías con diagnóstico de MEI frente a las manometrías normales y evaluar si los sujetos con pHmetría patológicas tienen un valor medio del DCI menor que aquellos sin alteraciones.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 116 manometrías de alta resolución. Para la comparación estadística utilizamos la χ^2 de Pearson para la distribución normal y el test U de Mann-Whitney para los datos que siguen una distribución no normal. El valor $p < 0,05$ se considera estadísticamente significativo. Utilizamos SPSS versión 20.

Resultados: Se analizan 116 manometrías. 62,1% mujeres y 37,9% hombres con una edad media de 53,65 años (rango 23-81). Siguiendo la clasificación de Chicago v3, 27 manometrías (23,3%) cumplen criterios de MEI y 89 (76,7%) son normales. La media del DCI de las manometrías normales es 1.219,99 y la mediana es 1.000 (rango 442-4.449). La media del DCI de las manometrías con diagnóstico de MEI es de 486,22 y la mediana de 409 (rango 142-1.527). Se obtiene una $p < 0,01$. El 95% de las manometrías con MEI tienen un DCI < 1.454. En 100 sujetos se realizó pHmetría, de estas el 59% eran patológicas. De los 27 con diagnóstico de MEI, 23 tenían realizada pHmetría y de estos 13 eran patológicas (57%). No encontramos diferencias significativas al comparar la proporción de pacientes con pHmetría patológica en los pacientes con MEI frente a estos con manometría normal. Chi cuadrado: 0,076 $p = 0,786$. La media del DCI en los sujetos con pHmetría patológica es de 978,24, mediana de 834 (rango 182-2.346). La media del DCI en los sujetos con pHmetría normal es de 1.249,93, mediana de 981 (rango 142-4.449). Se obtiene una $p = 0,462$.

Conclusiones: En nuestra muestra existen diferencias significativas en el valor del DCI en los sujetos con MEI de forma que podría establecerse que aquellos sujetos con manometría normal tiene un valor medio del DCI mayor que los sujetos con MEI. Por lo que podría emplearse el DCI como parámetro diagnóstico de MEI. En nuestra muestra el 95% de los valores del DCI están por debajo de 1.454, no obstante, podría estar influenciado por 3 outliers. Por otro lado, no encontramos diferencias significativas en el DCI de los sujetos con pHmetría patológica frente a estos sin alteraciones, por tanto, la fuerza de contracción distal no parece un parámetro relacionado con la ERGE. Además, en nuestra muestra los sujetos con MEI no tienen más ERGE que aquellos con manometría normal.

121. AUMENTO DEL FRACASO EN LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI* CON LA TRIPLE TERAPIA CLÁSICA EN UNA POBLACIÓN URBANA DE ARAGÓN CON RESPECTO A LAS CIFRAS PREVIAMENTE PUBLICADAS

E.M. Peña-Galo^a, J. Gotor^b y J. Alcedo^b

^aUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Sector Sanitario Zaragoza II. ^bHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Las tasas de resistencia de *Helicobacter pylori* a los antibióticos empleados para su erradicación podrían haberse incrementado en los últimos años, aunque los datos disponibles en España sobre eficacia de la terapia triple clásica no lo confirman. La prevalencia de las resistencias varía según área geográfica y tipo de pacientes por lo que la eficacia de los tratamientos podría diferir según la población estudiada.

Objetivo: Evaluar los cambios en la proporción de fracaso erradicador de *H. pylori* con la triple terapia clásica de 7 días en una población urbana de Aragón a lo largo de una década.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Se revisaron los resultados de los test de aliento con 13-C urea realizados entre enero de 2006 y diciembre de 2010 en el sector sanitario Zaragoza 2. Se seleccionaron los casos positivos tratados de novo con OCA-7. Se excluyeron los tratados con diferente pauta antibiótica y aquellos sin comprobación de erradicación mediante test de aliento. Se compararon los porcentajes de erradicación en cada mitad de este periodo (serie actual), y el global, con los comunicados previamente para el periodo junio de 1996 a junio de 1997 (serie histórica) en el mismo sector, con la misma pauta erradicadora y con estrategia de comprobación de erradicación equivalente (Martín-Mir et al. Gastroenterol Hepatol. 1998; 21:432-6). La significación estadística se definió con $p < 0,01$.

Resultados: De 870 test diagnósticos iniciales en la serie actual, 678 (77,9%) fueron positivos y 494 cumplían criterios de inclusión (edad media $50,7 \pm 14,2$ años; 56,3% mujeres). La serie histórica incluyó 74 pacientes (edad media $55,5 \pm 13,8$ años; 28,4% mujeres). Las diferencias en género y edad media entre ambas muestras fueron significativas ($p < 0,01$). El porcentaje de erradicación en el global de la serie actual fue 72,9% (IC95%: 70,5-75,3), con 28/51 casos (54,9%) en la primera mitad del periodo y 332/443 (74,9%) en la segunda ($p < 0,01$). El comunicado en la serie histórica fue 89,2% (IC95%: 79,8-95,2), siendo significativa la diferencia con el global ($p = 0,003$) y con la segunda mitad del de la serie actual ($p = 0,007$).

Conclusiones: 1. Contrariamente a lo observado en otras poblaciones españolas, los datos disponibles en una población urbana de Aragón sugieren un aumento en la proporción de fracaso erradicador con OCA-7 en los últimos años de su empleo, con respecto a los primeros. 2. La diferencia observada no se incrementó a lo largo de los últimos 5 años, y podría estar influida por diferencias en la distribución de género y edad entre las muestras comparadas.

122. PREVALENCIA DEL TIPO DE UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA EN PACIENTES CON ERGE Y SIN ERGE

A. Zúñiga Ripa, F. Estremera Arévalo, M. Fraile González, I. Aresté Anduaga y R. Iglesias Picazo

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La manometría de alta resolución (MAR) permite identificar si existen alteraciones en la morfología de la unión esofagogastrica (UEG). La UEG tipo I es aquella con el diafragma superpuesto con el esfínter esofágico inferior (EEI), la tipo II existe una separación menor de 2 cm entre ambos y la tipo III esta es mayor a 2 cm. Tanto la UEG tipo II como la tipo III (hernia hiatal) constan de doble pico presivo, hecho asociado conceptualmente a enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), aunque no hay estudios de prevalencia que lo avalen.

Objetivo: Valorar si se observan diferencias en la prevalencia de cada subtipo de UEG en pacientes diagnosticados de ERGE y en aquellos sin este diagnóstico.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de 296 pacientes. De ellos, 112 fueron diagnosticados de reflujo gastroesofágico, mediante pHmetría o impedanciometría de 24h, siendo excluido el diagnóstico en 184 de ellos. A estos pacientes se les había realizado una MAR, que permite estudiar la localización y morfología de la UEG.

Resultados: De los 296 pacientes, el 38,04% presentaba ERGE. En estos pacientes, el 33% presentaban UEG tipo I, el 38,4% tipo II y el 28,6% UEG tipo III. Entre los pacientes sin RGE (61,95%) existía un porcentaje de pacientes con UEG tipo I del 49,5%, del tipo II en el 30,4% y de tipo III en el 20,1%. Valorando los datos de forma global

se observa que en pacientes con RGE, el porcentaje de UEG tipo I varía de 33% a 45,9% respecto a los que no tienen este diagnóstico. La unión esofagogastrica tipo II es más frecuente en pacientes con ERGE (38,4% vs 30,4%) así como la UEG tipo III (28,6% vs 20,1%). El análisis estadístico revela que las diferencias en la UEG I son estadísticamente significativas, con una chi-cuadrado de 7,79 (valor $p = 0,020$). Las diferencias en la UEG II no son estadísticamente significativas, y en la UEG III el valor p de χ^2 es de 0,095 y el resultado del test de Fisher es de 0,064 (una cara). Agrupando los tipos de unión esofagogastrica II y III en una variable común, y analizándola en comparación con UEG I, se objetiva que entre los pacientes con ERGE, la UEG I se encuentra en el 33% de los casos, en comparación con el tipo II y III presente en el 67% de los pacientes. Por otro lado, en pacientes sin ERGE el% de UEG I es de 49,5% frente a 50,5% que presentan los otros dos tipos de UEG. En términos proporcionales, la banda única presiva con respecto a la doble banda se presenta a proporción de 1:2 en pacientes con ERGE, y de 1:1 en pacientes sin ERGE con una significación estadística de $p = 0,006$.

Conclusiones: En nuestro estudio observamos que la prevalencia de los distintos tipos de UEG varía en función de la existencia o no de ERGE, observando diferencias estadísticamente significativas de menor presencia de UEG tipo I en pacientes con ERGE. Al valorar los distintos tipos de UEG por separado, se observa que los pacientes con ERGE, no presentan más frecuentemente UEG tipo II y que existe tendencia a una mayor proporción de UEG tipo III aunque sin significación estadística. Las uniones esofagogastricas constituidas por doble pico presivo (UEG II y III) son globalmente más prevalentes en pacientes con ERGE.

123. TRASTORNOS DE HIPOMOTILIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO SEGÚN LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE CHICAGO V3.0

A. Zúñiga Ripa, F. Estremera Arévalo, I. Aresté Anduaga, R. Iglesias Picazo, L. Casanova Ortiz y M. Rullán Iriarte

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Los trastornos de hipomotilidad esofágica se han asociado tradicionalmente a enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Desde 2015, los criterios de Chicago para Manometría de Alta Resolución (MAR) se han actualizado. No existen estudios con esta nueva versión sobre los trastornos motores en ERGE.

Objetivo: Valorar si se observan diferencias en la prevalencia de los distintos diagnósticos manometrivos basados en la clasificación de Chicago v3.0, en los pacientes con ERGE detectado mediante pHmetría/impedanciometría y los pacientes sin síntomas de ERGE o con pH/impedancia de 24 h normal.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de 297 pacientes, siendo 113 diagnosticados de reflujo gastroesofágico y 184 sin ERGE. Se realiza MAR en estos pacientes y diagnosticados según la nueva clasificación de Chicago v3.0. Dentro de estos criterios, la motilidad esofágica ineficaz (MEI) engloba los diagnósticos de hipomotilidad descritos en la anterior versión de Chicago.

Resultados: De los 297 pacientes, el 38,04% presentaba ERGE frente al 61,96% con pH/impedanciometría normal. De los pacientes con ERGE, el 58,4% presentaban manometría normal, 35,4% diagnosticados de MEI, 5,3% de aperistalsis y un caso de Jackhammer. Entre los pacientes sin ERGE, 51,63% manometría normal, 26,08% MEI, 5,97% obstrucción funcional del EEI. Hubo un 5,97% de acalasia tipo II, 2 casos de acalasia tipo III, un caso de acalasia tipo I. Un 3,8% diagnosticados tanto de contractilidad ausente como de espasmo esófago distal. Se diagnosticaron 2 casos de Jackhammer. De forma global se objetivó un trastorno menor de la peristalsis en el 35,4% de los pacientes con ERGE y en 26,08% de los pacientes sin RGE. Entre los pacientes con aperistalsis hay 6 diagnosticados de

ERGE y 7 con pruebas normales, aunque el escaso número de pacientes no permite hallar diferencias estadísticas. No se han evidenciado diferencias significativas entre los diferentes diagnósticos manometríficos más frecuentes (manometría normal y MEI) siguiendo la nueva clasificación de Chicago v3.0 entre los pacientes con ERGE y sin ella (valor $p = 0,44$).

Conclusiones: La MAR permite diagnosticar un trastorno motor subyacente en casi el 50% de los pacientes sin ERGE y en el 40% de los pacientes con RGE. El trastorno más frecuente es el de motilidad esofágica ineficaz (considerado como trastorno menor, no presente en los criterios de Chicago 2). El trastorno de la motilidad más frecuente fue el de aperistalsis, sin identificarse diferencias estadísticas en estos pacientes, limitado por el escaso número de casos. En nuestro estudio, no se han evidenciado diferencias significativas entre la frecuencia de los trastornos manometríficos entre los pacientes con y sin ERGE, por lo que se pone en duda que en pacientes con ERGE, la prevalencia de trastornos de hipomotilidad sea significativamente mayor que en pacientes sin síntomas de ERGE o con pH/impedancia de 24 horas normal en base a los criterios de Chicago v3.

124. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE Y PAPEL DE LA GASTROPROTECCIÓN EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA

F. Cañete Pizarro^a, D. Portilla Piña^a, M. Menacho Viladot^a, G. Cediol Calderón^b, V. Quintern Pujol^b, J. Mercé Klein^b, A. Bardají Ruiz^b y J.C. Quer Boniquet^a

^aHospital Joan XXIII, Tarragona, Servicio de Aparato Digestivo.

^bHospital Joan XXIII, Tarragona, Servicio de Cardiología.

Objetivo: Evaluar la influencia del tratamiento antiagregante y anticoagulante en las características, gravedad y tratamiento médico de la hemorragia digestiva (HD), así como evaluar la adecuación del tratamiento gastroprotector (GP) en este contexto clínico.

Métodos: Estudio prospectivo de todos los episodios de HD que precisaron ingreso hospitalario en nuestro servicio desde el 1 de julio hasta el 31 de diciembre de 2014.

Resultados: De un total de 103 episodios de HD, 49 fueron altas, 48 bajas, y 6 de origen oscuro; la edad media de los pacientes fue de $70 \pm 14,35$ años, siendo un 54% mujeres ($n = 56$). Un 53% de los pacientes (55/103) llevaban tratamiento antiagregante ($n = 32,31\%$) o anticoagulante ($n = 23,22\%$). De los 55 pacientes antiagregados/anticoagulados llevaban GP un 65% ($n = 36$), con correcta indicación en el 94% de los casos (34/36); por el contrario, un 27% de los pacientes antiagregados/anticoagulados (15/55), tenían indicación de GP pero no la llevaban. Los pacientes sin tratamiento respecto a los pacientes antiagregados/anticoagulados, eran más jóvenes (65 vs 74 años, $p = 0,001$); pero al contrario, no hubo diferencias entre los tres grupos respecto al diagnóstico etiológico de la HD, el estado hemodinámico al ingreso, la hemoglobina mínima media y los requerimientos transfusionales, aunque hubo una mayor tendencia a la transfusión en los antiagregados/anticoagulados (53 y 52% vs 33%; $p = 0,14$). Hubo un caso de mortalidad hospitalaria en un paciente sin tratamiento antiagregante/anticoagulante. Al alta, se suspendió de forma definitiva el tratamiento antiagregante y anticoagulante en un 25% y en un 17% de los pacientes que lo llevaban respectivamente.

Conclusiones: 1. Más de la mitad de los pacientes que ingresan por HD llevan tratamiento antiagregante/anticoagulante, pero ello no parece influir de forma significativa en la presentación y gravedad de la hemorragia. 2. Un episodio de HD supone la suspensión definitiva del tratamiento antiagregante/anticoagulante en un porcentaje considerable de pacientes. 3. Casi un 30% de los pacientes antiagregados/anticoagulados con HD tienen indicación de GP y no la llevan.

125. FUNDUPPLICATURA DE NISSEN EN EL TRATAMIENTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE): ¿SOLUCIÓN A LARGO PLAZO?

M.C. García Gavilán^a, V. Aguilar Urbano^a, E. Soria López^a, J. Hinojosa Guadix^a, J.M. Navarro Jarabo^a, N. Gándara Adán^b, J. Bercedo Martínez^b, F. Rivas Ruiz^c y A. Pérez Aisa^a

^aAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Aparato Digestivo. ^bAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Cirugía General y Digestiva. ^cAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Unidad de Investigación.

Introducción: La funduplicatura pretende reforzar la barrera defensiva del esófago frente al ERGE. Se plantea como tratamiento definitivo, sin embargo, en las series publicadas a largo plazo describen hasta un 15% de persistencia. Se postula que el uso de IBP tras la cirugía podría correlacionarse con la presencia de síntomas dispepsicos asociados al ERGE.

Objetivos: Analizar las indicaciones del tratamiento quirúrgico, los resultados a largo plazo y el seguimiento en esta serie de pacientes. Evaluar el abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes sintomáticos tras la funduplicatura.

Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo de los pacientes a los que se les realiza una funduplicatura tipo Nissen por ERGE entre el 2004-2014 en el área de la Agencia sanitaria Costa del Sol. Se tienen en cuenta variables demográficas y se analizan indicaciones de cirugía, síntomas, pruebas complementarias (PPCC), uso de IBP y seguimiento tras la cirugía. Se valora la relación entre el uso de IBP y su correlación con los resultados de las PPCC y la necesidad de reintervención. Se realiza un análisis descriptivo para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para cualitativas, con test de Ji-cuadrado para comparar variables cualitativas. Nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados: Se analizan 185 pacientes con una media de edad de 46,44 años. La indicación quirúrgica más frecuente es el mal control con IBP (65,2%), seguida de la dependencia a IBP (22,3%) y la voluntad del paciente (4,3%). Tras la funduplicatura en el 55,1% se controlan los síntomas y el 44,9% permanecen sintomáticos. Los síntomas más frecuentes son la persistencia de ERGE (16,8%), el desarrollo de disfagia o aerofagia (14,6%) y la dispepsia (12,4%). La media de seguimiento fue de 11,45 meses. Se indican PPCC en el 73,5% de los que persisten sintomáticos. La más frecuente la gastroscopia (24,9%), el tránsito esófago-gastro-duodenal (23,8%) y la manometría + pHmetría (6,5%). Tras la cirugía el 29,2% usan de forma diaria IBP, aunque sólo el 43,8% presentan reflujo patológico en la pHmetría, sin que se observe relación entre ellas ($p = 0,263$). El 3,8% se reintervienen, observándose una relación estadísticamente significativa con la necesidad de uso diario de IBP tras la cirugía, con una $p = 0,003$.

Conclusiones: En nuestra serie la funduplicatura se indica de forma más frecuente por el mal control con IBP (65,2%). Resulta resolutiva en el 55,1% de los pacientes. El tiempo de seguimiento postquirúrgico es de 11,45 meses, realizándose PPCC en el 73,5% de los que persisten sintomáticos. La toma de IBP tras la cirugía es frecuente a pesar de no relacionarse con el reflujo patológico en la pHmetría, sin embargo, sí se observa relación con la necesidad de reintervención ($p = 0,003$).

126. EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE) PREVIAMENTE AL TRATAMIENTO MEDIANTE FUNDUPPLICATURA

M.C. García Gavilán^a, V. Aguilar Urbano^a, E. Soria López^a, J. Hinojosa Guadix^a, J.M. Navarro Jarabo^a, N. Gándara Adán^b, J. Bercedo Martínez^b, F. Rivas Ruiz^c y A. Pérez Aisa^a

^aAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Aparato Digestivo. ^bAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de

Cirugía General y Digestiva. ^cAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Unidad de Investigación.

Introducción: El diagnóstico del ERGE se hace por criterios clínicos y pruebas complementarias (PPCC). En ocasiones se asocia a sintomatología no clásica, que podría dificultar el enfoque terapéutico. Es importante completar el estudio con PPCC previo a la cirugía para descartar patología subyacente o complicaciones con el objetivo de mejorar el rendimiento terapéutico.

Objetivo: Describir las principales variables: edad, sexo, hallazgos endoscópicos y pruebas funcionales en los pacientes sometidos a funduplicatura tipo Nissen por ERGE. Valorar la presencia de síntomas asociados y alteraciones en las PPCC previas a la cirugía. Analizar la posible relación entre los síntomas y hallazgos en las PPCC.

Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo de los pacientes con funduplicatura tipo Nissen por ERGE entre 2004-2014 en el área de la Agencia sanitaria Costa del Sol. Se analiza la presencia de síntomas asociados (dispepsia, síntomas extradigestivos o disfagia) y PPCC realizadas en el estudio prequirúrgico (despistaje de *Helicobacter pylori* (HP), gastroscopia, manometría, pHmetría y tránsito esófago-gastro-duodenal). Se analiza la posible relación entre los hallazgos en las PPCC y la presencia de síntomas asociados. Se realiza un análisis descriptivo para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para cualitativas, con test de Ji-cuadrado para comparar variables cualitativas. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Se analizan 185 pacientes, 55,7% varones y 43,3% mujeres, con una edad media de 46,44 años. El 23,2% presentan síntomas dispépticos asociados, el 13,5% síntomas extradigestivos y el 2,7% disfagia. A todos se les realizan PPCC previamente a la cirugía. En el 44,3% se investiga la presencia de HP, siendo positivo en el 54,3% y erradicándose en el 79,1%. La más realizada es una gastroscopia (98,4%), que objetiva en el 40,5% una hernia de hiato, seguida de una esofagitis péptica o Barrett, asociados a hernia de hiato, en el 35,1% y 11,9% respectivamente. Al 90,8% se realiza una manometría con registro manométrico normal en el 34,1% e hipotonía del esfínter esofágico inferior en el 25,9%. Al 90,3% una pHmetría que objetiva reflujo patológico grave en 136 pacientes (73,5%). Se realiza un tránsito esófago-gastro-duodenal al 53%, que es patológico en el 68,4%. Se evalúa la correlación entre la dispepsia asociada, síntomas extradigestivos, disfagia o HP con los hallazgos endoscópicos, manométricos y de pHmetría, sin encontrarse significación estadística.

Conclusiones: En nuestro medio es frecuente la asociación del ERGE con síntomas dispépticos (23,2%). Todos nuestros pacientes se estudian con PPCC antes de la cirugía, siendo la gastroscopia, y la manometría con pHmetría las más frecuentemente realizadas. La valoración del status HP y su erradicación no es una medida estandarizada en el manejo prequirúrgico de estos pacientes. No se observa relación entre los síntomas asociados y los hallazgos en las PPCC prequirúrgicas.

127. PATRONES DEMOGRÁFICOS, SINTOMÁTICOS Y MANOMÉTRICOS EN PACIENTES CON ACORTAMIENTO ESOFÁGICO > 2 CM

F. Estremera Arévalo^a, A. Zúñiga Ripa^a, I. Aresté Anduaga^a, M. Fraile González^a, V. Fernández de Pinedo Pérez^b, S. Ezquer Iturbide^b y R. Iglesias Picazo^a

^aComplejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo. ^bComplejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Enfermería.

Introducción: El acortamiento esofágico es un hallazgo ocasional en la MAR. Es secundario a la contracción de la musculatura esofágica longitudinal. Estudios con fluoroscopia o campos magné-

ticos sobre el deslizamiento de la unión gastroesofágica en sentido oral marcan el acortamiento esofágico fisiológico durante las degluciones o el reposo en 1,8 cm. Se desconoce si el hallar acortamientos durante una MAR tiene significación clínica.

Métodos: Se seleccionan pacientes que durante una MAR presentan acortamientos esofágicos = 2 cm. Se comparan sus características demográficas, perfiles sintomáticos y diagnósticos manométricos (MMS water perfused, 22 canales) en función a los criterios de Chicago v.3.

Resultados: Se identifican 32 pacientes con acortamientos esofágicos = 2 cm (9,5%) de entre una base de 334 MAR realizadas entre los años 2013 y 2015 y reevaluadas según los criterios de Chicago v.3. El 21% de los pacientes con acortamientos fueron hombres comparado con el 44% de la base general, siendo esta diferencia significativa ($p = 0,04$). No identificamos un patrón sintomático homogéneo en pacientes con acortamientos, no hallando diferencias en la prevalencia de epigastralgia, pirosis, regurgitación, dolor torácico, dispepsia, sd. de intestino irritable, molestias laringeas, tos crónica, síntomas bucales, halitosis ni asma. Identificamos una tendencia a favor la de presencia de disfagia ($p = 0,1$). Tampoco hallamos diferencias en la prevalencias de los diferentes tipo de unión gastro-esofágica (tipo I, II y III). En cuanto a diagnósticos manométricos, el 50% (16) presentaron MAR normal y 5 pacientes motilidad esofágica Ineficaz. 3 pacientes presentaron espasmo del esófago distal, 2 contractilidad ausente (aperistalsis), 2 obstrucción funcional de EEI y 1 paciente presentó sd. de rumiación. La prevalencia de trastornos de la motilidad fue significativamente mayor en los pacientes con acortamientos en comparación con el resto de la muestra ($p = 0,03$). 21/32 pacientes con acortamientos fueron estudiados con pHmetría/impedanciometría de 24 horas, siendo en 9 patológica (datos similares al resto de la muestra: 38%).

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que el hallazgo de acortamientos esofágicos = 2 cm identificados en MAR se asocia a una mayor prevalencia de trastornos motores esofágicos en estos pacientes. La mayor parte de los pacientes con acortamientos esofágicos son mujeres. Con respecto a los patrones sintomáticos, al margen de una mayor tendencia a la disfagia, no encontramos diferencias significativas en pacientes con acortamientos. Es necesaria la sensibilización de los médicos implicados en la realización de MAR hacia este fenómeno de cara a detallar las características de este fenómeno todavía desconocido. Es probable que aumentando el número de pacientes con acortamientos, se definan más diferencias con respecto a paciente sin acortamientos en las comparaciones.

128. EFICACIA DE LA TRIPLE TERAPIA CLÁSICA EN LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.P. Silva Ruiz, C. Sendra Fernández y A. Pizarro Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La triple terapia clásica con omeprazol, claritromicina y amoxicilina durante 10 días (OCA-10) es considerada subóptima de primera elección para la erradicación de *Helicobacter pylori* (HP) por algunos autores y recomendaciones de expertos, ya que la tasa de resistencia a claritromicina supera el 20% en muchas regiones. Se han investigado y recomendado el uso de otras pautas antibióticas de primera línea consideradas más eficaces en la actualidad.

Objetivo: Analizar la eficacia de la triple terapia con OCA-10, en la erradicación de HP en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla y determinar si existe algún factor asociado que aumente la misma.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en el que se analizan todos los test del aliento con urea marcada (n: 538) solicitados en nuestro centro desde enero a diciembre de 2014. Se excluyen los que se solicitaron con fines diagnósticos de la infección (n: 140), los que fueron tratados con otra pauta (n: 98) y en los que faltaban datos necesarios en la historia (n: 61).

Resultados: La muestra analizada está constituida por 239 pacientes. La edad media al diagnóstico de la infección es de 48,8 años (14-88), un 54% de sexo femenino. La indicación más frecuente fue la dispepsia, en un 61,1% de los casos (n: 146), seguida de las úlceras gástricas o duodenales (15,9%, n: 38), antecedentes familiares de cáncer gástrico (4,2%), anemia (4,2%) y pre-cirugía bariátrica (3,3%). El método diagnóstico inicial fue la endoscopia oral con biopsias y/o test rápido de ureasa en un 90,4% de los casos (n: 216); en el resto se realizó test del aliento. La tasa de erradicación de la infección por HP con OCA-10 fue de un 80,3%. No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo. La asociación de probióticos (en un 10,5% del total) no supuso un aumento en la tasa de erradicación (68% bajo tratamiento simultáneo con probióticos frente al 82,2% sin los mismos), si bien la muestra es muy reducida (n: 25) y por tanto no se pueden extraer conclusiones. Se observó una tendencia a una mayor tasa de erradicación en los casos en que la indicación de tratamiento fue patología ulcerosa frente al resto de indicaciones evaluadas de forma conjunta (92,1% vs 78,6%, p: 0,053). El 77,8% de los que usaron dosis de 20 mg consiguieron la erradicación frente al 83,3% en los que se utilizó 40 mg, sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: La eficacia de la OCA-10 en nuestro medio es de un 80,3%, es decir, se puede considerar óptima como terapia de primera línea al superar el 80% recomendado. El tamaño de la muestra de los pacientes que recibieron tratamiento simultáneo con probióticos impide extraer conclusiones acerca del supuesto beneficio en la tasa de erradicación, la cual fue menor en pacientes en los que la indicación de tratamiento fue la etiología ulcerosa frente al resto. En nuestro estudio, la dosis de IBP no influye en la tasa de erradicación.

129. ENFERMEDAD CELIACA CON ESTUDIO HLA-DQ2.5/8 NEGATIVO: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 141 PACIENTES Y REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA ESPAÑOLA

B. Arau^a, M. Esteve^a, M. Rosinach^a, G. Carreras^a, R. Temiño^a, R. García-Puig^b, Y. Zabana^a, M. Aceituno^a y F. Fernández-Bañares^a

^aHospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Digestivo, CIBERehd. ^bHospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Pediatría.

Introducción: En la población europea caucásica, más del 90% de los celíacos son portadores de HLA-DQA1*05-DQB1*02 que codifica el heterodímero DQ2.5. Los pacientes DQ2.5 negativos, presentan, en general, el heterodímero DQ8 (codificado por DQA1*03-DQB1*0302). Sólo un escaso porcentaje de celíacos son DQ2.5/8 negativos, y estos suelen presentar la mitad del haplotipo DQ2.5.

Objetivos: 1. Evaluar la frecuencia de enfermedad celíaca (EC) con HLA-DQ2.5/8 negativo en nuestra área geográfica. 2. Realizar una revisión sistemática de los estudios publicados sobre series españolas.

Métodos: Se incluyen 141 pacientes celíacos (16,6 ± 1,4 años; 72% mujeres) con atrofia de vellosidades y patrón celíaco (aumento de linfocitos T con TCR gammadelta+) en la citometría de flujo de las poblaciones linfocitarias intraepiteliales. Se analiza la frecuencia de DQ2.5+, DQ8+, DQ2.5/8 negativo (mitad del haplotipo DQ2.5 o todo negativo). Se estudió si existían diferencias entre sexos y grupos de edad. Asimismo, se realizó una búsqueda bibliográfica hasta dic-2015 mediante PUBMED, y se identificaron los artículos

relevantes mediante revisión manual. Se seleccionaron los artículos realizados en España en que se describían los genes HLA de susceptibilidad a EC. Se compararon los resultados entre diferentes zonas dentro de España, y con el estudio europeo (Karell et al. Hum Immunol 2003).

Resultados: Frecuencia en el área geográfica: 9/141 pacientes celíacos (6,4%; IC95%, 3,4-11,7%) fueron DQ2.5/8 negativos. No hubo diferencia entre sexos ni grupos de edad (< 16 vs 16 o más). Revisión sistemática: Se seleccionaron 17 artículos, 9 de los cuales se incluyeron en la revisión. Sobre un total de 2.076 pacientes con EC, 91,4% fueron DQ2.5+, 3,9% DQ8+ y 4,7% DQ2/8 negativos. Hubo diferencias significativas entre las zonas geográficas (Cataluña, Centro-Valencia, Canarias, Cantabria-País Vasco, Extremadura) (p < 0,0001), con cifras de DQ2/8 negativo que oscilan entre 2 y 10,5%. Entre los 97 pacientes DQ2.5/8 negativos, 64% fueron DQB1*02, 12,4% DQA1*05 y un 23,7% presentaron 2 alelos de DQ2.5 y DQ8 negativos (p = 0,002 entre las diferentes zonas geográficas, oscilando entre 7 y 67%). La frecuencia de EC con DQ2.5/8 negativo fue similar a la descrita en el estudio europeo (5 vs 6%). Sin embargo, la presencia de EC con los 2 alelos de DQ2.5 y DQ8 negativos fue superior al estudio europeo (23,7 vs 6,5%; p = 0,0051).

Conclusiones: La frecuencia de EC con HLA-DQ2.5/8 negativo en nuestra zona y en el conjunto de España es similar a la descrita en el estudio europeo, aunque en nuestro país existen importantes diferencias entre zonas. En cambio, la presencia de EC con los 2 alelos de DQ2.5 y DQ8 negativos es muy superior en España a la descrita en el estudio europeo. Son necesarios más estudios para valorar que genes HLA están implicados en estos casos.

130. REGISTRO EUROPEO DE MANEJO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* (HP-EUREG): PERFIL DE LOS NO RESPONDEDORES A PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL

J. Hinojosa Guadix^a, N. Fernández-Moreno^a, J.M. Navarro-Jarabo^a, F. Rivas-Ruiz^b, A. McNicholl^c, J. Pérez-Gisbert^c y A. Pérez Aisa^a

^aAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Aparato Digestivo. ^bAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Unidad de Investigación. ^cHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: En Andalucía el desarrollo de resistencias antibióticas a los tratamientos convencionales para la erradicación de *Helicobacter pylori* (HP) que incluyen claritromicina y quinolonas alcanzan el 18% y el 14% respectivamente. Resulta de interés conocer si existen otros factores demográficos o clínicos que puedan relacionarse con el fracaso de la erradicación de cara a prescribir el mejor tratamiento en nuestro medio.

Objetivo y métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico englobado en el registro europeo Hp-EuReg desarrollado en 41 hospitales españoles. Los datos se recogen mediante registro electrónico y se emplea la Plataforma AEG-REDCap. Realizamos el análisis de los datos referidos a la Agencia Sanitaria Costa del Sol de los pacientes en los que fracasa la primera línea de tratamiento. Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. Se realizó análisis bivariado tomando como variable resultado el status de erradicación tras primera línea de tratamiento, utilizando el test de χ^2 para variables independientes cualitativas, y test de t-Student para las cuantitativas. Se estableció el nivel de significación estadística en p < 0,05.

Resultados: De los 1.154 pacientes incluidos analizamos los datos completados de 734 (63,6%) pacientes que recibieron la mayoría como primera línea un tratamiento triple con IBP, claritromicina y amoxicilina (72,9%) o un tratamiento cuádruple sin bismuto en

régimen concomitante (26,1%). Con la terapia triple de 10 días de duración con IBP, claritromicina y amoxicilina la eficacia fue del 85,8% (IC95% 82,6-89), mientras que para la terapia cuádruple concomitante fue del 87,8% (IC95% 82,7-92,8). De los factores analizados observamos mayor tasa de fracaso con diferencia estadísticamente significativa entre mujeres ($p < 0,02$), si existe presencia de alergia a penicilina ($p < 0,01$), y si la indicación de erradicación fue la dispepsia no investigada ($p < 0,008$) o la dispepsia funcional ($p < 0,008$). No afecta la edad, ni la toma de ningún tipo de medicación concomitante, la presencia de síntomas de pirosis o de dispepsia, el tiempo de duración del tratamiento erradicador, o la presencia de efectos secundarios durante el tratamiento.

Conclusiones: En el fracaso del tratamiento erradicador de primera línea para la infección por HP es clave la resistencia a antibióticos. En nuestra área esa resistencia alcanza el 18% para claritromicina y 14% para levofloxacino pero también encontramos mayor tasa de fracaso en el sexo femenino, en los pacientes alérgicos a penicilina y si las indicaciones de erradicación son dispepsia funcional y no investigada. Debemos optimizar en mayor medida el tratamiento erradicador en este perfil de pacientes.

131. CONSULTAS NO PRESENCIALES DEL SERVICIO DE DIGESTIVO DEL CHN. VALORACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

L. Casanova Ortiz, M. Rullán Iriarte, C. Saldaña Dueñas, A. Zúñiga Ripa, A. Elosua González, S. López López, D. Oyón Lara, F. Bolado Concejo y A. Guerra Lacunza

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Desde 2005 existe en Navarra un sistema de consultas no presenciales (CNP) de una serie de especialidades con Atención Primaria (AP), mediante las cuales los médicos de Atención Primaria (MAP) consultan vía email con el especialista casos de pacientes, evitando en ocasiones la realización de una cita en consultas externas de especialidad. Desde el Servicio de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) además de poner en marcha el proyecto, nos interesaba conocer la opinión de los MAP sobre el funcionamiento y utilidad de las CNP ya existentes y la valoración de las CNP de Digestivo tras su implantación.

Métodos: En febrero de 2015, se inició el programa de forma progresiva en algunos centros de AP dependientes del CHN. Para conocer la opinión a priori de los médicos de AP sobre las CNP, se diseñó una encuesta que fue remitida a los 8 primeros centros participantes en el programa y posteriormente al resto que fueron incluyéndose. Cuatro meses después, se envió una nueva encuesta para evaluar las CNP de Digestivo.

Resultados: En la primera encuesta, participaron 95 profesionales. El 61,1% de los médicos de AP consideraba la relación con el resto de especialistas como normal y un 29,5% como buena. Un 48,4% había usado en alguna ocasión esta vía de comunicación, y otro 48,4% lo hacía de forma frecuente. En el 47,4% de los casos, la respuesta se había obtenido en < 48 horas, siendo la rapidez en la respuesta lo más valorado (70,6% de los profesionales). La homogeneidad en la respuesta fue el segundo ítem mejor valorado con un 46,3%. El 89,5 de los encuestados consideraba que el paciente era el más beneficiado con este servicio y sólo un 8,4% que el beneficio para AP era nulo. Treinta y un profesionales respondieron a la segunda encuesta. El 67,7% emplearon las INP de digestivo con frecuencia, el 25,8% de forma ocasional, principalmente por no haber tenido oportunidad y 2 de los encuestados (6,5%) prefirieron derivar al paciente a consulta presencial. El 100% de los que habían usado las INP, habían recibido la respuesta en < 48 horas. Para un 96,7% de los encuestados las recomendaciones eran claras y para el

100% además eran razonables, consiguiendo una adherencia total a las mismas en un 85,7% de los casos. El 91,3% manifestó que existía homogeneidad de criterio entre los especialistas. En comparación con las CNP de otras especialidades, el 62,1% opinaban que las respuestas del Servicio de Digestivo eran mejores y el 37,9% que eran similares. Para el 96,7% la valoración global del proyecto fue buena.

Conclusiones: En términos generales la rapidez y la homogeneidad de la respuesta son los aspectos más importantes de cara a considerar un programa de CNP de calidad. El programa de CNP de Aparato Digestivo ha sido empleado por la mayoría de los encuestados. La percepción del mismo es positiva y en comparación con otras especialidades, mejor valorado.

132. UN TEST RÁPIDO DE PUNTO DE CONTACTO (POCT) EN ASISTENCIA PRIMARIA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN ADULTOS

M. Rosinach^a, F. Fernández-Bañares^a, M. Llordes^b, J. Calpe^b, G. Montserrat^b, M. Pujals^a, A. Cela^b, A. Carrasco^a, M. Ibarra^a, P. Ruiz^a, V. Gonzalo^a, C. Ferrer^c y M. Esteve^a

^aHospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Digestivo, CIBERehd. ^bCentros de Asistencia Primaria Oest, Sud y Rambla, Mutua de Terrassa. ^cHospital Universitario Mutua de Terrassa, Servicio de Anatomía Patológica y CIBERHD, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Anatomía Patológica, CIBERehd.

Introducción: La enfermedad celiaca (EC) es una enfermedad autoinmune. Los médicos de asistencia primaria pueden ejercer un papel activo en la selección de pacientes con EC, mediante un POCT basado en la detección de anticuerpos anti-péptidos de gliadina deamidados (DPG), que es un biomarcador sensible y específico.

Objetivo: Evaluar la eficacia de una estrategia de detección de casos de EC en población de riesgo en asistencia primaria mediante el uso de un POCT.

Métodos: Estudio piloto transversal de detección de EC mediante la estrategia "case finding" en tres centros de asistencia primaria. Después de un programa educativo sobre EC, se establecieron indicaciones clínicas para el cribado y se reclutó consecutivamente a los pacientes en un entorno de actividad asistencial. Criterios de inclusión: > 14 años, seguir dieta con gluten y tener consentimiento informado. Criterios de exclusión: determinación antiendomisio (AEA) y antitransglutaminasa (ATTG) durante el año previo; Diagnóstico previo de EC. Se realizaron simultáneamente POCT y analítica con serología (AEA y ATTG). Se realizó biopsia duodenal para histología y citometría de flujo si POCT y/o ATTG positivos. Se consideró EC (Marsh 1 a Marsh 3) cuando la serología fue positiva (en caso de discrepancia entre ATTG y DPG, AEA debía de ser positivo) o cuando la serología era negativa pero existía aumento de linfocitos intraepiteliales gammadelta+. Se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), VPP y VPN, y la prevalencia de EC.

Resultados: Se incluyeron 277 pacientes (75,5% mujeres; edad $41,1 \pm 0,9$). El POCT fue positivo en 25 (9%): 19 positivos y 6 dudosos. De estos, la ATTG fue positiva en 2/25, ambos con atrofia. De los 23 con POCT+ y ATTG-, la histología mostró 1 Marsh 3 (AEA+ y aumento de gammadelta), 5 Marsh 1 (AEA- y citometría normal), y 17 Marsh 0 (AEA- y 5 con aumento de gammadelta). La prevalencia de EC fue 3/277 (1,1%, IC95% 0,3-3,4). La S del POCT para EC (Marsh 3) fue de 100% (IC95%, 31-100), E 92% (IC95%, 88-95), VPP 12% (IC95%, 3-32), VPN 100% (IC95%, 98-100).

Conclusiones: El POCT tiene un VPN muy alto y si es negativo se descarta EC. La prevalencia de EC en grupos de riesgo reconocidos es tres veces superior a la descrita en la población general adulta en Cataluña. Se demuestra la utilidad de esta estrategia diagnóstica de EC en Atención Primaria.

133. TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA POST-HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA: FERROTERAPIA ORAL FREnte A INTRAVENOSA

L. Ferrer-Barceló^a, L. Sanchis Artero^a,
 J. Sempere García-Argüelles^a, P. Canelles Gamir^a,
 J. Pérez Gisbert^b, A. Monzó Gallego^a, L. Plana Campos^a,
 J.M. Huguet Malavés^a, L.M. Ferrer Arranz^a, M. Luján Sanchis^a,
 R. Cors Ferrando^a, L. Ruiz Sánchez^a, S. Barceló Cerdá^c
 y E. Medina Chuliá^a

^aHospital General Universitario de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^cDepartament de Estadística e Investigació Operativa, Universitat Politècnica de València.

Introducción: El tratamiento de la anemia post-hemorragia digestiva aguda (ApHD) exige la corrección etiológica y la reposición de Fe, que puede realizarse por vía oral pero, en ocasiones, precisa la vía IV.

Objetivo: Comparar la eficacia del tratamiento de la ApHD con Fe por vía oral frente a IV.

Métodos: Desde enero 2012 hasta diciembre 2015 se incluyeron prospectivamente pacientes ingresados por hemorragia digestiva aguda no debida a hipertensión portal con Hb < 10 g/dL al alta (día 0). Se excluyeron pacientes con patología que influyera en la evolución de la anemia (incluyendo recidiva hemorrágica) y/o contraindicación a los fármacos empleados. Los pacientes fueron aleatorizados a recibir: 1) Fe oral, administrándose sulfato ferroso 525 mg, 2/día 6 semanas; y 2) Fe IV, administrándose Fe carboximaltosa según ficha técnica, la 1^a dosis al alta de 1000 mg y la 2^a a los 7 días. Los pacientes se evaluaron los días 0, 7, 21 y 42. Se comparó la eficacia del tratamiento estableciendo como respuesta completa Hb ≥ 12 g/dL en mujeres y Hb ≥ 13 g/dL en hombres y como respuesta parcial el aumento de 2 g/dL de Hb respecto al día 0. La repleción de depósitos de hierro se determinó mediante IST ≥ 25%. Se llevó a cabo un estudio univariante.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes distribuidos sin diferencias estadísticas, de los cuales 30 recibieron tratamiento oral y 25 IV. Los resultados se resumen en las tablas 1 y 2. Los efectos secundarios con Fe oral fueron dolor abdominal (6,7%), que motivó 1 abandono; y estreñimiento (21%), no presentando ninguno con Fe IV. La adherencia fue 87% en el grupo de Fe oral y del 100% en el de Fe IV.

Conclusiones: El Fe IV es más eficaz y rápido que el oral para normalizar las cifras de Hb y los depósitos de Fe por lo que es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de la ApHD.

134. EXPERIENCIA EN EL USO DE HIERRO INTRAVENOSO EN PACIENTES CON FEROPENIA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

J. Vidal, M. Careaga, A. Andreu, J. Molero, V. Moizé y L. Flores
 Hospital Clínic de Barcelona, Unidad de Obesidad.

Introducción: La cirugía bariátrica (CB) se asocia a una elevada incidencia de anemia por déficit de hierro (ADH). En este contexto los datos muestran una proporción creciente de pacientes sometidos a CB entre aquellos que reciben hierro intravenoso (FeIV). Sin embargo, la eficacia y seguridad de este tratamiento es limitada.

Objetivo: Describir la eficacia y seguridad del uso de FeIV en pacientes sometidos a CB en un único centro.

Resultados: De los 1925 pacientes sometidos a CB entre enero 2005 y junio 2015, identificamos 187 pacientes (9,7%) que recibieron FeIV en régimen de hospital de día. La administración de FeIV se indicó en presencia de hemoglobina (Hb) < 8 g/dL en 1% de los casos, en 8% con Hb 8-10 g/dL y en 91% con Hb > 10 g/dL (anemia leve sintomática o ferropenia sintomática sin anemia). En un 60% de los casos se indicó FeIV en contexto de intolerancia al hierro oral o respuesta insuficiente al mismo. En los casos en que se indicó FeIV por primera vez antes de 2009, se utilizó hierro sacarosa (Fe-Sac: 200 mg por sesión), mientras que a partir de esa fecha se utilizó hierro carboximaltosa (Fe-Carb: 500 a 1.000 mg por sesión) dosificados acorde a un protocolo estandarizado. Los pacientes que recibieron Fe-Sac recibieron la dosis total en un promedio de 6,1 sesiones, en comparación con 1,3 (p < 0,05) tras Fe-Carb. La administración de Fe-Carb resultó en un aumento de la Hb a las 4 semanas (inicio: Hb 10,7 ± 0,3 g/dL vs 4 semanas: 12,8 ± 0,2 g/dL; p < 0,001), que en promedio se mantuvo a los 12 meses (Hb 12,8 ± 1,9 g/dL; p respecto a 4 semanas: ns) si bien en un 20% de casos en este tiempo se encontró una Hb en rango anemia. De modo análogo la administración de Fe-Carb resultó en un aumento de la ferritina a las 4 semanas (inicio: ferritina 7,1 ± 5,3 ng/ml vs 4 meses: 177,0 ± 22,0 ng/ml; p < 0,001). Sin embargo los niveles disminuyeron a los 12 meses (ferritina 53,0 ± 4,8 ng/ml; p respecto a 4 semanas < 0,01) y en un 36% de casos en este tiempo se encontró una ferritina < 30 ng/ml. La administración de Fe-Carb se asoció efectos adversos transitorios y de intensidad leve o moderada en un 5% de casos. La administración de dosis de 1.000 mg de Fe-Carb no se asoció con un aumento de la proteína C reactiva ultrasensible a las 4 semanas de la inyección (inicial: 1,5 ± 0,3 mg/l vs 4 semanas: 1,6 ± 0,8 mg/l; p = ns).

Conclusiones: En base a nuestros datos concluimos que: (1) el uso de FeIV es frecuente en el seguimiento del paciente sometido a CB; (2) a menudo la indicación de FeIV se relaciona más con mala

Tabla 1. Características basales

Hombres	Mujeres	Edad (años)	Hb al ingreso (g/dL)	UCH	Hb al alta (g/dL)	IST al alta (%)
65%	35%	59,6	9,5	1,8	9,3	16

Tabla 2. Resultado comparativo

	Día 7			Día 21			Día 42		
	Fe oral	Fe IV	p	Fe oral	Fe IV	p	Fe oral	Fe IV	p
% respuesta completa	0%	0%	-	44,8%	84,6%	0,004	63%	96,2%	0,005
% respuesta parcial	36,7%	20%	0,14	69%	96,2%	0,009	77,8%	96,2%	0,05
% repleción depósitos Fe	24,1%	44%	0,15	27,6%	37,5%	0,56	25,9%	75%	0,0007

tolerancia la hierro oral o escasa respuesta al mismo que con la gravedad de la anemia; (3) globalmente puede considerarse que el hierro carboximaltosa es eficaz y seguro para el tratamiento del déficit de hierro tras la CB.

Oncología gastrointestinal

135. HALLAZOS EN LAS COLONOSCOPIAS ADICIONALES Y/O DE CONTROL TRAS UNA RESECCIÓN DE UN PÓLIPÓ ≥ 20 MM EN UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CCR

L. Carot^a, B. Massó^b, C. Álvarez-Urturi^a, X. Bessa^a y M. Andreu^a

^aHospital del Mar, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo.

^bHospital del Mar, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Introducción: La vigilancia endoscópica en un programa de cribado se fundamenta en los hallazgos de una colonoscopia basal, no obstante es bien conocido que la colonoscopia tiene un porcentaje no despreciable de pólipos no detectados. Las actuales guías Europeas de cribado aconsejan la realización de una endoscopia al año en pacientes con adenomas de alto riesgo (adenomas ≥ 20 mm y/o ≥ 5 adenomas).

Objetivo: Evaluar los hallazgos y los factores predictores de detectar lesiones no identificadas previamente en colonoscopias adicionales y/o de control (no seguimiento) después de la resección de un pólipó ≥ 20 mm en un Programa de Cribado Poblacional Cáncer Colorrectal (PCPCCR).

Métodos: Selección de pacientes 1º ronda con pólipos ≥ 20 mm del PPCCR en el área de Ciutat Vella-Sant Martí (Barcelona) con endoscopia adicional y/o de control realizadas durante el primer año. Se definió como endoscopia adicional como aquella efectuada para completar polipectomías, dudas de resección completa o complicaciones y endoscopia de control aquella efectuada para valorar una resección fragmentada o un margen afecto.

Resultados: En una primera ronda de cribado se han detectado 226 pólipos ≥ 20 mm. Globalmente se han efectuado un total de 69 colonoscopias (6 colonoscopias adicionales, 58 de control, y en 5 casos colonoscopia adicional y posteriormente control). Se han detectado 8 pólipos ≥ 10 mm en 6 (8.7%) individuos, 27 adenomas en 22 (31.9%) individuos y 9 adenomas avanzados (AA) en 9 (13.0%) individuos. Los pólipos ≥ 10 mm, tenían una morfología I_s (sésil) y I_a + I_b (superficial elevado + plano) en 2 (25%) y 5 (56%) de los casos respectivamente, mientras los AA eran mayormente sésiles (I_s), 6 (75%). Ni la presencia de divertículos colónicos, melanosis coli, dolicocolon, Boston basal ni motivo colonoscopia se asoció a los hallazgos. Únicamente un tiempo de retirada ≥ 10 min se asoció de forma no significativa a una menor detección pólipos mayores de 10 mm ($p < 0,09$), pero no con la detección de adenomas y/o adenomas avanzados.

Conclusiones: El número total de lesiones detectadas en este grupo de alto riesgo justificaría la recomendación de las guías clínicas de realizar una colonoscopia de seguimiento al año.

136. AUMENTO DE DETECCIÓN DE LESIONES PROXIMALES EN RONDAS CONSECUKTIVAS EN UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL. DATOS PROVISIONALES DE TERCERA RONDA

L. Carot^a, C. Hernández^b, C. Álvarez-Urturi^a, J.M. Augé^c, A. Burón^b, F. Macià^b, A. Castells^d, M. Andreu^a y X. Bessa^a

^aHospital del Mar, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo.

^bHospital del Mar, Barcelona, Departamento de Epidemiología.

^aHospital Clínic de Barcelona, Departamento de Bioquímica.

^bHospital Clínic de Barcelona, Servicio de Gastroenterología.

Introducción: Los programas de cribado poblacional de cáncer de colorrectal (PCPCCR) mediante la detección de sangre oculta en heces (SOHi) se basa en la identificación del cáncer y de sus lesiones precursoras. Los datos actuales sobre la utilidad del SOHi en diferentes rondas consecutivas son limitados y basados en el número de rondas de cribado efectuadas y no en el número de cribados efectuados en cada individuo.

Objetivo: Determinar los valores predictivos positivos para la detección de adenoma avanzado (AA), Cáncer colorrectal (CCR) y neoplasia avanzada (NA) en rondas consecutivas de cribado en base al número de cribados efectuados por individuo.

Métodos: Evaluación de 3 rondas consecutivas en un PCPCCR (primera y segunda ronda completa, y datos tercera ronda provisional no completa). Se ha realizado una comparación de hallazgos según el nombre de cribados realizados en las diferentes rondas: Cribado Único (CU); cribado en 1^a o 2^a o 3^a ronda, exclusivamente, vs cribado doble (CD); cribado en 1+2 o 2+3 ronda vs cribado triple (CT); cribado en 1+2+3 ronda.

Resultados: Se compararon los datos de todos los participantes en primera, segunda y tercera ronda con test SOHi positivo con posterior colonoscopia (4.182 vs 3.624 vs 2.978, individuos respectivamente). La cifra total de participantes evaluados en base al número de cribados efectuados fue el siguiente: CU = 6.284, CD = 2.949 y CT provisional = 1.376, respectivamente). La tasa de positividad del test SOHi disminuye significativamente después de un primer cribado pero se mantiene posteriormente estable en cribados consecutivos (CU: 6,3% vs CD: 4,8% vs CT: 4,7%, $p < 0,0001$). En individuos con cribados consecutivos se observó un descenso tanto en el número de CCR como de NA detectados (CU: 5,9% vs CD: 3,3% vs CT: 2,5%, $p < 0,0001$ y CU: 36,9% vs CD: 27,2% vs CT: 22,6%, $p < 0,0001$, para CCR y NA, respectivamente). A pesar de que no hubieron diferencias en relación al estadio tumoral (I-II vs III-IV) de los CCR detectados (CU: 29,6% vs CD: 30,9% vs CT: 21,0%, $p < 0,964$), se observó un aumento significativo en la localización proximal del CCR (CU: 22,3% vs CD: 26,6% vs CT: 43,3%, $p < 0,031$). Globalmente, las NA detectadas presentaban una tendencia no significativa a localizarse proximalmente en base al número de cribados efectuados (CU: 9,6% vs CD: 8,4% vs CT: 8,4, $p < 0,092$), no obstante, el análisis exclusivo de los individuos con NA, mostró un aumento significativo de individuos con NA proximal (CU: 26,0% vs CD: 30,7% vs CT: 37,1%, $p < 0,0001$).

Conclusiones: La tasa de positividad de SOHi disminuye tras la ronda inicial, pero se mantiene posteriormente estable. Si bien, se observa un descenso total en las lesiones detectadas, los resultados pueden sugerir que un primer cribado permite detectar mayoritariamente las lesiones distales, mientras que las rondas consecutivas identifican un mayor número de lesiones proximales.

137. RESULTADOS DE LA PRIMERA VUELTA DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL EN NAVARRA (ZONA BÁSICA ESTELLA)

R. Irisarri Garde^a, M. Ederra Sanz^b, R. Rojas Zuasti^c, E. Borobio Aguilar^a, R. Armendariz Lezaun^a y C. Alonso Ganuza^c

^aHospital García Orcoyen, Estella, Aparato Digestivo. ^blInstituto de Salud Pública de Navarra. ^cHospital García Orcoyen, Estella, Enfermera Endoscopia.

Introducción: El programa de detección precoz de cáncer colorrectal (PDPCCR) se dirige a hombres y mujeres asintomáticos con edades entre 50 y 69 con un riesgo medio de cáncer colorrectal. Se realiza con el test de sangre oculta en heces (TSOH) de tipo inmunológico cuantitativo con un punto de corte de 100 ng/ml.

Métodos: Desde el 12 de diciembre de 2013 al 9 de diciembre de 2014 se envían invitaciones para participar a 4.847 personas de la

población de Estella con una participación del 65, 29% (66,97% en mujeres y 63,41% en hombres). El porcentaje de TSHO es de 7,42%.

Resultados: En nuestro hospital se realizan 196 colonoscopias realizadas por 4 endoscopias; 7 no válidas por mala preparación (3,8%), 3 incompletas (1,63%) y 5 remitidas a colonoscopia terapéutica (2,7%). Media en el tiempo de retirada 26,31 minutos (17,58-44,10). En 156 exploraciones (80%) se extirpan pólipos recuperándose el 98,29%. Resumen de los hallazgos: normal (colonoscopia) 3 1,74%; patología banal no significativa (colonoscopia) 29 16,86%; pólipos de bajo riesgo 35 20,35%; Pólipos de bajo riesgo (colo TC) 1 0,58%; pólipos serrados de riesgo medio-bajo 6 3,49%; pólipos de riesgo medio 45 26,16%; patología benigna significativa 2 1,16%; pólipos de alto riesgo 36 20,93%; tumor detectado por cribado 15 8,72%. Estadios de los tumores diagnosticados: Tis: 3; T1: 5, TIIa: 2, TIIb: 4, T4: 1. Localización de los tumores: colon sigmoide (16 a 45 cm) 9; unión recto-sigma (11 a 15 cm): 2; recto (3 a 10 cm): 1; resto de localizaciones: 3.

Conclusiones: La tasa de participación del PDPCCR en nuestra región es del 65,29%. En el 29,65 de los casos se detectan pólipos de alto riesgo o CCR. La mayoría de los CCR detectados se encuentran en estadios iniciales.

138. IMPACTO DE LAS COLONOSCOPIAS ADICIONALES EN UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR). ESTRATEGIAS DE MEJORA

A. Raga^a, L. Carot^a, C. Hernández^b, A. Burón^b, M. Comas^b, F. Macià^b, C. Álvarez-Urturi^a, M. Andreu^a y X. Bessa^a

^aHospital del Mar, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo.

^bHospital del Mar, Barcelona, Departamento de Epidemiología.

Introducción: La implantación de los programas de cribado poblacional de cáncer colorrectal (PCPCCR) ha condicionado un aumento en la actividad de las Unidades de Endoscopia y una carga económica para el sistema de salud público. Los hallazgos en la colonoscopia basal han generado la necesidad de realizar colonoscopias consecutivas las cuales no se consideran propiamente de seguimiento. El control de la resección completa, la preparación intestinal deficiente o las polipectomías adicionales son indicaciones para repetir la endoscopia. No obstante, los datos actuales sobre la incidencia y la existencia de factores previos asociados a exploraciones adicionales son limitados.

Objetivo: Determinar el impacto de colonoscopias adicionales, no propiamente de seguimiento, e identificar factores predictores antes de la exploración en un programa poblacional de cribado de CCR (PPCCR).

Métodos: Evaluación de las colonoscopias realizadas en primera ronda tras un resultado positivo en el test SOHi (sangre oculta en heces inmunológica) dentro del PPCCR en el área de Ciutat Vella-Sant Martí (Barcelona). Se ha definido colonoscopia adicional como aquella realizada antes del primer año de la colonoscopia basal (colonoscopia no de vigilancia).

Resultados: En el área evaluada se han efectuado 1.446 colonoscopias tras un test SOHi positivo. Sobre un total de 196 (13,6%) individuos con indicación de colonoscopia adicional, se han efectuado 223 colonoscopias en 188 individuos (13%). Las principales indicaciones de repetición de la colonoscopia fueron: control de resección completa (55,6%), principalmente tras resección en fragmentos, polipectomía adicional (13,3%) y una preparación deficiente (19,4%). Las variables asociadas a necesidad de una colonoscopia adicional fueron el sexo masculino (OR 1,5; IC95%: 1,11-2,09; p = 0,01), la presencia de adenomas de alto riesgo (OR 2,12; IC95%: 1,75-2,59; p < 0,001) o CCR (OR 5,1; IC95%: 3,29-8,08; p < 0,001) y la concentración de hemoglobina fecal, SOHi (OR 1,35; IC95%: 1,18-1,56; p < 0,001). Los factores previos a la colonoscopia basal asociados de forma independiente con la necesidad de repetir el

procedimiento fueron el sexo masculino (OR 1,44; IC95%: 1,04-1,98; p = 0,01) y la concentración de hemoglobina fecal (OR 1,38; IC95%: 1,16-1,34; p = 0,01).

Conclusiones: La realización de colonoscopias adicionales lleva un impacto no despreciable en un PPCCR. La implementación de medidas destinadas a mejorar la limpieza intestinal y la prevención de los espacios y tiempos destinados a la endoscópica basal en los pacientes varones con elevada concentración de hemoglobina fecal podría ayudar a reducir el número de colonoscopias adicionales.

139. EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN EL ÁREA CENTRO DE CÓRDOBA DE 2007 A 2014

V.M. González Cosano^a, A.J. Hervás Molina^a, M. Pleguezuelo Navarro^a, L. Guerrero Puente^a, F.J. Serrano Ruiz^a, L. Casáis Juanena^a, A. Naranjo Rodríguez^a, C. Díaz López^b, E. Torres Tordera^b, J. Gómez Barbadillo^b, A. Gómez España^c, A. Palacios Eito^d, M. Rodríguez Liñán^d, J.A. Vallejo Casas^e, C. Villar Pastor^f y F. Triviño Tarradas^g

^aHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Cirugía General. ^cHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Oncología Médica. ^dHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Oncología Radioterápica. ^eHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Medicina Nuclear. ^fHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Anatomía Patológica. ^gHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Radiodiagnóstico.

Introducción: El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte por cáncer. Supone un 10-15% de todos los cánceres en países occidentales, situándose en segundo lugar en incidencia, por detrás del pulmón en el hombre y de la mama en la mujer; y en primer lugar si se tienen en cuenta a ambos性.

Objetivo: Obtener datos clínico-epidemiológicos del cáncer colorrectal en la población de pacientes del área centro de Córdoba entre los años 2007 y 2014.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y observacional en el que se incluyeron a todos los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de colon y recto en el área centro de la provincia de Córdoba entre enero de 2007 y diciembre de 2014. El diagnóstico se realizó mediante colonoscopia en los casos no urgentes y mediante cirugía en los urgentes. El estudio de extensión incluyó: TC de tórax, abdomen y pelvis, ecografía abdominal y endorrectal, RM pélvica y PET en los casos en los que estuvo indicado. Se recogieron variables del sujeto (edad, sexo), del tumor (localización, estadio) y del tipo de estudio realizado, llevando a cabo un análisis global y otro anual.

Resultados: Se analizaron un total de 1.977 pacientes con edad media al diagnóstico de 70 años con un predominio del sexo masculino (63,7%). La incidencia anual ha sufrido un incremento pasando de 231 casos en 2007 a 303 en 2014 (51,79 a 65,68 casos por cada 100.000 habitantes). El 69,2% de las lesiones se localizan en colon, mientras que el 30,8% lo hacen en recto, siendo el 53,6% estenosantes, manteniéndose estas proporciones más o menos estables cada año. Ante la ausencia de un programa de cribado poblacional en el periodo analizado, los principales motivos de diagnóstico fueron rectorragia (29,7%) y anemia (15,6%). El segmento donde se localizó la lesión más frecuentemente fue en sigma con un 30,6%, seguido del recto inferior (13,4%) y recto medio (10%). El 34,6% presentaba al diagnóstico enfermedad locoregional y el 21,3% a distancia. En el 73% de los casos el diagnóstico fue llevado a cabo por el servicio de Aparato Digestivo, seguido por los servicios de Cirugía General y Medicina interna con un 17 y 8,3% respectivamente.

te. En el 63,6% de pacientes el diagnóstico se hizo de manera ambulatoria, mientras que el resto lo hizo durante un ingreso hospitalario, debutando el 10,6% del total de pacientes con complicaciones que requirieron cirugía urgente (porcentaje estable cada año). Tras el diagnóstico, un 61,6% fueron derivados a Cirugía, un 29,2% a Oncología y un 3,8% a Cuidados Paliativos.

Conclusiones: Los datos clínico epidemiológicos de nuestra área siguen el patrón esperado de distribución por edad pero no ocurre lo mismo con el género donde existe un predominio del sexo masculino. La incidencia se ha incrementado en 13 puntos en los últimos años. El 65% de los casos presenta enfermedad avanzada al diagnóstico.

140. ANÁLISIS DE TIEMPOS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CCR EN EL ÁREA CENTRO DE CÓRDOBA. ANÁLISIS DE 2007 A 2014

V.M. González Cosano^a, A.J. Hervás Molina^a, M. Pleguezuelo Navarro^a, M. Guerrero Misas^a, P. Pérez Galindo^a, C. González Alayón^a, L. Casáis Juanena^a, A. Naranjo Rodríguez^a, C. Díaz López^b, E. Torres Tordera^b, J. Gómez Barbadillo^b, A. Gómez España^c, A. Palacios Eito^d, M. Rodríguez Liñán^d, J.A. Vallejo Casas^e, C. Villar Pastor^f y F. Triviño Tarradas^g

^aHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Cirugía General. ^cHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Oncología Médica. ^dHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Oncología Radioterápica. ^eHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Medicina Nuclear. ^fHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Anatomía Patológica. ^gHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Radiodiagnóstico.

Introducción: Existen indicadores de calidad que establecen cuáles deben ser los tiempos empleados en las distintas fases del diagnóstico y el tratamiento del cáncer colorrectal (CCR). El análisis de estos tiempos permite una continua evaluación del proceso diagnóstico-terapéutico del CCR, posibilitando la detección de áreas de mejora, para una búsqueda continua del perfeccionamiento de la calidad asistencial.

Objetivo: Analizar los tiempos de demora del proceso diagnóstico-terapéutico del CCR en el área centro de Córdoba en los últimos 8 años.

Métodos: Se ha realizado un análisis descriptivo incluyendo a todos los pacientes diagnosticados de CCR entre el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2014 en el área centro de Córdoba y se han recogido en una base de datos las variables necesarias para el cálculo de los tiempos de demora en el proceso diagnóstico-terapéutico del CCR.

Resultados: Se han analizado un total de 11 tiempos de demora que se expresan en días. Realización de endoscopia desde la consulta fue de 36,8 y de 6,7 desde el día de ingreso. Existe un incremento progresivo en los pacientes ambulatorios, sobre todo en los dos últimos años, siendo en 2014 de 54. Ocurre lo contrario los pacientes ingresados. En el resultado de la biopsia endoscópica la media es de 6,9. En los últimos 3 años se ha producido una reducción del tiempo a 5,2. En cuanto a la toma de decisión la demora desde el diagnóstico se mantuvo por debajo de una semana (5,3) en pacientes ambulatorios, y en ingresados fue de 2. En los pacientes en los que se indicó radioterapia, como tratamiento neoadyuvante o definitivo, el tiempo medio hasta el inicio fue de 9,8, cifra muy similar en los pacientes subsidiarios de quimioterapia (9,6). En el tiempo hasta la cirugía se ha desglosado en los que se sometieron a cirugía directamente (17,7, con mayor retraso en los últimos años hasta alcanzar 23,8 en 2014), los que recibieron radioterapia previamente a la cirugía (40,3) y aquellos que recibieron quimiotera-

pia preoperatoria (23,3). El tiempo hasta la recepción de la anatomía patológica de la pieza quirúrgica se ha ido reduciendo en los últimos años, siendo la media de 9,5. Por último, el tiempo desde la cirugía hasta el inicio de la quimioterapia fue de 30,9 desde la propia intervención y de 18,5 desde la fecha del alta, manteniéndose estable a lo largo del tiempo en ambos casos.

Conclusiones: En los pacientes con CCR, existe un exceso en la demora de la endoscopia diagnóstica que se ha incrementado en los últimos años, debido a la cada vez más elevada carga asistencial. Se ha identificado un retraso en los últimos años en la cirugía, que también responde a la saturación de los quirófanos. Con respecto al resto de tiempos analizados se mantienen en unas cifras adecuadas, consiguiéndose incluso una reducción de los mismos en los últimos años.

141. EFECTO DE LA ASPIRINA SOBRE EL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES EN PACIENTES CON SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

L. Bujanda^a, C. Sarasqueta^a, P. Vega^b, M. Salve^b, E. Quintero^c, V. Álvarez-Sánchez^d, F. Fernández-Bañares^e, J. Boadas^f, R. Campo^g, J. Clofent^h, A. Ferrándezⁱ, L. Rrealba^j, D. Rodríguez-Alcaide^k, V. Hernandez^l y J. Cubiella^{b,m}

^aHospital de Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU y CIBERehd, Servicio de Aparato Digestivo. ^bComplejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario de Canarias, La Laguna, Servicio de Aparato Digestivo. ^dComplejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Universitario Mutua de Terrassa y CIBEREHD, Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo.

^fConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo.

^gCorporació Sanitària Parc Taulí y CIBERehd, Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo. ^hHospital de Sagunto, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital Universitario Clínico de Zaragoza y CIBERehd, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital Dr. Josep Trueta, Girona, Servicio de Gastroenterología. ^kHospital Universitario de Móstoles, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^lComplejo Hospitalario Universitario de Vigo, Servicio de Aparato Digestivo. ^mInstituto de Investigación Biomédica Ourense, Pontevedra y Vigo.

Introducción: La aspirina es un fármaco que produce lesiones y síntomas gastrointestinales. Nuestro objetivo era determinar el efecto de la aspirina en el test de sangre oculta en las heces inmunológico (FIT) en pacientes a los que se les realiza una colonoscopia por síntomas gastrointestinales.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo en el que se incluyeron pacientes con síntomas gastrointestinales a los que se solicitó una colonoscopia entre marzo de 2012 y setiembre de 2013. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica, un FIT y una analítica que incluyó hemoglobina y antígeno carcinoembrionario (CEA). Se calcularon la sensibilidad, especificidad y la curva ROC para cada grupo.

Resultados: Se incluyeron 3.039 pacientes, de los que 472 (16%) tomaban aspirina. 414 (88%) tomaban menos de 300 mg al día de aspirina y 58 = 300 mg al día. No hubo diferencia en la positividad del test entre los que tomaban o no aspirina (38,8% vs 35,8%; p = 0,2). En el análisis multivariante observamos como los hombres, una edad mayor a 50 años, una hemoglobina baja, la presencia de rectorragia o un nivel superior a 3 mg/dL de CEA tenían una mayor probabilidad de presentar un FIT positivo. La sensibilidad, especificidad y curva ROC para neoplasia avanzada en los que tomaban aspirina fue del 76%, 74% y 0,78 en los que tomaban aspirina, frente al 87%, 67% y 0,80 en los que no tomaban, sin diferencias estadísticamente significativas. Los pacientes con consumos de aspirina = 300 mg al día tenían una menor prevalencia de neoplasia avanza-

da. La sensibilidad, especificidad y curva ROC en este último grupo fue de 54,5%, 72%, y 0,63, respectivamente.

Conclusiones: La aspirina no altera la precisión diagnóstica del FIT en pacientes con síntomas gastrointestinales. Dosis superiores a 300 mg al día pueden disminuir la precisión del test al disminuir la prevalencia de neoplasia avanzada en estos pacientes.

142. EVENTOS GASTROINTESTINALES DESPUÉS DE UNA COLONOSCOPIA NEGATIVA EN UN PROGRAMA ORGANIZADO DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL BASADO EN PRUEBA INMUNOQUÍMICA DE SANGRE OCULTA EN HECES

L. Rivero-Sánchez^a, M. Pellisé^a, M. López-Cerón^a, J. Grau^b, A. Pozo^b, A. Serradesanferm^b, M. Díaz^b, C. Rodríguez de Miguel^a, J.M. Augé^c, L. Llovet^a y A. Castells^a

^aHospital Clínic de Barcelona, Departamento de Gastroenterología. ^bHospital Clínic de Barcelona, Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. ^cHospital Clínic de Barcelona, Departamento de Bioquímica.

Introducción: Una prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces positiva (FIT) se asocia a la presencia de neoplasia colorrectal y/o sangrado por lesiones no neoplásicas. Sin embargo, una considerable proporción de individuos con FIT positivo tienen una colonoscopia normal.

Objetivos: 1) identificar las posibles causas de FIT positivo en sujetos con colonoscopia normal y 2) determinar la tasa de cáncer colorrectal (CCR) post-colonoscopia en esta cohorte.

Métodos: Incluimos todos los individuos participantes de la primera ronda del programa organizado de cribado de CCR de Barcelona Esquerra (enero 2010-diciembre 2012) con FIT positivo ($= 20 \mu\text{g/g}$) y colonoscopia completa negativa (ausencia de lesiones neoplásicas). Se registraron los datos de consultas y/o procedimientos por eventos gastrointestinales (GI) posteriores al cribado a través de la base de datos del Servicio Nacional de Salud (Historia Clínica Hospitalaria e Historia Compartida de Cataluña). La imputación de causalidad del FIT positivo se estableció de acuerdo al momento de presentación del evento: certera (detectado en la colonoscopia de índice [cribado]), probable ($= 6$ meses tras la colonoscopia índice), posible ($6-12$ meses tras la colonoscopia índice), incierta (> 12 meses tras la colonoscopia índice). El CCR post-colonoscopia fue definido como todo CCR invasivo detectado tras la colonoscopia índice y antes del final de seguimiento (mediana 50,6 meses [rango 36-69]).

Resultados: De 2.659 individuos sometidos a colonoscopia después de un FIT positivo, 811 (30,5%) (edad $59,1 \pm 0,4$ años; 60,7% mujeres) tuvieron una colonoscopia negativa. En 102 (12,6%) se identificó una causa certera de FIT positivo (angiodisplasias, 50; lesiones inflamatorias, 52). De los restantes 709 individuos con colonoscopia normal, 30 (4,2%) tuvieron eventos GI posteriores clasificados como: causa probable en 2 pacientes (1 adenocarcinoma gástrico avanzado, 1 esofagitis grado D de Los Ángeles), causa posible en 4 pacientes (1 CCR invasivo, 1 linfoma de intestino delgado, 1 hemorragia diverticular y 1 ectasia antral vascular) y causa incierta en 24 pacientes (2 CCR invasivos y 2 CCR intramucosos, 3 adenomas colorrectales, 14 lesiones inflamatorias y 3 patología anorrectal). La edad, sexo, niveles de FIT, comorbilidad avanzada (hepática, renal, coagulopatía) o tratamiento crónico con antiagregantes/anticoagulantes/AINEs no se asoció con una mayor prevalencia de eventos GI posteriores. Por otra parte, se detectaron 3 (0,36%) CCR post-colonoscopia (edad $56,3 \pm 7,5$ años; 66% hombres; estadio TNM: 2 IIIA y 1 IIIB) entre 11-28 meses tras el cribado. No hubo diferencias significativas en relación a edad, sexo o niveles de FIT entre los sujetos con y sin CCR post-colonoscopia.

Conclusiones: La mayoría de los individuos (83%) con un FIT positivo y colonoscopia negativa no tienen ningún evento gastrointestinal posterior que justifique dicho resultado. La tasa de CCR post-colonoscopia en estos sujetos es baja (0,36%).

143. VALIDACIÓN EXTERNA DE LOS MODELOS PREDICTIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN PACIENTES SINTOMÁTICOS

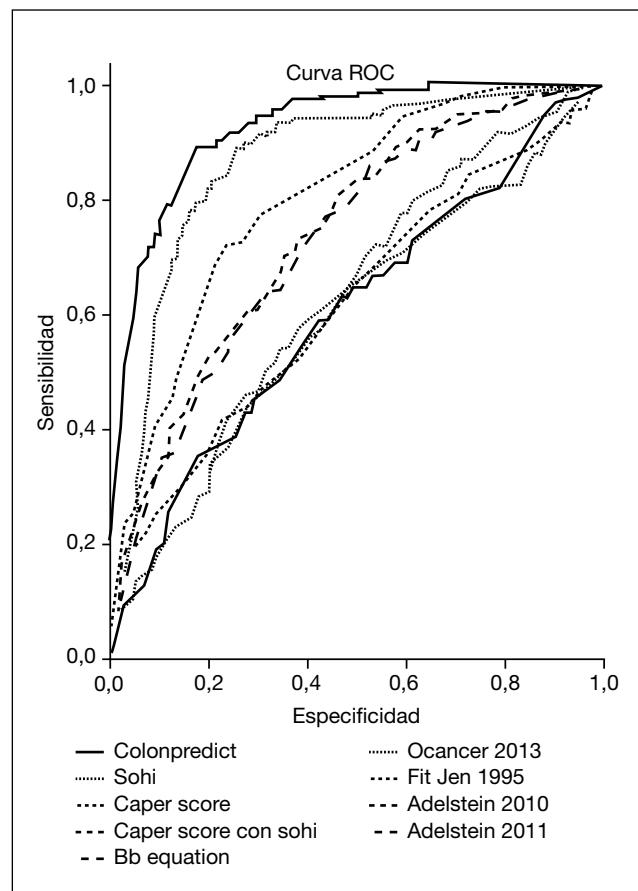
J. Herrero Rivas^a, P. Vega Villaamil^a, M. Salve Bouzo^a, L. Bujanda^b y J. Cubiella^{a,c}

^aComplejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital de Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU y CIBERehd, Servicio de Aparato Digestivo. ^cInstituto de Investigación Biomédica Ourense, Pontevedra y Vigo.

Introducción: Los modelos predictivos para la detección del CCR en pacientes sintomáticos pretenden identificar los individuos con CCR, reducir los tiempos de demora y mejorar el pronóstico de los mismos.

Objetivo: Validación externa de los modelos predictivos de CCR en una cohorte de pacientes sintomáticos remitidos a colonoscopia. Comparación de la precisión diagnóstica de los modelos predictivos en función de la población en la que fueron desarrollados y la inclusión del test inmunológico de sangre oculta en heces (SOHi).

Métodos: Se determinaron los modelos predictivos en la base de datos del estudio COLONPREDICT (1.572 pacientes, 13,6% CCR) en la que se había recogido mediante un cuestionario estructurado los síntomas de los pacientes y la SOHi antes de realizar una colonoscopia.



copia Dos autores calcularon los coeficientes de regresión de las variables incluidas en cada uno de los siete modelos predictivos, cinco procedentes de estudios con población de atención primaria (QCancer 2013, CAPER score con y sin SOHi, BB equation y Fitjen) y dos procedentes de estudios con pacientes referidos a colonoscopia (Adelstein 2010 y 2011). Se determinaron las curvas ROC y el área debajo de la curva (AUC) de cada uno de los modelos, del modelo COLONPREDICT® y de la SOHi para la detección de CCR.

Resultados: El AUC de los modelos predictivos desarrollados en atención primaria se situó entre 0,59 y 0,62: QCancer 2013 0,59 (IC95% 0,55-0,64), BB equation 0,59 (IC95% 0,55-0,63), Fitjen 1995 0,63 (IC95% 0,59-0,66) y CAPER score (sin SOHi) 0,62 (IC95% 0,57-0,66). El AUC de los modelos desarrollados en población remitida a colonoscopia se situó entre 0,73 y 0,74: Adelstein 2010 0,74 (IC95% 0,70-0,77) y Adelstein 2011 0,73 (IC95% 0,69-0,76). Finalmente los tres modelos en los que se incluía un test de SOHi tenían una precisión diagnóstica superior: CAPER score (con SOHi) 0,80 (IC95% 0,76-0,83), SOHi 0,86 (IC95% 0,84-0,89) y COLONPREDICT® 0,92 (0,91-0,94).

Conclusiones: Los modelos predictivos de CCR basados exclusivamente en síntomas tienen peor precisión diagnóstica que los que incluyen la SOHi. Los modelos desarrollados en atención primaria tienen una precisión diagnóstica inferior a los desarrollados en población derivada a colonoscopia.

144. REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES PERIAMPULARES. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

M. García Campos, G. Cordón, N. García Morales, A. del Val y P. Nos

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

Introducción: Los tumores periampulares (TPA) se ubican en la vecindad de la ampolla de Vater. Pueden originarse en el páncreas, la vía biliar, el duodeno y otras estructuras adyacentes a la zona ampular. Aunque comparten determinadas características, la frecuencia y el pronóstico son diferentes, por lo que es imperativo un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con TPA ingresados en la Unidad de Gastroenterología del Hospital La Fe de Valencia.

Métodos: Se incluyeron a todos los pacientes con TPA ingresados desde mayo de 2012 hasta septiembre de 2015. Se registraron variables clínicas, analíticas, los métodos diagnósticos y el tratamiento aplicado.

Resultados: Durante el período de estudio, un total de 89 pacientes fueron diagnosticados de TPA. La edad media fue de 72 años y la relación mujer/varón 1,05:1. Las lesiones malignas de páncreas fueron las más frecuentes (74,15%) seguidas del colangiocarcinoma (16,85%) y de los tumores ampulares (7,86%). La localización más frecuente dentro del páncreas fue la cabeza (73,53%) y el tipo histológico más frecuente el adenocarcinoma ductal de páncreas. El estadio más común en los tumores pancreáticos fue el EIV (37,3%), en los colangiocarcinomas el estadio Bismuth I (50%) y los ampulomas se diagnosticaron prácticamente en su totalidad en el EII. El método diagnóstico principal en los tumores pancreáticos fue la TC abdominal (89,4%). En el colangiocarcinoma fueron la TC (40%) y la colangio-RM (46,7%) y en los ampulomas permitieron el diagnóstico la TC (50%), la CPRE (25%) y la RM (25%). El 36% de los pacientes fue sometido a resección quirúrgica, mientras el 12,4% no recibió ningún tipo de tratamiento. El 41,6% se sometió a un tratamiento oncológico y en el 55% de los casos se realizó drenaje biliar, alcanzando una bilirrubina total media de 17,94 mg/dL. Un 66% de los drenajes se realizó vía endoscópica, mientras un 44% se hizo de forma percutánea. En un 72,34% de los pacientes el drena-

je biliar formó parte del tratamiento paliativo, siendo en un 27,66% el procedimiento previo a la cirugía de resección.

Conclusiones: El registro hospitalario ha permitido conocer el perfil de los TPA lo que puede contribuir a definir una mejor estrategia diagnóstico-terapéutica y ser de utilidad en la investigación clínica.

145. SUSCEPTIBILIDAD GENÉTICA E HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER COLORRECTAL. INFLUENCIA DE POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE NUCLEÓTIDO ÚNICO EN EL DESARROLLO DE LESIONES PRENEOPLÁSICAS COLORRECTALES EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

C.J. Gargallo Puyuelo^a, A. Lanas Arbeloa^{b,c,d}, P. Carrera Lasfuentes^{b,d}, A. Ferrández Arenas^c, E. Quintero^e, M. Carrillo Palau^e, I. Alonso Abreu^e, S. Arechavaleta^b, J. Montero^d, P. Roncalés Lázaro^d, E. Piazuelo^{b,d,f} y A. García González^{b,d,f}

^aHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Departamento de Gastroenterología. ^bCiber de enfermedades hepáticas y digestivas. ^cHospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^dInstituto de Investigación Sanitaria de Aragón.

^eHospital Universitario de Canarias, La Laguna, Servicio de Aparato Digestivo. ^fInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Introducción: Estudios epidemiológicos en pacientes con cáncer colorrectal (CCR) muestran que los familiares de primer grado (FPG) presentan un riesgo 2-3 veces superior de padecer CCR que la población general. Ello es debido probablemente a la herencia de múltiples variantes de riesgo en genes de baja penetrancia. Sin embargo, se sabe muy poco sobre el papel de dichas variantes en el desarrollo de lesiones preneoplásicas (adenomas) en función de la historia familiar de CCR. Por tanto, el objetivo de nuestro estudio fue evaluar la influencia de ciertos polimorfismos (SNPs) asociados a CCR en el desarrollo de adenomas, especialmente en aquellos FPG de pacientes con CCR.

Métodos: Estudio caso-control, multicéntrico en el que se incluyeron 750 FPG de pacientes con CCR no sindrómico (casos) y 750 pacientes sin historia familiar de CCR (controles) emparejados por sexo, edad y lesión histológica. Casos y controles fueron seleccionados de entre los pacientes registrados en los Programas de Prevención de CCR de Aragón y Canarias. A todos los participantes se les realizó, al menos, 1 colonoscopia. ADN genómico de casos y controles fue genotipado para una panel de 99 SNPs asociados con CCR mediante la plataforma MassArray™ de Sequenom (CeGen).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de $54,5 \pm 9,4$ años y el 51,7% fueron mujeres. En el 57% de los pacientes no se hallaron lesiones preneoplásicas. Sin embargo, 288 pacientes (144 casos y 144 controles) presentaron adenomas no avanzados (ANA) y 354 (177 casos y 177 controles) adenomas avanzados (AA). Respecto al estudio genético, 2 SNPs (rs10505477 y rs6983267) en el gen CASC8 se asociaron de forma significativa con el desarrollo de adenomas. Así, los alelos rs10505477G y rs6983267T se asociaron, tras corregir por análisis múltiple, con un menor riesgo de adenomas en los controles (modelo recesivo, OR: 0,49, IC95%: 0,33-0,73 y OR: 0,46, IC95%: 0,31-0,70, respectivamente). Este efecto protector, por el contrario, no se observó en los casos. En el análisis estratificado por lesión histológica dichos SNPs se asociaron con un menor riesgo de ANA y AA en los controles aunque este efecto fue mayor en el caso de los ANA (OR: 0,38, IC95%: 0,21-0,67 para rs10505477 y OR: 0,32, IC95%: 0,17-0,61 para rs6983267). Por último, 2 SNPs (rs10795668 y rs11255841) localizados en la región no codificante LINC00709 se asociaron con un menor riesgo de ANA tanto en casos (modelo recesivo, OR: 0,22, IC95%: 0,06-0,72 para rs10795668 y OR: 0,08, IC95%: 0,03-0,61 para rs11255841) como en controles (modelo dominante, OR: 0,50, IC95%: 0,34-0,75 para rs10795668 y

OR: 0,52, IC95%: 0,35-0,78 para rs11255841) sugiriendo su posible implicación en etapas tempranas de la carcinogénesis colorectal.

Conclusiones: Varios SNPs de riesgo de CCR (rs10505477, rs6983267, rs10795668 y rs11255841) también se asocian al desarrollo de adenomas colorectales o de alguno de sus subtipos histológicos. Dicha asociación se ve influenciada por la historia familiar de CCR.

146. EL MODELO FAST® (FECAL HEMOGLOBIN, AGE AND SEX TEST): DESARROLLO Y VALIDACIÓN EXTERNA DE UN MODELO PREDICTIVO SENCILLO PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES SINTOMÁTICOS

J. Cubiella^a, J. Digby^b, F. Rodríguez Moranta^c, E. Quintero^d, V. Álvarez-Sánchez^e, F. Fernández Bañares^f, J. Boadas^g, R. Campo^h, L. Bujandaⁱ, J. Clofent^j, A. Ferrández^k, V. Piñol^l, D. Rodríguez-Alcaide^m, P. Vega^a, M. Salve^a, M. Díaz Ondinaⁿ, L. Rodríguez Alonso^c, J. Guardiola^c y C. Fraser^b

^aComplejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servicio de Aparato Digestivo. ^bScotish Bowel Screening Research Unit, University of Dundee, Escocia. ^cHospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario de Canarias, La Laguna, Servicio de Aparato Digestivo. ^eComplejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Universitario Mutua de Terrassa y CIBEREHD, Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo. ^gConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo. ^hCorporació Sanitària Parc Taulí y CIBEREhd, Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital de Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU y CIBEREhd, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital de Sagunto, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^kHospital Universitario Clínico de Zaragoza y CIBEREhd, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^lHospital Dr. Josep Trueta, Servicio de Gastroenterología. ^mHospital Universitario de Móstoles, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁿComplejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servicio de Análisis Clínicos.

Introducción: Los modelos predictivos para la detección de cáncer colorrectal (CCR) en pacientes sintomáticos están basados en criterios clínicos subjetivos y tienen una precisión diagnóstica limitada. Se requieren modelos predictivos fáciles de calcular basados en variables objetivas para su aplicación preferentemente en atención primaria.

Métodos: Estudio de desarrollo y validación externa de un modelo predictivo en el que se utilizó la cohorte inicial del estudio Colonpredict (1.572 pacientes, 13,7% CCR) como cohorte inicial. La concentración de hemoglobina fecal se cuantificó con un test inmunológico (OC-Sensor®). Hemos desarrollado el modelo predictivo FAST® basado en tres variables: concentración de hemoglobina fecal, edad y sexo mediante una regresión logística. Estratificamos la concentración de hemoglobina en cuatro grupos: indetectable, 1-19,9, 20-199 y = 200 µg Hb/g heces. La cohorte de validación (3.976, 5,2% CCR) consistió en pacientes incluidos en cinco estudios en los que se evaluaron cinco tests inmunológicos cuantitativos en pacientes sintomáticos. Comparamos la precisión diagnóstica entre las cohortes inicial y de validación mediante curvas ROC y el AUC. Se establecieron puntos de corte basados en la sensibilidad en la cohorte inicial (90 y 99%) y determinamos si existían diferencias en la sensibilidad y especificidad entre las dos cohortes con el test de chi-cuadrado.

Resultados: Las Odds Ratio de las variables incluidas en el modelo FAST® fueron edad (años) 1,03 (IC95% 1,02-1,05); sexo masculino 1,6 (IC95% 1,1-2,3); concentración de hemoglobina fecal 1-19,9 2,0 (IC95% 0,7-5,5); 20-199 16,8 (IC95% 6,6-42) y = 200 µg Hb/g heces 65,0 (IC95% 26-164). El AUC del modelo FAST fue de 0,87 (IC95%

0,85-0,90) en la cohorte inicial y 0,91 (IC95% 0,89-0,93) en la cohorte de validación ($p = 0,005$). En los puntos pre-establecidos con sensibilidad del 90% (coeficiente B 4,5), no encontramos diferencias en la sensibilidad entre la cohorte inicial (89,8%) y la de validación (87,5%; $p = 0,6$). Sin embargo, la especificidad fue superior en la cohorte de validación (inicial 71,3%, validación 82,3%; $p < 0,001$). En el punto de corte con una sensibilidad del 99% (coeficiente B 2,12) la sensibilidad en todas las cohortes para la detección de CCR fue del 100%. En cambio, la especificidad en la cohorte inicial fue inferior (inicial 13,9%, validación 19,8%; $p < 0,001$).

Conclusiones: El modelo FAST® es un modelo predictivo sencillo para la detección de CCR en base a variables fácilmente accesibles. Este modelo establece grupos con riesgo alto, intermedio y bajo de detección de CCR. Aunque hemos detectado diferencias en la especificidad, su sensibilidad es similar en diferentes escenarios, con diferentes técnicas analíticas y transferible geográficamente.

147. ETIOLOGÍA Y PREVALENCIA DE LOS CÁNCERES COLORRECTALES (CCR) POSCOLONOSCOPIA

M.L. Ruiz Rebollo^a, M.F. Muñoz^b, R. Aller de la Fuente^a, M. Álvarez Quiñones Sanz^c, G. González Redondo^a y J.M. González Hernández^a

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Clínico Universitario de Valladolid, Unidad de Apoyo a la Investigación. ^cHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: La colonoscopia es el “gold standard” en la detección y prevención del cáncer colorrectal (CCR). No obstante, en la práctica clínica habitual, nos encontramos pacientes que desarrollan un CCR a pesar de que se habían sometido a una colonoscopia previamente.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de CCRs de “novo” o no detectados tras la realización de una colonoscopia y valorar los posibles factores de riesgo.

Métodos: Se incluyen los pacientes diagnosticados de CCR según consta en la base de datos endoscópicos de nuestro hospital, entre marzo 2004 y septiembre 2011. Identificamos aquellos pacientes que tenían realizada una colonoscopia en los 5 años previos. Se recogieron: edad, sexo, comorbilidades e indicación de la colonoscopia, tamaño y localización del tumor así como su grado de diferenciación, su clasificación TNM y las posibles causas. Posteriormente comparamos este subgrupo de pacientes con los que habían sido diagnosticados de CCR en su primera colonoscopia (CCR esporádico, grupo control).

Resultados: Se incluyeron un total de 712 pacientes diagnosticados de CCR. 24 de ellos (3,6%) tenían una colonoscopia hecha en los 5 años previos (50% varones, 50% mujeres, edad media 72). Estos CCRs poscolonoscopia se atribuyeron a: 1 (4,2%) colonoscopia incompleta, 4 (16,6%) resección incompleta de adenoma, 1 (4,2%) biopsia fallida, 8 (33,3%) “lesiones no detectadas” y 10 (41,7%) fueron CCRs de nueva aparición. Los CCRs poscolonoscopia eran de menor tamaño que los CCR esporádicos (3,2 vs 4,5 cm, $p < 0,001$), principalmente localizados en colon proximal (62% vs 35%, $p = 0,006$), no había diferencias en cuanto al grado histológico ($p = 0,125$), pero sí una tendencia a presentar un mejor estadio TNM. ($p = 0,053$).

Conclusiones: Existe un pequeño riesgo de desarrollar un CCR tras una colonoscopia previa, en nuestra serie del 3,6%. El origen de estos tumores mayoritariamente (58,4%) está en factores que son atribuibles al propio procedimiento endoscópico y por tanto evitables. Los CCRs poscolonoscopia son de menor tamaño, localizados fundamentalmente en colon derecho y con tendencia a presentar un estadio TNM más precoz.

148. INCIDENCIA Y MORTALIDAD DE CÁNCER DE PÁNCREAS EN LA RIOJA DESDE 1998 HASTA 2013

V. Escrich Iturbe^a, A. Martínez Herreros^a,
E. Ramalle Gómara^b, C. Torres Vargas^c, B. Lapeña Muñoz^a
y B. Sacristán Terroba^c

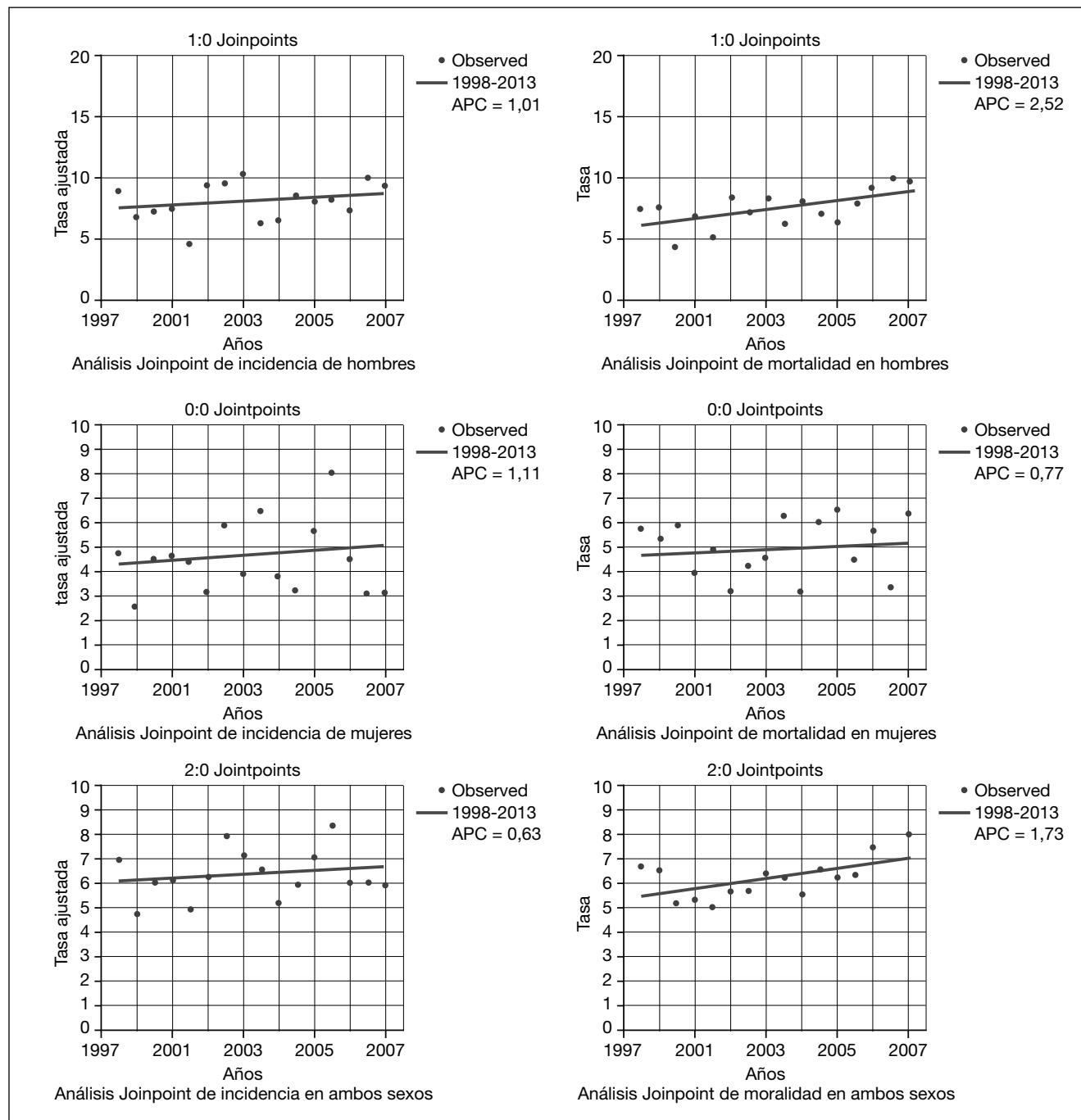
^aServicio de Digestivo, Hospital San Pedro, Logroño. ^bUnidades Docentes, Hospital San Pedro, Logroño. ^cHospital San Pedro, Logroño.

Introducción: En últimos años hemos observado un aumento en el diagnóstico de neoplasias pancreáticas en nuestra área de salud. Revisando las tasas de incidencia de cáncer de páncreas en España y a nivel mundial, estas permanecen en un porcentaje similar tanto

en hombres como en mujeres respecto a décadas anteriores salvo en algunos países del sur de Europa (Serbia, Francia...).

Métodos: El objetivo del estudio fue estimar la incidencia y mortalidad de cáncer de páncreas en la Comunidad Autónoma de La Rioja y sus tendencias en el periodo 1998 a 2013, mediante análisis de regresión joinpoint. Además, se analizaron los datos de 240 casos en función de la edad, el año de diagnóstico, el sexo, la histología y la localización tumoral.

Resultados: En los resultados destacó el aumento de la mortalidad atribuida a cáncer de páncreas en ambos sexos, sobre todo a expensas del grupo de varones (un aumento porcentual promedio por año del 2,52% en la mortalidad siendo estadísticamente significativo). El grupo de edad entre 75 y 85 años fue el más frecuente



(30%), la edad media fue de 69 años y el adenocarcinoma (61,7% (incluyendo tumores que no se pudo obtener histología)) y la localización en cabeza pancreática (65,4%) continúan siendo el tipo tumoral y la localización más frecuentes.

Conclusiones: Se ha confirmado una tendencia creciente respecto a la incidencia de cáncer de páncreas en los últimos 15 años en La Rioja. Se ha observado una tendencia ascendente estadísticamente significativa en la mortalidad atribuida por cáncer de páncreas, y principalmente como consecuencia del aumento en la mortalidad de la población masculina diagnosticada. Los datos de incidencia son similares al Sur de Europa y los de mortalidad ligeramente superiores. Puede significar un punto de partida para nuevas hipótesis que tengan como objetivo evaluar factores de riesgo de cáncer de páncreas asociados con factores genéticos y ambientales más prevalentes en la población masculina.

149. ÓPTIMA PARTICIPACIÓN Y ALTA TASA DE PATOLOGÍA NEOPLÁSICA EN EL PROGRAMA POBLACIONAL DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE COLON EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN. DATOS PRELIMINARES

A. Lanas^a, J.I. García-Montero^b, P. Roncalés^b, J.J. Sebastián^c, E. Bajador^d, J. Millastre^e, C. Thomson^f, F.J. Aranguren^g, E. Luengo^h, S. Santoláralⁱ, E. Arruebo^e, P. Sebastián^b, M. Navarro^c, A. Ferrández^j, P. Carrera^k y O. Martínez^b

^aHospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^bDepartamento de Sanidad, Gobierno de Aragón.

^cHospital Royo Villanova, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo.

^dHospital Universitario Miguel Servet, Departamento de Gastroenterología. ^eHospital de Barbastro, Huesca. ^fHospital Obispo Polanco, Teruel, Unidad de Digestivo. ^gHospital Ernest Lluc, Calatayud. ^hHospital de Alcañiz, Teruel, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital San Jorge, Huesca, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital Clínico Universitario Lozano Blesa y

^kCIBERehd, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^lCIBERehd, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Introducción: La estrategia en cáncer del SNS establece como uno de sus objetivos la necesidad de incluir en la cartera de servicios la detección precoz del cáncer de colon en la población comprendida entre los 50 y los 70 años. En base a los principios de equidad, en la comunidad autónoma de Aragón se ha iniciado este programa priorizando su extensión a todo el territorio, e iniciando el mismo en el segmento de población de mayor riesgo en las personas de 60 a 69 años. Aquí se presentan los resultados preliminares del programa.

Métodos: Tras identificar la población susceptible de cribado mediante tarjeta sanitaria (BDU) y aplicar los criterios de exclusión definitiva previamente definidos, las personas son invitadas mediante carta remitida por su médico de atención primaria. Las personas que responden acuden a su centro de salud donde se confirma la presencia de criterios de inclusión y ausencia de criterios de exclusión definitivos o temporales. Las personas son instruidas y se les entrega un kit de SOHi (Sentifit; Sismex-Sentinel Ch SpA. Barcelona, España) que se remite al laboratorio central desde el propio centro de salud. El punto de corte se estableció en 20 ug/g de heces. Los casos positivos se citan para colonoscopia en centro de referencia en un plazo máximo de un mes a través de la Oficina Central de Cribado.

Resultados: Hasta el momento de la fecha seleccionada para el análisis (30/10/2015), se había invitado a un total 29.768 personas (89% de la población de 60-69 años susceptible en los centros de salud incorporados hasta ahora). Acudieron al centro de salud 19.251 personas (65% de los invitados). De ellos un 10% y un 2% se excluyeron por presentar criterios adicionales de exclusión o porque se negaron a participar respectivamente. Del total de personas

con test SOHi correctamente realizadas (93%), 2024 (13%) resultaron positivos, con tasa posterior de aceptación de colonoscopia del 99%. De los resultados de colonoscopias disponibles (1.741) en la fecha de corte, 1.010 pacientes (58%) presentaron patología neoplásica. El 17,4% (284) de los pacientes presentaron adenomas de bajo riesgo, el 25,6% (416) adenomas de riesgo medio, el 11,2% (182) adenomas de alto riesgo y el 5,3% (87) carcinomas invasivos; en un 2,5% (41) no se dispone de este dato. La distribución de hallazgos endoscópicos fue similar en todos los sectores del territorio de la comunidad, con ligero predominio en la tasa de participación en las zonas rurales. Los varones presentaron un riesgo mayor de patología neoplásica (RR ajustado por edad: 2,86; IC95%: 2,31-3,55). El 55% de los cánceres fueron diagnosticados en fase I-II y solo el 8,3% lo fueron en estadio IV.

Conclusiones: Los datos preliminares del programa de cribado poblacional de cáncer de colon en Aragón muestran una alta tasa de participación poblacional y alto valor predictivo positivo para neoplasia con el test empleado en la población de 60 a 69 años.

150. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER COLORRECTAL DE INTERVALO

L. Monteserín Ron^a, M. Jiménez Palacios^a, G. Molina Arriero^a, N. Reyes Campo^a, N. Fernández Fernández^a, D. Joao Matías^a, B. Álvarez Cuenllas^a, R. Díez Rodríguez^b, L. Vaquero Ayala^a y S. Vivas Alegre^a

^aComplejo Asistencial Universitario de León, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital del Bierzo, Ponferrada, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La colonoscopia es el gold standard para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones precancerosas como los pólipos adenomatosos. Los tiempos de revisión endoscópica están bien definidos en función de los hallazgos. La posterior aparición de Cáncer Colorrectal (CCR) tras un examen inicial antes de la revisión fijada puede ser debida a lesiones previas no visualizadas o al desarrollo de un nuevo tumor y se conoce como cáncer de intervalo.

Objetivo: Conocer la incidencia de cáncer de intervalo en nuestro área de Salud y los factores de riesgo asociados.

Métodos: Se recogieron del Registro de Tumores Hospitalario todos aquellos CCR diagnosticados en 2012-2013 en nuestro centro. A continuación se revisó a través de la base de datos de endoscopias y del registro de citaciones del hospital la realización o no de una endoscopia previa al diagnóstico y sus hallazgos. Se consideraron dos puntos de corte a la hora de analizar los cánceres de intervalo: el primero los que tenían colonoscopia anterior en los últimos 5 años y otro que incluye hasta los 10.

Resultados: Se encontraron un total de 751 casos de CCR en el periodo fijado, de los cuales un 59,9% correspondían a varones. En el 86% de los casos la indicación de la colonoscopia diagnóstica de CCR fue por sintomatología, siendo las más frecuentes rectorrágia y anemia (28,8% y 20,1% respectivamente). Se detectaron 16 casos que tenían colonoscopia previa en los últimos 5 años y en total 31 en los últimos 10 años, lo que corresponde a una incidencia de cáncer de intervalo de 2,13% y 4,13% respectivamente. La mayoría tienen 1 o 2 endoscopias previas (rango: 1-5), con patología previa en un 63,3%, siendo la más frecuente 1-2 pólipos adenomatosos < 1 cm extirpados con pinza en un 83,3% en el grupo de 5 años. En ambos sucesos la edad media diagnóstica fue superior en el grupo de cáncer de intervalo frente al CCR general (76,45 años vs 61,89 años respectivamente a los 10 años) ($p < 0,05$). Existe un ligero predominio del sexo femenino a los 5 y 10 años, sin diferencias estadísticas significativas. A los 10 años la localización más prevalente en el grupo de intervalo fue proximal mientras que en el grupo control fue la distal (54,84%

vs 59,81%; $p = \text{NS}$). El grado de extensión de estos tumores fue local en un 66,7% a los 5 y 10 años; por el contrario en el grupo control tenían afectación local un 52,1% ($p = 0,1$).

Conclusiones: Existe un porcentaje de casos de cáncer de intervalo que podrían estar asociados a exploraciones y terapéuticas de baja calidad. Se asocian con una mayor edad de los sujetos y debutan asociados a sintomatología. Los programas de detección precoz de cáncer de colon obligan a extremar las precauciones en cuanto a visualización y extirpación de lesiones preneoplásicas.

151. EL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES INMUNOLÓGICO ES UN MEJOR MARCADOR DE NEOPLASIA COLÓNICA QUE LA RECTORRAGIA

M. Navarro^a, G. Hijos^b, A. Ferrández^c, P. Carrera^d, P. Roncales^a, F. Sopeña^c y A. Lanas^c

^aHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^bUniversidad de Zaragoza. ^cHospital Clínico Universitario Lozano Blesa y CIBERehd, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^dCIBERehd.

Introducción: La colonoscopia es técnica de evaluación diagnóstica tanto en pacientes con un test de sangre oculta en heces inmunológico (SOHi) positivo como en pacientes con rectorrágia. Los datos acerca del rendimiento diagnóstico en ambas indicaciones son escasos.

Objetivo: Comparar el rendimiento diagnóstico de colonoscopias realizadas tras SOHi y rectorrágia.

Métodos: Estudio retrospectivo de resultados de colonoscopias realizadas entre enero de 2014 y junio de 2015 en HCULB, Zaragoza, por las siguientes indicaciones: 1) SOHi del programa de cribado poblacional de CCR (SOHic), 2) SOHi en pacientes sintomáticos (SOHid) y 3) rectorrágia. Se calculó OR ajustada a edad y sexo mediante regresión logística.

Resultados: Se analizaron 1.387 colonoscopias; 524 (37,8%) en programa de cribado, 507 (36,6%) tras rectorrágia y 356 tras SOHid+. La tasa de detección de neoplasia (adenoma o carcinoma), y adenoma se muestra en la tabla. En 181 (13%) colonoscopias se detectó neoplasia avanzada (adenoma avanzado o carcinoma), siendo más frecuente en las indicadas por SOHi (16,4% cribado, 15,4% diagnóstica) que por rectorrágia (7,9%) ($p < 0,001$), no habiendo diferencias entre ambos grupos SOHi. SOHic (OR = 1,7, IC95% = 1,2-2,6) ($p = 0,008$); SOHid (OR = 1,6, IC95% = 1,0-2,5) ($p = 0,046$). En 89 colonoscopias (6,4%) se detectó carcinoma, no habiendo diferencias significativas entre grupos: 33 (6,3%) SOHic, 34 (9,6%) SOHid y 22 (4,3%) rectorrágia. En SOHic el 78,8% de carcinomas fueron diagnosticados en estadio temprano (I-II), comparado con 58,8% SOHid y 54,5% rectorrágia.

Conclusiones: El rendimiento diagnóstico definido como tasas de neoplasia cólica, de la colonoscopia realizada tras SOHi+ es superior a la realizada en evaluación de rectorrágia. La realización de SOHi en evaluación diagnóstica de rectorrágia sin síntomas de alarma adicionales podría discriminar mejor qué pacientes precisarían realización de colonoscopia. SOHi es una opción razonable en la evaluación diagnóstica de pacientes previa a la colonoscopia.

152. CÁNCERES COLORRECTALES DETECTADOS EN EL PROGRAMA DEL PAÍS VASCO EN TRES RONDAS DE CRIBADO

I. Portillo^a, L. Bujanda^b, E. Arana-Arri^c, I. Idigoras^a, E. Ojembarrena^c, F. Bao^d, J. Fernández^e, C. Enciso^f, M. Goyeneche^g e I. Bilbao^a

^aOsakidetza, Programa de Cribado. ^bHospital de Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU y CIBERehd, Servicio de Aparato Digestivo.

^cBioCruces, Hospital Universitario Cruces, Bizkaia. ^dBioCruces.

^eHospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Universitario de Álava, Servicio de Aparato Digestivo. ^gOSI Bidasoa.

Introducción: El cribado de cáncer colorrectal (CCR) se puso en marcha en el País Vasco en 2009 basado en la detección de sangre oculta en heces con método cuantitativo inmunoquímico bienal y colonoscopia bajo sedación como prueba de confirmación diagnóstica. La población diana son hombres y mujeres entre 50 y 69 años (586.700 estimadas a finales de 2014). A principios del 2014 el Programa alcanzó una cobertura de alrededor del 100% en primera invitación y a finales de ese año de 85% y 25% en segunda y tercera invitación respectivamente. La tasa de participación media en todo el periodo se situó en 68,5% con una tasa de positividad de 6,2% y una tasa de aceptación de colonoscopia de 93,7%. Durante ese periodo 15.825 adenomas avanzados y 2.197 cánceres invasivos fueron detectados, detectándose diferencias entre rondas, sexo y grupos de edad tanto en participación, positividad y detección de lesiones.

Objetivo: Analizar los cánceres detectados en el Programa según ronda, grupo de edad y sexo.

Métodos: Análisis de todas las invitaciones realizadas desde 2009 hasta 2014. Se consideró primera ronda a las personas invitadas por primera vez, segunda y tercera ronda a las personas que habían sido invitadas en las rondas anteriores tras un resultado negativo o no haber participado. Se consideró CCR \geq pT1. Localización: derecho hasta ángulo esplénico e izquierdo a partir de este. Se calcularon las tasas por personas participantes con 95% de intervalo de confianza. Las diferencias fueron analizadas con el estadístico chi-cuadrado. Se utilizó la versión SPSS 22.0.

Resultados: Un total de 670.067 personas participaron en el Programa 2009-2014, realizándose 39.312 colonoscopias diagnósticas y detectándose 2.197 casos de CCR, 71,6% se detectó en primera ronda, 23% en segunda y 5,4 en tercera. El 66,1% de los casos se detectaron en hombres. La tasa media (por mil participantes) fue de 3,3% (IC95% 3,1-3,4), siendo de 1,9% (IC95% 1,9-2,2) en mujeres y de 4,9% en hombres (IC95% 4,4-4,9). Las tasas fueron significativamente superiores en la primera ronda respecto a las siguientes: 4,1% (IC95% 3,9-4,3) en primera ronda; 2,3% (IC95% 2,1-2,8) en segunda y 2,1% (IC95% 1,6-2,3) en tercera. El 35% de los CCR se diagnosticaron en personas de más de 65 años. El colon izquierdo fue la localización más frecuente (78,7%) no encontrándose diferencias entre sexos. En cuanto al estadio, el 70,2% se detectaron en estadio I-II, sin diferencias significativas entre sexos, siendo la ronda tercera donde se detectó un porcentaje inferior debido a la participación de personas que no habían participado en rondas previas. En el 29,6% de los casos el tratamiento fue la extirpación endoscópica.

Indicación	Neoplasia			Adenoma		
	N (%)	OR (IC95%)	Valor p	N (%)	OR (IC95%)	Valor p
Rectorragia	152 (30%)	1		135 (26,6%)	1	
SOHi d	168 (47,2%)	1,6 (1,2-2,2)	0,002	150 (42,1%)	1,6 (1,2-2,4)	0,002
SOHi cribado	320 (31,1%)	2,8 (2,1-3,7)	0,000	315 (60,1%)	3,3 (2,5-4,4)	0,000

Conclusiones: El Programa de Cribado del País Vasco ha permitido detectar un elevado número de CCR, la mayoría en estadios iniciales, con indicadores de detección acordes a la Guía Europea (2010) y con una tasa de extirpación endoscópica adecuada.

153. VALOR PREDICTIVO PRETRATAMIENTO DEL ÍNDICE DE ONODERA SOBRE LOS HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN EL CÁNCER GÁSTRICO RESECIDO

A. Borda^{a,b}, B. González de la Higuera^{a,b}, F. Bolado^{a,b}, J. Vila^{a,b}, J.M. Zozaya^{a,b}, A. Guerra^{a,b} y F. Borda^a

^aComplejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo. ^bComplejo Hospitalario de Navarra, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: El índice de Onodera (IO) es un marcador nutricional y de la respuesta inflamatoria sistémica del paciente frente al tumor, muy escasamente empleado en los países occidentales.

Objetivo: Estudiar el posible valor predictivo del IO pre-tratamiento sobre la frecuencia de determinadas características histológicas, relacionadas con una mayor agresividad, en el cáncer gástrico resecado.

Métodos: Revisamos 150 cánceres gástricos, diagnosticados y resecados consecutivamente, con intención curativa. Calculamos el IO pretratamiento: $[10 \times \text{albúmina sérica (g/dl)} + 0,005 \times \text{cifra de linfocitos circulantes/mm}^3]$, considerando patológicos los valores < 40 . Comparamos (tests de Student, χ^2 y Fisher) las características de los pacientes: edad, sexo y comorbilidad (ASA preoperatorio) entre los grupos con $\text{IO} \leq 40$. Tras la resección tumoral, analizamos la frecuencia de presentación de los siguientes parámetros histológicos entre los casos con $\text{IO} \leq 40$: tipo histológico de Lauren (intestinal/difuso); grado de diferenciación (bien-moderado/poco diferenciado-indiferenciado); infiltración serosa/resto de casos; afectación ganglionar/resto de casos y estadificación pTNM (7ª edición). Consideramos estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: 23 casos (15,3%) mostraron un IO patológico. Las características de nuestros pacientes fueron similares entre los grupos con $\text{IO} = y < 40$: edad = $69,6 \pm 11,2$ años vs $70,9 \pm 10,5$ ($p = 0,281$); sexo masculino: 66,9% vs 69,6% ($p = 0,804$) y ASA: 1 = 14,2%; 2 = 39,4%; 3 = 45,7%; 4 = 0,8% para el $\text{IO} = 40$ vs ASA 1 = 8,7%; 2 = 39,1%; 3 = 52,2%; 4 = 0% para el $\text{IO} < 40$ ($p = 0,850$). Comparación de los parámetros histológicos de las piezas de resección de los pacientes con $\text{IO} = 40$ y < 40 : tipo histológico difuso: 22% vs 34,8% ($p = 0,188$); grado poco diferenciado-indiferenciado: 47,2% vs 82,6% [OR = 5,31; IC95% = (1,58-19,68); $p = 0,003$]; infiltración serosa: 29,4% vs 60,9% [OR = 3,74; IC95% = (1,37-10,39); $p = 0,003$]; afectación ganglionar: 50,4% vs 77% [OR = 3,43; IC95% = (1,07-11,14); $p = 0,020$]; pTNM: estadio I = 40,2%; II = 21,3%; III = 38,6% vs I = 13%; II = 21,7%; III = 65,2% ($p = 0,027$).

Conclusiones: 1. Un 15% de nuestros cánceres gástricos resecados con intención curativa presentaban un IO patológico, sin registrarse diferencias en cuanto a las características del paciente (edad, sexo y comorbilidad) entre los casos con IO normal y bajo. 2. Un IO pretratamiento patológico podría predecir unos hallazgos posquirúrgicos más desfavorables, al relacionarse con una frecuencia significativamente superior de cánceres con peor diferenciación histológica, infiltración serosa, afectación de adenopatías y estadio pTNM más avanzado.

154. ¿PRESENTA EL COCIENTE NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS UN VALOR PREDICTIVO PRETRATAMIENTO SOBRE LA POSIBILIDAD DE RESECANCIÓN R0 EN EL CÁNCER GÁSTRICO?

A. Borda^{a,b}, B. González de la Higuera^{a,b}, F. Bolado^{a,b}, J. Vila^{a,b}, J.M. Zozaya^{a,b}, A. Guerra^{a,b} y F. Borda^a

^aComplejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo. ^bComplejo Hospitalario de Navarra, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Se necesitan nuevos parámetros, complementarios al TNM clínico, para orientar preoperatoriamente acerca de la posible resección R0 del cáncer gástrico. El cociente neutrófilos/linfocitos circulantes (N/L) refleja la respuesta inflamatoria sistémica antitumoral y en trabajos asiáticos se le ha relacionado con la supervivencia post-quirúrgica del paciente. No obstante, carecemos de datos referentes al valor predictivo pretratamiento de dicho cociente N/L sobre la resección radical de la neoplasia.

Objetivo: Analizar el valor predictivo de la elevación del cociente N/L, determinado en el momento del diagnóstico del cáncer, sobre la posibilidad de resección R0 del tumor.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional de una serie de 257 carcinomas gástricos, diagnosticados consecutivamente y sin administración de tratamiento neo-adyuvante. Comparamos la frecuencia de casos con resección R0 entre los grupos con cociente N/L “normal”: < 5 y “elevado”: $= 5$. Realizamos un análisis multivariante (regresión logística) de la resección R0 según el cociente N/L, empleando las siguientes variables de ajuste: puntuación ASA pre-operatoria (1-4); grado de diferenciación tumoral (bueno, moderado, poco diferenciado e indiferenciado) y estadio TNM determinado pre-quirúrgicamente.

Resultados: Efectuamos una resección con R0 en 139 carcinomas gástricos (54,1%). Registramos un cociente N/L elevado en 46 casos (17,9%). La resección R0, fue superior en los pacientes con cociente N/L < 5 : 59,7% frente al cociente $= 5$: 28,6% [$p = 0,000$; OR = 3,76; IC95% = (1,78-8,04)]. En el análisis multivariante, se mantiene la relación entre cociente N/L < 5 y frecuencia de resección R0: [$p = 0,017$; HR = 3,46; IC95% = (1,25-9,59)], independientemente del ASA: [$p = 0,004$; HR = 2,44; IC95% = (1,33-4,49)], del grado de diferenciación tumoral: [$p = 0,020$; HR = 1,71; IC95% = (1,09-2,67)] y del estadio TNM pre-quirúrgico: [$p = 0,000$; HR = 5,60; IC95% = (3,56-8,80)].

Conclusiones: 1. La presencia de un cociente neutrófilos/linfocitos circulantes “normal” ($= 5$) en el momento del diagnóstico del carcinoma gástrico se relaciona significativamente con una mayor frecuencia de resección tumoral R0. 2. En nuestra serie, esta mayor probabilidad de resección R0 es independiente del ASA pre-operatorio del paciente, así como del grado de diferenciación tumoral y del estadio TNM prequirúrgico de la neoplasia.

155. RIESGO DE CÁNCER COLORRECTAL SEGÚN LA CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA FECAL EN LA PRIMERA VUELTA DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE LAS COMARCAS DEL BAIX EBRE Y MONTSIÀ (TARRAGONA)

O. Patrón, J. Giné, N. Essouri, A. Girona, R. Calderón, A. Lago, M. Villar, C. Cardona, A. Fité, R. Junyent, N. Navas, M. Llovet y A. Segura

Hospital Verge de la Cinta, Tortosa.

Introducción: El test de sangre oculta en heces inmunológica (SOHi) ha demostrado su eficacia en la detección de lesiones neoplásicas en los programas de cribado de cáncer colorrectal (PCCR). Las comarcas del Baix Ebre y Montsià de Tarragona ofrecen

cobertura sanitaria a 8 áreas básicas de salud; iniciando el PC-CCR en junio 2012. El Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, es el referente del programa, para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones colorrectales, en donde el servicio de aparato digestivo realiza más del 90% de los procedimientos endoscópicos del cribado. Por ello es de nuestro interés encontrar factores que faciliten la identificación de lesiones neoplásicas, que podrían ayudar a priorizar el estudio endoscópico.

Objetivo: Evaluar la distribución de la concentración SOHi según las características sociodemográficas, resultados endoscópicos, características histológicas y clasificación clínica.

Métodos: Estudio retrospectivo de base poblacional de la primera vuelta del PC-CCR de las comarcas del Baix Ebre y Montsià de Tarragona, iniciado en junio 2012 y culminando ambas comarcas en junio 2015. Se procesaron un total de 18.805 test de SOHi en sujetos asintomáticos de 50 a 69 años de edad. La tasa de positivos fue de 7,63% (1.435 sujetos con test mayor o igual a 100 ngHb/ml). Se incluyó a los 1.338 (93,2%) sujetos con SOHi positivos, que se realizaron colonoscopia bajo sedación.

Resultados: Los sujetos con cáncer colorrectal presentaron concentraciones más elevadas de SOHi (1470 ng/Hb/ml) en comparación con grupos de adenomas de alto riesgo (355 ng/Hb/ml) y adenomas de bajo riesgo (187 ng/Hb/ml) con diferencia estadísticamente significativa (DES) ($p < 0,0001$). El sexo masculino presentó mayor concentración de SOHi (306 ng/Hb/ml) que el sexo femenino (267 ng/Hb/ml) con DES ($p < 0,0001$). Los adenomas con displasia grave, presentaron mayor concentración de SOHi (716 ng/Hb/ml) que los adenomas con displasia leve (275 ng/Hb/ml) con DES ($p < 0,0001$). Los adenomas de más de 10 mm, presentaron mayor concentración de SOHi (456 ng/Hb/ml) que los menores de 10 mm (222ng/Hb/ml), con DES ($p < 0,0001$). En el análisis multivariante de regresión lineal, se identificó que el sexo masculino y la concentración elevada de SOHi, son factores de riesgo independientes para la detección de neoplasia colorrectal.

Conclusiones: En nuestro estudio el sexo masculino y los niveles elevado de SOHi, son factores de riesgo individuales para la detección de lesiones neoplásicas, por lo que se podría utilizar a la hora de priorizar el estudio endoscópico. Los adenomas de más de 10 mm y adenomas con displasia de alto grado, presentan concentraciones elevadas de hemoglobina fecal, por lo que se requieren de más estudios para determinar la causa. La tasa de SOHi positiva es elevada (7,63%) en comparación con datos generales de Cataluña (5.39%) -La tasa de la aceptación de la colonoscopia de cribado en sujetos con SOHi positiva, es elevada en nuestro medio (93,2%).

156. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL EN EL SECTOR SANITARIO DE TERUEL, 1994-2014

M.J. Alcalá^a, C. Thomson^a, M.T. Botella^a, I. Ariño^a, E. Garza^a, J.A. Muniesa^b, A. Corominas^b, J.M Lázaro^b y C. Gallardo^c

^aHospital Obispo Polanco, Teruel, Unidad de Digestivo. ^bHospital Obispo Polanco, Teruel, Servicio de Anatomía Patológica.

^cAtención Primaria Teruel.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es el tumor maligno de mayor incidencia en España y ocupa el segundo lugar como causa de muerte por cáncer en nuestro medio. Los planes de cribado llevan a un diagnóstico más precoz que puede reducir su mortalidad.

Objetivo: Analizar la evolución de la incidencia del CCR a lo largo de los últimos 20 años en el sector sanitario de Teruel, su características en cuanto a estadiaje y localización.

Métodos: Estudio retrospectivo, sobre los registros de pacientes diagnosticados de CCR entre 1994 y 2014 en el Hospital Obispo Polanco de Teruel. En el estadio se ha seguido la clasificación TNM

(AJCC 2010). El análisis estadístico se ha realizado mediante hoja de cálculo Excel y los programas estadísticos de EpilInfo y Joinpoint para el estudio de las tendencias.

Resultados: Durante el periodo de estudio se han registrado un total de 1.480 casos de CCR, 925 en hombres (62,5%) y 555 en mujeres (37,5%). Globalmente se ha observado un aumento progresivo en el número de casos diagnosticados y se ha determinado en 2,42 el porcentaje de crecimiento anual (APC) total (2,56 para los hombres y 2,03 para las mujeres). En relación al estadiaje, ha aumentado el diagnóstico en estadio 0 (APC 9,88) y en estadio 1 (APC 5,10), siendo menor para el estadio 2 (APC 1,69) y estadio 3 (APC 1,49). Aunque la localización más frecuente del CCR sigue siendo el colon izquierdo (67%) frente al colon derecho (27,7%), a lo largo de los años existe una tendencia al aumento de casos en colon derecho y descenso del porcentaje en colon izquierdo.

Conclusiones: Hemos podido objetivar un incremento de la incidencia de CCR en el sector sanitario de Teruel en los últimos 20 años, con tendencia al aumento del porcentaje de tumores localizados en colon derecho. El programa de detección precoz del CCR ha supuesto un incremento del número de tumores diagnosticados en estadios más precoces.

157. HÁBITOS DIETÉTICOS Y CÁNCER COLORRECTAL: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES EN EL PAÍS VASCO

L. Bujanda Fernández de Pierola^a, I. Alegria Lertxundi^b, M. Casteleiro Vila^b, C. Aguirre Gómez^c, F.J. Fernández Fernández^d, F. Polo Ortiz^e, I. Portillo Villares^f, M.C. Etxezarraga Zuluaga^g, I. Zabalza Estévez^g, J.M. Larzábal Aramberri^h, M.M. de Pancorboⁱ, A.M. Rocandio Pablo^j y M. Arroyo Izagaⁱ

^aHospital Universitario Donostia, Osakidetza, Servicio de Digestivo, Instituto de Investigación Sanitaria BioDonostia.

^bUniversidad del País Vasco, UPV/EHU, Departamento de Farmacia y Ciencias de los Alimentos. ^cHospital Galdakao-Usansolo, Galdakao, Osakidetza, Unidad de Farmacovigilancia, y Grupo BIOMICs de la UPV/EHU. ^dHospital Galdakao-Usansolo, Galdakao, Osakidetza, Servicio de Digestivo. ^eHospital Universitario Basurto, Vizcaya, Osakidetza, Servicio de Digestivo. ^fPrograma de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal en la Comunidad Autónoma del País Vasco, Osakidetza. ^gHospital Universitario Basurto, Vizcaya, Osakidetza, Servicio de Anatomía Patológica. ^hHospital Universitario Donostia, Osakidetza, Servicio de Anatomía Patológica, Instituto de Investigación Sanitaria BioDonostia. ⁱUniversidad del País Vasco, UPV/EHU, Grupo de Investigación BIOMICs.

Introducción: Diversos estudios epidemiológicos han evaluado la relación entre la alimentación y el cáncer colorrectal (CCR), pero pocos se han llevado a cabo en el norte de España.

Objetivo: Analizar la influencia de la alimentación sobre el riesgo de CCR en un grupo de población del País Vasco.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de casos y controles, en el que participaron 291 casos y otros tantos controles, de los cuales el 67,2% fueron hombres. Los participantes se seleccionaron aleatoriamente a partir del programa de cribado de cáncer colorrectal de Osakidetza y se estratificaron por edad y género. La ingesta dietética se evaluó con un cuestionario de frecuencias de consumo validado (Rodríguez et al, 2008) y los resultados se expresan como cantidades por grupos de alimentos. La ingesta energética se estimó con el programa DIAL 2.12. También se registraron datos de peso y talla, y a partir de estos se calculó el índice de masa corporal (IMC = kg/m²); así como datos sobre el consumo de tabaco y la práctica de actividad física en el tiempo libre. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS 22.0.

Resultados: En el análisis crudo de los resultados se observó un mayor consumo en casos que en controles de carne total (117,3

(46,3) vs 110,3 (51,1) g/día; $p < 0,05$), de pescado azul (36,8 (22,5) vs 34,0 (24,4) g/día; $p < 0,05$), de huevos (20,9 (12,7) vs 18,2 (10,9) g/día; $P < 0,05$) y de grasas añadidas (35,6 (6,9) vs 34,4 (6,2) g/día; $p < 0,05$). Sin embargo, los controles consumían mayor cantidad que los casos de cereales (91,5 (37,9) vs 86,7 (38,5) g/día; $p < 0,05$). En el análisis de regresión por pasos sucesivos, controlando edad, sexo, IMC, ingesta energética, hábito tabáquico y actividad física en el tiempo libre, sólo resultó seleccionada la ingesta de huevo ($OR = 1,02$; $IC95\% 1,01-1,04$; $p < 0,01$).

Conclusiones: Los resultados sugieren que el consumo de huevos puede ser un factor de riesgo del CCR, mientras que otros alimentos no parecen estar relacionados con esta patología. De todos modos, teniendo en cuenta los datos obtenidos por otros investigadores consideramos necesario hacer más estudios en este grupo de población para tratar de identificar los factores dietéticos y nutricionales que pudieran estar relacionados con el riesgo de CCR.

Agradecimientos: Este estudio ha sido financiado por el Departamento de Salud de Gobierno Vasco (2011111153) y Siatotek (S-PE12UN058) y ha contado con la beca predoctoral concedida por Gobierno Vasco a Iker Alegria (PRE_2015_2_0084).

158. CIRUGÍA RESECTIVA VS PRÓTESIS COMO TRATAMIENTO INICIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON OBSTRUCTIVO EN ESTADIO IV

A. Raga^a, E. O'Callaghan^b, M.A. Álvarez^a, J.M. Dedeu^a, F. Riu^a, L. Barranco^a, C.F. Enríquez^a, E. Saperas^b, F. Bory^a y A. Seoane^a

^aHospital del Mar, Barcelona. ^bHospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès.

Introducción: La clínica obstructiva en el cáncer colorrectal (CCR) en estadio paliativo obliga a un tratamiento sintomático. La prótesis de colon (PC) es actualmente el tratamiento de elección si bien es un tema en discusión que la cirugía resectiva (CR) pueda aumentar la supervivencia en éstos pacientes.

Objetivo: Comparar la cirugía resectiva y la prótesis de colon en pacientes paliativos de CCR distal con clínica obstructiva.

Métodos: Revisión retrospectiva de todos los CCR diagnosticados en nuestros hospitales entre 2005 y 2012. Se han incluido los CCR en estadio IV obstrutivos según endoscopia y con clínica de obstrucción.

Se han excluido casos con perforación, absceso, localización en colon derecho o recto distal, neoplasia colorrectal múltiple y casos de cirugía derivativa. Análisis estadístico con chi cuadrado y t de Student para comparaciones entre proporciones y medias, respectivamente y regresión de COX para análisis multivariado de supervivencia.

Resultados: 95 CCR (49 CR/46 PC). Edad (67 ± 12 años), sexo (60% hombres). El grupo PC presentó en comparación con el grupo CR mayor índice Charlson (9,5 ± 2,1 vs 8,6 ± 1,5, $p = 0,01$), menor tiempo medio para ingesta oral (0,9 ± 1,1 vs 16,4 ± 53,5 días, $p = 0,05$), menor estancia hospitalaria (4 ± 4,8 vs 16,7 ± 15,5 días, $p = 0,0001$), menor necesidad de estoma (11,1% vs 32,7%, $p = 0,01$), menor porcentaje de complicaciones precoces (4,3% vs 46,9%, $p = 0,0001$), mayor porcentaje de complicaciones tardías (33,3% vs 6,4%, $p = 0,001$) y menor% de pacientes tratados con QT (70% vs 89%, $p = 0,02$). Supervivencia media (meses): PC 14,5 ± 2,7 vs CR 29,2 ± 2,4, $p = 0,01$. Análisis multivariado: recibir QT ($p = 0,0001$) fue el único factor independiente de mayor supervivencia. En pacientes tratados con QT, una menor edad ($p = 0,02$) y la CR ($p = 0,05$) fueron las únicas variables independientes relacionadas con mayor supervivencia.

Conclusiones: En pacientes con CCR paliativo obstrutivo tributarios de tratamiento QT, la CR podría ser el tratamiento de elección.

159. LA ALTERACIÓN DEL SISTEMA DE REPARACIÓN DEL ADN ES UN FENÓMENO FRECUENTE EN EL ADENOCARCINOMA DE INTESTINO DELGADO

A. Sánchez^a, S. Carballal^a, M. Cuatrecasas^b, T. Ocaña^a, M. Pellisé^a, M.L. Leoza^a, A. Castells^a, F. Balaguer^a y L. Moreira^a

^aHospital Clínic de Barcelona, Departamento de Gastroenterología. ^bHospital Clínic de Barcelona, Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: El adenocarcinoma de intestino delgado (AID) es un cáncer poco frecuente cuyos mecanismos etiológicos y moleculares están poco descritos.

Objetivo: Describir las características clínico-patológicas asociadas al AID y la prevalencia de alteración del sistema de reparación del ADN en estos tumores.

Sexo	Enfermedad intestinal crónica	Antecedentes familiares	Neoplasias sincrónicas o metacrónicas	Edad al diagnóstico	Localización	Grado de diferenciación histológico		TNM	Estadio	Alteración del sistema de reparación	Estudio en línea germinal	Evolución
						Grado de diferenciación histológico	TNM					
1 Mujer	No	1 familiar de 1er grado cáncer de ovario 1 familiar de 2º grado neoplasia de vías urinarias	No	43	Duodenal	G3	T4N0M0	II	MSH2/MSH6	Negativo	Vivo	
2 Mujer	Celiaquía	4 familiares de 2º grado cáncer de colon > 70 años	No	60	Yeyuno	G3	T3N0M0	II	MLH1/PMS2	Negativo	Vivo	
3 Mujer	No	Cáncer de colon en familiar de 1er grado < 50 años	No	67	Yeyuno	G2	T3N0M0	II	MLH1/PMS2	Positivo: MLH1	Vivo	
4 Mujer	No	No	No	44	Duodenal	G2	T4N1M0	III	MSH2/MSH6	Positivo: MLH2	Exitus	

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo con inclusión de pacientes diagnosticados de AID en nuestro centro entre 2004-2014. Se revisaron datos clínicos, histológicos y moleculares [inmunohistoquímica (IHQ) de proteínas MLH1/MSH2/MSH6/PMS2 a nivel somático y mutaciones germinales en los genes reparadores del ADN].

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes: 11 (52,4%) hombres, con una mediana de edad de 67 (23-93) años. La mediana de seguimiento fue de 23,7 (IQR 8,5-59,6) meses y la supervivencia global a los 5 años del 45,8%. Diez (47,6%) tumores se localizaron en duodeno, 9 (42,9%) en yeyuno y 2 (9,5%) en íleon. Siete (33,3%) eran de alto grado histológico y 12 (57,1%) se diagnosticaron en estadio avanzado (estadios III y IV). El estudio mediante IHQ resultó patológico en 4 (19%) neoplasias: 2 (50%) por pérdida de expresión de MLH1/PMS2 y 2 (50%) de MSH2/MSH6. Las características de estos 4 individuos se describen en la tabla (v. tabla en pág. anterior). Estos pacientes eran más jóvenes al diagnóstico y presentaron mejor supervivencia, aunque sin diferencias estadísticamente significativas [edad: 53,5 (+12) vs 65 (+17,5) años, $p = 0,2$ y mortalidad: 25% vs 53%, $p = 0,3$]. Dos pacientes (50%) fueron diagnosticados de síndrome de Lynch. No se detectaron otros síndromes hereditarios.

Conclusiones: El 20% de los AID presentan alteración del sistema de reparación del ADN. Sin embargo, sólo la mitad son diagnosticados de síndrome de Lynch por mutación germinal. Estos resultados sugieren que de forma similar a lo descrito recientemente en el cáncer colorrectal, la inactivación somática de los genes reparadores del ADN podría explicar un porcentaje significativo de los casos con pérdida de expresión proteica.

160. DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN PANEL DE GENES PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DIGESTIVO HEREDITARIO ANALIZABLE MEDIANTE NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS)

M. Herráiz^a, R. Zárate^b, M. Betes^a, C. Carretero^a, P. Pérez-Rojo^a, M. Alonso^a y A. Patiño^b

^aClinica Universidad de Navarra, Pamplona, Consulta Alto Riesgo de Tumores Digestivos. ^bCIMA LAB Diagnostics.

Introducción: El desarrollo de las nuevas tecnologías de secuenciación (next generation sequencing, NGS) supone un cambio de paradigma en el estudio de las enfermedades ya que permite un análisis rápido y coste-efectivo de un número sustancial de genes. Esta herramienta podría mejorar el diagnóstico de las formas hereditarias de cáncer. Se ha diseñado un panel de genes, analizable mediante NGS, con el objetivo de validarla como una estrategia alternativa al diagnóstico de cáncer digestivo hereditario basado en criterios clínicos.

Métodos: Se han incluido 21 genes implicados en formas hereditarias de cáncer de colon, estómago y páncreas en un mismo panel (versión 1: v1DIGCUN): APC, BLMR1A, BRCA1, BRCA2, CDH1, CDKN2A, ENG, EPCAM, GREM1, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, PALB2, PMS2, POLD1, POLE, PRSS1, PTEN, SMAD4, SPINK1. El diseño del panel se ha realizado con el programa SureDesign (Agilent Technologies) con cobertura de todos los exones codificantes y 25 nt del intrón flanqueante. Las librerías se desarrollaron en tecnología HaloPlex (Agilent Technologies) y se secuenciaron en un PGM Ion Torrent (Thermo Fisher). Los datos de NGS se analizaron con los programas Torrent Suite Software e Ion Reporter™ Software. Se han incluido un total de 53 pacientes seleccionados en la Consulta de Alto Riesgo de Tumores Digestivos de nuestro hospital, 10 de ellos con mutación conocida. Las variantes identificadas se analizaron en las bases de datos genéticas específicas, ClinVar, dbSNP, Exac Genome Browser, BIC y las variantes de significado incierto (VUS) se predijeron mediante Mutation Asessor, Mutation Taster, PolyPhen-2 y SIFT.

Resultados: Todas las variantes conocidas en los controles han sido identificadas y validadas. Veintinueve de los 43 casos analizados no presentaban mutaciones ni VUS, sólo polymorfismos. En 14 casos se encontraron 16 variantes: 1 mutación probablemente patogénica en PTEN (c.507_510delCAGT/p.Ser170fs) y 15 VUS (3 APC, 3 POLD1, 2 POLE, 2 MSH6, 1 BRCA1, 1 BLMR1A, 1 MSH2, 1 PMS2 y 1 PALB2). En la actualidad se está estableciendo la relación entre el fenotipo clínico y el posible gen contribuyente a la patología.

Conclusiones: Hemos desarrollado la primera versión de un panel genético, analizable mediante NGS, con una adecuada precisión diagnóstica para mutaciones conocidas. Se han detectado además numerosas variantes en genes no sospechados inicialmente por el fenotipo. Si se confirma la patogenicidad de las mismas, esta estrategia podría potencialmente mejorar el diagnóstico de las formas de cáncer digestivo hereditario.

161. LAS MUTACIONES SOMÁTICAS BRAF Y KRAS EN LOS PÓLIPOS DE COLON COMO MARCADORES MOLECULARES DE RIESGO DE NEOPLASIA AVANZADA METACRONA

M. Juárez, C. Egoavil, M. Rodríguez-Soler, E. Hernández-Illán, A. García-Martínez, P. Zapater, C. Guarinos, C. Alenda, L. Castaño-Soler, J. Martínez, F. Ruiz, L. Compañy, J. Aparicio, J.A. Casellas, O. Murcia, M.G. Calabuig, A. Castillejo, V. Barberá, J.L. Soto y R. Jover

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción y objetivo: Las características que definen los pólipos colónicos de alto riesgo se basan principalmente en el tamaño, su número y sus características patológicas. Nuestro objetivo es estudiar si las características moleculares de los pólipos pueden añadir información sobre el riesgo de neoplasia avanzada metacrona.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo (2007-2009) en el que se incluyeron un total de 308 pacientes con diagnóstico de pólipos colónicos. Todos los pacientes incluidos tenían al menos una colonoscopia de seguimiento realizada con 6 meses de diferencia con respecto a la primera. Se recogió la información del seguimiento hasta el 2014. Se recogieron y analizaron un total de 1.000 pólipos. Los pólipos se clasificaron como adenomas convencionales o lesiones serradas y en todos se realizó el análisis molecular de las mutaciones somáticas BRAF y KRAS. El estudio de las mutaciones BRAF (V600E) y KRAS (codones 12, 13) se llevó a cabo mediante PCR a tiempo real y secuenciación Sanger respectivamente. Los pacientes se clasificaron en 3 subgrupos basados en el perfil mutacional de sus pólipos al inicio del estudio: pacientes con pólipos no mutados, pacientes con al menos un pólipos mutado en BRAF o pacientes con al menos un pólipos mutado en KRAS. En el seguimiento, se definieron como adenomas avanzados aquellos con un tamaño superior a 9 mm y/o con displasia de alto grado o componente vellosa. Por otro lado, se consideraron como pólipos serrados avanzados aquellos con un tamaño superior a 9 mm o localización proximal al ángulo esplénico o presencia de displasia. Se utilizó la prueba de chi cuadrado, o el test exacto de Fisher, para establecer diferencias estadísticas entre los grupos y se realizaron modelos de regresión para el análisis multivariado.

Resultados: Los pólipos adenomatosos fueron la lesión predominante (66,4%, $n = 661$), presentando el 0,8% de ellos mutación en BRAF y el 11,6% mutación en KRAS. Un total de 334 (33,5%) pólipos se clasificaron como lesiones serradas: 281 (84,1%) pólipos hiperplásicos, 38 (11,4%) pólipos serrados sésiles, 8 (2,4%) adenomas serrados tradicionales y 7 (2,1%) pólipos mixtos. Un 39,4% de los pólipos serrados presentó mutación en BRAF, y el 20,9% mutación en KRAS. Un total de 289 pacientes se pudieron clasificar en los tres grupos según su perfil mutacional en la colonoscopia basal: el

14,4% de los pacientes se consideró como BRAF mutado, 22,8% como KRAS mutado y el 62,3% restante no presentó ninguna mutación en estos marcadores. En el análisis univariado, la presencia de la mutación en el gen KRAS se asoció con el desarrollo de pólipos avanzados metacronos (KRAS: 30,3%; BRAF: 16,3%; no mutado: 15,6%; $p = 0,029$), más específicamente con adenomas avanzados (KRAS 21,2%; BRAF 9,3%; no mutado 10,0%; $p = 0,049$). Esta asociación también se observó en el análisis multivariante, ajustado por edad y sexo (OR: 2,32 IC95%: 1,17 a 4,58).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la presencia de la mutación en el gen KRAS en los pólipos de la colonoscopia basal es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de lesiones avanzadas metacronas.

162. CÁNCER COLORRECTAL POSCOLONOSCOPIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

R. Ruiz-Zorilla López, L. García Alles, J.L. Fernández Forcelledo, P. Palomares Rivas, M.J. López Arias, R. Taheri, M. Lorenzo Millán, E. López Fernández y R. Ortiz de Diego

Hospital de Sierrallana, Torrelavega, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: El cáncer colorrectal poscolonoscopia (CPC) se define como aquel que se detecta en pacientes con exploración endoscópica previa negativa para el CCR dentro de los límites de seguimiento estandarizados según las guías de práctica clínica. Se desconoce en gran medida las características de esta entidad emergente.

Objetivo: Determinar tasa de cáncer colorrectal (CCR) y sus características en un hospital comarcal tras exploración endoscópica previa.

Métodos: Estudio retrospectivo de una muestra de 222 pacientes diagnosticados de CCR entre enero de 2013 y agosto de 2015, 8 de ellos con estudio mediante colonoscopia en los 5 años previos. Se analizaron los siguientes ítems: edad, sexo, tasa de CPC, aspectos de la colonoscopia índice (tasa de intubación cecal, limpieza colónica según escala Boston, presencia, localización y tamaño de adenomas), aspectos de colonoscopia de seguimiento (indicación, presencia y tamaño de adenomas, localización de CCR, tipo histológico), estadio y tratamiento.

Resultados: Muestra de 8 pacientes ($n = 8$), 75% varones, edad media 75,3 (56-87) años. Tasa de CPC 3,6%. Tiempo entre ambas colonoscopia 29,63 (7-62) meses. Colonoscopia índice: tasa de intubación cecal 100%; limpieza colónica con escala de Boston superior a 7: 75% ($n = 6$). Tasa de detección de adenomas 62,5%, el 60% de tamaño inferior a 0,5 cm. Colonoscopia de seguimiento: indicaciones más frecuentes: anemia 37,5% ($n = 3$), rectorragia 25%, seguimiento pospolipectomía 12,5% ($n = 1$) con detección de CCR sobre lecho de polipectomía previa; no se detectó ningún caso dentro del Programa de cribado de CCR; localización de CCR: 75% colon derecho-ángulo hepático ($n = 6$); tipo histológico: adenocarcinoma bien-moderadamente diferenciado 62,5%, adenocarcinoma pobremente diferenciado 25%. Clasificación TNM: 50% T1-T2, 75% N0, 100% M0. Resección quirúrgica 75% ($n = 6$), 25% . Tratamiento quimioterápico adyuvante 25 ($n = 2$).

Conclusiones: La tasa de CPC en un nuestro hospital es similar a las publicadas por otros autores. Ninguno de los casos estaba incluido en el Programa de cribado de CCR. Los principales factores que parecen influir en esta entidad son los tumores no detectados en exploraciones previas, bien por la propia anatomía o por preparación colónica deficiente y resecciones incompletas de adenomas. La localización de estos tumores es más frecuente en colon derecho y ángulo hepático, por lo que habría que implementar formas o protocolos para una correcta visualización de la mucosa a éste

nivel. En nuestro estudio, a diferencia de otros publicados, el diagnóstico se obtuvo en estadios precoces (I y II) y se pudo completar tratamiento curativo excepto en 2 casos por edad avanzada y comorbilidades basales de los pacientes.

Páncreas y vías biliares

163. THE COMMON PROSTEATOTIC PNPLA3 (ADIPONUTRIN) P.I148M VARIANT MIGHT PROTECT AGAINST GALLSTONE DISEASE

M. Krawczyk^{a,b}, R. Jiménez-Agüero^c, M.J. Perugorria^c, L. Gallego^c, L. Bujanda^c, F. Lammert^a and J.M. Banales^c

^aDepartment of Medicine II, Saarland University Medical Center, Homburg, Germany. ^bLaboratory of Metabolic Liver Diseases, Department of General, Transplant and Liver Surgery, Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland. ^cLiver and Gastrointestinal Diseases Group, Biomedicina Research Institute-Donostia University Hospital (HUD), University of the Basque Country (UPV/EHU), CIBERehd, Ikerbasque, San Sebastián.

Introduction: Gallstone disease (GD) is believed to be more frequent in patients with fatty liver (NAFL). Indeed, GD and NAFL share the same environmental risk factors like metabolic syndrome, obesity and diabetes mellitus. The risk of NAFL is further increased in carriers of the PNPLA3 variant p.I148M. Here, we investigate the potential association between PNPLA3 p.I148M polymorphism and development of GD. Moreover, the association between this polymorphism and GD was evaluated in obese patients after bariatric surgery (BS).

Methods: We prospectively recruited a cohort of 115 individuals (39 males, BMI range 26-64 kg/m²) and 106 were obese (i.e. BMI > 35 kg/m²) scheduled for BS. Fat contents were quantified using biochemical determination of hepatic triglyceride contents (Folch) and a MRI-based equation [Jiménez-Agüero, BMC Med. 2014;12:137]. At the inclusion we collected data on the prevalence of gallstones and cholecystectomies (CHE). One year after BS we measured the hepatic fat content by using the MRI-based equation for Foch estimation, and calculated how many patients developed new gallstones. The PNPLA3 p.I148M polymorphism was genotyped using TaqMan assays with fluorescent detection.

Results: At inclusion, 36 (31.3%) patients developed gallstones. Among them, 16 underwent CHE previously whilst in 19 individuals CHE was performed during BS. Within 12 months after BS, new biliary stones were developed in 9 (8.4%) cases. PNPLA3 p.I148M variant was associated with increased hepatic steatosis as measured by Folch ($p = 0.03$). Interestingly, presence of the prosteatotic PNPLA3 p.I148M variant was associated with decreased prevalence of GD (common OR = 0.44, $p = 0.02$) and decreased odds of requiring cholecystectomy (OR = 0.23, $p = 0.02$) prior to BS. On the other hand, neither this polymorphism ($p = 0.25$) nor the improvement of hepatic steatosis ($p = 0.66$) affected the risk of developing stones within one year after BS.

Conclusions: Our results suggest that the PNPLA3 p.I148M genotype might paradoxically decrease the risk of developing gallstones even if it is concomitantly associated with increased hepatic fat content. Previous study suggested that PNPLA3 converts lysophosphatidic acid (LPA) into phosphatidic acid (PA) and that p.I148M is a 'gain-of-function-mutation' [Kumari et al Cell Metab. 2012;15:691-702]. Since PA is metabolized, among others, to phospholipids (PS) we hypothesize that increased activity of PNPLA3 could result higher levels of biliary PS and decreased lithogenicity of bile.

164. OVEREXPRESSION OF MIRNA-506 IN HUMAN CHOLANGIOCYTES CAUSES PRIMARY BILARY CHOLANGITIS (PBC)-LIKE FEATURES INCLUDING MITOCHONDRIAL DYSFUNCTION AND INCREASED SENSITIVITY TO APOPTOSIS

O. Erice^a, P. Muñoz-Garrido^{a,b}, J. Vaquero^c, M.J. Perugorria^{a,b,d}, M.G. Fernández-Barrena^{b,e}, E. Sáez^{b,e}, A. Arbelaitz^a, A. Santos-Laso^a, R. Jiménez-Agüero^a, J. Fernández-Irigoyen^f, E. Santamaría^f, V. Torrano^g, A. Carracedo^{d,g}, M. Marzoni^h, J. Prieto^{b,e}, U. Beuersⁱ, R.O. Elferinkⁱ, N.F. LaRusso^j, L. Bujanda^{a,b}, J.J. Marín^{b,c} and J.M. Banales^{a,b,d}

^aDepartment of Liver and Gastrointestinal Diseases, Biodonostia Research Institute-Donostia University Hospital, University of the Basque Country (UPV/EHU), San Sebastián. ^bNational Institute for the Study of Liver and Gastrointestinal Diseases (CIBERehd, Instituto de Salud Carlos III). ^cExperimental Hepatology and Drug Targeting (HEVEFARM), Biomedical Research Institute of Salamanca (IBSAL), University of Salamanca, Salamanca.

^dIKERBASQUE, Basque Foundation for Science. ^eDivision of Hepatology, CIMA of the University of Navarra, Pamplona.

^fProteomics Unit, Proteored-ISCIII, Navarrabiomed, Fundación Miguel Servet, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra, IdisNA, Pamplona. ^gCIC bioGUNE, Bizkaia. ^hDepartment of Gastroenterology, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italy. ⁱTytgat Institute for Liver and Intestinal Research, Department of Gastroenterology and Hepatology, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, The Netherlands.

^jDivision of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA.

Introduction and objective: Primary biliary cholangitis (PBC) is a chronic cholestatic liver disease associated with autoimmune phenomena targeting cholangiocytes. These patients develop anti-mitochondrial autoantibodies against the pyruvate dehydrogenase complex E2 (PDC-E2). Changes in miRNAs (miR) expression were reported in the liver of PBC patients compared to normal control. We reported that miR-506 is overexpressed in the bile duct epithelial cells of PBC livers, promoting cholestasis by direct targeting Cl-/HCO3- anion exchanger 2 (AE2) and inositol 1,4,5-trisphosphate receptor (IP3R). Here, we investigated the regulation of miR-506 expression and its direct effect on cholangiocyte pathophysiology.

Methods: MiR-506 promoter (3000 bp) was cloned in a luciferase expression vector and transfected in a human cholangiocyte cell line (H69). The role of pro-inflammatory cytokines, bile acids, estrogens and glucocorticoids was evaluated on the promoter activity. MiR-506 and a negative control miR sequence were cloned in expression vectors and then stably transfected in H69 cells; mass spectrometry-based quantitative proteomics was carried out and the role of miR-506 on cell metabolism, ATP production, apoptosis, proliferation, migration and adhesion was evaluated.

Results: Pro-inflammatory cytokines found overexpressed in PBC livers such as interleukins 8, 12, 17 and 18 all stimulated miR-506 promoter activity. In contrast, bile acids, estrogens and glucocorticoids did not alter this activity. Overexpression of miR-506 in human cholangiocytes downregulated AE2 protein expression and dysregulated the expression of proteins involved in mitochondrial energetic metabolism and cell adhesion. MiR-506 overexpression altered the mitochondrial energetic metabolism, increasing the proton-leak and decreasing the ATP production. This miRNA also induced PDC-E2 protein overexpression and sensitized cholangiocytes to the apoptosis induced by toxic bile acids. Moreover, miR-506 inhibited cholangiocyte cell proliferation, adhesion and migration.

Conclusions: Upregulation of miR-506 in PBC cholangiocytes may be promoted by pro-inflammatory cytokines found overexpressed in the microenvironment of PBC livers. This miRNA causes PBC-like features in cholangiocytes such as mitochondrial dysfunction, PDC-

E2 overexpression, abnormalities in cell proliferation and adhesion, and sensitizes cholangiocytes to bile acid-induced apoptosis. MiR-506 may represent a key therapeutic target for PBC.

165. PANCREATITIS DEL SURCO: DESCRIPCIÓN DE 4 CASOS

J. Herreras López, F.C. Díaz-Jaime, M.D. Higón Ballester, E. Sáez González, J. Ortúño y A. del Val

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La pancreatitis del surco es una forma segmentaria de pancreatitis crónica, muy poco frecuente, que afecta al área del surco pancreatoduodenal. Se trata de una entidad benigna cuyo principal diagnóstico diferencial es el adenocarcinoma de páncreas, por lo que un diagnóstico preciso es imprescindible.

Objetivo: Describir de forma retrospectiva las características clínicas, radiológicas e histológicas de 4 pacientes, así como su evolución posterior.

Métodos: Se han recogido 4 casos, las variables analizadas son: la presentación clínica, analítica, el diagnóstico por imagen, la anatomía patológica y el tratamiento.

Resultados: Se presentan 4 casos de pancreatitis del surco, los cuales fueron hombres de entre 30 y 44 años, con historia conocida de tabaquismo y 3 de ellos con consumo severo de alcohol. Los cuatro debutaron con episodios de dolor abdominal epigástrico, vómitos y pérdida de peso. Analíticamente, sólo 2 pacientes tenían elevación de bilirrubina y colestasis al debut y una ecografía con dilatación de vía biliar y masa pancreática sospechosa de malignidad. En los estudios radiológicos, (TAC y RMN), en todos los pacientes existía importante edema y engrosamiento de pared duodenal así como de quistes periduodenales. En 2 de ellos se identificaban colecciones peripancreáticas como signo de agudización. En la gastroscopia, los 4 presentaban edema de bulbo duodenal y estenosis de segunda porción. En 3 de ellos la USE mostraba la presencia de múltiples quistes en pared duodenal y signos de pancreatitis crónica en 2 de ellos. La PAAF no identificó células malignas en ningún caso. Tres de los pacientes precisaron tratamiento quirúrgico, 1 de ellos inicialmente con derivación gastroeyunal y 3 de ellos duodenopancrectomía cefálica por dolor intratable y estenosis duodenal. Uno de ellos sigue en la actualidad en tratamiento médico. En la histología de las piezas quirúrgicas destaca en todos ellos la existencia de hiperplasia de glándulas de Brunner.

Conclusiones: Entidad infrecuente que en ocasiones puede confundirse con adenocarcinoma de páncreas. Su diagnóstico preciso es muy relevante. En su manejo es prioritario el abandono del consumo de alcohol y tabaco. Hasta la fecha el tratamiento definitivo es quirúrgico (DPC) sin embargo en las últimas series publicadas el manejo médico/endoscópico podría ser eficaz y seguro.

166. PREVALENCIA DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO E INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA SECUNDARIA E IMPACTO EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES GASTRECTOMIZADOS

A. Pérez-Aisa^a, L. Mongil-Poce^a, J. Alcaide^b, F. Fernández-Cano^c, I. Méndez-Sánchez^a, R. Rivera-Irigoin^a, M.C. García-Gavilán^a, T. Pereda-Salguero^d y F. Rivas-Ruiz^e

^aAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Aparato Digestivo. ^bAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Unidad de Oncología. ^cHospital Quirón Málaga, Servicio de Digestivo.

^dAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Anatomía Patológica. ^eAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Unidad de Investigación.

Introducción: La resección quirúrgica del estómago altera el sistema regulador hormonal de la secreción gástrica y rediseña el tránsito gastrointestinal lo que conlleva cambios en el proceso de absorción y digestión. La presencia de maldigestión grasa podría estar relacionada con el sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) y con la insuficiencia pancreática exocrina secundaria (IPE) y ambas podrían tener impacto en el estado nutricional. Disponemos de herramientas diagnósticas para evaluar y modificar estas dos entidades y así mejorar el manejo de estos pacientes.

Objetivo: Establecer la prevalencia de SIBO y de IPE en pacientes gastrectomizados y la coexistencia de ambas entidades. Analizar del estado nutricional de este grupo de pacientes y su relación con la presencia de estos factores.

Métodos: Estudio prospectivo en pacientes sometidos a gastrectomía total o subtotal por patología neoplásica o benigna. Se evaluó parámetros nutricionales (índice de masa corporal IMC, albúmina, prealbúmina, linfocitos, magnesio, niveles de vitamina D) y clínicos que incluyen SIBO e IPE. Se demostró SIBO mediante test de aliento con hidrógeno y metano con sobrecarga de glucosa (TAMG) e IPE mediante test de TG marcados con C13 (TATGM). Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Se valoró diferencias mediante el test de U de Mann-Whitney para los parámetros nutricionales, y mediante el test de Fisher para las mismas variables dicotomizadas. Se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyen 61 pacientes (59% varones) con edad media de $63,92 \pm 9,9$ años. En el 77% presentan gastrectomía por patología neoplásica. Se realizó gastrectomía total en el 42,6% y subtotal 57,4%. Un 70% (IC95%: 57,5-82,4) presenta SIBO al inicio, consiguiendo negativizarlo tras varios ciclos de antibióticos (SIBO multiresistente) en 48,3% (IC95%: 65,3-94,7). De los pacientes evaluados mediante TATGM el 30,6% (49/161) (IC95%: 16,7-44,5) presenta datos de IPE. Se observan la coexistencia de SIBO e IPE en el 31,25% (IC95%: 13,6-48,8). La presencia de IPE se correlaciona de forma estadísticamente significativa con un IMC < 18,5 y niveles bajos de vitamina D ($p < 0,05$).

Conclusiones: Nuestros datos demuestran una alta prevalencia de SIBO (70%) y de IPE (30,6%) en los pacientes sometidos a gastrectomía por cualquier causa. La coexistencia de estas dos condiciones afecta a un 31,25% de los pacientes. Estos factores se relacionan con datos de desnutrición y deficiencias carenciales por lo que se deberían establecer estrategias de evaluación sistematizadas de cara a plantear un tratamiento específico (antibioticoterapia) y sustitutivo adecuado.

167. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON INDOMETACINA RECTAL EN LA PREVENCIÓN DE LA PANCREATITIS POST-CPRE

P.P. Joya Vázquez^a, P.L. González Cordero^a, R. Prados Manzano^a, H.C. Ferreira Nossa^a, D. Vara Brenes^a, J.M. Mateos Rodríguez^a, M. Fernández Bermejo^a, B. Pérez Gallardo^a, J. Molina Infante^a, C. Duenas Sadornil^a, M. Hernández Alonso^a, A. González Mateos^b, E. Martín Noguerol^a, A. Cedeño Zambrano^a, G. González García^a y P. Robledo Andrés^a

^aHospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, Servicio de Aparato Digestivo. ^bUniversidad de Extremadura, Facultad de Veterinaria.

Introducción: La pancreatitis post-CPRE es la complicación más frecuente de la CPRE. Se ha demostrado recientemente que la profilaxis con indometacina rectal se asocia a una disminución de la incidencia de esta complicación.

Objetivo: Confirmar el impacto positivo del tratamiento con indometacina en la incidencia de pancreatitis aguda post-CPRE.

Métodos: Evaluación retrospectiva de las CPREs llevadas a cabo en nuestro centro hospitalario desde febrero de 2013 a enero de 2015, comparando los procedimientos realizados los 12 meses previos y posteriores a la implantación del uso sistemático de la profilaxis con indometacina (supositorio de 100 mg antes de comenzar la exploración). Fueron excluidas del análisis las exploraciones realizadas en pacientes con esfinterotomía previa. La pancreatitis aguda post-CPRE se definió por la existencia de dolor abdominal, hiperamilasemia > 300 UI y datos radiológicos compatibles con pancreatitis aguda, que obligaron a prolongar el ingreso hospitalario tras la realización del procedimiento endoscópico.

Resultados: Se analizaron 481 CPREs, de las cuales 247 (51,3%) fueron realizadas en los últimos 12 meses con profilaxis sistemática con indometacina. Ambos grupos fueron comparables ($p > 0,1$) en términos demográficos, clínicos y endoscópicos (edad 74,9 vs 71,7, hombres 55,1% vs 51,7%, episodios previos de pancreatitis 16,6% vs 19%, difícil canulación de la papila 15,8% vs 14,6%, inyección de contraste en el ducto pancreático 9,3% vs 8,9%, precorte 8,5% vs 9,5%, esfinteroplastia biliar con balón 4,9% vs 4,3%). Respecto a la variable principal del análisis, en el grupo control se produjeron 12/184 (6,5%) casos de pancreatitis aguda post-CPRE frente a 8/197(4%) en el grupo de indometacina ($p > 0,05$).

Conclusiones: La profilaxis sistemática con indometacina redujo un 38% la incidencia de pancreatitis aguda post-CPRE. No se pudo documentar una ventaja estadísticamente significativa de esta intervención profiláctica por la baja incidencia de pancreatitis post-CPRE en nuestro medio. Palabras clave: indometacina, profilaxis, CPRE.

168. PAPEL DE LOS EXOSOMAS EN LA INFLAMACIÓN SISTÉMICA ASOCIADA A LA PANCREATITIS AGUDA

L. Bonjoch, V. Casas, M. Carrascal y D. Closa

Instituto de Investigaciones Biomédicas de Barcelona IIBB-CSIC.

Los exosomas son vesículas extracelulares que actúan como mensajeros intercelulares. Se ha descrito su implicación en diferentes enfermedades, pero su papel en la pancreatitis aguda, y en concreto en el desarrollo de la inflamación sistémica, aún no se ha estudiado. En este trabajo hemos evaluado la generación de exosomas durante la pancreatitis y su papel en la inflamación pulmonar asociada. Utilizando un modelo experimental de pancreatitis aguda en ratas hemos medido los niveles de exosomas en plasma y en líquido ascítico. También hemos caracterizado el contenido proteico por espectrometría de masas y hemos evaluado, *in vitro*, la capacidad de los exosomas para activar los macrófagos alveolares. Por último, hemos utilizado exosomas marcados con fluorescencia para hacer experimentos de seguimiento *in vivo*. Se ha comprobado que durante la pancreatitis hay un aumento en la concentración de exosomas circulantes y que éstos muestran un perfil proteómico diferente al que presentan los obtenidos de animales control. Las proteínas presentes en los exosomas sugieren que su origen no es pancreático sino multiorgánico. Estos exosomas generados durante la pancreatitis actúan como agentes pro-inflamatorios ya que tienen una clara capacidad de activar los macrófagos alveolares. Cuando se hizo el seguimiento se pudo confirmar que los exosomas del plasma pueden llegar a la cavidad alveolar mientras que los del líquido ascítico quedan retenidos por el hígado. Todo ello indica que los exosomas juegan un papel relevante en la progresión de la inflamación sistémica de la pancreatitis aguda. Cara al diseño de futuros tratamientos deberán tenerse en cuenta, además de los mediadores solubles, la importancia de vesículas extracelulares como los exosomas.

169. INFLUENCIA DEL NIVEL DE TRIGLICÉRIDOS AL INGRESO EN LA EVOLUCIÓN DE LA PANCREATITIS AGUDA (PA)

N. García Gimeno, I. Pascual Moreno, A. Sanhuja Martínez, P. Vázquez, J. Tosca Cuquerella, A. Garayoa, R. Añón Rodríguez, G. Trejo Pantoja y F. Mora de Miguel

Hospital Clínico de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La hipertrigliceridemia (HTG) es una causa establecida de PA. La elevación leve-moderada de triglicéridos (Tg) puede estar presente en casos de PA de otras etiologías, sobre todo en las de origen enólico. La presentación clínica es similar a la de otras etiologías, sin embargo existe controversia en cuanto a la relación entre los niveles de Tg y la gravedad de la PA.

Objetivo: Analizar retrospectivamente las características clínicas y gravedad de los episodios de PA según los niveles de Tg al ingreso.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye los episodios de PA ingresados en nuestro hospital entre enero 2002-diciembre 2011, de los que se dispone de Tg (mg/dl) en las primeras 72 horas. Se dividen los pacientes en 3 grupos: 1) Tg = 250 mg/dl, 2) Tg 251-999 mg/dl, 3) Tg = 1.000 mg/dl. Se considera PA secundaria a HTG si Tg = 1.000 mg/dl al ingreso y/o suero es lipémico en Urgencias, en ausencia de otras causas. Los casos de PA de origen mixto (HTG + alcohol) se etiquetan en un grupo u otro según la cantidad de alcohol ingerido e historia clínica. Se analizan datos demográficos, etiología, IMC, DM asociada, comorbilidad, fallo orgánico, complicaciones locales, criterios pronóstico de gravedad en TC, ingreso en UCI y mortalidad.

Resultados: Se incluyen un total de 1.152 episodios de PA; 11 con PA origen mixto (7 con Tg = 1.000 y 4 con Tg 251-999) se etiquetan como PA-HTG. Los resultados se muestran en la tabla. En el análisis multivariante incluyendo variables que podrían condicionar la gravedad del episodio (edad, comorbilidad, sexo, DM asociada, etiología alcohólica), los Tg > 1.000 mg/dl, pero no entre 251-999 mg/dl, se asocian significativamente a fallo orgánico, necrosis, ingreso en UCI y mortalidad.

Conclusiones: La PA es secundaria a HTG en el 2,3% de los pacientes. Más de la mitad de los pacientes con Tg = 1.000 mg/dl son alcohólicos. La HTG = 1.000 g/dl se asocia de forma independiente a fallo orgánico, necrosis pancreática, ingreso en UCI y mortalidad.

170. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 44 IPMNS Y MCNS INTERVENIDOS Y EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS PREDICTORES DE MALIGNIDAD DESCritos EN LOS CONSENSOS DE MANEJO (IAP, EUROPEO Y AGA)

S. Espina^a, J. Millastre^b, E. Moneo^c, B. Roche^d, G. Muñoz^e, M.T. Soria^a y E. Bajador^a

^aHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario de Cruces, Bilbao, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Servicio de Anatomía Patológica. ^eHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: La neoplasia intraductal papilar mucinosa (IPMN-MD/Mx: rama principal/mixta, o IPMN-BD: rama secundaria) y la neoplasia quística mucinosa (MCN) presentan alto riesgo de malignización (33-60%/11-30%/12-20% respectivamente). Los Consensos IAP-2012, Europeo-2013 y AGA-2015 definen distintos criterios quirúrgicos, con una tendencia más conservadora para IPMN-BD y MCN o pacientes asintomáticos.

Objetivo: Analizar la idoneidad de un manejo más conservador basado en la capacidad predictiva de adenoca (AC)/displasia alto grado (DAG) de los criterios de riesgo definidos en estos consensos.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional, que incluye pancreatectomías por IPMN y MCN realizadas en 3 hospitales de 3^{er} nivel entre 2005-2015. Se evalúa epidemiología, tamaño, síntomas (ictericia, pancreatitis, s. constitucional, dolor pancreático); factores Rx de riesgo (dilatación de Wirsung (W), nódulos murales, pared engrosada, calcificaciones periféricas (MCN)) y su correlación con la existencia de AC/DAG en pieza quirúrgica.

Resultados: Se incluyen 44 casos (edad media = 59 años, mortalidad posquirúrgica = 4 (9,1%)). IPMN-MD/Mx: n = 18, 89% varones, edad media = 64 años. 16/18 (88,9%) presentaron AC/DAG, de los cuales 13/16 (81,25%) fueron sintomáticos (VPP = 92,86%) (sólo 1 paciente sintomático sin malignidad) y 43,75% presentaron ictericia. El tamaño medio para lesión maligna fue 36,7 mm (rango 15-80) vs 27,5 mm (rango 20-35) para benigna (p = 0,45). Todos los casos de AC/DAG presentaron al menos 1 de los siguientes criterios: tamaño = 30 mm (75%, VPP = 92,3%), W = 5 mm (68,75%, VPP = 84,6%), criterios Rx de riesgo (68,75%, VPP = 100). IPMN-BD: n = 10, 55,6% mujeres, edad media = 68 años. El 100% fueron sintomáticos (sesgo de selección) y 5/10 (50%) presentaron AC/DAG. El tamaño medio

Variable	Grupo 1 (TG ≤ 250)	Grupo 2 (TG 251-999)	Grupo 3 (TG ≥ 1.000)	p
Sexo (hombres)	524 (48,7%)	33 (78,6%)	28 (80%)	< 0,05
Edad (mediana, rango)	67,78 (18-98)	49,5 (28-72)	43,5 (32-62)	
IMC > 30	206 (28,1%)	10 (29,4%)	11 (47,8%)	No significativo
Etiología				
Biliar	777 (72,3%)	12 (28,6%)	0	
Alcohólica	134 (12,5%)	14 (33,3%)	16 (45,7%)	
HTG	0	8 (19%)	19 (54,3%)	
Miscelánea	164 (15,2%)	11 (26,2%)	8 (22,9%)	< 0,05
DM asociada	172 (16%)	11 (26,2%)	8 (22,9%)	No significativo
Fallo orgánico	111 (10,3%)	6 (14,3%)	8 (22,9%)	< 0,05
Complicaciones locales	164 (16,4%)	12 (28,6%)	13 (37,1%)	< 0,01
TAC D-E Balthazar	211 (24,2%)	22 (55%)	18 (5,4%)	< 0,01
Ingreso en UCI	40 (3,7%)	2 (4,8%)	27 (20%)	< 0,01
Mortalidad	22 (2%)	1 (2,4%)	3 (8,6%)	< 0,05

para lesión maligna fue 43,8 mm (rango 22-70) vs 32,2 mm (rango 15-52) para benigna ($p = 0,39$). El 80% de los casos de AC/DAG presentaron al menos 1 de los siguientes criterios: W = 5 mm, nódulos murales/pared engrosada (S = 80%, E = 100%). Curiosamente, la única lesión que no cumplió estos criterios presentó un tamaño de 70 mm. MCN: n = 16, 87,5% mujeres, edad media = 50 años. 8/16 (50%) fueron sintomáticos y únicamente 3/16 (18,75%) presentaron AC/DAG. Todas las MCN malignas fueron sintomáticas, con tamaño medio 103,7 mm (rango 35-200) vs 43,7 mm (rango 15-80) benignas ($p = 0,028$). Un tamaño < 30 mm presentó VPN = 100% para CA/DAG, y < 40 mm VPN = 85,7%. Ninguna MCN presentó W dilatado. Hasta 30,7% de MCN benignas presentaron criterios Rx de riesgo (VPP = 33,3).

Conclusiones: Nuestra serie confirma el alto riesgo de malignidad de IPMN-MD/Mx e IPMN-BD (88,9% vs 50%). La presencia de síntomas o factores Rx de riesgo mostró una elevada especificidad, pero el tamaño de la lesión no fue discriminante, avalando la resección universal. Para MCN, el riesgo de malignización fue exacto al descrito en los Consensos (18,7%), siendo el tamaño factor discriminante (no malignidad en < 30 mm), resultados que avalan un manejo más conservador.

171. ABSCESOS HEPÁTICOS PIOGÉNICOS DE ORIGEN BILIAR O INTESTINAL

E. Barreiro Alonso, M. Curieles Luengo, M. Izquierdo Romero, D. Pereira Santiago, R. García López, E. Fernández Ruiz, P. Varela Trastoy, A. Mancebo Mata, M. Pipa Muñiz, M. García Espiga, R. Tojo González, A.C. González Bernal y F.J. Román Llorente

Hospital de Cabueñas, Gijón, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Los abscesos hepáticos piogénicos (AHP) más frecuentes son los de origen biliar seguidos de los secundarios a procesos intestinales.

Objetivo: Revisar las características de los pacientes con AHP de etiología biliar e intestinal en un periodo de 65 meses en nuestro medio.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo desde el 01/01/2010 hasta el 30/05/2015, en el Hospital de Cabueñas (Gijón). Se revisaron los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, características y localización del absceso, tratamiento y estancia hospitalaria de los pacientes. Para el análisis estadístico, empleamos el programa SPSS Statistics 22.

Resultados: 37 pacientes, 16 (43,2%) mujeres y 21 (56,8%) hombres. Edad media de 72,6 años (desviación estándar (DE) 14,2). Las enfermedades predisponentes fueron: edad = 65 años (28 casos, 75,7%), tumores (8 casos, 21,62%) y diabetes mellitus (6 casos, 16%). El origen del absceso: Biliares: 30, 22 por colangitis (59,5%), 4 tras colecistitis perforada (10,8%) y 4 como complicación de pancreatitis aguda (10,8%) y el resto de origen intestinal en 7 casos (18,9%). La clínica fue: dolor abdominal (91,9%), fiebre (67,6%), ictericia (40,5%), náuseas (40,5%), síndrome general (29,7%), derrame pleural (16,2%) y hepatomegalia (5,4%). Analíticamente destacó: VSG = 30 y/o PCR = 30 (97%), leucocitosis (= 12.000) (56,8%)

y colestasis (75,7%). La distribución del AHP fue: absceso único > 5 cm de diámetro (13 casos, 35,1%), < 5 cm (6 casos, 16,2%) y AHP múltiples (18 casos, 48,6%). La localización fue en lóbulo hepático izquierdo (LHI) (16 casos, 43,2%), lóbulo hepático derecho (13 casos, 35,1%) y ambos lóbulos (8 casos, 21,6%). Microbiológicamente, presentaron: hemocultivos positivos: 40% y cultivos AHP positivos: 60% con crecimiento de bacilos gramnegativos aerobios (50%) con predominio de *E. coli*, cocos grampositivos aerobios (25%) y polimicrobianos (25%). Todos fueron tratados con antibioterapia precisando además, drenaje un 37% (14 casos) y cirugía un 16,2% (6 casos) especialmente en los AHP > 5 cm y localizados en LHI. La estancia media hospitalaria global fue de 24,1 días y de forma significativa fue menor en los tratados con drenaje percutáneo que en los tratados con cirugía (21,6 vs 47,3 días) ($p < 0,05$).

Conclusiones: 1) Los AHP de origen biliar o intestinal son más frecuentes en = 65 años sin distinción por sexo. 2) La clínica fue predominantemente dolor abdominal y fiebre, y el dato analítico más relevante, el aumento de reactantes de fase aguda. 3) El tratamiento se basa en antibioterapia sistémica y drenaje percutáneo, y eventualmente tratamiento quirúrgico en $< 20\%$ casos, especialmente en los AHP > 5 cm y localizados en LHI. 4) Los pacientes que precisan cirugía presentan de forma estadísticamente significativa una estancia hospitalaria mayor.

172. DÉFICIT DE VITAMINAS LIPOSOLUBLES EN PANCREATITIS CRÓNICA

E. Martínez Moneo, A. Torralba Gallego, C. Gil García-Ollauri, I. Arteagoitia Casero, N. Gendive Martín y M.J. Suárez Regueiro

Hospital Universitario de Cruces, Vizcaya, Servicio de Digestivo.

Introducción: La pancreatitis crónica (PC) es una de las principales enfermedades que producen malabsorción. Una de las consecuencias descritas es el déficit de vitaminas liposolubles (A, D y E), sin embargo los estudios existentes son escasos y muy heterogéneos.

Objetivo: Analizar el déficit de vitaminas liposolubles en PC.

Métodos: Análisis retrospectivo del estado nutricional de los pacientes con PC en su primera consulta monográfica de patología pancreática. Periodo de inclusión: 1/6/2013 al 1/11/2015.

Resultados: Se incluyeron un total de 42 pacientes (29 hombres/13 mujeres), la mediana de edad de diagnóstico de PC fue de 59 años y el tiempo medio de derivación a la consulta de 2 años. Etiología: alcohol 23,8%, tabaco 19%, alcohol y tabaco 38%, resto 19,2%. Casi la mitad de los pacientes 47,6% presentaban insuficiencia endocrina y el 61,9% insuficiencia exocrina (IPE). De los pacientes sin IPE un 50% presentaban sobrepeso y un 6,3% obesidad, mientras que de los pacientes con IPE un 46,2% sobrepeso y un 3,8% obesidad, tan solo un 3,8% presentaban delgadez (v. tabla a pie de página).

Conclusiones: El déficit de vitaminas liposolubles es frecuente en los pacientes con pancreatitis crónica con insuficiencia pancreática exocrina, sobre todo A y la E. El déficit de vitamina D no parece estar en relación con la IPE. La mitad de los pacientes con PC pese a tener IPE padecen de sobrepeso y obesidad.

Déficit nutricional

	Vit. A < 0,3 mg/l	Vit. E < 5 mg/l	Vit. D < 30 ng/ml	Pt. F. Retinol < 3 mg/dl	Prealb. < 20 mg/dl	Mg < 1,7 mg/dl
Sin IPE	0	0	75,1%	0	6,3%	6,3%
Con IPE	34,6%	15,4%	80,7%	38,5%	42,3%	7,7%

173. FACTORES PREDICTIVOS DE PANCREATITIS AGUDA GRAVE: UN ESTUDIO PROSPECTIVO

A. del Val^a, F. Carolina Díaz^a, E. Sáez^a, J.M. Tenías^b, J. Herreras^a, J. Ortuño^a y M.D. Higón^a

^aHospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Unidad de Gastroenterología. ^bHospital Pare Jofré, Valencia.

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) tiene una incidencia creciente en países occidentales con un curso evolutivo impredecible en el momento de la admisión hospitalaria. La identificación precoz de los casos graves resulta decisiva para una monitorización y un tratamiento más enérgicos, necesidad de ingreso en unidades de vigilancia intensiva o traslado a hospitales terciarios.

Objetivo: Identificar factores pronósticos independientes de pancreatitis aguda moderadamente grave (PAMG) o grave (PAG), según la clasificación de Atlanta 2012, en el mismo momento de la evaluación en urgencias. Comparar su capacidad predictiva con la escala BISAP (Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis).

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva 200 pacientes diagnosticados de PA que ingresaron en nuestro hospital entre el 1 de enero de 2014 y el 30 de noviembre de 2015. Se recogieron diferentes variables clínicas, analíticas y radiológicas. Se registraron parámetros relacionados con el curso evolutivo: aparición de fallo orgánico, necrosis pancreática (NP), infección de la necrosis pancreática (INP) y necesidad de intervención radiológica (drenaje percutáneo) o quirúrgica. Se calculó en todos los pacientes la escala BISAP de gravedad de PA (score de 1 a 5 puntos). Se construyó un modelo predictivo de regresión logística, con la odds ratio (OR) como medida de asociación y el área bajo la curva ROC (AUC) de discriminación, acompañados del intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Resultados: La edad media fue $67,1 \pm 16,8$ años, 108 hombres (54%), 165 fueron intersticiales (82,5%) y 35 necrotizantes (17,5%), con 12 casos de INP (6%), 30 desarrollaron FO (15%) y 10 fallecieron (5%). Un total de 52 (26%) pacientes fueron clasificados como PAMG o PAG y las variables que se asociaron de forma independiente y significativa con esta evolución fueron: hipotensión (TAS < 90 mmHg; OR 57,7 IC95% 2,53-1.315; $p = 0,01$), pO2 < 60 mmHg (OR 31,1; IC95% 4,47-216; $p = 0,01$), recuento leucocitario > 12.000 o < 4.000/ μ l (OR 11,5 IC95% 2,51-52,4; $p = 0,002$); hematocrito > 45% (OR 5,01 IC95% 1,49-16,9; $p = 0,009$); LDH > 500 UI/L (OR 4,17 IC95% 1,245-14,0; $p = 0,02$); IMC > 25 Kg/m² (OR 6,63 IC95% 1,42-31,0; $p = 0,02$) y derrame pleural (OR 4,86 IC95% 1,19-19,8; $p = 0,027$). El modelo multivariante predictivo mostró una adecuada capacidad discriminativa (AUC 0,90 IC95% 0,84-0,97), significativamente superior a la de la escala BISAP (AUC 0,75 IC95% 0,65-0,85).

Conclusiones: Algunas variables clínicas y analíticas recogidas de rutina en la primera atención del paciente en urgencias pueden predecir con exactitud una peor evolución (PAMG o PAG). La escala BISAP, creada y validada para mortalidad, tiene una capacidad pronostica algo inferior.

174. LA IMPLEMENTACIÓN DE EVALUACIÓN RÁPIDA "IN SITU" POR CITOPATÓLOGO MEJORA RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE PUNCIÓN CON AGUJA FINA MEDIANTE ENDOSONOGRAFÍA EN LESIONES PANCREÁTICAS SÓLIDAS

J.I. Vargas^a, R. Mansilla^a, S. Muñoz^b, J.C. Roa^c, K. Walker^c, I. Duarte^c, J. Torres^c, R. Mejía^d, H. Richter^d, R. González^a y A. Espino^a

^aFacultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Gastroenterología. ^bFacultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ^cFacultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Anatomía Patológica. ^dFacultad de Medicina, Pontificia

Universidad Católica de Chile, Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: El uso de endosonografía con punción con aguja fina (EUS-FNA) ha incrementado su relevancia en caracterización y etapificación de lesiones pancreáticas sólidas. Su rendimiento diagnóstico es variable, utilizándose varias medidas para aumentar la capacidad de diagnosticar presencia de lesiones malignas, la principal el procesamiento y evaluación por anatomopatólogo próximo al lugar de punción (*in situ*) de suficiencia de muestra obtenida. Nuestro objetivo fue evaluar el rendimiento diagnóstico posterior a la implementación de esta conducta en un centro universitario.

Métodos: Registro prospectivo de EUS-FNA realizadas con patólogo *in situ* durante el año 2015 y comparación con EUS-FNA sólo con evaluación histopatológica diferida realizadas en años previos (2011-2014) en Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se evaluaron características clínicas, endosonográficas, diagnóstico histopatológico y número de pases por procedimiento. Todas las EUS-FNA incluyeron citología y block celular para diagnóstico definitivo. Resultados expresados en promedios y porcentajes, análisis por estadística inferencial, con significancia estadística estándar ($p < 0,05$) para diferencias entre grupos.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 28 lesiones pancreáticas sólidas evaluadas con EUS-FNA. Seguimiento prospectivo de 13 EUS-FNA con patólogo *in situ*, que fueron comparadas con 15 EUS-FNA sin evaluación *in situ* hechas en años previos. La muestra incluyó individuos con un promedio de 60,4 años de edad, un 57% de género masculino y la mayoría de las lesiones estudiadas se ubicaba en la cabeza pancreática (85,2%), sin diferencia entre grupos analizados. En endosonografía, un 86,9% de las lesiones eran hipoeicas y 65,2% tenían márgenes poco definidos. La punción por aguja fina fue diagnóstica en un 73,5% de la muestra. Un 92,3% de casos realizados con evaluación por patólogo *in situ* tuvo muestra adecuada para diagnóstico, significativamente mayor que las previas efectuadas sin evaluación *in situ* (50%, $p = 0,033$). El número de pases por procedimiento fue menor (2,3 vs 6,2, $p = 0,0009$) en el grupo con patólogo *in situ*. El diagnóstico histológico fue compatible con malignidad en 89,5% de los casos. No hubo diferencias en complicaciones locales ni sistémicas en ambos grupos.

Conclusiones: La evaluación por patólogo *in situ* de muestra obtenida por EUS-FNA mejora el rendimiento diagnóstico de esta técnica. Nuestros hallazgos son concordantes con las recomendaciones actuales de utilizar evaluación histológica *in situ* en EUS-FNA en centros clínicos de no-alto volumen de estos procedimientos.

175. READMISIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS AGUDA

N. Gendive Martín, I. Arteagoitia Casero, G. Bajo Begoña, A. Razquin Garisoain, M. Mendiola Fernandez, E. Muga Ibarreche, A. Torralba Gallego, M. Arosa Pérez, C. Gil García-Ollauri y E. Martínez Moneo

Hospital Universitario de Cruces, Vizcaya, Servicio de Digestivo.

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) representa la primera causa de ingreso en el Servicio de Gastroenterología. Conocer los factores de riesgo que pueden influir en el reingreso hospitalario nos puede ayudar a mejorar la calidad asistencial así como a reducir los costes.

Objetivo: Analizar los factores predisponentes de reingreso hospitalario, tras el diagnóstico de PA en nuestro medio.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico de PA durante el periodo comprendido entre el 1/6/13 y 1/6/15. Se recogieron y analizaron datos epidemiológicos, tratamientos, evolución clínica, parámetros analíticos (creatininina, albúmina, amila-

sa, PCR 48 horas) escalas e índices de severidad (BISAP, Atlanta, Baltazar, SIRS).

Resultados: Un total de 372 pacientes fueron incluidos (porcentaje similar hombres/mujeres), de los cuales 95 (25,5%) reingresaron, 36 (9,6%) de ellos antes de 30 días. La mediana de estancia hospitalaria fue de 7 días. En la mayoría de los pacientes (83,1%) se trataba de su primer episodio de PA. Etiología: 58,1% biliar, 11,6% alcohólica, 19,6% etiología no filiada en el momento del alta y 6,2% secundario a neoplasia. La severidad: BISAP 0-1 (62,1%), SIRS (25,3%), estancia en una unidad de cuidados intensivos (UCI) (6,7%). La causa más frecuente de reingreso es la patología biliar 66,3%, seguido del mal control del dolor abdominal 9,5%. En el análisis univariante son factores de riesgo de reingreso: sexo masculino, estancia en UCI, haber presentado otros 2 episodios de PA previamente, pancreatitis crónica, PA moderada según la clasificación de Atlanta. Sin embargo en análisis multivariante tan solo el sexo masculino, la estancia en UCI y más de 2 episodios previos de PA demostraron significación estadística.

Conclusiones: La patología biliar es la principal causa de pancreatitis aguda así como de su reingreso. Se debe tener en cuenta el riesgo de reingreso en pacientes varones, estancia en UCI y haber presentado episodios previos de pancreatitis aguda. El mal control analgésico tras el alta es un factor modificable que produce un porcentaje significativo de reingresos.

176. PROTOCOLO DE PANCREATITIS AGUDA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SON LLÀTZER EN 1 AÑO

R. Chacchi Cahuin, L.N. Amado Villanueva, C. de Zarraga Mata, G. Thomas Salom, N. Rull Murillo, H. Andreu Serra, C. Dolz Abadia, A. Vilella Martorell, J. Riera Oliver, C. Garau Colom, A. Brotoms García y M. Escudero Roldán

Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Servicio de Aparato Digestivo.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con pancreatitis aguda ingresados en el Hospital Son Llàtzer durante 1 año, así como realizar una comparación entre las clasificaciones de Atlanta 1992, Atlanta 2012, y la Clasificación basada en determinantes en la predicción de resultados relevantes como mortalidad, ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, estancia hospitalaria y en UCI.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo, con una duración de 1 año, se tomaron los datos de los pacientes mayores de 18 años, incluidos en el Protocolo de Pancreatitis Aguda del Hospital Son Llàtzer. Se les asignó una categoría de gravedad según las tres clasificaciones.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes. La edad media fue 59 años con una desviación estándar de 16,7 años. 60,2% (n = 53) eran hombres y el 39,8% (n = 35) eran mujeres. La etiología de la pancreatitis aguda más prevalente fue la litiasica (44%), alcohólica (33%), idiopática (16%), post CPRE (4%) y medicamentosa (3%). En la mayoría de los casos fue un primer episodio (71%), el 29% tenían una pancreatitis aguda recurrente, siendo el segundo episodio (23%), el tercer episodio (2%) y más de 3 episodios en un 2%. Según la clasificación de Atlanta 2013, la mayoría de los casos fueron leves (69,3%) en comparación con moderada (22,7%) y grave (8%). Existió una correlación en cuanto a la clasificación de gravedad para las clasificaciones de Atlanta 2013 y la Clasificación basada en determinantes, según esta última en la mayoría de los casos fueron leves (77,3%) en comparación con los casos moderados (12,5%), graves (8%) y crítica (2,3%). Según la Clasificación de Atlanta 1992 se trataron de pancreatitis leves (69,3%) y graves (30,7%). La mortalidad fue del 5%. Un 13% presentó exacerbación de comorbilidad previa. Se realizó TAC a un 49% de los casos, observándose compli-

caciones locales en un 35% de los pacientes. Colecciones líquidas (menores de 4 semanas) en un 17% (de éstos fueron necróticas 8% y no necróticas 9%), asimismo colecciones mayores de 4 semanas en el 8% de los casos (pseudoquistes en un 2,3% y colección necrótica encapsulada en un 5,7%). Se evidenció asimismo pancreatitis necrotizante en un 11%, de estas fueron estériles 8,7% e infectadas 2,3%. Por otro lado, se objetivó obstrucción de la salida gástrica en un 2%. En cuanto a la nutrición, 4,5% de los pacientes recibieron nutrición vía enteral (mediante sonda nasogástrica (3,4%) y mediante sonda nasoyeyunal (1,1%). 3,4% de los pacientes recibieron nutrición parenteral. En relación al inicio de la nutrición por vía oral, según la clasificación de Atlanta 1992 los pacientes con pancreatitis aguda leve iniciaron la vía oral a los 2,7 días (DE ± 2,6) y los casos graves a los 3,8 días (DE ± 1,74). Según la Clasificación de Atlanta 2013 los casos leves iniciaron la vía oral a los 2,38 días (DE ± 1,53), los moderados a los 4,25 días (DE ± 1,96) y los graves a los 4,83 días (± 1,13). Por último, según la CBD los casos leves iniciaron la vía oral a los 2,4 días (DE ± 1,52), los moderados a los 4,7 días (DE ± 1,9), los graves a los 6 días (DE ± 2,24) y los críticos a los 2,5 días (DE ± 1,41). Según la clasificación de Atlanta 2013 y la CBD esta diferencia en los días de inicio de vía oral fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$). En relación a la utilidad de las tres clasificaciones mencionadas, Atlanta 2012 y CBD fueron significativamente más altos en predecir mortalidad (0,99 y 0,99 respectivamente) comparado con Atlanta 1992 (0,76) (AUROC). Atlanta 2012 y CBD fueron más altos en predecir la estancia media en UCI (0,79 y 0,89 respectivamente) comparado con Atlanta 1992 (0,70) (D Sommer's). Ninguna de las tres clasificaciones fue lo suficientemente precisa para predecir la estancia media hospitalaria (D Sommer's 0,47, 0,55, 0,49).

Conclusiones: En nuestro hospital la PA es más prevalente en hombres, siendo su principal etiología litiasica, alcohólica e idiopática. Existe un 29% de PA recurrentes. La mayoría de los casos cursa con una PA leve. Los más altos grados de severidad fueron significativamente asociados con peores resultados clínicos (mortalidad, ingreso en UCI) para los tres sistemas de clasificación. CBD y Atlanta 2012 tuvieron una alta precisión para predecir mortalidad, ingreso en UCI y estancia media en UCI.

177. ESTUDIO CUALITATIVO PARA IDENTIFICAR LAS PREOCUPACIONES DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA

C. Sánchez-Marín^a, J.J. Mira^b, I. Carrillo^b, M. Guilabert^b y E. De-Madaria^a

Hospital General Universitario de Alicante, Servicio de Medicina Digestiva, Unidad Pancreática. ^bUniversidad Miguel Hernández de Elche, Departamento de Psicología de la Salud.

Introducción: Los outcomes de tratamiento desde la perspectiva de los pacientes con pancreatitis aguda (PA) no se han estudiado adecuadamente.

Objetivo: Describir las preocupaciones de los pacientes con PA, y determinar si los pacientes y los médicos comparten los mismos puntos de vista.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo. Se utilizaron técnicas de grupos nominales para obtener puntos de vista de médicos y pacientes sobre los criterios de calidad del tratamiento. Se utilizaron tres preguntas: ¿qué síntomas generan mayor incomodidad y preocupación en pacientes antes, durante y después del tratamiento de la AP? Los médicos participantes (N = 7) fueron reclutados de varios hospitales de la provincia de Alicante, mientras que los pacientes (N = 7) fueron reclutados en el Hospital de Alicante (3 grave, 2 moderada y 2 PA leve, según la Clasificación revisada Atlanta). Se incluyeron gastroenterólogos con más de 5 años de

experiencia y pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de AP y datos de alta > 3 meses antes de la inclusión. Para analizar los puntos de vista el método utilizado incluyó códigos inductivos. Estos códigos fueron agrupados en categorías temáticas. Se realizaron comparaciones entre médicos y pacientes vistos.

Resultados: Mientras que el alivio del dolor abdominal fue la principal preocupación antes del tratamiento desde el punto de vista de médicos y pacientes, había varias diferencias entre ellos al describir preocupaciones durante el tratamiento. Los médicos y pacientes comparten las mismas ideas sobre la frecuencia de dolor abdominal y el miedo a comer durante y después de la hospitalización. Los médicos consideraron que los pacientes estaban preocupados por la posibilidad de recurrencia de PA, la presencia de náuseas, dolor abdominal y el miedo a morir. Sin embargo, ninguna de estas preocupaciones fue descrita como crucial por los pacientes. La sed, la fatiga y tener pesadillas eran preocupaciones importantes para el paciente que los médicos no identificaron.

Conclusiones: Estos resultados produjeron un cambio en la intervención educativa, útil para ajustar las expectativas sobre el tratamiento y la reducción de los temores asociados a la enfermedad. El análisis de las diferencias entre los puntos de vista de los médicos y los pacientes durante el tratamiento, contribuye a mejorar la garantía de calidad. Teniendo en cuenta el punto de vista del paciente que introduce un nuevo enfoque para el diseño de ensayos clínicos.

178. PREDICTORES DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA EN LA PANCREATITIS CRÓNICA

E. Soria-López^a, R. Rivera-Irigoin^a, F. Fernández-Cano^a, M.A. Romero-Ordóñez^a, M.C. García-Gavilán^a, A. Sánchez-Yagüe^a, F. Rivas-Ruiz^b y A. Pérez-Aisa^a

^aAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Aparato Digestivo. ^bAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Unidad de Investigación.

Introducción: La insuficiencia pancreática exocrina (IPE) es una complicación de la pancreatitis crónica que conduce a la maldigestión de nutrientes. Su presencia es una constante en el proceso evolutivo de esta entidad y establecer predictores precoces que ayuden al diagnóstico es fundamental para iniciar tratamiento y evitar la malnutrición.

Objetivo: Intentar obtener predictores clínicos y analíticos de IPE en pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica en nuestro ámbito sanitario.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica desde 2001 hasta 2014 en el área sanitaria perteneciente a la Agencia Sanitaria Costa del Sol. Se analizan variables demográficas, clínicas y pruebas complementarias obtenidas de la historia clínica digital. La evaluación de la IPE se realiza mediante test de aliento con TG marcados con C13. Se realiza análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar) para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. Se calculó la prevalencia con su respectivo intervalo de confianza al 95% para la variable IPE, y se valoró su distribución respecto a variables independientes cualitativas mediante el test χ^2 , y respecto a variables independientes cuantitativas con el test de t-Student. Se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados: Se analizan 99 pacientes (79,8% hombres). Edad media 54,8 años. La etiología de la pancreatitis crónica es tóxica (tabaco y/o alcohol) en un 74,7%. A 88% se realizó ecografía abdominal (39% normal, 9% alteración del parénquima, 51% calcificaciones/pseudoquistes/dilatación del Wirsung). A 65% se realizó TC abdominal (10% normal, 90% alteraciones del parénquima/Wirsung). A 70%

se realizó EcoEDA (35% hallazgos leves, 65% graves). Se objetiva IPE en 52 pacientes (53,6%, IC95: 43,16-64,04). La única variable asociada a IPE fue la presencia de esteatorrea ($p < 0,001$). Ni el sexo, IMC, hábitos tóxicos, ni la etiología de la pancreatitis crónica se asociaron a presentar IPE. Tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas con síntomas como la pérdida de peso. Las alteraciones en las pruebas de imagen (ecografía, TC abdominal y ecoendoscopia) no se han asociado a presentar IPE. Pese a no hallarse diferencias estadísticamente significativas, en los pacientes con parénquima alterado o alteraciones ductales por TC se objetiva el doble de IPE que en aquellos con TC normal.

Conclusiones: El diagnóstico y manejo precoz de IPE en pacientes con pancreatitis crónica continúa siendo fundamental. Únicamente la esteatorrea ha demostrado ser variable predictora de IPE en nuestra serie.

179. PRINCIPALES FACTORES PREDISPONENTES DE MALIGNIZACIÓN DE LOS PÓLIPOS VESICULARES EN NUESTRO MEDIO

M. Jiménez Palacios, L. Monterín Ron, N. Reyes Campos, G. Molina Arriero, D. Joao Matías, N. Fernández Fernández, D. Viso Vidal, L. Rodríguez Martín, B. Álvarez Cuenllas, L. Vaquero Ayala, D. López Cuesta, F. Jorquera Plaza y S. Vivas Alegre

Complejo Asistencial Universitario de León, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Los pólipos vesiculares normalmente son hallazgos accidentales en pruebas radiológicas por otras causas. Son lesiones benignas, sin embargo cuando superan los 7 mm de tamaño pueden presentar displasía focal recomendando la colecistectomía.

Objetivo: Evaluar los diferentes pólipos vesiculares hallados tras la colecistectomía en nuestro medio y determinar principales factores predictores de mal pronóstico. Analizar el papel de la ecografía en el diagnóstico de estas lesiones o lesiones asociadas.

Métodos: Desde 2005 hasta 2015 fueron seleccionados todos los pólipos vesiculares en la pieza de colecistectomía. Se recogieron variables como edad, sexo, indicación de la intervención, número de pólipos y tamaño del pólipos en la ecografía, presencia de colelitiasis y/o colecistitis crónica en la prueba radiológica, histología del pólipos, tamaño histológico de la lesión, presencia de colelitiasis y/o colecistitis crónica en el estudio anatomo-patológico posterior.

Resultados: Se analizaron 65 sujetos (edad media 53,3 años, rango 20-87), el 53,8% mujeres. En un 63,5% la indicación de la intervención fue por el tamaño del pólipos, el 7,9% por síntomas, un 15,9% por ambas cosas y en un 12,7% fue un hallazgo accidental al realizar la colecistectomía por otra causa. La gran mayoría fueron pólipos de colesterol (86,2%), adenomiomatosis en el 7,7%, y solo hubo dos pólipos fibroepiteliales, uno inflamatorio y una neoplasia circunscrita al pólipos. No hubo ningún adenoma en nuestra serie. El tamaño medio de los pólipos detectados en la ecografía fue superior al tamaño medio histológico de la lesión (8 vs 5 mm; $p < 0,0001$). Las lesiones neoplásicas presentaron un tamaño mayor que los pólipos sin potencial para degenerar (18 vs 7 mm; $p = 0,012$). La presencia de colelitiasis se detectó mediante ecografía en el 18,8% de los pacientes y a través del estudio anatomo-patológico en el 20% ($r = 0,78$; $p < 0,01$). Sin embargo, la colecistitis crónica se observó en la pieza quirúrgica en el 47,7% y en ningún caso se habían detectado signos de la misma en las pruebas de imagen. No hubo diferencias entre el tipo histológico del pólipos y el sexo, edad, indicación de la cirugía, presencia de colelitiasis y presencia de colecistitis crónica.

Conclusiones: La mayoría de los pólipos de vesícula en nuestro medio son de colesterol. El tamaño es el principal factor predictor

de mal pronóstico de la lesión. La ecografía es una prueba magnífica para determinar la presencia de colelitiasis pero sobredimensiona el tamaño de los pólipos e infradiagnosticada la presencia de coleistitis crónica, en comparación con el estudio histológico.

180. EFECTO DE LA HIPERTRIGLICERIDEMIA AL INGRESO EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA PANCREATITIS AGUDA ALCOHÓLICA

A. Sanahuja, I. Pascual, N.A. García, P. Vázquez, A. Garayoa, J. Tosca, S.V. Hernández, R. Añón, P. Mas, A. Marco y F. Mora

Hospital Clínico de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: No existe consenso de si la hipertrigliceridemia (HTG) es un factor agravante del curso clínico de la pancreatitis aguda (PA). El alcoholismo es un factor desencadenante de HTG en pacientes con alteración del metabolismo lipídico. Determinar la etiología exacta de la PA en pacientes alcohólicos con HTG es complicado.

Objetivo: Analizar el curso clínico y gravedad de la PA alcohólica (PAA) en función del nivel de triglicéridos al ingreso.

Métodos: Estudio retrospectivo, que incluye todos los episodios de PAA ingresados en nuestro hospital entre enero 2002 y diciembre 2011. Se excluyen pacientes en los que no se dispone de niveles de triglicéridos (Tg) en las primeras 72h de ingreso y con criterios de pancreatitis crónica. Se considera PAA si la ingesta de alcohol es > 60 g al día durante > 5 años. Se categorizan los pacientes según nivel de Tg (mg/dl) al ingreso: Grupo 1 (< 250), grupo 2 (251-999), grupo 3 (> 1.000). Se valoran los siguientes parámetros: datos demográficos, cantidad de alcohol ingerido (g/día), IMC, DM, comorbilidad, fallo orgánico, complicaciones locales según Criterios Atlanta 1992, escala de Balthazar (grados D y E), ingreso en UCI y mortalidad.

Resultados: Se incluyen 163 episodios de PAA; 18 con Tg 251-999 mg/dl y 23 con Tg > 1.000 mg/dl. En 11 pacientes se considera que la etiología es mixta (alcohol + HTG), todos ellos con ingesta de alcohol menos excesiva (60-70 g/día). No hubo diferencias entre los 3 grupos respecto a edad, sexo y cantidad de alcohol ingerida. En el análisis multivariante, incluyendo variables que pueden condicionar la gravedad del episodio (edad, comorbilidad, sexo, DM asociada), Tg > 1.000, pero no Tg entre 251-999 mg/dl, se asocian a fallo orgánico, necrosis pancreática, ingreso en UCI y mortalidad (v. tabla a pie de página).

Conclusiones: El 25% de pacientes con PAA presentan HTG. HTG > 1.000 g/dl en pacientes con PAA, se asocia de forma independiente a fallo orgánico, necrosis pancreática, ingreso en UCI y mortalidad.

Trastornos funcionales digestivos

181. VALORES DE NORMALIDAD DEL TEST DE SOBRECARGA CON DEGLUCIÓN RÁPIDA DE AGUA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO CON VOLUNTARIOS SANOS

I. Marín^a, D. Cisternas^b, L. Abrao^c, E. Lemme^c, C. Bilder^d, A. Ditaranto^d, R. Coello^e, A. Hani^f, A.M. Leguizamó^f, A. Meixueiro^g, J. Remes-Troche^g, M.A. Zavala^g, A. Ruiz de León^h, M.A. Valdovinosⁱ y J. Serra^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Unidad de Motilidad y Trastornos Funcionales Digestivos. ^bClinica Alemana de Santiago, Santiago de Chile. ^cHospital Universitario Clementino Fraga Filho, Río de Janeiro. ^dHospital Universitario Fundación Favaloro, Buenos Aires. ^eAxxis Hospital, Quito.

^fHospital San Ignacio-Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

^gUniversidad Veracruzana, Veracruz. ^hHospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁱInstituto Salvador Zubirán, Ciudad de México.

Introducción: Según trabajos recientes, los diferentes tipos de trastorno motor esofágico (trastornos menores, mayores y alteraciones de la unión esofagogastrica) presentan patrones de respuesta específicos a un test de deglución rápida de agua, por lo que este test se ha propuesto como un complemento útil en el diagnóstico de estos trastornos. Sin embargo aún no disponemos de un estudio amplio con los valores de normalidad en sujetos sanos para este test.

Objetivo: Determinar los valores de normalidad en respuesta a un test de deglución rápida múltiple realizado con manometría de alta resolución en sujetos sanos.

Métodos: Se estudiaron 73 voluntarios sanos (40 mujeres, 33 hombres de 18-68 años) de 9 centros de Europa y América. Cada uno, tras el protocolo habitual de manometría de alta resolución, en posición sentado realizó la deglución de 200 ml de agua. Se evaluaron el tiempo y número de degluciones necesarios, el gradiente de presión de la unión esofagogastrica (UEG), la actividad presiva del esfínter esofágico inferior (EEI) y del cuerpo esofágico durante y tras el test.

Resultados: Todos los sujetos completaron la deglución de 200 ml sin incidencias. Se evidenció una relajación completa del EEI y escasos episodios de presurizaciones esofágicas, resultando en un gradiente de presión a través de la UEG negativo. Tras el test el 47% de los sujetos presentaron una onda contráctil posterior (26% onda normal, 17% hipotensiva, 1% hipertensiva y 3% simultánea), con una CFV $3,2 \pm 0,7$ cm/seg y DCI media de 1.817 ± 326 mmHg·seg·cm (DCI ratio de $0,9 \pm 0,1$) (v. tabla en pág. siguiente).

Variable	Grupo 1 (TG ≤ 250 mg/dl) (n = 22)	Grupo 2 (TG 251-999 mg/dl) (n = 18)	Grupo 3 (TG ≥ 1.000 mg/dl) (n = 23)	p
IMC ≥ 30*	5 (6,0%)	3 (18,8%)	2 (15,4%)	NS
DM	5 (4,1%)	1 (5,6%)	2 (8,7%)	NS
Comorbilidad	24 (19,7%)	3 (16,7%)	10 (43,5%)	< 0,05
Balthazar grave (D-E)	55 (47%)	11 (61,1%)	15 (65,2%)	NS
Fallo orgánico	10 (8,2%)	2 (11,1%)	7 (30,4%)	< 0,05
Complicaciones locales	39 (32%)	5 (27,8%)	11 (47,8%)	NS
Necrosis	15 (12,4%)	4 (22,2%)	7 (30,4%)	< 0,05
UCI	11 (9%)	1 (5,6%)	6 (26,1%)	< 0,05
Mortalidad	0 (0%)	1 (5,6%)	3 (13%)	< 0,05

*No se dispone en todos los pacientes.

Valores de normalidad en respuesta al test de deglución rápida múltiple			
	Media	Percentil 5	Percentil 95
Tiempo (seg)	24	12	47
Degluciones (N)	14	7	25
Frecuencia de degluciones (N/seg)	1,7	0,9	2,8
e-sleeve (mmHg)	4	0	10
IRP (mmHg)	3	-2	13
Gradiente de presión de la UEG (mmHg)	-1	-7	4
Presurizaciones a isóbara 20 mmHg (N)	0,3	0,0	2,3
Tiempo con presión > 20 mmHg (%)	1	0	8
Presurizaciones a isóbara 30 mmHg (N)	0,1	0,0	1,3
Tiempo con presión > 30 mmHg (%)	1	0	5

Conclusiones: La respuesta al test de deglución rápida múltiple en sujetos sanos consiste en una relajación completa del EEI y una inhibición de la actividad presiva del cuerpo esofágico, resultando en un gradiente de presión a través de la UEG negativo. Aproximadamente la mitad de los sujetos presentaron actividad presiva al final de la deglución rápida múltiple, mayoritariamente ondas contráctiles normales o hipotensivas.

182. FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LA PRESENCIA DE ESÓFAGO DE BARRETT. RESPUESTA CON DATOS RELATIVOS A UNA COHORTE DE 275 PACIENTES

M. Lozano-Lanagran^a, F. Fernández-Cano^a, F. Rivas-Ruiz^b, P. Rosón-Rodríguez^a y A. Pérez-Aisa^c

^aHospital Quirón Málaga, Servicio de Digestivo. ^bAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Unidad de Investigación. ^cAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Dentro de los factores que condicionan el desarrollo del esófago de Barrett se han postulado varios factores entre ellos la obesidad, la disminución de la peristalsis del cuerpo esofágico y la disminución de presión del esfínter esofágico inferior (EEI) que podrían condicionar un aumento de la exposición ácida esofágica.

Objetivo: Determinar si la obesidad, alteraciones manométricas y la exposición ácida esofágica se relacionan con una mayor presencia de Barrett.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de 275 sujetos con clínica de ERGE sometidos a estudio endoscópico, manometría esofágica y pH-metría ambulatoria 24 horas en la Unidad de Motilidad de Hospital Quirón de Málaga desde octubre de 2012 hasta octubre de 2015. Se agruparon en tres grupos según los datos endoscópicos: Barrett (confirmado histológicamente), esofagitis erosivas sin Barrett y esofagitis no erosiva. Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Utilizando como variable resultado tanto la presencia de erosión, como presencia de Barrett, se evaluó diferencias respecto a variables independientes cualitativas mediante el test χ^2 (con test lineal para variables independientes ordinales), y el test de la t-Student para variables independientes cuantitativas. Se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados: En nuestra cohorte encontramos 38 (13,9%) sujetos con Barrett, 184 (68,9%) formas no erosivas y 54 (17,2%) con esofagitis erosiva sin Barrett. El hallazgo de esófago de Barrett es 3 veces más frecuente en varones ($p < 0,001$) que en mujeres. No encontramos asociación entre el IMC y la presencia de Barrett ($p = 0,655$). El 19,8% de los pacientes con Barrett presentan hernia dia-

tal y sólo un 11,3% de los Barrett tienen un tono del EEI normal, frente al 31% que muestra una hipotonía severa ($p = 0,010$). No se observa relación entre la hipomotilidad del cuerpo esofágico y la presencia de Barrett ($p = 0,150$). El Barrett y las formas erosivas se asocian a exposiciones ácidas más severas, sobre todo a formas de RGE severo mixto ($p = 0,007$) y con mayor porcentaje de tiempo de exposición ácida (ph por debajo de 4 tanto en bipedestación como en decúbito) y puntuación en el score de DeMeester superior a 30 ($p < 0,001$).

Conclusiones: Nuestros datos manifiestan una relación estadísticamente significativa del esófago de Barrett con el sexo masculino, los trastornos por hipotonía del EEI y la presencia de una mayor exposición ácida. No se encuentra una asociación significativa con los trastornos peristálticos del cuerpo esofágico ni con la obesidad. Estudios prospectivos con amplio tamaño muestral permitirían realizar análisis multivariante para ajustar por posibles contundentes.

183. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL AL AÑO DEL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK

A. Erimeiku Barahona, M.J. Bosque López, C. García Caparrós, M. Llabrés Rosselló, I. García Vázquez, S. Khorrami Minaei, M.A. Payeras Capó y C. Garrido Durán

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La incontinencia fecal (IF) provoca incapacidad física y psicológica que puede llevar al aislamiento social, y ocasionalmente un impacto negativo en la calidad de vida. Afecta a un 2-10% de la población adulta y hasta un 50% de la población geriátrica. La mayoría de los pacientes responden al tratamiento conservador con el método del biofeedback (BFB).

Objetivos: 1. Valorar el impacto sobre la calidad de vida y respuesta clínica en los pacientes con IF que han realizado tratamiento con BFB al año de finalizarlo. 2. Describir la distribución de los factores asociados a IF en nuestra población.

Métodos: Estudio observacional descriptivo en pacientes con IF que se sometieron a BFB entre enero 2011 y julio 2014. Se registraron datos demográficos, antecedentes médicos, obstétricos y quirúrgicos. Los pacientes respondieron un año antes y después del BFB, a test de funcionalismo evacuador (test de Wexner y diario defecatorio). Se incluyeron pacientes mayores de edad con adecuada capacidad cognitiva, realizándose contacto telefónico. Se excluyeron pacientes con falta de seguimiento o abandono del tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes, 40 mujeres (83%) y 8 hombres (17%), mediana de edad 60 (31-82) años. La magnitud del

impacto definida según escala de Wexner > 9 clasificó al 65% de los paciente en grave previo al tratamiento con BFB vs 12% al año post-tratamiento. Se observó una mejoría de la puntuación absoluta en la medición de escala de Wexner pre y post tratamiento en el 75%, con una diferencia en la puntuación absoluta de 3,92 puntos. El 72% de las pacientes con uno o más partos, presentaron mejoría tras el tratamiento con BFB, con una media de 2,8 partos en el grupo con mejoría frente a 3,3 partos en las pacientes que no mejoraron. Respecto a los partos instrumentales el 81% de las pacientes con episiotomías previas y el 74% de las pacientes con desgarros obstétricos presentaron mejoría en la escala de Wexner post BFB. En los pacientes con antecedentes de cirugía anorrectal se observó una mejoría global postratamiento en el 61% de los casos.

Conclusiones: 1. Los resultados obtenidos de eficacia de BFB reflejan una mejoría en la calidad de vida. 2. El tratamiento con BFB mejora la puntuación obtenida en la escala de Wexner en la IF moderada-grave (> 9). 3. La distribución de factores asociados a IF no modifica el resultado post BFB en nuestra población.

184. DISFUNCIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR INDUCIDA POR OPIÁCEOS

F.C. Díaz-Jaime, Vicente Ortiz, J. Herreras López,
E. Sáez González, J. Ortúñoz y V. Garrigues

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Unidad de Pruebas Funcionales Digestivas, Servicio de Medicina Digestiva.

Introducción: Los efectos secundarios de los opiáceos en el sistema gastrointestinal han sido ampliamente reconocidos en la literatura. Sin embargo, el efecto sobre la motilidad esofágica ha sido poco evaluado.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la motilidad esofágica mediante manometría de alta resolución (MAR) de pacientes en tratamiento crónico con opiáceos, remitidos para estudio de disfagia a la Unidad de Pruebas Funcionales Digestivas. Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo, de pacientes consecutivos, durante el periodo comprendido entre enero de 2014 hasta septiembre de 2015.

Métodos: Se recogió de forma consecutiva los datos clínicos y manométricos de 6 pacientes bajo tratamiento crónico con opiáceos. En todos los casos el tratamiento con opiáceos precedió al inicio de la disfagia. No existió ninguna condición médica previa que explicara la disfagia y en todos los pacientes se realizó endoscopia digestiva alta con toma de biopsias del cardias, que resultó normal. A su vez, se realizó pHmetría con impedancia, que descartó reflujo gastroesofágico. El diagnóstico manométrico se estableció en base a los criterios de la clasificación de Chicago.

Resultados: La MAR objetivó en todos los casos hipertonia del EEI con relajación patológica. En base a los criterios de la clasificación de Chicago los 6 pacientes presentaron un trastorno motor esofágico encuadrable dentro del grupo denominado: Trastornos motores con obstrucción a la salida de la unión esofagogastrica (Acalasia I, II, III y obstrucción funcional de la UEG). Dos pacientes cumplieron criterios de acalasia tipo III y cuatro presentaron criterios de obstrucción funcional de la UEG. De los 6 pacientes, tres precisaron tratamiento mediante dilatación neumática por la gravedad de la disfagia, con una escasa mejoría de los síntomas. Sólo en 1 de los 6 pacientes fue posible la retirada de la medicación. La manometría realizada tras la retirada de los opiáceos objetivó una función motora esofágica normal, con reversión de la obstrucción funcional de la unión esofagogastrica. Esto se acompañó de una mejoría clínica importante.

Conclusiones: En conclusión, el uso crónico de opiáceos podría inducir trastornos de la motilidad esofágica similares a acalasia u obstrucción funcional de la UEG. Se ha de tener en cuenta a estos fármacos en el diagnóstico diferencial de los procesos que alteran

la motilidad esofágica, fundamentalmente trastornos motores que cursan con relajación patológica del esfínter esofágico inferior e hipertonia del mismo.

185. LA GENÉTICA DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE EN 800.000 EUROPEOS: "THE BELLYGENES INITIATIVE"

M. D'Amato

BioCruces, IKERBASQUE, Basque Foundation for Science.

El síndrome del intestino irritable (SII) afecta a un 10-15% de las personas en todo el mundo, es la principal causa de absentismo laboral, y gasta el 0,5% del presupuesto anual de la salud [PMID 24523597]. Los síntomas del SII incluyen dolor y distensión abdominal, estreñimiento (SII-E), diarrea (SII-D) o estreñimiento mixta y diarrea (SII-M). La etiología es desconocida y probablemente heterogénea, por lo tanto no se ha desarrollado ninguna cura efectiva. Un componente hereditario del SII se ha demostrado en estudios familiares y gemelos. Sin embargo, los estudios genéticos en SII hasta ahora se han limitado principalmente a genes candidatos en pequeños números de casos y controles, y ningún locus de riesgo SII inequívocable ha sido identificado. La única excepción está representada por el gen TNFSF15, que hemos descrito originalmente asociado con el riesgo de SII en Suecia y EE.UU. [PMID 21636646], y ha mostrado efectos similares en cohortes independientes de Reino Unido y Canadá [PMID 24041540 y 22684480]. Debido a su alta prevalencia, recientemente propusimos estudios de cohortes de base poblacional, donde genotipados existente y información fenotípica pueden ser explotados para descubrir genes SII, con una considerable ganancia en el tamaño y la homogeneidad de la cohorte [PMID 23826979]. Utilizando datos de cuestionarios y los criterios de Roma, recientemente hemos realizado un estudio de asociación genómica (GWAS) del SII en 5.466 individuos de una población general sueca, y replicado los hallazgos principales en 6 cohortes de casos y controles de clínicas gastroenterológica de Europa y de EEUU [PMID 25248455]. Esto corrobora nuestra hipótesis de que las cohortes basados en la población general proporcionan excelentes oportunidades para estudiar la arquitectura genética de SII y síntomas gastrointestinales relacionados. La iniciativa bellygenes, recientemente aprobada por el European Biobank and BioMolecular research Resource Infrastructure - large prospective cohorts (BBMRI-Lpc) estudiará SII en relación con el genotipado de > 800.000 europeos de varias cohortes BBMRI-LPC, a través estudios GWAS y meta-analisis utilizando el genotipado en relación con SII en base a datos de cuestionarios (criterios de Roma) y ICD10 códigos de EMR (electronic medical records) de los registros sanitarios. Esta iniciativa contribuirá a la identificación de mecanismos fisiopatológicos que pueden ayudar a explicar la etiología del SII, informar a una reclasificación molecular de esta enfermedad, y por lo tanto en última instancia, proporcionar nuevas estrategias terapéuticas. Se discutirá el estado actual de bellygenes, y los resultados preliminares del análisis de 25.000 individuos.

186. EFICACIA A MEDIO PLAZO DE LA ESFINTEROTOMÍA ENDOSCÓPICA EN LA DISFUNCIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI

J. Herreras López^a, V. Ortiz^a, E. Sáez González^a, L. Puchades^a, V. Pons^b y V. Garrigues^a

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Unidad de Pruebas Funcionales Digestivas, Servicio de Medicina Digestiva.

^b*Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Unidad de Endoscopia Digestiva.*

Introducción: La disfunción del esfínter de Oddi hace referencia a una entidad clínica heterogénea, caracterizada por la presencia

de dolor abdominal tipo biliar y/o pancreatitis aguda recurrente acompañado o no de alteraciones analíticas y en ausencia de patología orgánica que lo justifique. El diagnóstico es complejo, siendo el gold estándar la manometría del esfínter de Oddi, y su tratamiento, la esfinterotomía endoscópica.

Objetivo: Evaluar, a medio plazo, la eficacia de la esfinterotomía endoscópica en los pacientes con disfunción del esfínter de Oddi.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, de pacientes consecutivos remitidos a la unidad de pruebas funcionales de un hospital terciario, por sospecha de disfunción del esfínter de Oddi entre 2007 y 2014. A todos se les realizó manometría biliopancreática convencional. El criterio diagnóstico para indicar el tratamiento (esfinterotomía endoscópica) fue una presión en el esfínter de Oddi (segmento biliar y/o pancreático) mayor de 40 mmHg. Se evaluó la eficacia del tratamiento al menos un año después mediante encuesta clínica (telefónica o presencial) y se calificó la respuesta en función de los síntomas en 3 categorías: completa, parcial o ausencia.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes con una mediana de edad de 46 años (límites 33-68), siendo 8 mujeres y 6 varones. En 9 de ellos la indicación fue por disfunción biliar tipo II y en los otros 5 por pancreatitis aguda recurrente (disfunción pancreática tipo II), según los criterios de Milwaukee. La mediana para las presiones fueron: para el segmento biliar de 40 mmHg (10-170) y para el pancreático de 33 mmHg (20-160). La esfinterotomía endoscópica se indicó en un total de 10 de los 14 pacientes, en 4 de ellos del segmento pancreático y en 6 del segmento biliar. Los 10 pacientes tratados fueron reevaluados en 2015, al menos un año después de la esfinterotomía endoscópica en todos los casos. Tras una mediana de seguimiento de 3 años (límites 1-8) el 50% de los pacientes refería una mejoría completa de sus síntomas y el 40% una mejoría parcial, existiendo un caso sin mejoría alguna. En los 4 pacientes con pancreatitis, la respuesta fue completa en 3 y parcial en 1. En los 6 pacientes con disfunción biliar, la respuesta fue completa en 2, parcial en 3 y ausente en 1.

Conclusiones: La esfinterotomía endoscópica es un tratamiento eficaz a medio plazo para los pacientes con disfunción del esfínter de Oddi (tanto biliar tipo II como del segmento pancreático).

187. DIAGNÓSTICO DE HIPOLACTASIA PRIMARIA: COMPARACIÓN ENTRE EL TEST DE GAXILOSA, EL TEST DE TOLERANCIA A LA LACTOSA REDUCIDO Y PARÁMETROS CLÍNICOS RESPECTO AL POLIMORFISMO C/T_13910

J.L. Domínguez Jiménez^a, A. Fernández Suárez^b,
A.U. Muñoz Colmenero^b, D. Fatela Cantillo^b e I. López Pelayo^b

^aHospital Alto Guadalquivir, Jaén, Servicio de Aparato Digestivo.

^bHospital Alto Guadalquivir, Jaén, Servicio de Análisis Clínicos.

Introducción y objetivo: Existen diferentes métodos para el diagnóstico de hipolactasia, alguno de ellos novedosos como el test de gaxilosa. Sin embargo no existe acuerdo sobre cuál es el mejor. El objetivo de nuestro estudio fue el comparar la eficacia diagnóstica del test de gaxilosa con 2 test clásicos (test de tolerancia a la lactosa y criterios clínicos) para el diagnóstico de hipolactasia primaria usando el test genético como método de referencia.

Métodos: Se realizaron test de tolerancia tras sobrecarga de 50 g de lactosa, encuesta de síntomas pre, post-sobrecarga y tras dieta sin lactosa, así como test de gaxilosa a pacientes con sospecha clínica de hipolactasia. Se midió la eficacia diagnóstica, grado de acuerdo y de correlación utilizando el test genético (polimorfismo C/T-13910) como referencia y sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC).

Resultados: 30 pacientes caucásicos consecutivos (70% mujeres) participaron en el estudio. El test genético fue patológico en

11 pacientes (36,8%). La presencia de diarrea y la escala de síntomas tras la sobrecarga, junto al test de tolerancia fueron las variables con mayor grado de acuerdo (kappa > 0,60), áreas bajo la curva ROC (> 0,82) ($p < 0,05$) y con sensibilidad y especificidad > 0,80. Sin embargo el test de gaxilosa obtuvo valores más modestos: kappa 0,47, área bajo curva 0,75 (0,57-0,94), sensibilidad 0,82 (0,55-1) y especificidad 0,68 (0,45-0,92). El análisis multivariante mostró asociación entre la encuesta de síntomas post-sobrecarga y los resultados del test genético (odds ratio 1,17; 1,04-1,31) $p < 0,01$.

Conclusiones: La presencia de diarrea y la escala de síntomas tras sobrecarga de 50 g de lactosa presentan mayor grado de acuerdo y eficacia diagnóstica de hipolactasia primaria que el test de gaxilosa cuando se usa el test genético como referencia. El test de gaxilosa es no invasivo, bien tolerado y tiene una eficacia diagnóstica similar al test de tolerancia a la lactosa reducido.

188. LA INGESTA DE PAN BAGUETTE DESENCADENA MÁS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES QUE EL PAN DE TRIGO ARTESANO Y EL PAN SIN GLUTEN EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SENSIBILIDAD AL TRIGO NO CELÍACA

J. Molina Infante^a, M.L. Rubio^a, A. Durán^a y C. Sousa^b

^aHospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, Servicio de Aparato Digestivo. ^bFacultad de Farmacia, Universidad de Sevilla.

Introducción: La sensibilidad al trigo no celíaca (STNC) es una entidad nueva en pacientes que experimentan síntomas no inmediatos gastrointestinales y extraintestinales dependientes del consumo de alimentos con trigo. Se desconoce en la actualidad qué componente exacto del trigo (gluten, proteínas diferentes del gluten, carbohidratos) produce la enfermedad.

Objetivo: Evaluar la sintomatología provocada por la ingesta de 200 g de pan baguette (1), pan de trigo artesanal, elaborado con masa madre, fermentación superior a 24 horas (2) y pan sin gluten (Pan Carré, Dr. Schär) (3) en pacientes con criterios de STNC.

Métodos: Estudio unicéntrico prospectivo aleatorizado con grupo control. Criterios de inclusión: pacientes con autodiagnóstico de STNC, anticuerpos antoítranglutaminasa tisular y antiendomisio negativos y biopsias duodenales Marsh 0 bajo dieta con gluten al menos 4-8 semanas antes. Se administró el pan en ayunas a las 8,30 en Consultas, con los ojos vendados, ligeramente tostado y con una mínima cantidad de aceite. Se midió hidrógeno y metano espirado cada hora en las seis horas posteriores a la ingesta del pan. Se analizaron síntomas detallados nº de deposiciones y síntomas extraintestinales durante las 24 horas posteriores, con reevaluación telefónica a las 3-5 días. La cantidad de gluten aportada en cada pan fue medida en un laboratorio externo.

Resultados: Hasta la fecha, se han incluido 6 pacientes (5 mujeres y un hombre), con 6 controles pareados. El contenido de gluten en cada pan fue: 1) 50.456 ± 279 ppm 2) 61.329 ± 183 ppm y 3) < 1,2 ppm. Todos los pacientes incluidos tenían al menos uno de los haplotipos HLAQ2/DQ8. Ningún paciente tenía anemia, 5/6 (83%) presentaban astenia, 3/6 (50%) cefaleas/migrañas y 2/6 (33%) paroxismos periféricas, con una calidad de vida gastrointestinal y nivel de ansiedad y depresión (escala HDAS) superior a los controles ($p < 0,001$). El 66% de los pacientes evitaban la lactosa por mala tolerancia clínica. Comparando pacientes y controles, el pan de trigo 1 (61 vs 7, $p < 0,01$) y de trigo 2 (32 vs 9, $p < 0,08$) condicionaron más síntomas en pacientes, pero no el pan sin gluten (14 vs 16, $p < 0,2$). Considerando únicamente a los pacientes, la ingesta de pan 1 condicionó más síntomas globales (61 vs 32 vs 16), más ventosidades en las 12 horas posteriores (9 vs 4,5 vs 2,9), sin diferencias en el número de deposiciones (media 1,2) en las 12h posteriores. Cabe destacar que 2 pacientes experimentaron más síntomas con pan sin gluten que con cualquiera de los otros 2 panes del ensayo. La inges-

ta de pan de trigo condicionó elevaciones aisladas leves de los niveles de hidrógeno y metano, tanto en pacientes como en controles.

Conclusiones: El pan de trigo, pero no el pan sin gluten, genera significativamente más síntomas en pacientes que en controles sanos. En pacientes con STNC, la ingesta de pan baguette desencadena más síntomas comparado con pan de trigo artesanal (con más cantidad de gluten que el pan baguette) y pan sin gluten. Un 33% de pacientes experimentó más síntomas con el pan sin gluten que con pan de trigo. Estos síntomas no se correlacionan con modificaciones relevantes de gases espirados en las seis primeras horas.

189. TRANSPORTE Y ELIMINACIÓN DEL GAS GÁSTRICO EN SUJETOS SANOS

N. Caballero, I. Marín y J. Serra

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: El gas ingerido puede producir síntomas abdominales altos o síntomas bajos en función de su tránsito y distribución. Sin embargo, el mecanismo predominante de transporte y eliminación del gas gástrico en condiciones fisiológicas es desconocido.

Objetivo: Estudiar la dinámica del gas gástrico en sujetos sanos.

Métodos: En 24 voluntarios sanos (11 mujeres, 13 hombres; edad 21-33 años) se infundió 1.500 ml de una mezcla de gases en el estómago en grupos de 6 pacientes a: 0 ml/min (infusión ficticia), 25 ml/min, 50 ml/min, y 100 ml/min. Tras la infusión ficticia, se infundió gas a 400 ml/min hasta que se produjo un eructo. El gas eructado y el gas rectal se registraron continuamente mediante sonda de manometría/impedanciometría y sonda rectal respectivamente, durante 90 min.

Resultados: La infusión ficticia de gas se asoció a una mínima evacuación rectal (187 ± 94 ml), y únicamente un sujeto presentó un eructo a los 40 minutos. La infusión real de gas se asoció a un incremento significativo de evacuación rectal de gas (1.116 ± 280 ml, 1.362 ± 410 ml, y 1.395 ± 215 ml de gas evacuado, 25 ml, 50 ml y 100 ml respectivamente; $p < 0,05$ vs infusión ficticia para todos) y a un incremento discreto del número de eructos registrados (3 ± 2 , 4 ± 2 y 3 ± 1 , respectivamente; $p < 0,05$ vs infusión ficticia) que se correlacionó negativamente con el volumen de gas rectal recogido ($r = -0,66$; $p < 0,05$). La infusión a 400 ml/min se asoció a eructo precoz tras la infusión de 703 ± 132 ml de gas ($p < 0,05$ vs 1.300 ± 148 ml media 25-100 ml/min).

Conclusiones: En sujetos sanos, el gas gástrico es transportado mayoritariamente hacia segmentos distales intestinales y es evacuado por vía rectal. Solamente cuando el gas penetra en el estómago a gran velocidad el mecanismo del eructo se activa y se produce la expulsión oral inmediata de gas. Estos datos sugieren que el gas ingerido puede jugar un papel relevante en el desarrollo de síntomas abdominales bajos.

190. ¿ES ÚTIL LA PHIMPEDANCIOMETRÍA EN EL ESTUDIO DE PACIENTES CON MANIFESTACIONES EXTRAESOFÁGICAS DE LA ERGE?

G. Hontoria Bautista, J.L. Martín Lorente, M.J. Romero Araúzo, B. Bernad Cabredo, M. Jiménez Moreno y F. Sáez-Royuela

Hospital Universitario de Burgos, Unidad de Pruebas Funcionales, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La ERGE puede ser responsable de manifestaciones extraesofágicas (MEE) que para su correcta tipificación y tratamiento requieren a veces la realización de pHmetría (pH) o pHimpedanciometría (pHI) esofágica. El estudio de estas afecciones

supone un importante número de exploraciones en las unidades de pruebas funcionales digestivas. La pH valora la presencia de reflujo ácido (RA) mientras que la pHI detecta también el reflujo no ácido (RNA) y el alcance proximal de los reflujos, que parecen jugar un papel en esta afección.

Objetivo: Valorar el beneficio de la pHI como prueba diagnóstica respecto a la pH en pacientes estudiados por MEE en nuestra Unidad con o sin tratamiento IBP.

Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes con MEE de la ERGE a quienes se realizó pHI entre enero y junio de 2015 en nuestra Unidad. Los estudios de pH se efectuaron con equipos de la casa MMS (Omega). Los registros ambulatorios de 24 horas se realizaron siguiendo los protocolos estándar. En los realizados bajo tratamiento IBP el paciente seguía su tratamiento habitual, a criterio del médico solicitante.

Resultados: En ese periodo se estudiaron 155 pacientes en nuestra unidad, de los que 52 (33,5%) lo fueron por MEE. De los 52 pacientes, 23 (44,2%) presentaban laringitis crónica, tos crónica 17 (32,7%), asma 7 (13,5%), infecciones respiratorias de repetición 4 y erosiones dentarias 1. De los 52 pacientes con MEE en 39 (75%) se realizó pHI. De estas pHI, 13 (33,3%) se realizaron bajo tratamiento IBP y las 26 restantes (66,6%) sin tratamiento. De los 26 estudiados con pHI sin tratamiento, 18 (62,5%) tenían RA aumentado y 8 (30,7%) tenían RA dentro de la normalidad. Sin embargo en 3 de estos 8 (37,5%) se apreció aumento del RNA. Es decir, se apreció reflujo aumentado en 21 pacientes (74%), 18 (86%) con RA y 3 (14%) con RNA. Entre los 13 sujetos estudiados bajo tratamiento IBP, 5 (38,5%) tenían un control antisecretor insuficiente, mientras que en 8 (61,5%) se apreció buen control del RA. La pHI en este subgrupo de pacientes apreció RNA aumentado en 3 pacientes (37,5%), en tanto que el RNA era normal en 5 (62,5%).

Conclusiones: Los pacientes con MEE de la ERGE suponen una causa frecuente de estudio en nuestra unidad. La exploración más frecuente en nuestra unidad es la pHI. En nuestra experiencia la pHI es útil y aporta datos adicionales respecto a la pH que ayudan a la valoración de estos pacientes: Realizada sin tratamiento identifica un subgrupo de pacientes con RA normal y con RNA aumentado (14%), en los que este último pudiera jugar algún papel en su enfermedad. Realizada bajo tratamiento IBP distingue a los pacientes con mal control antisecretor y entre los que no tienen RA encuentra un subgrupo (37,5%) de pacientes con RNA aumentado, subsidiarios de otros tratamientos.

191. ANÁLISIS DE LA RESTRICCIÓN DE LACTOSA EN LA DIETA TRAS LA REALIZACIÓN DE UN TEST DE ALIENTO DE MALABSORCIÓN

G. Molina, N. Reyes, M. Jiménez, L. Monteserín, N. Fernández, A.B. González-Amigo, A. Domínguez, S. Vivas, D. Viso, D. Joao, L. Vaquero, L. Rodríguez-Martín, B. Álvarez-Cuenllas y F. Jorquerá

Complejo Asistencial Universitario de León, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: La intolerancia a la lactosa es un trastorno que puede afectar hasta al 40% de la población española. El estudio de malabsorción puede influir sobre la retirada de la lactosa de la dieta.

Objetivo: Analizar el tipo de restricción de lactosa en función del resultado del test de malabsorción/intolerancia.

Métodos: El test de aliento se realizaba mediante la determinación seriada en aire espirado de H₂ y CH₄ tras la ingesta de 25 g de lactosa. La presencia de síntomas durante la realización del test se consideraba intolerancia. Los incrementos superiores a 20 ppm de H₂ o 12 ppm de CH₄ respecto al valor basal se consideraban diagnósticos de malabsorción de lactosa. Se realizó una entrevista telefónica a 122 de los 335 pacientes que realizaron un test de alien-

to entre enero del 2011 y febrero del 2015. Aquí se interrogaba sobre hábitos dietéticos y síntomas.

Resultados: De los 122 pacientes que habían realizado el test la mayoría se había indicado por diarrea (59%) y distensión abdominal (29%). La mitad de los sujetos ya realizaban una restricción en la ingesta de lácteos antes de realizar el test, en su mayoría parcial (44%). El resultado del test fue: (i) presencia de malabsorción junto con intolerancia en el 38%, (ii) malabsorción sin intolerancia en el 15%, (iii) intolerancia sin malabsorción en el 43% y (iv) normal en el 4%. Después de un tiempo medio de 35 meses (9-240) tras realizar el test, el 95% continuaba haciendo una restricción en la ingesta de lácteos, un 61,5% de forma total. Esta restricción era superior cuando había malabsorción junto con intolerancia (74% restricción total; $p = 0,002$) y similar cuando había solo malabsorción o solo intolerancia (56% y 58% de restricción total respectivamente). Solamente un 6% continuaba teniendo síntomas, principalmente diarrea (4,3%). En el 69% de los casos los lácteos se sustituían por leche sin lactosa y en un 21% productos de soja. El 38% tomaba la enzima lactasa en algunas de las comidas. En los casos con resultado de malabsorción el test había influido en la retirada de lactosa en el 93% de los casos y en el 81% de los casos donde solo había intolerancia sin malabsorción.

Conclusiones: La restricción en la ingesta de lactosa es elevada y mantenida en el tiempo tras la realización de un test de malabsorción. La presencia de intolerancia hace que aumente el grado de retirada de lácteos aunque no haya diagnóstico de malabsorción. El test de aliento condiciona una modificación en la dieta de la mayoría de los casos.

192. INVAGINACIONES INTESTINALES EN EL ADULTO. NUESTRA CASUÍSTICA Y LA HIPOTÉTICA RELACIÓN CON EL CANNABIS

L. de Castro Santos, A. Fernández-Atutxa, J. Arévalo Serna, A. Hidalgo Blanco, A. Elorza Echániz, P. Gisasola, L. de la Herrán y J. Cabriada

Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Tradicionalmente la oclusión intestinal por invaginación se ha considerado indicación quirúrgica dada su frecuente asociación a lesiones malignas (65% de los casos en adultos). Nuestra experiencia clínica nos sugiere que el consumo de cannabis puede tener relación con la presencia de invaginaciones. La base fisiopatológica de esta afirmación se basaría en la conocida influencia del cannabis sobre la peristalsis intestinal. En estos casos, el abordaje conservador y la deshabitación del tóxico podrían considerarse como tratamiento de primera elección. Tras realizar una búsqueda retrospectiva de los casos codificados como invaginación en los últimos 10 años en nuestro centro (área de influencia 313.852 habitantes) se han objetivado datos epidemiológicos similares a los esperados tras revisar la bibliografía.

Métodos: Se analizan 3 casos de consumidores crónicos de cannabis con crisis subocclusivas de larga evolución. Esto condiciona numerosas asistencias al hospital y pruebas complementarias, en la mayoría de las ocasiones sin alteraciones. Puntualmente se objetivan invaginaciones incluso en diferentes localizaciones en un mismo paciente, lo que orienta a un origen funcional. Tras estas observaciones, se revisa la historia clínica de los pacientes con diagnóstico de invaginación intestinal de nuestro hospital los últimos diez años (2005-2015), encontrándose con un total de 29 casos con una media de edad de 51 años (rango 21-92). La localización más frecuente fue de intestino delgado (12 yeyuno-yejunales y 10 íleo-ileales). Sólo 4 de los casos fueron íleo-cólicas y 3 colo-cólicas. El método diagnóstico más utilizado fue el TAC abdominal.

En la prueba diagnóstica por imagen inicial se objetivó lesión orgánica responsable en 21 casos, en 17 de ellos se realizó cirugía con hallazgo de lesiones benignas en 9 casos y malignas en otros 8. Los no intervenidos fueron dos casos de EI que se resolvieron con tratamiento específico y dos neoplásicos considerados no operables. Destacan 8 pacientes con diagnóstico de invaginación sin lesión, entre los cuales se encuentran los 3 consumidores de cannabis de donde parte nuestra hipótesis.

Resultados: Durante el seguimiento en consultas externas de los pacientes consumidores de cannabis, se objetivó la desaparición de los cuadros subocclusivos en los dos pacientes que dejaron de consumir. La clínica reapareció inmediatamente después de reintroducir el tóxico en uno de ellos. En el paciente que no abandonó el consumo, la clínica no ha desaparecido.

Conclusiones: Se plantea la hipótesis de la relación entre las invaginaciones intestinales y el consumo crónico de cannabis en ausencia de patología estructural objetivable en pruebas de imagen. En estos casos, se plantea la abstinencia del consumo y el manejo conservador como tratamiento de primera elección.

193. PREVALENCIA DE INCONTINENCIA FECAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA

L.F. Prades, M. Mínguez, J. Tosca, R. Antón, M. Bosca, I. Pascual y F. Mora

Hospital Clínico de Valencia, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Los datos sobre la prevalencia de incontinencia fecal (IF) en enfermedad inflamatoria intestinal (EIIC) y su impacto en la calidad de vida son escasos. La presencia de IF en los pacientes con EIIC podría disminuir la calidad de vida de los mismos.

Objetivo: Analizar la prevalencia de incontinencia fecal en los pacientes con EIIC y determinar su impacto en la calidad de vida.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, de carácter descriptivo, realizado en una muestra aleatoria de la población de pacientes con EIIC de nuestro departamento de salud. Se incluye a pacientes mayores de edad con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) y se excluye otros tipos de EIIC, portadores de colostomías, ileostomías o reservorios y a pacientes con deterioro cognitivo. Se recogen variables demográficas, características fenotípicas de la EIIC, actividad, factores de riesgo conocidos de IF, presencia de IF y se evalúa la calidad de vida mediante los cuestionarios SF-36 e IBDQ-32 y en caso de IF, IQLS y Wexner. Se calcula un tamaño de muestra de 721 pacientes para el estudio de prevalencia y de 186 pacientes para el análisis de calidad de vida.

Resultados: La prevalencia de IF en EC es 46,3% (IC95%: 44,5-48,1) y en CU 50,7% (IC95%: 48,9-52,5%); de forma global en la EIIC, la IF es más frecuente en mujeres (53,2% vs 44,2%; $p < 0,05$), aparece exclusivamente ligada al brote en 33% de los casos y a heces líquidas en el 60%. En la EC, la IF se asocia al sexo femenino, a la enfermedad perianal y a la resección intestinal y es independiente de la edad, localización, comportamiento y actividad la enfermedad intestinal; en la CU la IF es independiente del sexo y aumenta con la edad, con la extensión de la colitis y su asociación con la actividad inflamatoria es mayor que en la EC. La calidad de vida se ve afectada en todas las dimensiones evaluadas por los cuestionarios y es más intensa en las mujeres.

Conclusiones: La presencia de IF en pacientes de EIIC es muy prevalente, sus factores de riesgo son distintos según el tipo de EIIC y su presencia empeora la percepción de la calidad de vida en todos los ámbitos.