



## XX Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología

Madrid, 8-10 de marzo de 2017



### SESIÓN PÓSTERS

#### Endoscopia

##### 1. ESTUDIO DE COSTES ESTÁNDAR DIRECTO DE DIFERENTES TÉCNICAS DE ENDOSCOPIA AVANZADA. COMPARATIVA CON LA ALTERNATIVA QUIRÚRGICA

C. Loras Alastruey, V. Mayor Mora, X. Andújar Murcia, J. Espinós Pérez, Y. Zabana Abdo, F. Fernández-Bañares y M. Esteve Comas

Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

**Introducción:** La complejidad de muchos de los procedimientos endoscópicos actuales conlleva una inevitable elevación del coste, que repercute de forma directa en la financiación de los sistemas públicos de salud. Son escasas las aportaciones publicadas que determinan el coste estándar de los procedimientos avanzados de una unidad de endoscopia, y mucho menos una comparativa con la alternativa quirúrgica.

**Objetivos:** Realizar un cálculo de los costes estándar directos de los diferentes procedimientos endoscópicos más avanzados que se realizan en nuestra unidad, y hacer una comparativa económica con la posible alternativa quirúrgica.

**Métodos:** Cálculo del coste estándar directo para la realización del procedimiento. Un endoscopista senior detalló el tiempo, personal involucrado, los equipos, los materiales inventariables, los consumibles, sala de recuperación, prótesis, anatomía patológica y los fármacos que se utilizan en cada procedimiento. El método seguido para el cálculo de costes de los procedimientos quirúrgicos es el coste medio observado en el hospital para el año 2014, separándose los costes del bloque quirúrgico de los costes de hospitalización.

**Resultados:** Se han analizado un total de 38 procedimientos de endoscopia avanzada. La técnica con un menor coste es la gastroscopia + fulguración con argón-beam (116,57 euros), siendo la de mayor coste la CPRE con utilización de colangioscopia con Spyglass® + colocación de prótesis (5.030,69 euros). El 34,2% de los procedimientos presentan un coste medio entre 1.000-2.000 euros. En el 57% de los casos la alternativa endoscópica es de 2 a 5 veces más eficiente que la quirúrgica, y en el 31% de casos es indistinto o hasta 1,4 veces mayor.

**Conclusiones:** Se reporta el coste estándar directo de la mayoría de los procedimientos de endoscopia avanzada, con una metodología aplicada que permite una fácil aplicabilidad a otros centros. Mayoritariamente, el coste estándar del procedimiento endoscópico es más eficiente que el coste medio del procedimiento quirúrgico.

##### 2. CROMOENDOSCOPIA VIRTUAL CON NBI Y LUZ BLANCA. ESTUDIO ALEATORIZADO EN TÁNDEM EN PACIENTES CON LESIONES SERRADAS

F. Riu Pons<sup>a,b</sup>, M. Andreu<sup>a,b</sup>, D. Naranjo<sup>c</sup>, M.A. Álvarez<sup>a</sup>, A. Seoane<sup>a</sup>, J.M. Dedeu<sup>a</sup>, L. Barranco<sup>a</sup> y X. Bessa<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona.

<sup>b</sup>Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona.

<sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital del Mar, Barcelona.

**Introducción:** La detección de pólipos serrados (PS) es difícil debido a su morfología y apariencia. Una correcta identificación conduciría al diagnóstico de un síndrome de poliposis serrada (SPS), entidad que requiere un seguimiento muy estrecho por el mayor riesgo de cáncer colorrectal.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de NBI respecto Luz Blanca (LB) en la detección de pólipos serrados en pacientes que no cumplan criterios de SPS.

**Métodos:** Estudio prospectivo aleatorizado cruzado, unicéntrico (marzo 2015-abril 2016) de colonoscopia en tándem utilizando NBI y LB en pacientes con PS sin criterios de SPS ( $\geq 1$  pólipo serrado  $\geq 10$  mm, o  $\geq 3$  pólipos serrados independientemente del tamaño, ambos proximales a sigma). Se realizó por el mismo endoscopista 1:1 (NBI-LB o LB-NBI). Los pólipos detectados fueron resecados en cada retirada. El objetivo principal fue comparar la tasa de pólipos detectados entre ambas técnicas, la tasa de pólipos perdidos y revaluar el diagnóstico de SPS. ClinicalTrials.gov, NCT02406547.

**Resultados:** Se incluyeron 41 pacientes (edad media 59,6 años; 53,7% hombres). Mediana de tiempo desde la última colonoscopia 5 meses. No hubo diferencias entre grupos. Se detectaron 245 pólipos, de los cuales 226 se obtuvo la histología: 111 (49,1%) pólipos hiperplásicos, 28 (12,4%) pólipos sésiles serrados, 57 (25,2%) adenomas y 30 (13,2%) normal. No se observaron diferencias significativas en el número mediano de pólipos detectados por NBI (grupo

NBI-LB) frente LB (grupo LB-NBI): 3 (rango: 2-8) vs 2,5 (rango: 1-4),  $p = 0,15$ . Por otra parte, no hubo diferencias en la tasa de pólipos perdidos en NBI vs LB, 21,3% vs 26,1% (OR: 0,77; IC95%: 0,43 a 1,39). Una colonoscopia adicional, independientemente de la técnica identificó 9 (22%) individuos que cumplían criterios de SPS.

**Conclusiones:** NBI tiene una tasa de detección similar a LB en pacientes con PS. Un primer seguimiento de estos pacientes podría cambiar el diagnóstico de SPS aproximadamente 1 de cada 5 pacientes.

### 3. NARROW BAND IMAGING VERSUS LUZ BLANCA EN LA CARACTERIZACIÓN DE NEOPLASIA RESIDUAL TRAS RESECCIÓN ENDOSCÓPICA MUCOSA. ESTUDIO CONTROLADO Y ALEATORIZADO

F. Riu Pons<sup>a,b</sup>, M. Andreu<sup>a,b</sup>, J. Gimeno<sup>c</sup>, M.A. Álvarez<sup>a</sup>, A. Seoane<sup>a</sup>, J.M. Dedeu<sup>a</sup>, L. Barranco<sup>a</sup> y X. Bessa<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona.

<sup>b</sup>Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona.

<sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital del Mar, Barcelona.

**Introducción:** La resección endoscópica mucosa (REM) de pólipos colorrectales sésiles se asocia a una recurrencia de alrededor del 25%. No existe evidencia si NBI respecto Luz blanca (LB) pueda mejorar la detección de tejido residual en el seguimiento de estas lesiones.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de NBI respecto LB para la detección de neoplasia residual en la cicatriz de una REM.

**Métodos:** Estudio prospectivo aleatorizado y controlado, unicéntrico de lesiones REM colorrectales (mayo 2015-mayo 2016). El mismo endoscopista evaluó la cicatriz utilizando colonoscopios de alta definición, de forma secuencial (NBI-LB o LB-NBI). Cualquier sospecha de neoplasia se clasificó de forma independiente dando un nivel de confianza bajo/alto. Se tomaron biopsias, aunque la cicatriz fuera aparentemente normal. ClinicalTrials.gov, NCT02448693.

**Resultados:** Se incluyeron 120 lesiones de 111 pacientes (media de edad 67,8 años; 57,5% hombres). Tamaño mediano 20 mm (rango: 12-30); 80% colon derecho. El tiempo mediano hasta revisión fue 3,9 meses. Para cada lesión, se tomaron como máximo 3 biopsias (número total de puntos evaluados: 142). Las características basales fueron similares en ambos grupos. NBI obtuvo respecto LB una sensibilidad superior, aunque no significativa (87,8% vs 78,0%,  $p = 0,125$ ). No hubo diferencias en especificidad (85,1% vs 86,1%) ni en precisión global (85,9% vs 83,8%). Hubo 41/120 (34,2%) lesiones con recurrencia histológica. En el análisis univariado, la displasia residual se relacionó con el tamaño, el peso corporal y el índice de masa corporal (IMC). En el multivariado, lesiones  $\geq 25$  mm (OR 2,73; IC95%: 1,15-6,47) e IMC  $\geq 27$  Kg/m<sup>2</sup> (OR 3,03; IC95%: 1,34-6,89) fueron factores predictivos de displasia residual, con una AUC 0,69 (IC95%: 0,59 a 0,79).

**Conclusiones:** NBI tiene una eficacia similar a LB para la detección de displasia residual tras una REM. Aquellos pacientes con lesiones  $\geq 25$  mm tienen un alto riesgo de neoplasia residual.

### 4. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL "MISSED GASTRIC CANCER"

B. Arau<sup>a,b</sup>, X. Andújar<sup>a,b</sup>, Y. Zabana<sup>a,b</sup>, C. Ferrer<sup>c</sup>, F. Fernández-Bañares<sup>a,b</sup>, M. Rosinach<sup>a,b</sup>, J. Espinós<sup>a,b</sup>, M. Aceituno<sup>a,b</sup>, M. Esteve<sup>a,b</sup> y C. Loras<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

<sup>b</sup>Centro de Investigación Biomédica en red (CIBERhed). <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

**Introducción:** La videogastroscoopia (VGC) es una técnica muy efectiva para diagnosticar cáncer gástrico (CG). A pesar de ello, se

estima que un 10% de CG pasan desapercibidos y no son diagnosticados (MGC, "missed gastric cancer").

**Objetivos:** Analizar: 1) La tasa de MGC en nuestro medio, 2) Características basales de los CG diagnosticados y 3) Factores asociados al subgrupo de MGC.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los CG diagnosticados en nuestro medio (hospital secundario con especialidades) entre 2005-2015. Los pacientes se identificaron a través de Anatomía Patológica. Se consideró MGC si el paciente tenía una VGC previa normal, realizada desde 3 hasta 36 meses antes del diagnóstico. Se valoraron características clínicas y demográficas de los CG y se revisaron todas las VGC previas. La comparación de variables clínicas entre la cohorte de pacientes no-MGC y el subgrupo de MGC se realizó con el test de  $\lambda^2$ .

**Resultados:** Se diagnosticaron un total de 275 pacientes con CG, de los cuales un 6,5% (IC95% 4,12-10,1%) fueron MGC. En el subgrupo MGC se observó una menor frecuencia de localización en zona de cuerpo-antra vs cohorte de pacientes no-MGC (50% vs 72,3%;  $p = 0,04$ ). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, fumadores, presencia de *Helicobacter pylori*, síntomas y tipo de tumor. Respecto a las características relacionadas con la VGC previa de los MGC: un 88,9% se consideró de buena calidad (sin restos alimentarios y cavidad gástrica explorada completamente) y se realizaron biopsias en el 72,2% siendo el diagnóstico más frecuente gastritis crónica (30,7%). En el 83,3% se realizó sin sedación y en la mayoría de los ellos (94,4%) se utilizaron endoscopios estándar (Olympus-GIF-Q145/165).

**Conclusiones:** La tasa de MGC en nuestro medio fue del 6,5%. La realización de una exploración metódica de la cavidad gástrica (especialmente fundus y zona subcardial), el practicar las exploraciones con sedación y la utilización de endoscopios de alta calidad podrían reducir este porcentaje.

### 5. HISTOLOGÍA DE MUESTRAS DE LESIONES PANCREÁTICAS OBTENIDAS POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA MEDIANTE UNA NOVEDOSA AGUJA DE BIOPSIA FRONTAL: CALIDAD DE LA MUESTRA E IMPACTO CLÍNICO

J. Hinojosa Guadix<sup>a</sup>, A. Sánchez Yagüe<sup>a</sup>, T. Pereda Salguero<sup>b</sup>, E. Soria López<sup>a</sup>, M. Puya Gamarro<sup>a</sup> y A.M. Sánchez Cantos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella.

**Introducción:** La aspiración con aguja fina (FNA) guiada por ultrasonografía endoscópica (EUS) es utilizada para el diagnóstico de lesiones pancreáticas. La mayoría de las muestras que se obtienen con aguja estándar y aguja fenestrada consiguen citología y bloque celular proporcionando una muestra adecuada para el diagnóstico, pero generalmente inadecuada para inmunohistoquímica.

**Objetivos:** Evaluar la calidad y el impacto clínico de la obtención de muestras histológicas con una aguja diseñada para obtener biopsia.

**Métodos:** Se incluyeron muestras de lesiones pancreáticas obtenidas desde marzo de 2015 a noviembre de 2016 mediante FNA guiada por EUS usando la aguja SharkCore™ (Medtronic, Dublín). Se registraron datos técnicos de cada pase incluyendo tamaño de la aguja, vía y facilidad de la punción y presencia de muestra visible. Las muestras se colocaron en un microfiltro, procesadas como biopsias, fijadas en formalina y conservadas en parafina. La evaluación patológica incluyó para cada muestra: diagnóstico, presencia de material histológico, arquitectura glandular reconocible, grado de diferenciación, inmunohistoquímica y si ésta fue necesaria para el diagnóstico.

**Resultados:** Se realizó un total de 121 pases (22G: 109; 25G: 12; media de pases por lesión 1,92) en 63 masas pancreáticas o áreas

sospechosas. Obtuvimos muestra visible en 120 pases (120/121; 99,1%) que permitió un estudio histológico satisfactorio en 120 (120/120; 100%) pero fue representativo de la lesión esperada solo en 118 (118/120; 98,3%). Se obtuvo el diagnóstico con una media de 1,03 pases (rango 1-2); 97% en el primer pase y el 100% en el segundo. Se consiguió el diagnóstico final considerando todos los pases en 63 lesiones (63/63; 100%). Utilizamos la vía duodenal en 54 pases sin problemas de reinserción de la aguja, aunque apareció doblada en algunos casos. La inmunohistoquímica ayudó a conseguir el diagnóstico en 16 de las 43 masas (37,2%) y fue necesaria en 9 (9/43; 20,9%) incluyendo un carcinoma anaplásico, 4 adenocarcinomas indiferenciados, metástasis de carcinoma de células renales, un tumor pseudopapilar, un insulinoma y un GIST pancreático.

**Conclusiones:** Esta nueva aguja de biopsia proporciona muestras adecuadas para el diagnóstico histológico en prácticamente cada paso, reduciendo el número total de pases para alcanzar el diagnóstico y evitando la necesidad de patólogo en sala. La inmunohistoquímica ayudó a alcanzar un diagnóstico final en el 37% de los casos y fue realmente necesario en el 20% de las masas pancreáticas.

## 6. EVALUACIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA CLASIFICACIÓN NICE PARA LA CARACTERIZACIÓN DE PÓLIPOS DE COLON EN SUJETOS SIN EXPERIENCIA MEDIANTE EL TEST LC-CUSUM

I. Manzano Santamaría<sup>a</sup>, F.J. García Alonso<sup>b</sup>, A. Guardiola Arévalo<sup>b</sup>, A. Bermejo Abati<sup>b</sup>, K. Almeida Chafloque<sup>a</sup>, B. Martín<sup>a</sup>, T. Robles Bermejo<sup>a</sup>, H. Carpintero García<sup>a</sup>, P. Maestre Serantes<sup>a</sup>, M. González Martín-Bentio<sup>a</sup>, S. Martín García<sup>a</sup>, A. Martínez Herráiz<sup>a</sup>, P.D. Pérez Rodríguez<sup>a</sup>, A. Mitrita<sup>a</sup>, E. Sturla Stiauren<sup>a</sup>, V. Viedma Torres<sup>a</sup>, A. Sakamoto<sup>a</sup>, L. Salinas Gómez<sup>a</sup>, M. Valdés Rodríguez<sup>a</sup>, B. Sanz Peña<sup>a</sup> y F. Bermejo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

**Introducción:** Para reducir costes en el cribado del cáncer colorrectal se ha propuesto una estrategia de resect and discard en pólipos  $\leq 5$  mm. La American Society for Gastrointestinal Endoscopy exige una precisión diagnóstica  $> 90\%$  para su uso. El diagnóstico se suele realizar mediante la clasificación NICE. Se desconoce el número de lesiones a valorar hasta alcanzar la competencia requerida. El objetivo del estudio es evaluar la curva de aprendizaje en usuarios inexpertos.

**Métodos:** Se incluyeron voluntarios sin experiencia en endoscopia digestiva (estudiantes de medicina). Se realizó una sesión teórico-práctica sobre la clasificación NICE de 1 hora en grupos reducidos. Posteriormente, evaluaron individualmente en su domicilio 100 pólipos (ordenados aleatoriamente) divididos en 6 sesiones a lo largo de 3 semanas. Tras emitir un diagnóstico en cada pólipo, se les notificaba el diagnóstico correcto y una explicación. La curva de aprendizaje se valoró mediante curvas LC-CUSUM, que monitorizan un proceso formativo hasta confirmar que se alcanza una proporción de éxitos preestablecida. Para su cálculo se asumió un umbral del 10% de fallos como límite de aceptabilidad y una proporción del 20% como inaceptable. Mediante una cohorte virtual de 15.000 evaluadores con precisiones entre el 80 y el 90%, se estimó un punto de corte para la curva LC-CUSUM de 3,45.

**Resultados:** Participaron 38 evaluadores (71,1% mujeres, edad: 22,1 años (21,4-23,5)). Las 100 lesiones (10 NICE 3 (10 adenocarcinomas), 71 NICE 2 (51 adenomas tubulares y 20 túbulo-vellosos) y 19 NICE 1 (18 pólipos hiperplásicos y 1 adenoma serrado) provenían de 72 pacientes (61,9 años (DE: 12,2), 40,3% mujeres) con 1 (1-2) lesiones/paciente. Se situaban en colon izquierdo (69%), derecho (17%) y trasverso (14%). El tamaño de las lesiones fue de 8,5 mm (IQR: 5-17,5; rango: 1-50 mm). La mediana de la precisión diagnóstica fue del 86% (IQR: 84-91%, rango: 76-96%), aumentando desde

las primeras 33 lesiones del 81,8% (78,8-87,9%) al 87,9% (84,8-93,9%) en las últimas 33. De acuerdo a la curva LC-CUSUM, alcanzaron la competencia requerida 20 evaluadores (52,6%), tras evaluar 57 lesiones (IQR: 55-76,5, rango 42-96). Su precisión diagnóstica fue del 91% (rango 84-96%) aumentando desde el 84,8% (rango: 69,7-93,9) en el primer tercio al 92,4% (rango: 84,8-100%) en el último. Aquellos que no alcanzaron el umbral de competencia presentaron una precisión diagnóstica del 84% (rango 76-87%), pasando del 78,8% (50,5-90,9%) al 84,8% (78,8-93,9%).

**Conclusiones:** Se puede lograr una precisión diagnóstica  $> 90\%$  en inexpertos mediante una única sesión presencial seguida de formación individual. Las curvas LC-CUSUM son una herramienta útil para individualizar la duración del proceso. Los sujetos que no alcanzaron el umbral partían de precisiones inferiores, por lo que prolongar la autoformación podría permitirles alcanzarlo. Una vez declarados competentes, es necesario comprobar su precisión en la práctica clínica.

## 7. PANCREATITIS AGUDA TRAS PUNCIÓN CON AGUJA FINA GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE-FNA): UNA COMPLICACIÓN POTENCIALMENTE LIMITANTE EN PACIENTES CON INDICACIÓN QUIRÚRGICA

J. Hinojosa Guadix<sup>a</sup>, A. Sánchez Yagüe<sup>a</sup>, T. Pereda Salguero<sup>b</sup>, M. Puya Gamarro<sup>a</sup>, E. Soria López<sup>a</sup> y A.M. Sánchez Cantos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella.

**Introducción:** La aspiración con aguja fina (FNA) guiada por ultrasonografía endoscópica (EUS) es la principal técnica para diagnosticar lesiones pancreáticas. Las complicaciones relacionadas con esta técnica son infrecuentes y principalmente relacionadas con sangrado y pancreatitis aguda. Aunque el desarrollo de pancreatitis es raro, complica la cirugía en casos potencialmente curativos. Recientemente ha aparecido una aguja de biopsia frontal (FNB) que obtiene muestras adecuadas para el estudio histológico aunque se ha comunicado una mayor incidencia de pancreatitis. La tasa de pancreatitis subclínica que, aunque asintomática, podría retrasar, obstaculizar o impedir el tratamiento quirúrgico no se ha informado previamente.

**Objetivos:** Determinar la incidencia de pancreatitis clínica y subclínica tras FNA-guiada por EUS en nuestro centro.

**Métodos:** Se ha revisado el registro de pacientes sometidos a FNA y FNB guiada por EUS para el estudio de lesiones pancreáticas sólidas desde 2007 a 2016. Analizamos la indicación, existencia de CPRE previa, tipo de aguja, vía de punción, signos de pancreatitis clínica posprocedimiento, tiempo desde la técnica hasta la cirugía, signos de pancreatitis en la cirugía y si su presencia evitó la resección.

**Resultados:** Revisamos 282 lesiones. En 222 se realizó FNA o FNB guiada por EUS y 45 de éstas fueron enviadas a cirugía. Uno de los pacientes candidatos a cirugía presentó una pancreatitis clínica (1/222; 0,004%). En otro paciente se encontró inflamación pancreática que impedía la resección, sin embargo, el paciente estaba asintomático. Ninguno de ellos tenía CPRE previa. Ambos casos se relacionaban con una novedosa aguja de biopsia frontal, representando el 16% de los pacientes que requirieron cirugía, pero sólo el 2,32% (1/43) del total el que se utilizó esta aguja si consideramos los casos sintomáticos o 4,65% (2/43) si consideramos también los casos asintomáticos.

**Conclusiones:** Aunque la tasa de pancreatitis clínica es baja, la presencia de pancreatitis subclínica que impidió la resección debe tenerse en cuenta a la hora de obtener muestras por ultrasonografía endoscópica de lesiones potencialmente resecables. El riesgo de pancreatitis subclínica representa un problema importante que podría verse incrementado con el uso de agujas diseñadas para obtener biopsias de tejido.

## 8. CONSECUENCIAS ECONÓMICAS DE LA CALIDAD DE LA PREPARACIÓN EN LA COLONOSCOPIA DE CRIBADO

J. Grau<sup>a,b</sup>, M. Pellisé<sup>b,c,d,e</sup>, A. Serradesanferm<sup>f</sup>, A. Pozo<sup>f</sup>, P.E. Pantoja<sup>a</sup>, A. Saura<sup>a</sup>, L. Rivero-Sánchez<sup>b,c,e</sup>, J. Llach<sup>b,c,d,e</sup>, F. Balaguer<sup>b,c,d,e</sup>, L. Moreira<sup>b,c,d,e</sup>, T. Ocaña<sup>c,e</sup>, M. Díaz<sup>a</sup> y A. Castells<sup>b,c,d,e</sup>

<sup>a</sup>Oficina de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal, Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic, Barcelona. <sup>b</sup>Universidad de Barcelona. <sup>c</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínic, Barcelona. <sup>d</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). <sup>e</sup>Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona. <sup>f</sup>Oficina de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal, Hospital Clínic, Barcelona.

**Introducción:** Una preparación inadecuada es responsable de hasta un tercio de las colonoscopias incompletas e impide hasta un 10% de las exploraciones. Por otra parte, tiene repercusiones económicas atribuibles a la necesidad de repetir la exploración, comportando un encarecimiento del programa de cribado poblacional.

**Objetivos:** 1. Comparar el coste medio de la colonoscopia por participante entre un preparado a base de polietilenglicol de 4 litros (PEG 4L) y uno de macrogol con ácido ascórbico (PEG2L). 2. Evaluar la relación de coste-efectividad.

**Métodos:** Se incluyeron los individuos del Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal de Barcelona sometidos a colonoscopia entre enero 2010 y febrero 2016. Se dividieron en función de la pauta de limpieza administrada: 1) uso mayoritario de PEG4L 2010-2012; 2) uso de PEG4L y PEG2L 2013-2014; y 3) uso mayoritario de PEG2L 2015-febrero 2016. Para cada grupo, se determinó la tasa de colonoscopias con preparación inadecuada (BBPS < 2 en algún segmento) que fueron reprogramadas. Se realizó un estudio coste-consecuencia y otro de coste-efectividad, ambos bajo la perspectiva del financiador y, con un horizonte temporal de un año, en el caso del último. La principal medida de eficiencia son euros por colonoscopia repetida evitada con el uso de PEG2L.

**Resultados:** La proporción de colonoscopias repetidas fue superior en el periodo en que se utilizó PEG4L (10,28%; IC95% 9,17-11,39) seguido del periodo en que se utilizó PEG4L y PEG2L (9,23%; IC95% 8,07-10,39%) y del periodo de PEG2L (5,04%; IC95% 4,00-6,08). El coste medio por participante fue de 260,94 € durante el periodo en que se utilizó mayoritariamente PEG4L; 258,50 € durante el periodo de PEG4L y PEG2L; y 248,60 € durante el periodo en que se utilizó mayoritariamente PEG2L. Por cada 1.000 colonoscopias indicadas el coste incremental con el uso de PEG2L fue de 4.716,24 €, y se evitó la repetición de 52,35 colonoscopias. El valor de cada colonoscopia evitada con el uso de PEG2L fue de 90,09 € y se mantiene fijo a pesar de que cambie el número total de colonoscopias indicadas.

**Conclusiones:** El uso de PEG2L disminuye el coste medio de la colonoscopia por participante debido a una reducción de la necesidad de repetición. El coste de la colonoscopia para que el cambio de PEG4L a PEG2L sea eficiente debe ser superior a 90,09 €.

## 9. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD HISTOLÓGICA DE LAS MUESTRAS OBTENIDAS CON UNA AGUJA DE BIOPSIA FRONTAL GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (EUS) EN TUMORES SUBMUCOSOS

J. Hinojosa Guadix<sup>a</sup>, A. Sánchez Yagüe<sup>a</sup>, T. Pereda Salguero<sup>a</sup>, E. Soria López<sup>a</sup>, M. Puya Gamarro<sup>a</sup> y A.M. Sánchez Cantos<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella.

**Introducción:** La aspiración con aguja fina (FNA) guiada por ultrasonografía endoscópica (EUS) es usada para el diagnóstico pato-

lógico de tumores submucosos (TSMs). Las agujas estándares y fenestradas obtienen citología y bloque celular que permite una muestra adecuada para el diagnóstico de sospecha pero generalmente inadecuado para la inmunohistoquímica necesaria para un diagnóstico definitivo. Las agujas de histología permiten obtener muestras adecuadas para que la inmunohistoquímica sea posible.

**Objetivos:** Evaluar la calidad de las muestras histológicas obtenidas con una aguja diseñada para obtener muestras en TSMs.

**Métodos:** Se incluyeron muestras de TSMs obtenidas desde marzo de 2015 hasta noviembre de 2016 a través de la FNA guiada por EUS utilizando la aguja SharkCore™ (Medtronic, Dublin). Registramos datos técnicos para cada pase incluyendo tamaño de la aguja, vía de la punción, facilidad de punción y presencia de muestra visible. Las muestras se colocaron en un microfiltro, procesadas como biopsias, fijadas con formalina y conservadas en parafina. Se incluyó la evaluación patológica para cada muestra: diagnóstico, presencia de muestra histológica, arquitectura reconocible, grado de diferenciación y marcadores inmunohistoquímicos.

**Resultados:** Se realizaron un total de 28 pases con una aguja 22G en 16 TSMs (promedio de 1,75 pases por lesión). Obtuvimos muestra visible que permitió el estudio histológico completo en todos los pases (28/28, 100%), pero fue representativo de la lesión esperada sólo en 27 (27/28; 96,4%). Se consiguió un diagnóstico final, considerando todos los pases, en las 15 lesiones (15/16; 93,75%). La inmunohistoquímica fue necesaria para el diagnóstico en 13 TSMs (13/15; 86,6%) incluyendo siete GIST, cinco leiomiomas y un tumor glómico.

**Conclusiones:** La biopsia con aguja fina guiada por EUS proporciona muestras adecuadas para el diagnóstico histológico, representando una técnica de confianza para diagnosticar tumores submucosos. Una muestra que permitiera obtener el perfil inmunohistoquímico fue necesaria para el diagnóstico final de un número significativo de casos.

## 10. LESIONES SERRADAS EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL

S. López López, A. Elosua González, D. Oyón Lara, M. Rullán Iriarte, L. Casanova Ortiz, G. González Gete, L. Aburruza Úcar, S. Oquiñena Legaz, A. Pueyo Royo y A. Guerra Lacunza

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

**Introducción:** La denominada "vía serrada", ruta carcinogénica de reciente conocimiento, condiciona el desarrollo de cáncer colorrectal (CCR) a partir de una lesión serrada (LS). De ahí la importancia de conocer el comportamiento de estas lesiones. El objetivo de este trabajo ha sido analizar la incidencia y las características de estas lesiones en una población sometida a un programa de cribado de CCR, concretamente la de Navarra (PDPCCR-NA).

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo en el que se han incluido los primeros 989 pacientes del PDPCCR-NA. Se han analizado las siguientes variables: demográficas habituales, histopatológicas, topográficas, lesiones sincrónicas y grupo de riesgo al que pertenecen. En el PDPCCR-NA el grupo de riesgo para desarrollo de lesiones metacrónicas se ha establecido siguiendo las recomendaciones de la European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis, complementada con la Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Screening and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer.

**Resultados:** Se ha realizado un total de 1.167 colonoscopias, en las que se ha llevado a cabo 3.444 polipectomías. De los pólipos resecados, 1.146 (33,3%) han sido lesiones serradas (64% en hombres). La mayoría de ellas de localización distal (75,3%), histológicamente pólipos hiperplásicos (886) y de tamaño infracentimétrico

(95,9%). En 274 pacientes (78,3%) se han reseado adenomas sincrónicos, diagnosticándose CCR sincrónico en 23 casos (6,6%). Los pólipos hiperplásicos (77,3%) han sido de localización proximal en el 29%, superando el cm de diámetro en tan sólo 14 casos (1,6%). Los pólipos sésiles serrados han supuesto el 20,6% de las LS, con localización proximal en el 37,3%. El 11,4% de éstos han sido mayores de 1 cm, predominando la localización proximal. El adenoma serrado tradicional ha sido la lesión menos incidente (0,5%), destacando que la mitad de ellas han sido proximales y la totalidad de tamaño superior al cm de diámetro. El conjunto de hallazgos ha significado que el 63,8% de pacientes se haya incluido en el grupo de riesgo bajo para desarrollo de lesiones metacrónicas, un 19,7% en el grupo de riesgo medio-bajo, un 6,6% en el de riesgo medio y un 8% en el grupo de alto riesgo.

**Conclusiones:** La incidencia de lesiones serradas es alta, con claro predominio de los pólipos hiperplásicos de pequeño tamaño y localización distal. El adenoma serrado tradicional es una lesión muy infrecuente, aunque habitualmente superan el cm de tamaño. En la mayoría de los pacientes con LS se han diagnosticado adenomas sincrónicos. La incidencia de CCR sincrónico es similar a la hallada en el global del PDCCR-NA.

## 11. EVENTOS MÉDICOS NO DIGESTIVOS RELACIONADOS CON LA COLONOSCOPIA

O. Neva López-García, B. Serrano Falcón, J.M. Esteban, B. Merchán Gómez, C. Elvira-Martínez, A. Santiago-Sáez y E. Rey  
*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Introducción:** Los eventos médicos relacionados con la colonoscopia que ocurren fuera de la unidad de endoscopia pueden pasar desapercibidos. Nuestro objetivo fue evaluar todos los eventos médicos no digestivos relevantes que ocurren desde el día previo hasta los 30 días posteriores a una colonoscopia.

**Métodos:** Se identificaron los pacientes ambulatorios sometidos a una colonoscopia en el Hospital Clínico San Carlos entre 2013 y 2015. Se definió evento médico relevante como un problema médico de importancia suficiente como para requerir una consulta médica urgente. Mediante registros electrónicos se identificaron los eventos médicos relevantes que ocurrieron desde el día previo hasta los 30 días posteriores a la colonoscopia y el tiempo de ocurren-

cia se clasificó en 5 periodos: días -1 y 0; 1 a 7; 8 a 14; 15 a 21; y 22 a 30. Se realizó un análisis descriptivo calculando la incidencia como eventos por 1000 colonoscopias-día al objeto de normalizar los datos para comparar los periodos.

**Resultados:** Se realizaron 19.130 colonoscopias en el periodo estudiado, identificándose 2.672 eventos (4,23 eventos por 1.000 colonoscopias-día). Se detectó una mayor frecuencia de eventos en el día -1 o 0 (tabla) en las áreas de Cardiología (arritmia y síncope), Dermatología (urticaria y exantema), Neumología (broncoaspiración), Endocrinología (hiperglucemia) y Nefrología (hiponatremia). La incidencia de la hiponatremia en el día -1 o 0 fue 0,98 en 2013, 0,08 en 2014 y 0 en 2015. No hubo diferencias en otros eventos médicos entre los años estudiados. La reducción en la incidencia de la hiponatremia se debió a mejoras en la preparación de la colonoscopia e información a los pacientes.

**Conclusiones:** Los eventos médicos relacionados con la colonoscopia parecen ser arritmias, síncope, urticaria, exantemas, broncoaspiraciones, hiperglucemia e hiponatremia. Estos problemas deberían ser monitorizados por las unidades de endoscopia y adoptarse medidas apropiadas para su prevención.

## 12. UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE SANGRE OCULTA EN HECES PREVIA A LA REALIZACIÓN DE UNA ENDOSCOPIA FUERA DE UN PROGRAMA DE CRIBADO

L. Monteserín<sup>a</sup>, M. Jiménez<sup>a</sup>, R. Nicolás<sup>b</sup>, N. Reyes<sup>a</sup>, G. Molina<sup>a</sup>, B. Álvarez-Cuenllas<sup>a</sup>, E. Fernández<sup>b</sup>, M. Fernández<sup>b</sup>, D. López-Cuesta<sup>a</sup>, R. Díez<sup>c</sup> y S. Vivas<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Análisis Clínicos, Complejo Asistencial Universitario de León. <sup>c</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital del Bierzo, Ponferrada.

**Introducción:** Los programas de *screening* de cáncer colorrectal (CCR) mediante la detección de sangre oculta en heces (SOH) en sujetos asintomáticos entre 50 y 69 años, han demostrado su eficacia en la reducción de la incidencia y mortalidad de esta patología. Existen muy pocos datos sobre su utilidad fuera de esta situación clínica.

**Objetivos:** Analizar los hallazgos endoscópicos en aquellos pacientes con una prueba positiva de SOH solicitada fuera del programa de cribado poblacional.

Tabla P-11. Incidencia de eventos médicos relevantes (por 1.000 colonoscopias y día) desglosados por momento en que ocurrieron en relación al acontecimiento índice (colonoscopia) y área patológica.

Área	Evento médico	Días (-1-0)	Semana 1 (días 1-7)	Semana 2 (días 9-14) Semana 3 (días 15-21)	Semana 4 (días 22-30)
Cardiología	Arritmias	0,13	0,03	0,04	0,02
	Crisis hipertensiva	0,05	0,03	0,01	0,03
	Insuficiencia cardíaca	0	0,04	0,08	0,08
	Dolor torácico no cardíaco	0,03	0,03	0,04	0,02
	Síncope	0,13	0,04	0,01	0,03
	Síndrome coronario agudo	0,03	0,01	0,01	0,02
	Miscelánea	0,03	0,01	0,01	0,02
Dermatología	Urticaria y exantema	0,13	0	0	0,02
	Broncoaspiración	0,08	0	0,01	0
Neumología	Reagudización de EPOC	0	0,03	0,01	0,04
	Miscelánea	0	0	0,01	0
Endocrinología	Hiperglucemia	0,03	0,02	0,01	0
	Hipoglucemia	0	0,01	0	0
	Miscelánea	0	0,01	0	0
Nefrología	Hiponatremia	0,35	0,01	0	0,01

Tabla P-12

	Grupo SOH fuera cribado	Grupo síntomas	Grupo cribado poblacional	p
N	332	1.215	1.230	
Edad	68,2	59,75	65	
Sexo (varón)	188 (56%)	594 (48,9%)	724 (58,7%)	
Colono completa	310 (93,4%)	1.169 (96,2%)	1.216 (98,6%)	
Adenoma alto riesgo	119 (35,8%)	115 (9,5%)	591 (47,9%)	< 0,0001
CCR	50 (15,1%)	77 (6,4%)	99 (8%)	< 0,0001
Adenomas	170 (51,5%)	239 (19,7%)	850 (68,9%)	< 0,0001
ValorTSOH	1.117 ± 1.650		1.138 ± 2.200	NS

**Métodos:** Se revisaron de manera retrospectiva todas aquellas peticiones de SOH fuera del programa regional de cribado recibidas en el servicio de análisis clínicos durante el 2015 y se comprobaron los hallazgos endoscópicos en estos pacientes. Se tomaron dos grupos control: 1) los sujetos entre 60 y 69 años de la primera ronda del *screening* poblacional y 2) grupo de pacientes sintomáticos que acudieron a realizarse su primera colonoscopia entre marzo 2012-julio 2013.

**Resultados:** Se recibieron un total de 3217 peticiones de SOH fuera de cribado, 630 resultaron positivas, de las cuales se realizaron 332 colonoscopias. En la tabla se aprecia como el porcentaje de CCR y adenomas detectados es significativamente superior al grupo de síntomas donde no se había realizado determinación de SOH. Estos hallazgos son muy similares a los encontrados en el grupo de cribado poblacional, con un porcentaje ligeramente inferior de adenomas aunque superior en la presencia de CCR. Asimismo se realizó un análisis por subgrupos en los pacientes sintomáticos y en el grupo fuera de cribado estratificando por edad menor y superior a 65 años manteniéndose las mismas diferencias significativas en los dos supuestos.

**Conclusiones:** La presencia de una prueba de SOH positiva fuera de los programas de cribado mantiene una buena rentabilidad en la detección de adenomas y neoplasias. Puede ser de utilidad a la hora de optimizar la lista de espera de endoscopias en aquellos sujetos sintomáticos.

### 13. LA ASCITIS DETECTADA POR USE PREDICE LA EXISTENCIA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN LOS PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS

C. Sánchez-Montes<sup>a</sup>, C. Tuñón<sup>a</sup>, N. Alberghina<sup>a</sup>, J. Ferrer<sup>b</sup>, J. Maurel<sup>c</sup>, J.R. Ayuso<sup>d</sup>, I.K. Araujo<sup>a</sup>, O. Sendino<sup>a</sup>, A. Ginès<sup>a,e</sup> y G. Fernández-Esparrach<sup>a,e</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Endoscopia; <sup>b</sup>Servicio de Cirugía; <sup>c</sup>Servicio de Oncología; <sup>d</sup>Servicio de Radiología, Hospital Clínic, Barcelona. <sup>e</sup>IDIBAPS, CIBEREHD.

**Introducción:** La carcinomatosis peritoneal (CP) impacta en el manejo de los pacientes con adenocarcinoma de páncreas (AP) pero su diagnóstico puede ser difícil. La ultrasonografía endoscópica (USE) es capaz de detectar pequeñas cantidades de ascitis.

**Objetivos:** El objetivo principal es evaluar el valor de la ascitis detectada por USE para el diagnóstico de CP en los pacientes con AP. Los objetivos secundarios son el estudio del posible valor pronóstico de la ascitis por USE en relación a la supervivencia y el desarrollo de ascitis en el seguimiento.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes con AP explorados de forma consecutiva con USE para estadificación preoperatoria entre 1998 y 2014. Criterios de exclusión: ausencia de cirugía, otras enfermedades causantes de ascitis y USE incompleta. El patrón oro fue la cirugía (curativa o paliativa). El diagnóstico de CP

fue confirmado por histología o citología del líquido peritoneal. Mediante revisión de la historia clínica electrónica se recogieron las siguientes variables: datos demográficos, comorbilidades, marcadores tumorales y otros parámetros analíticos estándar, hallazgos de la USE (localización, tamaño, presencia de ascitis, ganglios linfáticos), estadificación en la TC, tipo de cirugía, hallazgos en la cirugía y evolución del paciente.

**Resultados:** De 515 pacientes elegibles para el estudio, 136 fueron incluidos. Las causas de exclusión fueron: ausencia de cirugía (n = 373), cirrosis (n = 5) y USE incompleta (n = 1). De los 136 pacientes incluidos, 78 (57%) eran hombres, con una edad media de 66 ± 12 años (34-87). La mayoría de las neoplasias se localizaron en la cabeza del páncreas (n = 119, 88%) y los síntomas más frecuentes fueron la ictericia (49%) y el dolor abdominal (39%). Basado en la estadificación por TC, 30 pacientes con tumor irreseccable o enfermedad metastásica se sometieron a cirugía laparoscópica o paliativa. Entre los 106 potencialmente reseccables, fue posible la cirugía radical sólo en 82 (77%), por lo tanto, la estadificación por TC fue incorrecta en 24 pacientes (17,6%). Las razones de irreseccabilidad fueron: CP (n = 12), invasión vascular (n = 25) y metástasis hepática (n = 17). La USE detectó ascitis en 27/136 (20%) pacientes, de los cuales 8 tenían CP. La sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y precisión de la ascitis por USE en la detección de CP fue del 67%, 85%, 30%, 96% y 83%, respectivamente. La ascitis detectada por USE fue el único factor predictivo independiente de CP con una OR de 11 (IC95%: 3-40). La detección de ascitis en la USE se asoció a una menor supervivencia (mediana: 7,3; rango 0-60 vs 14,2 meses; rango: 0-140) (p = 0,018) y desarrollo de CP más precoz en el seguimiento (mediana: 8,7; rango 0-60 vs 17,2 meses; rango 0-140,3) (p = 0,003).

**Conclusiones:** La USE está indicada en la evaluación preoperatoria de los pacientes con AP. La presencia de ascitis en la USE debe alertar la posibilidad de CP.

### 14. MANEJO DEL VÓLVULO DE SIGMA NO COMPLICADO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

D. Oyón Lara, A. Pueyo Royo, M. Rullán Iriarte, A. Elosua González, S. López López y L. Casanova Ortiz

Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

**Introducción:** La incidencia de vólvulos de colon es baja en los países occidentales. No obstante, constituyen la tercera causa de obstrucción intestinal a nivel mundial. Se trata de una patología urgente que requiere de una actuación precoz. El tratamiento puede ser controvertido.

**Objetivos:** Analizar el manejo del vólvulo de sigma no complicado en un hospital terciario.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo en el que se han incluido 21 pacientes consecutivos diagnosticados de vólvulo de sigma no complicado, entre enero-2014 y junio-2016 en el Complejo

Hospitalario de Navarra. Se han analizado las siguientes variables: demográficos, comorbilidad asociada, clasificación ASA, tratamiento inicial, y definitivo si procede.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 81 años (41-93), la mayoría hombres (76,2%). Entre la comorbilidad destaca la incidencia de enfermedades psiquiátricas (9,52%) y neurológicas severas (57%). De los 21 pacientes, 6 pacientes (28,6%) presentaban antecedentes de vólvulos. Un total de 12 pacientes (57,1%) han presentado vólvulos recidivantes en este periodo, 5 en una ocasión y 7 en dos o más ocasiones. La recidiva se ha producido dentro del primer mes tras el primer episodio en 9/12 pacientes (75%). En todos los casos se intentó la desvolvulación endoscópica urgente, siendo eficaz en 19 de ellos (90,5%). De los pacientes no desvolvulados, uno se intervino quirúrgicamente, en tanto que el restante falleció por su gran deterioro general. En 14 pacientes se ha mantenido un tratamiento conservador: desvolvulación puntual en caso de recidiva. En ningún caso se ha planteado la sigmoidostomía endoscópica. La mediana de edad ha sido de 83 años, con un ASA III/IV en los evaluados y una incidencia de enfermedad neurológica grave del 60%. Durante el periodo de seguimiento han presentado una media de 1,6 episodios de vólvulo, no falleciendo ninguno por complicaciones endoscópicas o relacionadas con el vólvulo. Seis pacientes han fallecido por otras causas. En el grupo de pacientes operados, en 5 se realizó una sigmoidectomía con anastomosis primaria de forma electiva, en tanto que el sexto se intervino urgente mediante hemicolectomía izquierda. La indicación principal fue el vólvulo recidivante. La mediana de edad fue 78 años, todos ellos ASA III/IV y una incidencia de enfermedad neurológica grave del 33%. Dos pacientes fallecieron en el post-operatorio precoz. El resto de pacientes no ha presentado recidivas durante el seguimiento.

**Conclusiones:** La desvolvulación endoscópica es notoriamente eficaz en pacientes con vólvulos de sigma no complicados. El tratamiento conservador podría ser la actitud adecuada en pacientes con gran comorbilidad y corta expectativa de vida. La recidiva precoz es frecuente, siendo la sigmoidectomía electiva un tratamiento definitivo eficaz, aunque con una tasa no despreciable de complicaciones. En determinados subgrupos por determinar podrían plantearse otras alternativas terapéuticas endoscópicas.

## 15. EFECTO DE LA INDOMETACINA RECTAL EN LA PREVENCIÓN DEL DESARROLLO DE PANCREATITIS POST-CPRE: ESTUDIO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

M. Lindo Ricce, T. Rodríguez López-Salazar, J. Mendoza Jiménez-Ridruejo, J.A. Moreno Monteagudo y C. Santander Vaquero

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

**Introducción:** La indometacina es un antiinflamatorio no esteroideo que se administra para disminuir el riesgo de desarrollar pancreatitis aguda (PA) post colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). La sociedad europea de gastroenterología endoscópica recomienda la profilaxis con indometacina rectal en todos los pacientes que se realicen CPRE.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de la profilaxis con indometacina rectal en el desarrollo de PA post-CPRE.

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en un hospital universitario de tercer nivel. Se recolectaron los datos de todos los pacientes que fueron sometidos a CPRE entre enero de 2014 y junio de 2016. En los procedimientos realizados entre enero del 2014 y enero del 2015 ningún paciente recibió indometacina rectal. A partir de febrero de 2015 hasta el fin del periodo de estudio, todos los pacientes recibieron indometacina rectal 100 mg previa a la CPRE. Se recogieron y analizaron las características basales de todos los pacientes, así como las características clínicas y las relacionadas con la técnica endoscópica.

**Resultados:** Se analizaron un total 524 pacientes, con una edad media global de 71,1 años (DE: 17,0), siendo 238 hombres (45,4%) y 286 mujeres (54,6%), de los cuales 277 recibieron indometacina rectal previa a la CPRE (grupo con indometacina), mientras que los 247 restantes no recibieron profilaxis (grupo sin indometacina). La edad media en el grupo con indometacina fue de 71,4 años (DE: 16,3) y en el de sin indometacina de 70,8 años (DE: 17,8) ( $p = 0,70$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características basales ni en la técnica endoscópica empleada entre los dos grupos, a excepción de la manipulación pancreática [25 pacientes en el grupo con indometacina vs 45 en el grupo sin indometacina ( $p < 0,05$ )]. En el grupo con indometacina 12 pacientes desarrollaron pancreatitis post-CPRE (4,8%) y 10 en el grupo sin indometacina (3,54%) (OR: 1,07, IC95%: 0,45-2,52,  $p = 0,87$ ). Al analizar los pacientes que desarrollaron PA post-CPRE, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la gravedad de la pancreatitis ( $p = 0,15$ ), ni en los días de ingreso hospitalario ( $p = 0,87$ ) entre los que recibieron indometacina y los que no. Se estudiaron posteriormente los factores asociados al desarrollo de PA, encontrando como factor protector el antecedente de esfinterotomía previa (OR = 0,07, IC95%: 0,01-0,51,  $p = 0,01$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de factores analizados.

**Conclusiones:** 1. La indometacina rectal no parece disminuir el riesgo de desarrollar pancreatitis post-CPRE en nuestros pacientes. 2. Es probable que la indicación de indometacina rectal deba ser revisada. 3. El antecedente de esfinterotomía previa se relaciona con un menor riesgo de desarrollar PA post-CPRE. 4. La incidencia de pancreatitis post-CPRE en nuestro centro fue baja (4,2%).

## 16. DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA COLORRECTAL (DSE-CR), RESECCIÓN CON ASA ASISTIDA POR ENDOBISTURÍ (KAR) Y PROBABILIDAD DE RECIDIVA: UNA COHORTE PROSPECTIVA

J.C. Marín-Gabriel<sup>a,b</sup>, J. Díaz-Tasende<sup>a,b</sup>, P. Cancelas-Navia<sup>c</sup>, S. Rodríguez-Muñoz<sup>d</sup>, A.J. del Pozo-García<sup>e</sup>, M. Pérez-Carreras<sup>e</sup>, Y. Rodríguez-Gil<sup>f</sup>, C. Ibarrola-Andrés<sup>f</sup> y G. Castellano-Tortajada<sup>g</sup>

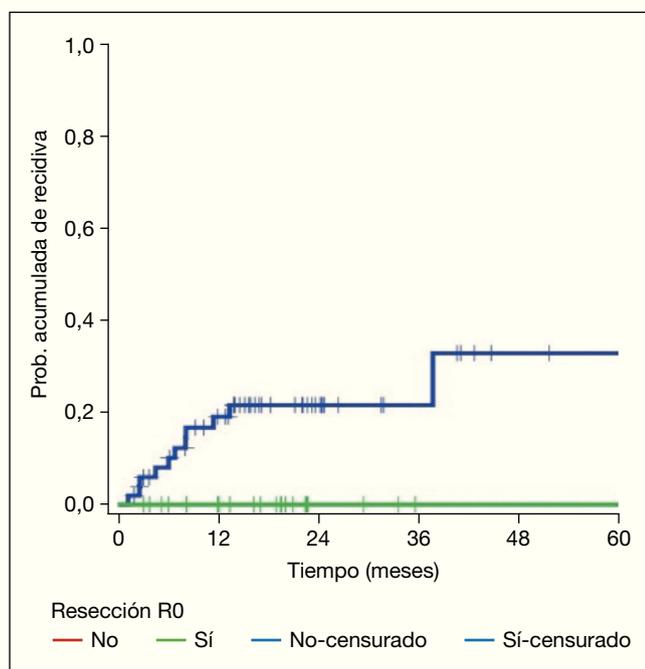
<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Consulta de Alto Riesgo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid. <sup>c</sup>Unidad de Investigación, i+12, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>d</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Ruber Juan Bravo, Madrid. <sup>e</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias; <sup>f</sup>Departamento de Anatomía Patológica; <sup>g</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Introducción:** En ocasiones, para completar el procedimiento en los casos más complicados de DSE-CR, se finaliza el procedimiento con una resección fragmentada asistida por endobisturí (KAR-f).

**Objetivos:** 1) Comparar la tasa de recidivas entre resecciones R0 y R1/Rx. 2) En neoplasias mucosas, evaluar el impacto de la afectación del margen lateral (ML) sobre la tasa de recidivas, cuando la resección se obtuvo en bloque.

**Métodos:** Se incluyeron 89 pacientes consecutivos con neoplasias colorrectales, por intención de tratar mediante DSE (septiembre 2008-diciembre 2015). Para evaluar la probabilidad de recidiva se utilizaron curvas de supervivencia de Kaplan-Meier. Para las comparaciones se usó el test de log-rank.

**Resultados:** Se abortaron 5 resecciones (3 por perforación y 2 por dificultad técnica). En 4 pacientes se precisó cirugía tras la resección por invasión submucosa profunda y/o linfovascular. Cinco de los pacientes se perdieron en el seguimiento. Finalmente, se incluyeron 75 neoplasias colorrectales en 74 pacientes (43 hombres; 58,1%). Se lograron 44 resecciones en bloque (58,7%): 32 DSE



(42,6%) y 12 KAR (16%). De ellas, 23 R0 (30,7%): 17/32 DSE y 6/12 KAR. La mediana de seguimiento fue de 16 meses (1-91). Se detectaron 11 recidivas (14,7%). La probabilidad de recidivas a 3 años cuando se compararon las resecciones R0 vs R1/Rx fue 0% vs 21,5% ( $p = 0,03$ ; fig.). Cuando se analizaron las lesiones resecaadas en bloque de las categorías Viena 3 y 4 ( $n = 44$ ), la distribución del resultado AP del ML fue: 23 MLO (52,3%); 18 ML1 (40,9) and 3 MLx

(6,8). Se observó una tendencia estadísticamente no significativa en la probabilidad de recidiva MLO vs ML1/MLx a 3 años: 0% vs 14,8%;  $p = 0,06$ .

**Conclusiones:** La probabilidad acumulada de recidiva es menor en R0 vs R1/Rx. Cuando se logra una resección en bloque, en neoplasias mucosas, un ML1/MLx no incrementa de manera estadísticamente significativa, la probabilidad de recidiva.

## 17. LA INDICACIÓN DE LA COLONOSCOPIA INFLUYE SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD

C. Mangas Sanjuán<sup>a</sup>, E. Santana Rocamora<sup>a</sup>, A. Suárez González<sup>b</sup>, I. Portillo Villares<sup>c</sup>, A. Seoane Urgorri<sup>d</sup>, M. Ponce Romero<sup>e</sup>, P. Díez Redondo<sup>f</sup>, E. Quintero Carrión<sup>g</sup>, M. Herráiz Bayod<sup>h</sup>, M. Pellisé Urquiza<sup>i</sup>, A. Ferrández Arenas<sup>j</sup>, V. Hernández<sup>k</sup>, A. Pizarro Moreno<sup>l</sup> y R. Jover Martínez<sup>a,m</sup>

<sup>a</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>b</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. <sup>c</sup>Hospital Donostia, San Sebastián. <sup>d</sup>Hospital del Mar-Parc de Salut Mar, Barcelona. <sup>e</sup>Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. <sup>f</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>g</sup>Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. <sup>h</sup>Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona. <sup>i</sup>Hospital Clínic de Barcelona. <sup>j</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>k</sup>Instituto de Investigación Biomédica, Xerencia de Gestión Integrada de Vigo. <sup>l</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>m</sup>Instituto de Investigación Sanitaria ISABIAL.

**Introducción:** Se desconoce si los indicadores de calidad de la colonoscopia se comportan de igual manera en relación con la indicación de la prueba.

**Objetivos:** Evaluar las tasas de detección de adenomas (TDA), pólipos serrados (TDS), adenomas avanzados (TDAA) y cáncer colorrectal (CCR) en función de la indicación de la colonoscopia.

Tabla P-17. Tasas de detección según indicación

	% (n)	ORc (IC95%)	p	ORa (IC95%)	p
<b>TDA</b>					
Vigilancia pospolipectomía	49,3 (629/1.275)	2,5 (2,2-2,9)	< 0,001	2,2 (1,9-2,5)	< 0,001
TSOH+	54,0 (928/1.718)	3,0 (2,7-3,4)	< 0,001	3,0 (2,6-3,4)	0,001
Cribado directo	31,6 (174/550)	1,2 (1,0-1,5)	0,085	1,4 (1,1-1,7)	0,005
Síntomas digestivos	28,0 (793/2.832)	1,0		1,0	
<b>TDS</b>					
Vigilancia pospolipectomía	4,2 (53/1.275)	3,5 (2,6-5,3)	< 0,001	3,4 (2,2-5,3)	< 0,001
TSOH+	1,9 (32/1.718)	1,5 (0,9-2,5)	0,091	1,5 (0,9-2,5)	0,094
Cribado directo	3,3 (18/550)	2,7 (1,5-4,8)	< 0,001	2,8 (1,6-5,0)	0,001
Síntomas digestivos	1,2 (35/2.832)	1,0		1,0	
<b>TDAA</b>					
Vigilancia pospolipectomía	23,1 (294/1.275)	2,0 (1,7-2,4)	< 0,001	1,8 (1,5-2,2)	< 0,001
TSOH+	36,8 (632/1.718)	4,0 (3,4-4,6)	< 0,001	3,9 (3,3-4,6)	< 0,001
Cribado directo	14,9 (82/550)	1,2 (0,9-1,5)	0,177	1,3 (1,1-1,8)	0,023
Síntomas digestivos	12,8 (362/2.832)	1,0		1,0	
<b>CCR</b>					
Síntomas digestivos	5,8 (165/2.832)	13,1 (5,8-29,6)	< 0,001	11,6 (4,7-28,7)	< 0,001
TSOH+	4,8 (83/1.718)	10,7 (4,7-24,7)	0,001	13,4 (5,4-33,2)	< 0,001
Cribado directo	1,8 (10/550)	3,9 (1,4-10,8)	0,009	5,1 (1,6-15,6)	0,005
Vigilancia pospolipectomía	0,5 (6/1.275)	1,0		1,0	

ORc: Odds ratio cruda; ORa: Odds ratio ajustada; p: nivel de significación.

**Métodos:** Se han incluido de forma prospectiva 6912 colonoscopias realizadas en el proyecto Qualiscopia en 12 centros de España. Se han calculado las TDA, TDS, TDAA y tasa de detección de CCR. Estos datos se han analizado en función de la indicación de la colonoscopia ajustando por sexo, edad, intubación cecal, limpieza adecuada (puntuación en escala de Boston de 2-3 en todos los segmentos) y uso de sedación.

**Resultados:** La TDA en colonoscopias realizadas por cribado con TSOH+ fue de 54,0% ( $p < 0,001$ , ORa 3,0, IC95% 2,6-3,4), en vigilancia pospolipectomía de 49,3% ( $p < 0,001$ , ORa 2,2, IC95% 1,9-2,5), y 31,6% en colonoscopia por cribado directo ( $p < 0,005$ , ORa 1,4, IC95% 1,1-1,7), comparado con el 28% de pacientes con síntoma digestivos. La TDS en pacientes con TSOH+ fue de 1,9% ( $p = 0,094$ , ORa 1,5, IC95% 0,9-2,5), 4,2% en vigilancia ( $p < 0,001$ , ORa 3,4, IC95% 2,2-5,3), y un 3,3% en cribado directo ( $p < 0,001$ , ORa 2,8, IC95% 1,6-5,0), comparado con un 1,2% de pacientes con síntomas. La TDAA de los pacientes con TSOH+ fue de 36,8% ( $p < 0,001$ , ORa 3,9, IC95% 3,3-4,6), un 23,1% en vigilancia ( $p < 0,001$ , ORa 1,8, IC95% 1,5-2,2), y un 14,9% en cribado directo ( $p = 0,023$ , ORa 1,3, IC95% 1,1-1,8), comparado con un 12,8% de los pacientes con síntomas. Finalmente, la tasa de detección de CCR fue de 5,8% en pacientes con síntomas ( $p < 0,001$ , ORa 11,6, IC95% 4,7-28,7), un 4,8% en TSOH+ ( $p < 0,001$ , ORa 13,4, IC95% 5,4-33,2), y un 1,8% en cribado directo ( $p = 0,005$ , ORa 5,1, IC95% 1,6-15,6), comparado con el 0,5% en vigilancia pospolipectomía.

**Conclusiones:** La indicación de la colonoscopia influye de forma muy importante sobre los distintos indicadores de calidad.

## 18. ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES DE LA CPRE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A.B. Fernandez Laso, A. Campos Ruiz, J. Aldai Larrinaga, I. Ganchegui Aguirre, I. Azagra de Miguel, A. Sanchez Patón, P. Aranzábal Aguilar, L. Urtasun Arlegui, I. Gorroño Zamalloa, M. Escalante Martín, S. Martín Arriero, M. Álvarez Rubio y A. Orive Calzada

*Hospital Universitario de Álava.*

**Introducción:** La CPRE es una técnica en auge, con aumento progresivo de indicaciones e incorporación de numerosas técnicas. Por ello, es probable que la incidencia de complicaciones haya cambiado con respecto a las series clásicas que las sitúan entre el 5-10%. Nuestro objetivo es analizar la incidencia de complicaciones de esta técnica en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio retrospectivo sobre una base de datos rellena prospectivamente que incluye todas las CPRE realizadas en nuestro centro desde septiembre 2015 hasta junio 2016, analizándose las siguientes variables: sexo, edad, complicaciones, antiagregación/anticoagulación, riesgo anestésico, profilaxis antibiótica y administración previa de indometacina rectal.

**Resultados:** Realizadas 244 CPRE a 159 pacientes, siendo el 57,79% varones. La tasa de canulación de la vía biliar fue del 92% y la administración de indometacina rectal del 94%. Respecto a las complicaciones específicas de la técnica, en 18 pacientes (11,32%) se objetivaron 22 complicaciones (9,02% de las exploraciones) presentando 4 pacientes más de una complicación. Objetivamos: 2,87% episodios de HDA, estando 2/7 antiagregados y ninguno anticoagulado. 2,87% episodios de colangitis, recibiendo 2/7 profilaxis antibiótica. 1,23% episodios de pancreatitis aguda siendo dos moderadas y una grave. 0,82% perforaciones leves resueltas con tratamiento conservador. El 1,23% restante corresponde a otras complicaciones (un hematoma subcapsular hepático, una bacteriemia y una colecistitis aguda). Respecto a las relacionadas con la sedación, ocurrieron 19 complicaciones (7,79%) en 18 pacientes siendo: 2,05% ACFA, 1,64% bradicardia, 3,28% desaturación y 0,82% taqui-

cardia ventricular. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de complicaciones y el grado de ASA o la edad. No hubo exitus.

**Conclusiones:** A pesar de las nuevas técnicas, la CPRE no está exenta de complicaciones, por este motivo es importante establecer una clara indicación antes de realizar esta técnica. Las complicaciones más frecuentes en nuestro estudio fueron la desaturación, la hemorragia digestiva y la colangitis. Según la clasificación de Cotton el 72% de las complicaciones fueron leves y el 28% restante moderadas-graves.

## 19. COMPLICACIONES MAYORES EN UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL: EXPERIENCIA EN NAVARRA

D. Oyón Lara, S. López López, A. Elosua González, M. Rullán Iriarte, A. Pueyo Royo, S. Oquiñena Legaz y A. Guerra Lacunza

*Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.*

**Introducción:** El Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal (PDP-CCR) se inicia en Navarra en el año 2014. La prueba de cribado es el test de sangre oculta en heces inmunológico (iTSOH) y la colonoscopia la prueba de confirmación. Entre los efectos adversos de las colonoscopias se encuentran las complicaciones (inmediatas y tardías). Reducir al máximo el número de complicaciones de las colonoscopias de cribado, cumpliendo los estándares de calidad es uno de los requisitos que todo PDP-CCR debe cumplir. El objetivo es analizar la incidencia y el tipo de complicaciones acaecidas en el PDP-CCR en Navarra.

**Métodos:** Estudio retrospectivo e individualizado de 1.166 colonoscopias de confirmación con un total de 3.399 pólipos resecaados entre febrero y diciembre de 2014. Todas las colonoscopias se realizaron con preparación intestinal fraccionada, con un periodo de ayunas para líquidos claros de 2 horas. Se han tenido en cuenta las complicaciones mayores y su manejo, en relación a la preparación, al proceso anestésico y al procedimiento endoscópico.

**Resultados:** La tasa de complicaciones global, es del 2,57% (30/1166). No se han registrado complicaciones mayores en relación a la preparación intestinal. Complicaciones anestésicas significativas han ocurrido en un único paciente (0,1% de las colonoscopias), produciéndose una desaturación grave y alteraciones transitorias del ECG. Las complicaciones endoscópicas constituyen el 92,67% (29/30): la complicación más frecuente es la hemorragia inmediata (17/30), solucionándose durante el mismo procedimiento (escleroterapia y/o clips) en todos los casos. Todos los pólipos tenían un tamaño superior a 1 cm. La localización principal fue a nivel de rectosigma. Dos pacientes fueron ingresados para vigilar evolución. Ocho pacientes presentaron hemorragia diferida (8/30), dos de los cuales requirieron transfusiones y uno de ellos cirugía urgente por shock hipovolémico secundario. Dos pacientes sufrieron una perforación (2/30): uno de ellos precisó cirugía laparoscópica con sutura a nivel de ciego. Dos pacientes presentaron dolor abdominal (2/30), por lo que ingresaron, sin objetivarse patología alguna.

**Conclusiones:** La preparación intestinal fraccionada se ha mostrado muy segura, no habiendo mostrado ninguna complicación significativa. Las complicaciones mayores en relación al procedimiento anestésico han sido excepcionales. La hemorragia pospolipectomía ha sido la complicación más incidente en nuestra serie, aunque con cifras que cumplen los criterios de calidad establecidos. La perforación colónica (dos casos) está por encima de las cifras deseables. No obstante, esto puede estar en relación a una muestra todavía escasa.

## 20. PÓLIPOS GRANDES EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL

D. Oyón Lara, M. Rullán Iriarte, S. López López, A. Elosua González, A. Pueyo Royo, S. Oquiñena Legaz y A. Guerra Lacunza

*Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.*

**Introducción:** El tamaño de los pólipos es un criterio incluido en las guías clínicas para estratificar el riesgo de lesiones metacrónicas, considerándose de alto riesgo independiente de su histología, los pólipos  $\geq 2$  cm (European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis).

**Objetivos:** Analizar la incidencia y características endoscópicas de los pólipos grandes de colon, así como la eficacia y seguridad del manejo terapéutico realizado.

**Métodos:** Estudio retrospectivo sobre base de datos prospectiva de pólipos colónicos  $\geq 2$  cm en el contexto del programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Navarra, entre febrero y diciembre 2014. Se analizan variables endoscópicas, histológicas, tratamiento y características de la resección, así como la presencia y manejo de las complicaciones. Se han excluido las lesiones con sospecha endoscópica inicial de adenocarcinoma (ADC) infiltrante.

**Resultados:** Se han incluido 989 pacientes (1.166 colonoscopias) en los que se han detectado 143 pólipos  $\geq 2$  cm en 118 colonoscopias (incidencia pólipos grandes: 10,1%). El 85,6% tiene un único pólipo grande y el resto más de uno (14,4%). El tamaño medio es de 27,8 mm. La localización principal es el sigma (46,9%), seguido de colon ascendente (18,9%), descendente (11,9%) y recto (8,4%). La morfología de los pólipos según la clasificación de París es: polipoideo pediculado (Ip: 49,7%), polipoideo sésil (Is: 24,5%), elevación plana de la mucosa (Ila: 11,2%) y semipediculado (Isp: 6,3%). Histológicamente son: adenoma tubulovelloso el 53,1%, adenoma tubular el 19,6% y pólipos serrados el 4,2%. Un 18,2% presentan displasia de alto grado. El 3,5% de lesiones son ADC pT1. El manejo ha sido endoscópico en el 94,1% de los pacientes realizándose polipectomía con asa en el 59,7% y resección endoscópica mucosa en el 27,6% de los casos. En 47,6% fue completa en bloque y completa en fragmentos en 36,4%. En 7 pacientes (5,9%) el manejo fue quirúrgico, fundamentalmente por pólipo no resecable endoscópicamente (85,7%). Un caso se intervino por ADC en otra localización (14,3%). Entre las complicaciones del manejo se han producido 10 casos de hemorragia inmediata (incidencia del 8,5%) todas ellas resueltas endoscópicamente. Se produjo un único caso de desaturación como complicación anestésica.

**Conclusiones:** La principal localización de los pólipos de gran tamaño es sigma y colon ascendente. Un alto porcentaje de los pólipos de gran tamaño presenta componente vellosa. En la mayoría de los casos el tratamiento ha sido exclusivamente endoscópico. La principal indicación de cirugía ha sido irreseabilidad endoscópica. La tasa de complicaciones ha sido baja, todas ellas resueltas endoscópicamente.

## 21. HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS TRAS EPISODIO DE DIVERTICULITIS AGUDA. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA COLONOSCOPIA

A. Campos Ruiz, J. Aldai Larrinaga, P. Aranzábal Aguilar, I. Azagra de Miguel, C. Urteaga Casares, A. Sánchez Patón, I. Ganchegui Aguirre, M. Álvarez Rubio y A. Orive Calzada

*Hospital Universitario de Álava.*

**Introducción:** La enfermedad diverticular es la patología colónica más frecuente en nuestra práctica diaria. Las guías internacionales indican realizar una colonoscopia diferida tras un episodio de diverticulitis aguda (DA) para descartar cáncer colorrectal (CCR),

pero según estudios recientes la tasa de CCR es baja por lo que plantean que sería más efectivo restringir la endoscopia a quienes tengan síntomas persistentes o hallazgos sospechosos en el TAC. Nuestro objetivo es estudiar la incidencia de CCR diagnosticado tras un episodio de DA en nuestro hospital.

**Métodos:** Estudio retrospectivo recogiendo los episodios de DA diagnosticados en un Hospital Terciario entre enero de 2012 y diciembre de 2015.

**Resultados:** Diagnosticados 225 episodios de DA a 184 pacientes; 86 hombres y 98 mujeres, con una edad media de 65,21 años. El método diagnóstico fue: mediante TC el 96%, ecografía el 3% y clínico el 1%. El tratamiento fue exclusivamente médico en el 91,5%, precisando cirugía un 6,3% y drenaje percutáneo el 2,2%. Estudio mediante colonoscopia: Se realizó tras el diagnóstico a 100 pacientes (54% del total): 5 al ingreso (por dudas en el diagnóstico) y 95 tras el primer episodio con un tiempo medio de espera de 5,4 meses. Respecto al resto de pacientes: a 32 de ellos (18%), se les había realizado colonoscopia previa al episodio de DA por otro motivo (tiempo medio 13,9 meses). A los 52 pacientes restantes (28%) no se les realizó el estudio endoscópico por diversas causas (comorbilidad importante, edad avanzada, fallecimiento durante el ingreso o el seguimiento). Posteriormente, se ha seguido a estos pacientes una media de 29,4 meses sin haberse detectado neoplasias de colon. Los hallazgos endoscópicos fueron: en 108 (82%) de las colonoscopias se objetivó únicamente diverticulosis; en 13 (9,8%) diverticulosis + pólipos en otra región (todos ellos  $< 1,5$  cm); en 9 (6,8%) diverticulosis + micropólipos en la región de diverticulitis; en 2 colonoscopias (1,4%) neoplasias de sigma y en ambos casos se realizó la colonoscopia al ingreso por TAC con dudas diagnósticas.

**Conclusiones:** De los pacientes de nuestro centro ingresados por un episodio de DA y sometidos a colonoscopia sólo en dos (1,4%) se ha diagnosticado cáncer colorrectal. En ambos casos el TAC inicial arrojaba dudas diagnósticas de malignidad. Entre aquellos a los que no se realizó estudio endoscópico (28%) no se ha objetivado ningún caso de CCR en el seguimiento. Estos datos irían en consonancia con los estudios que recomiendan restringir la realización de una colonoscopia tras un episodio de diverticulitis aguda para descartar CCR a aquellos pacientes con sintomatología acompañante/persistente o sospecha en el TAC.

## 22. IMPACTACIÓN ESOFÁGICA. ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL

D. Portilla Piña, J. Sopeña Falcó, B. Ballesté Peris, C. Abadía de Barbarà Marín y J.C. Quer Boniquet

*Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.*

**Introducción:** Las impactaciones esofágicas (IE) son un motivo frecuente de endoscopia urgente. Existen pocos datos en nuestro medio sobre su incidencia, factores etiológicos, y recurrencia.

**Objetivos:** Describir los casos de IE atendidos en Urgencias en el Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona, centro de referencia de parte de la provincia, y conocer el seguimiento de los pacientes de nuestra área.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de las endoscopias realizadas por sospecha de IE en nuestro centro entre abril de 2009 y diciembre de 2015.

**Resultados:** Se realizaron un total de 225 endoscopias urgentes en 200 pacientes, 14 de los cuales presentaron recurrencia durante el período del estudio. El 70,5% (n = 141) eran hombres con una media de edad de 56 años. El 79% de las endoscopias se realizaron durante las primeras 6 horas tras la consulta a Urgencias. Se confirmó la impactación en un 85% de los casos (n = 191) consiguiendo la desimpactación en el 97% (n = 185). De los 6 pacientes restantes, en 5 fue necesaria una segunda endoscopia bajo anestesia, que resolvió la impactación. Un paciente presentó desimpactación es-

pontánea. En todos los episodios excepto en uno se trataba de impacción de un bolo alimentario (48% bolo cárnico, 10% hueso, 10% espinas de pescado y 32% no especificado). La maniobra de desimpacción más utilizada fue la extracción del bolo (56% extracción en bloque y 44% fragmentada) y en el 59% se empleó un asa de polipectomía, 21% la cesta de Roth, 8% pinza y 7% miscelánea. En el 31% de los casos la endoscopia fue normal mientras que en el 28% se identificó un anillo de Schatzki, 15% estenosis/subestenosis pépticas, 14% hernia de hiato, 12% hallazgos sugestivos de esofagitis eosinofílica, 3% lesiones por cáusticos y 12% otros. Se registraron 6 (3,1%) complicaciones inmediatas, 2 lesiones de la mucosa que precisaron tratamiento endoscópico, y 4 perforaciones, requiriendo manejo quirúrgico en el 75% de éstas, siendo uno de los pacientes exitus. Únicamente el 12% (n = 23) de los pacientes fueron evaluados en consultas externas de Digestivo de nuestro centro. Se realizó endoscopia electiva en 15 pacientes, siendo el diagnóstico más frecuente el de eosinofilia esofágica (n = 8, 35%). El 43,5% del global de los pacientes recibieron un tratamiento específico.

**Conclusiones:** La endoscopia urgente es eficaz en la mayoría de los pacientes con IE, sin embargo, no está exenta de complicaciones graves. A pesar de su elevada frecuencia el estudio y seguimiento en estos pacientes es escaso, por lo que deberíamos revisar el circuito asistencial actual.

### 23. CARACTERÍSTICAS DE LA NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL EN NUESTRO MEDIO

M. Jiménez Palacios, L. Montserín Ron, N. Reyes Campos, G. Molina Arriero, D. Viso Vidal, L. Vaquero Ayala, L. Rodríguez Martín, B. Álvarez Cuenllas, D. Joao Matías, S. Vivas Alegre y F. Jorquera Plaza

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de León.*

**Introducción:** La neumatosis quística intestinal (NQI) o neumatosis coli se define como la presencia de gas dentro de la pared del intestino delgado o del colon. Su patogenia no está aclarada y posiblemente sea multifactorial, destacando las teorías bioquímica, mecánica e infecciosa. Se trata de una entidad rara, benigna y en la mayoría de los casos es un hallazgo accidental en las pruebas diagnósticas, manteniéndose el paciente asintomático, pero en ocasiones puede ser una enfermedad grave y potencialmente mortal, a través del desarrollo de complicaciones como obstrucción o perforación.

**Objetivos:** Conocer la situación de la NQI en León, cómo se diagnostica y cuál es su manejo. Determinar las características de estos pacientes, tratando de identificar desencadenantes o factores de riesgo.

**Métodos:** Se recogieron de la base de anatomía patológica de nuestro hospital todos los casos de NQI desde 1990, recopilando un total de 8 casos. En todos ellos se determinaron variables demográficas (sexo y edad), presencia de antecedentes personales médicos (enfermedades respiratorias, gastrointestinales, sistema inmune e infecciones), quirúrgicos y endoscópicos, así como clínica del paciente, forma de diagnóstico de la NQI y tratamiento.

**Resultados:** De los 8 pacientes recogidos, 5 de ellos eran varones. La edad media de los pacientes fue de 68,5 años (43-86). Como antecedentes de interés el 37,5% habían padecido cáncer colorrectal previo al diagnóstico de NQI, el 50% habían sido sometidos a una cirugía abdominal y el 62,5% tenían enfermedades respiratorias en su historia (EPOC, silicosis, TEP...). La clínica presentada por los pacientes fue fundamentalmente estreñimiento y dolor abdominal (75%), mientras que en dos pacientes cursó de forma asintomática, siendo un hallazgo casual. En todos los pacientes el diagnóstico fue histológico a partir de la sospecha de las lesiones observadas en la endoscopia, menos en dos de ellos en los que la muestra procedía de la intervención quirúrgica, sin sospecha radiológica en ningún caso. La mayoría de los pacientes no recibieron un tratamiento específico, con la excepción de dos de ellos que se pautó antibioterapia (metronidazol) con buen resultado clínico.

No se encontraron diferencias significativas en el estudio comparativo, ni con respecto al sexo, edad, antecedentes médicos, quirúrgicos ni clínica presentada.

**Conclusiones:** La NQI es una enfermedad poco frecuente, de patogenia desconocida y posiblemente multifactorial. El espectro clínico puede ser amplio, aunque puede ser asintomático con hallazgo casual. El tratamiento dependerá de la gravedad del cuadro y los síntomas, inicialmente conservador con actitud expectante.

### 24. PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES DE COLON

E. Barreiro Alonso, J.M. Pérez Pariente, M. Curieses Luengo, M. Izquierdo Romero, I. Pérez Valle, A. Álvarez Álvarez, R. Tojo González, A. Mancebo Mata, M. Pipa Muñiz, P. Varela Trastoy, A.C. González Bernal y F.J. Román Llorente

*Hospital de Cabueñes, Gijón.*

**Introducción:** Las prótesis metálicas autoexpandibles de colon (PMAC) han supuesto una alternativa válida en el tratamiento de urgencia por cáncer colorrectal (CCR). Su empleo permite tanto la posibilidad de una cirugía diferida de la neoplasia intestinal (prótesis puente), como su colocación definitiva paliativa en los casos no candidatos a cirugía.

**Objetivos:** Valorar y analizar nuestra experiencia con el empleo de las PMAC para el tratamiento de la obstrucción por CCR.

**Métodos:** Estudio retrospectivo que analiza las PMAC (no recubiertas) colocadas en la Unidad de Endoscopias, como tratamiento de la obstrucción del CCR, en un periodo de cuatro años, con seguimiento hasta julio 2016 o exitus. La técnica empleada fue con inserción endoscópica sobre guía y sin control radioscópico, por cuestiones logísticas. Se excluyen las PMAC colocadas por otras causas como estenosis de anastomosis quirúrgica y compresión extrínseca.

**Resultados:** Se colocaron un total de 113 PMAC en 106 pacientes, 69 hombres (65%) y 37 mujeres (35%), con una edad media de 73,7 años (desviación estándar (DE 11,04), mediana de 74,6 años. 7 pacientes precisaron de 2 prótesis en el mismo acto. 50 tumores estaban localizados en sigma (47,2%), 16 en esplénico (15,1%), 14 en recto (13,2%), 13 en unión recto-sigmoidea (12,3%), 12 en colon descendente (11,3%) y 1 caso en transversal (0,9%). El tamaño medio de las mismas fue de 94,43 mm (DE 19,23). En 45 casos (42,5%) se realizó como puente a cirugía programada, con un tiempo medio de espera hasta la cirugía de 36 días (DE 22,3). En 61 pacientes (57,5%) constituyó un tratamiento paliativo definitivo, de los cuales, 45 ya tenían metástasis hepáticas. En el análisis de supervivencia hasta la actualidad, solo 34 pacientes permanecen vivos (32,1%), de los cuales 30 pacientes tras prótesis puente están todos ya intervenidos de forma programada y 4 con prótesis con finalidad paliativa. 72 pacientes han fallecido (67,9%), con un tiempo medio transcurrido desde la colocación de la PMAC hasta el exitus de 11,3 meses (DE 11,5), mediana de 8,9 meses. Las complicaciones fueron: 8 casos de perforación (7,5%); 1 caso de perforación precoz (paliativa) y 7 perforaciones diferidas (5 con finalidad paliativa y 2 puente a cirugía); 6 de obstrucción (5,7%), 2 de migración (1,9%) y 1 caso de sangrado (0,9%).

**Conclusiones:** Las PMAC constituyen un tratamiento efectivo del CCR obstructivo, eficaz pese a la ausencia de control radioscópico y la tasa de complicaciones es baja.

### 25. TERAPIA INCISIONAL EN PACIENTES CON ESTENOSIS ESOFÁGICA POSQUIRÚRGICA

A.D. Polanco Jiménez, A. López Serrano, C.A. Amurrio Gonzales, A. Pascual Romero, M.J. Suárez Dávalos, I. Ortiz Polo, P. Latorre Año, C. García Orts, J. Hervas Martín y E. Moreno Osset

*Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.*

**Introducción:** La estenosis esofágica posquirúrgica (EEP) es una complicación frecuente. El tratamiento endoscópico mediante dilatación neumática con balón presenta una alta tasa de recurrencia, requiriendo repetidas sesiones. La terapia incisional (TI) con incisión radial y corte se ha postulado como una posible alternativa en esta situación.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de la TI en pacientes con EEP.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con EEP sometidos a TI desde marzo-2013 a marzo-2016. Se calculó el grado de disfagia antes del tratamiento y al final del seguimiento mediante la Dysphagia scoring scale: 0, ingesta de dieta normal; 1, dieta semi-sólida; 2, dieta blanda; 3, dieta líquida; 4, afagia.

**Resultados:** Se incluyeron 9 pacientes con EEP, 6 hombres (66,7%), con una edad media (DE) de 65 (12) años. La puntuación media (DE; rango) de disfagia antes y tras el tratamiento fue 3,3 (1,0; 2-4) y 1,1 (1,5; 0-4) ( $p = 0,011$ ; test de Wilcoxon). 5 pacientes (55,6%) presentaban estenosis en esófago medio, 2 (22,2%) casos a nivel esofágico superior e inferior respectivamente. La mediana (rango) de dilataciones neumáticas previas a la TI fue de 3 (1-10), en una media (DE; rango) de seguimiento de 5,5 (6,4; 0-17) meses, en 3 casos se inició directamente con TI. Se realizó una sesión TI por paciente, salvo dos casos, en los cuales se realizaron 4 y 2 sesiones. Se hizo dilatación neumática preventiva en 8 casos. 4 pacientes (44,4%) requirieron dilataciones posteriores, 2 preventivas y 2 por empeoramiento sintomático, en 2 pacientes (22,2%) se colocó prótesis metálica. La mediana (rango) de seguimiento fue de 14 (1-35) meses. No hubo complicaciones inmediatas o tardías.

**Conclusiones:** La TI con incisión radial y corte permite el tratamiento de EEP de forma sencilla y segura, siendo una alternativa eficaz a las dilataciones neumáticas repetidas.

## 26. HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS DETECTADOS EN LA RONDA INICIAL DE PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN UNA POBLACIÓN DE 60 A 70 AÑOS

L. Monteserín<sup>a</sup>, N. Reyes<sup>a</sup>, M. Jiménez<sup>a</sup>, G. Molina<sup>a</sup>,  
B. Álvarez-Cuenllas<sup>a</sup>, C. Pisabarro<sup>b</sup>, E. Brage<sup>c</sup>, M. Fernández<sup>d</sup>,  
R. Díez<sup>b</sup> y S. Vivas<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital del Bierzo. <sup>d</sup>Análisis Clínicos, Complejo Asistencial Universitario de León.

**Introducción:** La incidencia de cáncer colorrectal (CCR) se incrementa notablemente a partir de los 50 años de edad. Su pronóstico depende de un diagnóstico precoz, ya que frecuentemente cursa de manera asintomática. Los programas de cribado poblacional están implantándose en las diferentes Comunidades Autónomas. Nuestro objetivo fue analizar los hallazgos endoscópicos de los pacientes de mayor edad que se sometieron a una colonoscopia dentro del programa de screening.

**Métodos:** Se incluyeron aquellos pacientes entre 60 y 70 años que realizaron una colonoscopia en la provincia de León como parte de una ronda inicial de cribado (2014 entre 65-70 años y 2015 entre 60-65) basado en invitación mediante carta para participar realizando un test de sangre oculta en heces inmunológico (TSOHi). Como grupo control se utilizó la base de datos de endoscopias filtrando aquellos pacientes entre 60 y 70 años que acudieron a realizarse su primera colonoscopia entre marzo 2012-julio 2013 (en este periodo no estaba implantado el programa de screening). Se analizaron los hallazgos de la colonoscopia, así como su relación con el valor del TSOH.

**Resultados:** Se realizó colonoscopia a 1.206 pacientes por TSOH en el periodo analizado, y se compararon con 330 exploraciones realizadas dentro del grupo control. Los resultados de ambos grupos se muestran en la tabla. Destaca la elevada prevalencia de pólipos y adenomas de alto grado en el grupo de cribado poblacional frente al control. Además de una mayor presencia de CCR, aunque sin alcanzar significación estadística. Las diferencias entre los dos grupos edad de cribado resultaron significativas a favor del grupo de 60 a 65 años (tabla) en la detección de pólipos (72,7% vs 66,2%;  $p = 0,016$ ) como de adenomas de alto riesgo (52% vs 44,8%;  $p = 0,013$ ) pero no para CCR (6,4% vs 9,3%;  $p = 0,067$ ). En el grupo 65-70 años los sujetos con colonoscopia normal presentaron un valor medio de TSOH de 654,2 ng/ml (DE: 1132).

Tabla P-26

Grupo 65-69	Grupo cribado	Grupo control	p valor
N	689	147	
Edad media (DE)	67,4 (1,46)	67,5 (1,37)	0,77
Sexo (mujer)	292 (42,4%)	70 (47,6%)	0,271
Colono completa	676 (98,15%)	142 (96,6%)	0,251
Colono normal	184 (26,7%)	94 (63,9%)	0,000
Pólipo adenomatoso	132 (19,2%)	23 (11,5%)	0,000
Adenomas alto riesgo	309 (44,8%)	19 (12,9%)	0,000
CCR	64 (9,3%)	11 (7,5%)	0,487
Grupo 60-64	Grupo cribado	Grupo control	p valor
N	517	183	
Edad	62,84 (1,31)	62,64 (1,45)	0,112
Sexo (mujer)	205 (39,7%)	90 (49,2%)	0,029
Colono completa	513 (99,2%)	178 (97,3%)	0,057
Colono normal	122 (23,6%)	121 (66,1%)	0,000
Pólipo adenomatoso	93 (18,0%)	27 (14,7%)	0,000
Adenomas alto riesgo	269 (52%)	27 (14,8%)	0,000
CCR	33 (6,4%)	8 (4,4%)	0,365

## 27. PREVALENCIA DE PÓLIPOS SERRADOS SÉSILES EN UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL

L. Hernández, M. Vázquez Seoane, L.A. Loza Vargas e I. Serrano Martín

*Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero.*

**Introducción:** La extirpación de los adenomas ha demostrado la influencia que tiene en la mortalidad por cáncer de colon (CCR), rompiendo la secuencia adenoma-carcinoma. Los pólipos serrados son la posible causa de un 20-30% de los CCR. Su detección, extirpación y seguimiento posterior suponen un reto para los endoscopistas.

**Objetivos:** Valorar la detección de pólipos serrados en pacientes asintomáticos entre 50 y 70 años con SOH positiva dentro del programa de cribado poblacional de Castilla y León.

**Métodos:** Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes que acudieron a realizarse una colonoscopia dentro del programa de cribado entre mayo de 2014 y noviembre de 2016. Se tomaron datos demográficos y se registraron los hallazgos endoscópicos e histológicos.

**Resultados:** Realizamos 235 colonoscopias en las que resecamos 115 pólipos serrados sésiles en 42 pacientes (18,03%), de los cuales 47 fueron proximales a sigma. Encontramos algún pólipo serrado sésil proximal en 28 pacientes (11,97%). El 22% de los hombres presentó pólipos serrados sésiles frente al 11,96% de las mujeres. El 12,68% de los hombres y el 10,87% de las mujeres presentaron algún pólipo serrado sésil proximal. De los pólipos proximales tan sólo 10 fueron  $\geq 1$  cm, en 6 hombres (4,23%) y en 2 mujeres (2,17%) sin ser significativa ninguna de las diferencias. En cuanto a otros factores asociados, ni la presencia de adenomas ni la de adenomas avanzados fue un factor predictor. La carga tabáquica mostró asociación con la presencia tanto de pólipos serrados sésiles como de serrados proximales y se observó un aumento de la detección con el paso del tiempo.

**Conclusiones:** Los pólipos serrados se encuentran en un número importante de colonoscopias de cribado, siendo el consumo de tabaco su mejor predictor y existiendo una curva de aprendizaje.

## 28. LIMPIEZA INTESTINAL INTENSIVA ASOCIANDO DIETA ESPECIAL, POLIETILENGLICOL-ÁCIDO ASCÓRBICO Y SENÓSIDOS EN PACIENTES CON FRACASO PREVIO EN LA PREPARACIÓN PARA LA COLONOSCOPIA

A. López-Serrano<sup>a</sup>, A. Pascual<sup>a</sup>, G. Vidal<sup>a</sup>, I. Ferrando<sup>a</sup>, P. Latorre<sup>a</sup>, J.M. Paredes<sup>a</sup>, I. Ortiz<sup>a</sup>, V. Alfonso<sup>a</sup>, M. Barrachina<sup>a</sup>, M.D. Antón<sup>a</sup>, J. Cuquerella<sup>a</sup> y E. Moreno-Osset<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia. <sup>b</sup>Universitat de Valencia.

**Introducción:** En nuestro medio es frecuente encontrarnos en la colonoscopia con preparaciones deficientes. Para estos casos, no existe un consenso sobre el régimen de limpieza intestinal más adecuado.

**Objetivos:** Investigar la eficacia de una limpieza intestinal intensiva asociando dieta especial, polietilenglicol-ácido ascórbico y senósidos en pacientes con preparación colónica previa inadecuada.

**Métodos:** Estudio de casos-controles, prospectivo, en el que se incluyeron pacientes sometidos a colonoscopia no satisfactoria por preparación deficiente (puntuaciones de 0 a 1 en alguna localización del colon según la escala de Bitoun), desde diciembre de 2015 a junio de 2016. La nueva limpieza intestinal se realizó mediante una dieta especial (baja en fibra 96h seguida de líquida 24h) y la toma la tarde anterior a la prueba de 2 litros de polietilenglicol-electrolitos-ácido ascórbico (PEG-AA; MOVIPREP<sup>®</sup>) seguido de 30 mg (1 ml) de senósidos A y B (PUNTUALEX<sup>®</sup>). Se registraron: datos

demográficos, calidad de la limpieza del intestino según la escala de preparación de Bitoun (0-4) y una valoración total de la satisfacción del endoscopista (escala analógica visual de 0-10 puntos). Se compararon los grupos mediante el test de la t de Student o la prueba de ji cuadrado de Pearson.

**Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes, 50% mujeres, de edad media (DE) 65 (11) años. Las puntuaciones medias (DE) de la escala de preparación de intestino de Bitoun obtenidas fueron para el colon ascendente, transversal, descendente, sigma y recto: 2,2 (0,9), 2,6 (0,7) 2,4 (0,8), 2,4 (0,8) y 3,0 (1,0), respectivamente. Se evidenció una limpieza muy buena o buena en 13 pacientes (65,0%) ( $p = 0,021$ ). Hubo una mayor satisfacción global del endoscopista con la limpieza intensiva: media (DE) 5,7 (2,1) vs 1,65 (1,39) puntos ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Un régimen intensivo con dieta especial, senósidos y polietilenglicol-ácido ascórbico permite una mejor limpieza intestinal, aunque sin alcanzar niveles altamente satisfactorios para el endoscopista.

## 29. ADECUACIÓN DE LAS COLONOSCOPIAS A LAS INDICACIONES ASGE/EPAGE II Y SU RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA

M.L. Ruiz Rebollo<sup>a</sup>, M.F. Muñoz Moreno<sup>b</sup>, C. García Sánchez<sup>a</sup>, N. Mora Cuadrado<sup>a</sup>, B. Burgueño Gómez<sup>a</sup>, C. Tafur Sánchez<sup>a</sup> y J.M. González Hernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción:** Una correcta adecuación de las indicaciones de las colonoscopias a las recomendaciones científicas es importante para optimizar los recursos disponibles. La rentabilidad diagnóstica de la colonoscopia está estrechamente relacionada con la adecuación en su solicitud.

**Objetivos:** Valorar el grado de adecuación de las indicaciones de colonoscopia y su rendimiento diagnóstico.

**Métodos:** Colonoscopias realizadas por el primer investigador firmante entre marzo 2015-julio 2016. Datos: demográficos del paciente, médico peticionario, indicación colonoscopia, intubación cecal, limpieza colónica, tiempo de retirada, adecuación a las guías ASGE y EPAGE-II y hallazgos relevantes (pólipos, carcinoma colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis y angiodisplasias). La rentabilidad diagnóstica para cada indicación se definió como el cociente entre los hallazgos relevantes detectados y el total de colonoscopias solicitadas por dicha indicación. El estudio estadístico se realizó con el programa IBM SPSS vr 20.0.

**Resultados:** 709 colonoscopias (51% varones y 49% mujeres edad media  $63.36 \pm 12.9$ , mayormente ambulatorios). Más de la mitad de las exploraciones fueron solicitadas por gastroenterólogos (55,9%). 26, 2% de las colonoscopias eran inapropiadas según ASGE y 21,4% según EPAGE-II, con un índice de concordancia kappa de 0,78 ( $p < 0,001$ ). Las indicaciones con más tasa de inadecuación fueron el control tras polipectomía (23,2%) y tras resección CCR (18,9%). Las tasas de inadecuación eran mayores en pacientes  $> 50$  años (87,1%) y mujeres (51,1%). En cuanto a los médicos peticionarios, fuimos los Digestivos (44,6%) seguidos por los cirujanos (24,2%) los que teníamos mayores tasas de inadecuación. Se encontraron hallazgos relevantes en 309 colonoscopias (44%), principalmente pólipos (31,5%). Las indicaciones con mayor rentabilidad diagnóstica fueron las indicadas por alteraciones colónicas detectadas en otras pruebas de imagen. (66,7%) seguido del cribado CCR (63,1%). La probabilidad de encontrar un hallazgo relevante en la endoscopia estaba relacionada con una correcta indicación ( $p < 0,001$ ). En el análisis univariante, la adecuación a guías ASGE/EPAGE-II, la intubación cecal, un mayor tiempo de retirada, edad  $> 50$  años y el sexo masculino se asociaron a la presencia de datos relevantes ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En nuestro medio, alrededor de un 25% de las indicaciones de las colonoscopias son inapropiadas, principalmente en el seguimiento tras resección polipoidea o CCR. La probabilidad de obtener hallazgos relevantes fue mayor si la indicación se ajustaba a las indicaciones ASGE/EPAGE. Es por ello que, para que la colonoscopia sea coste-efectiva, debemos esforzarnos por mejorar nuestra tasa de adecuación.

### 30. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO CON LAS GASTROSTOMÍAS ENDOSCÓPICAS PERCUTÁNEAS

M.T. Galovart Araguas, A. Salagre García, A. San Bruno Ruz, C. Ciriza de los Ríos y G. Castellano Tortajada

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

**Introducción:** La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es una técnica con escasos efectos adversos y muy extendida en la práctica clínica que permite la alimentación a largo plazo en pacientes con incapacidad para la ingesta de diferentes etiologías.

**Objetivos:** Descripción de las indicaciones y complicaciones más frecuentes de la GEP.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo a partir de los registros de la unidad de Endoscopia de nuestro centro en el período desde octubre de 2014 a marzo de 2016.

**Resultados:** Se han recogido los datos de 52 pacientes con una edad media de 63 años y un 55,7% de varones. Hay 21 pacientes (40,38%) con hipoalbuminemia de los cuales 7 han sufrido complicaciones (63,6%) mientras que en los pacientes bien nutridos (31) únicamente el 36,4% han presentado complicaciones. Analizando las indicaciones, el mayor porcentaje se corresponde a pacientes neurológicos siendo un total de 34 pacientes (65,39%). De estos, 12 presentaban demencia de diferentes etiologías (23,1%), 5 enfermedad de neurona motora (9,6%) y 17 otras causas neurológicas (32,7%). Por la presencia de neoplasia otorrinolaringológica se indicó la GEP a 16 pacientes (30,8%) y únicamente hay 2 (3,8%) con otras indicaciones. Se han observado complicaciones mayores en 11 pacientes (21,15%), dentro de ellas destacar la presencia de bron-

cospiración (11,5%). Analizadas por subgrupos, destacan los pacientes con demencia ya que hasta un 41,8% sufrieron complicaciones y los oncológicos (25%) mientras que en la ELA no se observaron complicaciones.

**Conclusiones:** Los resultados no alcanzan valor estadístico pero sí nos permiten, de forma general, obtener algunas conclusiones. Aquellos pacientes desnutridos se complican con mayor frecuencia. Asimismo, los pacientes con deterioro cognitivo son los que sufren mayor frecuencia de efectos adversos, fundamentalmente broncoaspiración, mientras que en los pacientes con ELA presentan escasas complicaciones.

### 31. UTILIDAD DE LA ENTEROSCOPIA DE DOBLE BALÓN EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

C. Cuadrado Tiemblo, I. Romero Sánchez-Miguel, F. Sánchez Gómez, S. Muñoz Rodríguez, J.B. Díaz Tasende y G. Castellano Tortajada

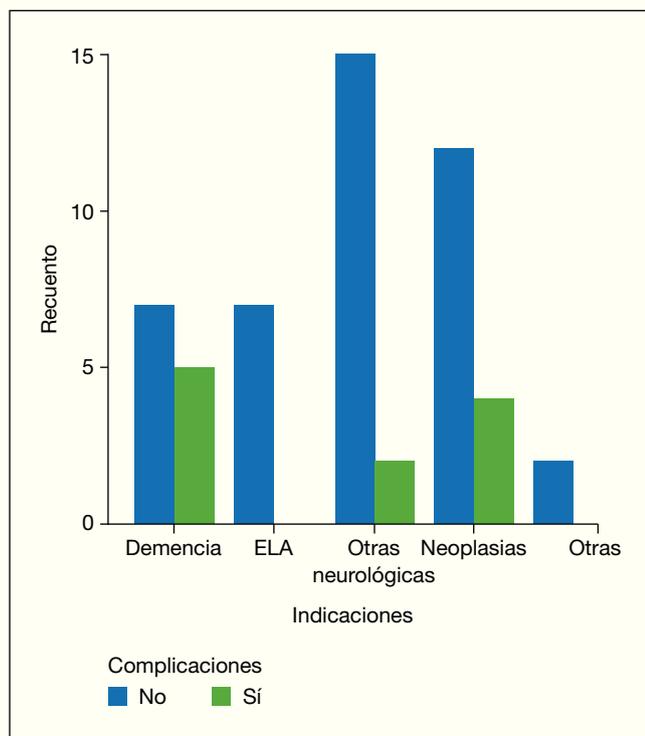
*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

**Introducción:** La enteroscopia de doble balón (EDB) permite el manejo diagnóstico y terapéutico no quirúrgico de una amplia variedad de patologías del intestino delgado. El objetivo de nuestro estudio es describir las EDB realizadas en el Hospital Universitario 12 de Octubre a pacientes con sospecha o diagnóstico establecido de enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de las EDB en pacientes con sospecha o diagnóstico establecido de EII. Se obtuvieron para el análisis 27 exploraciones. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de la historia clínica y de los informes endoscópicos e histológicos. Se consideró como hallazgo y, por tanto, eficaz en el manejo diagnóstico del paciente si la EDB proporcionaba suficiente información para confirmar o descartar un diagnóstico. Para análisis de los datos se utilizó como software estadístico Epidat.

**Resultados:** Se incluyeron 27 EDB (14 en hombres). Se realizó por vía anterógrada en 17 y retrógrada en 10. La indicación más frecuente fue la sospecha de EII 19 (70,37%). En los pacientes con EII las indicaciones fueron las siguientes: valoración de la actividad y extensión 3 (11,11%), evaluación de estenosis 3 (11,11%) y la recurrencia posquirúrgica de la enfermedad 2 (7,41%). La eficacia diagnóstica se consiguió en 9 (47,37%), 2 (66,67%), 0 (0%) y 2 (100%), respectivamente. Los hallazgos en la EDB fueron determinantes en 13 (48,15%). 16 (59,26%) pacientes tenían cápsula endoscópica (CE) previa, 13 (48,15%) TC y 16 (59,26%) enteroRMN. Existía correlación entre los hallazgos de la CE y EDB en 8 (50%), mientras que en 1 (6,25%) se obtuvieron hallazgos significativos en EDB y no en CE. Sólo se realizó terapéutica en 1 (3,70%), consistente en dilatación de estenosis. No se describieron complicaciones propias de la técnica ni de la sedación en ninguna exploración.

**Conclusiones:** La EDB es una técnica va ganando mayor relevancia en el estudio de pacientes con sospecha o diagnóstico establecido de EII, aportando como ventaja fundamental frente al resto de pruebas empleadas la posibilidad de toma biopsias, que en ocasiones puede ser determinante. Nuestro estudio demuestra la eficacia de la enteroscopia de doble balón en el manejo del paciente con sospecha o diagnóstico establecido de EII. La principal limitación es el escaso número de exploraciones, lo que condiciona la interpretación de los resultados. De los resultados obtenidos se desprende que la EDB es una técnica endoscópica segura con una tasa de complicaciones muy baja. En resumen, nuestro estudio confirma los resultados obtenidos en otras series, en las que se demuestra la utilidad de la enteroscopia en pacientes con EII, con un perfil de seguridad muy bueno. Para aumentar su rentabilidad diagnóstica, sería útil establecer protocolos de manejo en los casos en los que se realiza como complemento a una prueba de imagen previa.



### 32. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS COMPLICACIONES POSTCPRE Y EFECTIVIDAD DE INDOMETACINA RECTAL PARA PREVENCIÓN DE PANCREATITIS POSTCPRE EN NUESTRO MEDIO

R. Salmoral Luque, C. Martos Plasencia, M. Sánchez Alonso, E. de la Santa Belda, B. López Viedma, F. Domper Bardají, R. Lorente Poyatos y J. Olmedo Camacho

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

**Introducción:** La pancreatitis aguda post-CPRE es una de las complicaciones más frecuentes de esta técnica. Las principales guías de práctica clínica han propuesto diversos métodos como la indometacina rectal y la prótesis pancreática plástica para la prevención de esta complicación.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo se comparan las características epidemiológicas, indicaciones, técnica utilizada y la incidencia de complicaciones post-CPRE (tabla) durante los años 2014- 2015 en un grupo de 200 pacientes. De la misma manera, se realizó un análisis estadístico de los resultados obtenidos en los pacientes tratados con indometacina rectal con respecto aquellos que no habían recibido ninguna profilaxis. Se administró indometacina

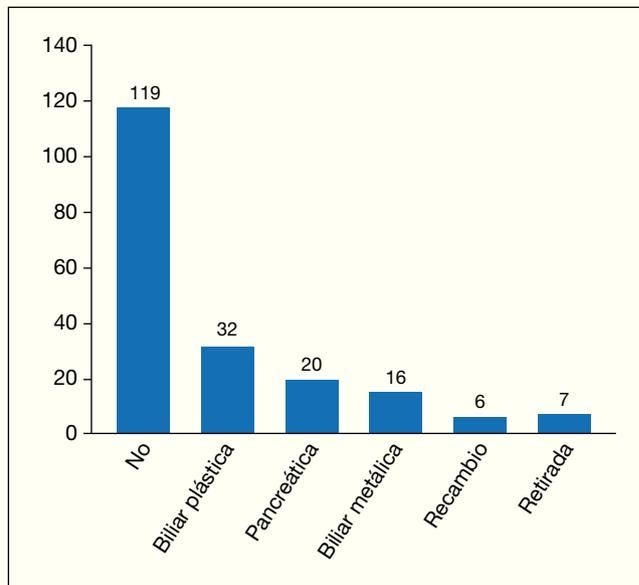


Figura 2

Sexo	Varones	100 (50%)
	Mujeres	100 (50%)
Acceso biliar	Esfinterotomía	135 (67,5%)
	Precorte	14 (7%)
	Esfinteroplastia	4 (2%)
Indicación	Coledocolitiasis	118 (59%)
	Ictericia tumoral	26 (13%)
Complicación	Colangitis	18 (9%)
	Otras	38 (19%)
	Pancreatitis	8 (4%)
	Sangrado	28 (14%)
	Perforación	1 (0,5%)

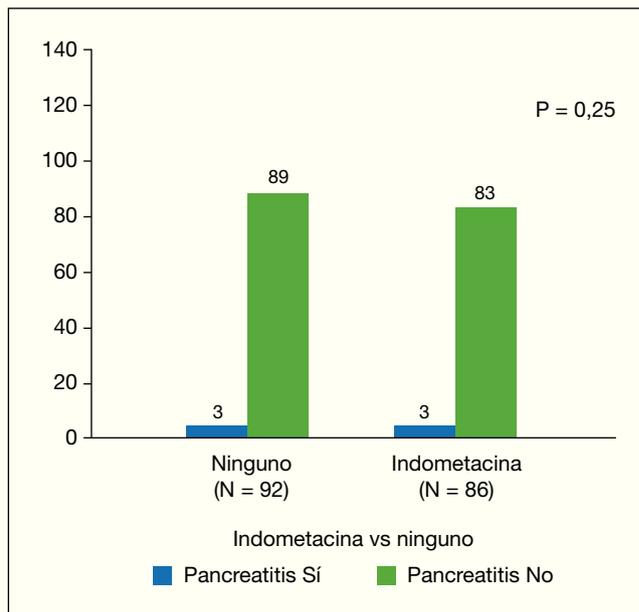


Figura 3

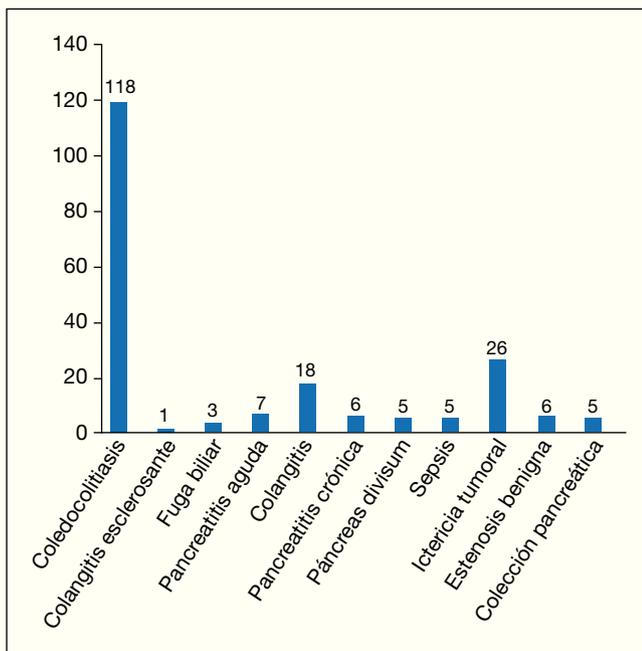


Figura 1

cina rectal 100 mg y/o colocación de prótesis plástica pancreática de 5Fr en aquellos con riesgo de pancreatitis aguda post-CPRE. El análisis estadístico fue realizado con el software SPSS.

**Resultados:** Se incluyeron 200 pacientes de los cuales 100(50%) eran varones con una media de edad 70.4 años (15-93). La principal indicación fue por coledocolitiasis seguido de la ictericia obstructiva tumoral y la colangitis aguda (fig. 1). En 98 (49%) pacientes se utilizó indometacina rectal. A 32 (15%) pacientes se les colocó una prótesis biliar plástica, a 20 (10%) una prótesis pancreática y a 16 (8%) una prótesis biliar metálica (fig. 2).

**Conclusiones:** La complicación más frecuente fue la hemorragia postesfinterotomía y un caso de microperforación duodenal (tabla). No se observan diferencias significativas en la incidencia de pancreatitis aguda entre los paciente que recibieron indometacina y los que no recibieron tratamiento profiláctico (fig. 3). Dentro de los pacientes que prótesis plástica pancreática no se han observado pancreatitis aguda post-CPRE. Sin embargo, no se ha comparado con los de-

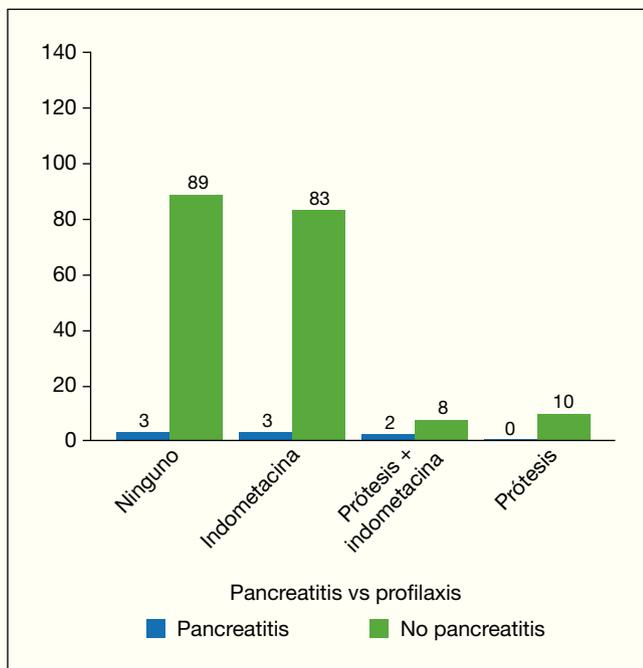


Figura 4

más métodos profilácticos debido al pequeño tamaño muestral y a que las características con el resto de subgrupos no son homogéneas.

### 33. CARACTERÍSTICAS DE LA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL USO DE ENDOCUFF® EN LA DETECCIÓN DE ADENOMAS. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

J. Jurado García, F.J. Serrano Ruíz, V.M. González Cosano, L.N. Guerrero Puente, A. Naranjo Rodríguez, L.L. Casáis Juanena, M. Pleguezuelo Navarro, A. González Galilea, B. Agüera Arroyo, E. Pérez Rodríguez, V. García Sánchez, E.M. Iglesias Flores, M.L. Vignote Alguacil, J.M. Benítez Cantero, A. Reyes López y A.J. Hervás Molina

Unidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción:** El CCR es una enfermedad que se puede curar si se detecta precozmente. Se encuentra bien establecida la existencia de una lesión premaligna a partir de la cual se forma el CCR, el pólipo adenomatoso. El objetivo de los programas de prevención es la identificación y tratamiento de la lesión precursora de CCR. Actualmente disponemos de procedimientos de cribado eficaces, el test de sangre oculta en heces (TSOH) reduce la mortalidad y la incidencia por CCR y la utilización de nuevos dispositivos acoplados al endoscopio (Endocuff®) pueden mejorar la detección de lesiones pequeñas y planas.

**Objetivos:** Valorar la eficacia del programa de cribado (PC) de CCR en nuestro Centro, evaluar el rendimiento diagnóstico de la utilización de Endocuff® y determinar las diferencias entre la colonoscopia convencional (CC) y la asistida por Endocuff® (CAE) en las colonoscopias de cribado.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, unicéntrico, en el que se incluyeron 191 pacientes sometidos a colonoscopia entre julio de 2015 y noviembre de 2016. Se dividieron en dos grupos, los participantes en el PC de CCR (individuos de 50-69 años, asintomáticos y TSOH+) y los sometidos a CC por TSOH+ fuera del PC. El primer grupo se subdividió a su vez en otros dos en función de si la colonoscopia

estuvo asistida con Endocuff®. Examinamos la tasa de intubación cecal (TIC), la tasa de detección de adenomas (TDA), número medio de adenomas por paciente (APP), el grado de limpieza colónica (BBPS), el número de pólipos resecaados, su localización, morfología, tamaño, histología y grado de displasia de los adenomas.

**Resultados:** De los 191 pacientes (65,9% hombres, edad media de 62,5 años), 105 pertenecían al grupo de cribado (en 75 de ellos se realizó CAE) y 86 al de TSOH+. La TIC fue 99% y la BBPS fue buena o excelente en el 94% de los casos. La TDA (72,4% vs 45,3%;  $p < 0,001$ ) y número de adenomas por paciente (1,9 vs 0,9;  $p < 0,01$ ) fue mayor en el grupo de PC aunque sin diferencias en la tasa de adenomas de alto riesgo (AAR) (33,3% vs 20,8%;  $p = 0,056$ ). Si sólo tenemos en cuenta los pacientes del PC en los que se utilizó Endocuff® ( $n = 75$ ) con respecto a los de TSOH+ se aumenta la TDA (74,6% vs 48,5%,  $p < 0,001$ ) así como la resección de pólipos diminutos (67,9 vs 48,5%,  $p = 0,045$ ) y los de morfología sésil (78,6% vs 48,6%;  $p = 0,044$ ). En el grupo más homogéneo, el de PC, el uso de Endocuff® no mostró diferencias estadísticas sobre los parámetros analizados, pero sí encontramos una mayor tendencia en la TDA (74,6% vs 66,7%) y la APP (2,1 vs 1,7).

**Conclusiones:** La colonoscopia realizada en el contexto de PC de CCR en nuestro Centro es efectiva si atendemos a los criterios de calidad requeridos en estos casos. La utilización de Endocuff® incrementa el rendimiento diagnóstico de las colonoscopias realizadas por TSOH+ reflejado en una mayor TDA, APP y de pólipos sésiles y diminutos aunque, en los casos de cribado de CCR, esta tendencia debería confirmarse aumentando el tamaño muestral.

### 34. CUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS DE CALIDAD EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

A. Loza Vargas, L. Hernández y M. Vázquez Seoane

Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero.

**Introducción:** En agosto de este año se publicó la iniciativa para la mejora de la calidad para medidas de resultados en endoscopia digestiva alta. Hemos medido algunos de los mismos para valorar cuál es nuestro nivel basal en las medidas sugeridas.

**Métodos:** Se revisaron todos los informes de las endoscopias digestivas altas realizadas entre el 20/10/16 y el 1/12/16 y se recogieron los datos de las mismas.

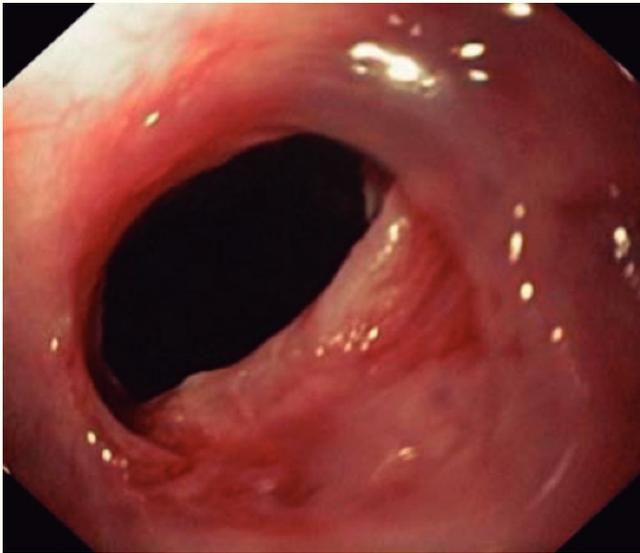
**Resultados:** Durante este periodo de tiempo se realizaron 124 endoscopias altas. No se recogió en el informe si el paciente había cumplido el tiempo de ayuno. El tiempo de exploración se registró en todos los procedimientos y fue mayor de 7 minutos en 110 (88,71%), aunque si observamos los seguimientos de gastritis y cribados, se cumple en los 19 casos. En 61 exploraciones (49,19%) se realizó una correcta fotodocumentación. En las 40 exploraciones con patología con clasificación establecida, está fue utilizada en 37 (92,51%). No se registró el resto de medidas por el bajo número de exploraciones que cumplían criterios, habiéndose realizado sólo 4 seguimientos de Barrett en ese periodo.

**Conclusiones:** La mayor parte de las medidas de calidad son de fácil registro y deben ser evaluadas. En las medidas registradas se observa un correcto cumplimiento en el registro del tiempo y el uso de clasificación estandarizada y cercano al estándar en el tiempo de inspección. La fotodocumentación es un punto a mejorar ya que está muy lejos del nivel exigido.

### 35. DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CON INYECCIÓN DE CORTICOIDES INTRALESIONALES EN PACIENTES CON CANAL DÉRMICO COMO NEOESÓFAGO

Y.M. Sanchez Torrijos, S. Sobrino Rodríguez, R. León Montañes, T. López Ruiz, J. Caballero Gómez y J.M. Bozada García

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.



**Introducción:** La dilatación endoscópica sirve para tratar estenosis esofágicas benignas, aunque un número significativo de pacientes recurren. Así, la inyección intralesional de corticoides (CI) tras la misma puede reducir el nº de dilataciones precisas.

**Métodos:** Presentamos 2 casos clínicos con injerto miocutáneo como neoesófago, técnica quirúrgica utilizada como último recurso cuando ni la tubulización gástrica ni la coloplastia fueron exitosas, presentando estenosis de la anastomosis y tratándolas mediante dilatación e inyección de CI (triamcinolona 1,5 cc/12 mg en cada cuadrante del desgarrado producido) en 2008-2014, con buenos resultados. Analizamos nº dilataciones realizadas y periodicidad antes y después de la terapéutica complementaria.

**Resultados:** En el caso 1, 4 meses tras la reconstrucción, presentó disfagia, objetivándose estenosis de anastomosis, dilatando con balón cada 30 días. 6 meses después, comenzamos a inyectar CI hasta en 4 ocasiones cada 7-10 días con buenos resultados, sin necesidad de dilatación hasta 1,5 años después. En el caso 2, se objetivó doble estenosis en ambas anastomosis, dilatando con balón neumático en 4 ocasiones cada 15 días, e incluso, colocando prótesis metálica totalmente cubierta, sin éxito. Al año, dilatamos con tallos de Savary e inyectamos triamcinolona en cada estenosis hasta en 4 ocasiones cada 15 días, mejorando significativamente.

**Conclusiones:** La inyección de CI en el desgarrado mucoso tras la dilatación de estenosis esofágicas reduce la síntesis de colágeno, y por tanto, la fibrosis y cicatrización posterior, aumentando el intervalo de tiempo entre dilataciones. En nuestros pacientes se produjo una mejoría clínica importante, con resolución de la disfagia y disminución del nº dilataciones precisas. La técnica de reconstrucción llevada a cabo se ha utilizado hasta el momento de forma excepcional, por lo que los CI tras dilatación podría ser la terapéutica de elección en sucesivas intervenciones.

### 36. RENTABILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN NUESTRO HOSPITAL: INDICACIONES Y RESULTADOS EN 193 PACIENTES

S. Antón García, C. Argüelles Martínez de la Vega, L. Parapar, A. Ríos Ortiz y L. Seoane

Hospital San Agustín, Avilés.

**Introducción:** El desarrollo de la cápsula endoscópica permite explorar el intestino delgado, que por sus características anatómicas y localización ha sido siempre menos accesible a los estudios endoscópicos. Las indicaciones están en constante evolución, sien-

do su principal indicación la hemorragia digestiva origen oscuro, la enfermedad de Crohn y el estudio de tumores.

**Objetivos:** Analizar las principales indicaciones de la cápsula endoscópica, y los hallazgos en estas, así como si tras la prueba se hizo modificaciones en su tratamiento. Se analizaron de forma secundaria la presencia de comorbilidades, tratamientos concomitantes y cifra de hemoglobina en los pacientes con anemia crónica.

**Métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo de las cápsulas realizadas en un hospital secundario (Hospital San Agustín de Avilés) entre marzo de 2008 y octubre de 2016 (n 193).

**Resultados:** Se analizaron 193 estudios de cápsula endoscópica, que correspondían a 97 hombres (50,3%) y 96 mujeres (49,7%). La edad media fue de 62 años (entre 11-92 años). Según el motivo de indicación de la prueba hallamos que 146 fueron por estudio de anemia crónica (75,6%), sospecha de enfermedad de Crohn 29 (15%), tumor intestinal 3 (1,6%), poliposis 4 (2,1%) y otros 11 (5%). Habían realizado previamente estudios radiológicos de intestino delgado (TC y/o tránsito intestinal) 159 pacientes (75,6% pacientes). Se describió patología en 93 (48,2%) mientras que 100 fueron normales. El tipo de lesión más frecuente fue de tipo vascular: 54 (58%), seguida de inflamatoria 27 (29%) y neoplásica 12 (12,9%). La localización más repetida fue intestino delgado, en 85 de las pruebas (89,6%), gástrica en 10 (10,75%) y 1 en colon. La mayoría de pacientes no precisó tratamiento específico tras la prueba 145 (75%). Se realizó intervención médica en 15, endoscópica en 23, quirúrgica en 9 y 1 radiología intervencionista. De 146 cápsulas realizadas por HDOO, 66 de ellas presentaban comorbilidad (45,2%) mientras que 80 no (54,8%). Recibían tratamiento con AINEs 9 de ellos (6,2%), ACOS 35 (25,3%), AAS 36 (24,2%) y ninguna de estas medicaciones 64 (43,8%). La cifra media de hemoglobina fue de 8,9.

**Conclusiones:** En nuestro trabajo la causa más frecuente por la cual se solicita es por HDOO, similar a lo descrito en la literatura. La posibilidad de encontrar patología es de 48%, más bajo que lo reportado en la mayoría de estudios (en torno a 60%). Además, solo el 24,87% requirió tratamiento específico, el resto se trata de lesiones que por sus características no requieren procedimiento terapéutico invasivo o biopsia (puntos rojos, angiodisplasias no sangrantes, lesiones protruidas inespecíficas de aspecto benigno). En HDOO debemos tener en cuenta la alta comorbilidad y la asociación con tratamientos gastroerosivos (AINEs, AAS y/o ACOs). En conclusión en nuestra experiencia, la cápsula es un examen útil para el diagnóstico de patología de intestino delgado cuando se indica adecuadamente.

### 37. APLICABILIDAD Y EFICACIA DE LA TERAPIA INCISIONAL EN EL TRATAMIENTO DE ESTENOSIS BENIGNAS DE ANASTOMOSIS COLÓNICAS POSQUIRÚRGICAS. SERIE DE 15 CASOS

E. Tenorio González<sup>a</sup>, I. Leyre Pinazo Martínez<sup>b</sup>, L. Vázquez Pedreño<sup>a</sup>, H. Flores Moreno<sup>a</sup>, A. Rico Cano<sup>a</sup>, M. Bocanegra Viniegra<sup>a</sup>, O. Sánchez García<sup>a</sup>, E. Morcillo Jiménez<sup>a</sup>, S. Berlanga Cañete<sup>a</sup>, P. Palomino Luque<sup>a</sup> y M. Jiménez Pérez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Regional Universitario, Málaga.

<sup>b</sup>AGS Campo de Gibraltar, Cádiz.

**Introducción:** El desarrollo de estenosis benignas en anastomosis tras cirugía colorrectal puede ocurrir hasta en un 30% de los casos. Representa un desafío terapéutico por sus limitadas opciones terapéuticas y su alta tasa de recidiva, siendo la terapia incisional asociada a dilatación neumática una alternativa a las técnicas habituales. Nuestro objetivo en este estudio es comunicar nuestra experiencia en la terapia combinada como alternativa a dilatación aislada secuencial.

**Métodos:** Hemos analizado la respuesta a terapia combinada en una serie de 15 casos recogidos desde octubre 2011 hasta junio

2016, con edades entre 22 y 85 años. El motivo de cirugía fue diverticulitis aguda (n = 4), neoplasia (n = 6), perforación (n = 1), poliposis adenomatosa familiar (n = 1), enfermedad de Crohn (n = 1), estreñimiento pertinaz (n = 1) e iatrogénico (n = 1). Todos presentaban estenosis inferiores al centímetro, con síntomas de suboclusión intestinal o como valoración previa a reconstrucción tránsito intestinal. La técnica se llevó a cabo bajo sedación consciente (midazolam + fentanilo) y tras ayunas de 8h junto a la preparación más adecuada en función de los síntomas y la intervención quirúrgica realizada. Los pacientes se sometieron a la realización de varios cortes poco profundos de forma radial (< 3 mm) con esfinterotomo de aguja modelo RX Needle Knife XL de 5,5 F y 5 mm de longitud (Boston Scientific®). La fuente de diatermia es el modelo ERBE ICC 200, corriente endocut, efecto 3 y potencia 60 W, todo bajo supervisión endoscópica. Tras ampliar así el diámetro de la estenosis se procedió a canalizar a su través un balón de dilatación neumático (balón dilatador de presión radial controlada con guía, Boston Scientific) que mediante presiones ascendentes (de 15 a 18 o de 18 a 20 mmHg, al ver que el calibre lo permitía, en una única sesión), permitió alcanzar diámetros de hasta 30 mm (rango 20-30 mm). En último lugar, se infiltró con triamcinolona en los 4 cuadrantes.

**Resultados:** El objetivo inmediato se definió como el paso sin dificultad del colonoscopio por la anastomosis. Como éxito clínico se consideró la resolución de síntomas y persistencia de buen calibre de la luz sin necesidad de reintervención quirúrgica o nueva terapéutica endoscópica. En todos los casos el grado de estenosis mejoró según criterios clínicos y endoscópicos. La mejora sintomática se mantuvo posteriormente, con revisiones en uno y tres meses, desde la realización de la técnica hasta junio 2016. Sólo se registró un caso de perforación, inmediata a la técnica y controlada con clip, y una estenosis refractaria.

**Conclusiones:** La terapia incisional seguida de dilatación neumática en sesión única se presenta como un método seguro y con buenos resultados a largo plazo tanto desde el punto de vista clínico como endoscópico y como una alternativa a tener en cuenta frente a las técnicas habituales.

## Enfermedad inflamatoria intestinal

### 38. EXPERIENCIA INICIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON VEDOLIZUMAB (ENTYVIO®) EN UN HOSPITAL SECUNDARIO. RESULTADOS PRELIMINARES

A. Bargalló García, M. Navarro-Llavat, O. García-Bosch, G. Honrado, Y. Bial y A. Blasco Pelicano

*Servicio de Digestivo, Hospital de Moisés Broggi, Sant Joan Despí.*

**Introducción:** Vedolizumab (VDZ) es un anticuerpo monoclonal humanizado de tipo IgG1 dirigido contra la integrina  $\alpha 4\beta 7$  de los linfocitos humanos. Recientemente ha sido autorizado su uso en el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) activas moderadas-graves con fracaso a tratamiento convencional y fármacos anti-TNF $\alpha$  o como alternativa a los anti-TNF $\alpha$  en caso de contraindicación.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de VDZ en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en la práctica clínica.

**Métodos:** Estudio prospectivo en el que se han incluido todos los pacientes tratados de forma consecutiva con VDZ en nuestro centro desde la aprobación del fármaco. Se han registrado datos demográficos, características de la EII y respuesta a tratamientos previos.

La pauta de administración de VDZ se ha realizado según ficha técnica. Se han evaluado la respuesta clínica en semana 14, 24 y 52, la necesidad de cirugía y los efectos adversos descritos durante el tratamiento.

**Resultados:** Se han tratado 12 pacientes con una mediana de edad de 42,5 (RIQ 27-50,3) años. Los 5 pacientes con CU presentaban una enfermedad extensa (E3) con una mediana del índice de Mayo parcial de 7 (RIQ 6-9) puntos al inicio del tratamiento y los 8 pacientes con EC (extensión: 2 L1, 1 L2, 2 L3, 1L4/patrón: 3 B1, 2 B2, 2 B3) una mediana del índice de Harvey-Bradshaw inicial de 10 (RIQ 8-12) puntos. La mediana de tiempo de evolución de la enfermedad ha sido de 51,5 (RIQ 16,3-67) meses. Todos los pacientes presentaban fracaso previo a tratamiento con inmunomoduladores y al menos un anti-TNF $\alpha$ . La mediana de seguimiento desde el inicio del tratamiento con VDZ ha sido de 10,4 (RIQ 1,7-11,8) meses. Disponemos de datos de eficacia en semana 14 de 7 pacientes, con una respuesta del 57% (4/7) y una remisión del 14,3% (1/7). Un 33,3% (4/12) de los pacientes han precisado cirugía (3 MC y 1 CU). Los patrones B2 y B3 de EC no han respondido o han empeorado con el tratamiento con VDZ. En cuanto al perfil de seguridad, 3 pacientes han presentado efectos adversos leves (nasofaringitis, cefalea) y 1 paciente con EC ileal precisó cirugía urgente por perforación intestinal.

**Conclusiones:** VDZ representa una alternativa de tratamiento en la EII. Sin embargo, en nuestra experiencia, los patrones más agresivos de EC no han presentado una buena respuesta al tratamiento con VDZ.

### 39. EXPERIENCIA CLÍNICA CON VEDOLIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN (EC) Y COLITIS ULCEROSA (CU) EN NUESTRA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

N. Maroto, E. Hinojosa, I. Ferrer, M. Mora y J. Hinojosa

*Hospital de Manises.*

**Objetivos:** Vedolizumab (VDZ) es un nuevo biológico eficaz para el tratamiento de la EC y CU. La experiencia clínica real es todavía limitada.

**Métodos:** Estudio retrospectivo donde se revisa la experiencia clínica con vedolizumab en pacientes con EC y CU de nuestra unidad de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital de Manises. Evaluamos su efectividad en términos de remisión, respuesta, necesidad de cirugía y necesidad de intensificación. Definiciones: Remisión; Harvey -Bradshaw < 4, o índice de Mayo clínico < 1, y no uso de esteroides. Respuesta; reducción en al menos un 30% de la puntuación basal del índice de actividad. No respuesta: no mejoría clínica, o necesidad de mantenimiento de esteroides sistémicos. Terapia de inducción: 300 mg semanas 0-2-6. Terapia de mantenimiento: 300 mg cada 8 semanas.

**Resultados:** 38,8% de pacientes (7) se intensificaron (1 CU, 6 EC); acortando el intervalo infusional a 6 semanas en un paciente y a 4 semanas en 6 pacientes. El 57,1% de los enfermos ganaron respuesta. Suspensión de vedolizumab: 6 pacientes (2 EC, 4 CU). Se requirió cirugía en 22,2% de pacientes (4); 3 CU y 1 EC. Efectos adversos: 2 picos febriles autolimitados y una viriasis respiratoria.

**Conclusiones:** Los pacientes tratados con vedolizumab en nuestra unidad son corticodependientes, tratados al menos con 2 anti TNF previos, y con una enfermedad de larga evolución. Al final del seguimiento la remisión/respuesta se consiguió en el 57% de los enfermos. Los efectos secundarios han sido leves.

Situación basal: enfermedad leve (27,7%), enfermedad moderada (55,5%), enfermedad grave (16,6%)

Número de pacientes	18	
Sexo	6 mujeres, 12 hombres	
Edad media	32 años	
Distribución EII	CU: 12, E1: 1, E2: 5, E3: 6 EC: 6, A1: 3, A2: 3 L1: 2, L2: 3, L3: 1 B1: 3, B3: 3 p: 1	
Dependencia a esteroides	18 pacientes	
Dosis media	43 mg/día prednisona	
2 antiTNF previos	18 pacientes	
Inmunomoduladores (tiopurinas) a	7 pacientes	
Tiempo medio de evolución de la enfermedad	9,8 años	
Indicación de vedolizumab	No respondedor primario	4 pacientes
	Pérdida de respuesta	12 pacientes
	Efecto adverso a anti TNF	1 paciente
	Contraindicación a anti TNF	1 paciente

#### Evaluación semana 14

	Global (n 18)	EC (n 6)	CU (n 12)
Remisión	3 (16%)	1 (16,6%)	2 (16,6%)
Respuesta	9 (50%)	4 (66,6%)	5 (41,6%)
No respuesta	6 (33,3%)	1 (16,6%)	5 (41,6%)

#### Evaluación al final del seguimiento. Tiempo medio de seguimiento: 6,7 meses

	Global (n 18)	EC (n 6)	CU (n 12)
Remisión	4 (22,2%)	1 (16,6%)	3 (25%)
Respuesta	7 (38,8%)	3 (50%)	4 (33,3%)
No respuesta	7 (38,8%)	2 (33,3%)	5 (41,6%)

#### 40. TRASPLANTE FECAL COMO TRATAMIENTO DE INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

M. Izquierdo Romero<sup>a</sup>, P. Varela Trastoy<sup>a</sup>, A. Mancebo Mata<sup>a</sup>, J.A. Pajares Díaz<sup>b</sup>, M. Pipa Muñiz<sup>a</sup>, M. Curieses Luengo<sup>a</sup>, E. Barreiro Alonso<sup>a</sup>, I. Pérez Valle<sup>a</sup>, L.M. Franco Aguirre<sup>a</sup>,

J.M. Pérez Pariente<sup>a</sup>, A. Álvarez Álvarez<sup>a</sup>, C. de la Coba Ortiz<sup>a</sup>, R. Tojo González<sup>a</sup>, A.C. González Bernal<sup>a</sup>, E. Fernández Ruiz<sup>a</sup>, R. García López<sup>a</sup> y F.J. Román Llorente<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital de Cabueñes, Gijón. <sup>b</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

La infección por *Clostridium difficile* (CD) se ha convertido en un problema asociado a un aumento de morbilidad, mortalidad y costes sanitarios. Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) son un grupo de alta susceptibilidad, con una prevalencia hasta 3 veces superior a la población general. El trasplante fecal (TF) se ha confirmado como una alternativa efectiva y segura en pacientes con infección por CD recurrente. En EII el TF se postula también como opción emergente. Presentamos el caso de una paciente de 59 años, diagnosticada un mes antes de su ingreso en nuestra unidad de brote moderado-grave de pancolitis ulcerosa corticodependiente (coprocultivos y CD negativo al debut) por lo que se inicia azatioprina y se deriva a nuestro centro para tratamiento biológico. Dos días después de la primera infusión de infliximab la paciente presenta un primer episodio de infección por CD diagnosticado por endoscopia, histología y estudios microbiológicos, por lo que se inicia tratamiento con metronidazol 10 días con buena evolución, por lo que recibe segunda dosis de infliximab. Un mes después presenta un episodio de reinfección con endoscopia compatible con colitis pseudomembranosa, además de CMV positivo, por lo que se instauró un segundo tratamiento con metronidazol y ganciclovir durante 21 días, con respuesta favorable, recibiendo la tercera dosis de infliximab. Reingresa una semana después del alta con un 3<sup>er</sup> episodio de CD pero sin actividad de su CU. Iniciamos tratamiento con metronidazol y vancomicina oral 11 días con escasa mejoría, retirando entonces tratamiento inmunosupresor con azatioprina e infliximab. Ante la mala evolución clínica se decide tratamiento de 3<sup>a</sup> línea con fidaxomicina y enemas de vancomicina, sin mejoría. Iniciamos 4<sup>o</sup> línea de tratamiento con pauta step-down de vancomicina vo y comentamos con H. Gregorio Marañón la posibilidad de realizar un TF. Se realiza el TF el día 25 de tratamiento de vancomicina pauta descendente, con respuesta inmediata. La paciente se encuentra asintomática 5 meses después, con remisión clínica de CU y con mesalazina vo como único tratamiento. El CD es la causa de diarrea nosocomial más frecuente y la presencia de EII es factor de riesgo independiente para su desarrollo. El aumento progresivo del número de recurrencias está obligando a la aparición de nuevas opciones de tratamiento. El TF se está convirtiendo en una técnica efectiva y segura para estos casos con una alta tasa de éxito en el tratamiento de recurrencias. En pacientes con CU la utilidad del TF está comenzado a ser evaluada pero a día de hoy no hay evidencia suficiente para su uso habitual en el tratamiento de la CU, aunque sí en aquellos pacientes infectados por CD que presentan EII, siendo el TF una técnica segura, coste-efectiva y con tasas de erradicación de CD de hasta el 80%. El TF se comienza a plantear cada vez más como opción precoz en el algoritmo terapéutico de pacientes de alto riesgo, como son los afectados por EII.

#### 41. UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES VALLE DE ADALIMUMAB EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

G.J. Martínez-Romero, A. Alvario, L. Oltra, I. Ferrer, E. Hinojosa, M. Mora, N. Maroto, M.D. Hinojosa y J. Hinojosa

Hospital de Manises.

**Introducción:** Alrededor del 10% de los pacientes tratados con adalimumab (ADA) son no respondedores primarios y la pérdida de respuesta se estima en 15% pacientes/año, principalmente en relación con la inmunogenicidad y su efecto sobre los niveles valle del

mismo (TLI). Es importante caracterizar comportamiento cinético para personalizar el tratamiento.

**Objetivos:** Analizar los niveles valle de ADA en una cohorte de pacientes con EII. Estimación de parámetros farmacocinéticos (PK) individuales a través de modelo farmacocinético poblacional y ajuste bayesiano.

**Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo de 30 pacientes con EII y tto con ADA (desde 2015), se incluyen 2 cohortes: a) Monitorizados en fase de inducción (semana 4) y b) Monitorizados en fase de mantenimiento (en remisión clínica de al menos 12 semanas). Análisis de suero obtenido pre-infusión para ADA mediante ELISA (Promonitor). Se estimaron los parámetros PK individuales con programa NONMEN VI y se simularon diferentes regímenes posológicos.

**Resultados:** 30 pacientes (25 CD/5 UC); 16 M/14 H; edad media 42 años (12-70). 18 con azatioprina. Cohorte A: 12 pacientes (31 determinaciones); TLI (mediana) 12,0 µg/mL (RIQ 11,99 µg/mL); > 12,2 µg/mL, 80%. 1 paciente con TLI indetectable y positivo a anticuerpos anti-ADA. Cohorte B: 19 pacientes (31 determinaciones); TLI medio: 8,5 µg/mL (IC95% 7,15-9,86). Distribución de niveles: < 4 µg/mL, 16%; 4-8 µg/mL, 29%; 8-12 µg/mL; 19% y superior a límite de detección de técnica analítica (> 12,2 µg/mL); 36%. Estudio PK: En la tabla se expresan los parámetros PK de adalimumab. La valida-

Pharmacokinetics parameters of adalimumab

Pharmacokinetics parameters (N = 30)	Mean (95%CI)
Plasma clearance (L/day)	0.26 L/d (0.21-0.31 L/d)
Biological half life (t1/2) (day)	26.8 days (21.4-32.2 days)
Central distribution volume (L)	8.81 L (7.2-10.4 L)
AUC (mg·d/L)	113.3 mg·dl/l (100.7-125.8 mg·d/l)

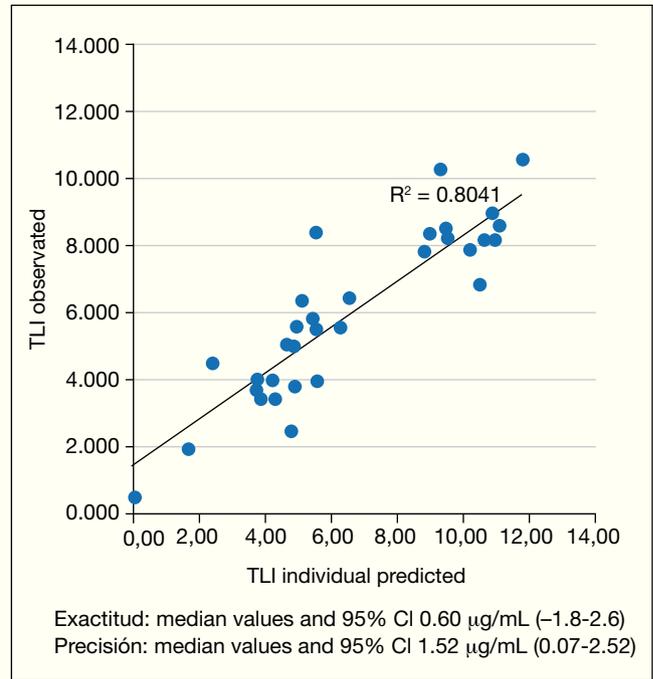


Figura 1. Validación externa del modelo farmacocinético poblacional de adalimumab.

ción externa del modelo PK (fig. 1) tiene exactitud de 0,60 µg/ml (IC95% -1,8 a 2,6) y precisión de 1,52 µg/ml (0,07-2,52). En la figura 2 se representa un caso de modelo predictivo individual con ajuste bayesiano.

**Conclusiones:** La determinación TLI de ADA junto con la estimación de parámetros PK individuales permite optimizar el tratamiento en los pacientes con EII.

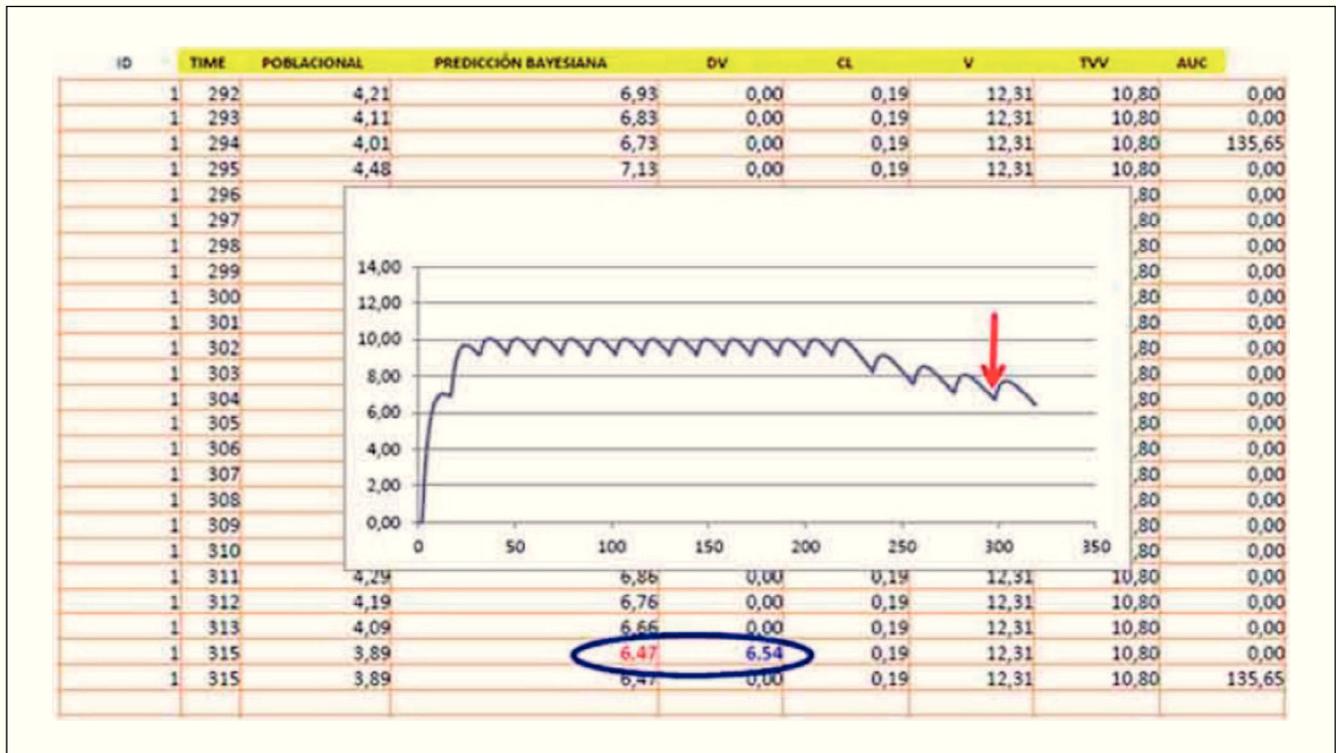


Figura 2. Modelo predictivo individual con ajuste bayesiano.

## 42. FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO CASO-CONTROL

N. García Gimeno<sup>a</sup>, J. Tosca Cuquerella<sup>b</sup>, I. Pascual Moreno<sup>b</sup>, M.M. Boscá Watts<sup>b</sup>, R. Antón Ausejo<sup>b</sup>, A. Sanahuja Martínez<sup>b</sup>, P. Mas Mercader<sup>b</sup>, F. Mora Miguel<sup>b</sup> y M. Mínguez Pérez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital de Manises. <sup>b</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia.

**Introducción:** La interacción de la inmunosupresión con otros factores de riesgo de infección y el tipo de paciente al que pueden extrapolarse sus riesgos no han sido determinados. Identificar a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) más susceptibles de complicaciones infecciosas permitiría adecuar el tipo e intensidad de la terapia inmunosupresora, así como guiar la implementación de medidas profilácticas.

**Objetivos:** Cuantificar el impacto de la inmunosupresión farmacológica y analizar su interacción con otros factores de riesgo de complicaciones infecciosas en pacientes con EII.

**Métodos:** Estudio analítico retrospectivo de tipo caso-control, que incluye a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EII de más de año de evolución. Se selecciona la muestra (casos y controles, en proporción 1:2) mediante muestreo aleatorio simple realizado para ambos entre la población de pacientes con EII del área. Los casos (incidentes y prevalentes) se definen por la aparición de infecciones significativas (grave, recurrente o el paciente así la considera) cuyo diagnóstico sea de certeza. Se revisa el período desde el diagnóstico de la EII hasta junio de 2016, para estudiar la eventual inmunosupresión y el impacto de los diferentes factores de riesgo: sexo, edad, tipo de EII, localización y actividad, consumo de tabaco, índice de masa corporal, desnutrición, comorbilidad, neutropenia, linfopenia e historia de cirugía previa. Se realiza un análisis bivariable para estudiar la asociación entre la presencia de infección y las variables consideradas y para establecer la intensidad de su asociación mediante odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) al 95%; con las variables de interés, se realiza un estudio manual de regresión logística múltiple para determinar y cuantificar los factores independientes de riesgo de infección significativa.

**Resultados:** Se incluye un total de 112 casos y 270 controles. Los factores de riesgo identificados son específicos para cada tipo de infección. De forma global, los factores de riesgo independientes de infección significativa son el tipo de inmunosupresión -simple (OR: 1,33; IC95%: 0,57-3,06), doble (OR: 2,44; IC95%: 1,10-5,43), triple (OR: 4,58; IC95%: 1,35-15,54)-, el índice de masa corporal (OR: 1,07; IC95%: 1,01-1,13), el número de comorbilidades (OR: 1,39; IC95%: 1,01-1,92) y la intensidad de la actividad inflamatoria (OR: 1,50; IC95%: 1,27-1,78).

**Conclusiones:** La terapia inmunosupresora es el factor predictor más determinante de infecciones en pacientes con EII; no obstante, para evaluar adecuadamente el riesgo individual de infección de cada paciente, conviene considerar también otros factores de riesgo como la intensidad de la comorbilidad, el índice de masa corporal y el grado de actividad inflamatoria intestinal.

## 43. VALORACIÓN DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Monteserín, M. Jiménez, G. Molina, N. Reyes, P. Linares, M. Sierra, B. Álvarez-Cuenllas, N. Cano, P. Suárez, M.J. Fernández-Gundín, S. Vivas y F. Jorquera

Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León.

**Introducción:** La incidencia de la enfermedad hepática por depósito de grasa no alcohólica (EHGNA) aumenta cada año de forma significativa, constituyendo en la actualidad una de las principales

causas de hepatopatía crónica a nivel mundial. Se correlaciona con el aumento progresivo de las tasas de obesidad, sedentarismo y con la presencia de síndrome metabólico. Inicialmente los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se asociaban a malnutrición y bajo peso, aunque en los últimos años la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha igualado a la de la población general.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de EHGNA en los pacientes con EII, analizar sus características epidemiológicas y evaluar los factores de riesgo asociados.

**Métodos:** Se incluyeron de manera prospectiva desde marzo 2016 aquellos pacientes con EII en seguimiento en nuestra consulta que participaron de forma voluntaria, previa firma del consentimiento informado. Se excluyeron aquellos con un consumo de alcohol > 210 g/sem en hombres y > 120 g/sem en mujeres. Se analizaron variables antropométricas, analíticas, fibroScan y ecografía. Los puntos de corte fueron: CAP > 275, Fatty Liver Index (FLI) > 30 y Hepatic Steatosis Index (HSI) > 36. El análisis estadístico se realizó con SSPS17.0.

**Resultados:** Participaron 88 pacientes (47 mujeres), el 52,3% con colitis ulcerosa, de  $47,9 \pm 12,54$  años de edad media. El IMC medio fue de  $25,57 \pm 4,52$  kg/m<sup>2</sup>. El 42,6% incrementaron su peso en los últimos 5 años. El 46,5% presentaban sobrepeso o algún grado de obesidad. El 53,4% realizaban actividad física, en un 87,42% intensidad leve-moderada. El valor medio de fibrosis fue  $5,37 \pm 2,17$ KPa y de CAP  $252,35 \pm 62,06$ , medido en 4 ocasiones con sonda XL. Únicamente el 15,9% mostraban fibrosis > 7,5 KPa. La presencia de esteatosis medida por ECO, CAP, HSI y FLI fue de 37,5% 33,0%, 30,7% y 31,8% respectivamente. Todos los pacientes con bajo peso tenían ecografía normal, el 50% de los de sobrepeso y el 70,6% con obesidad presentaban algún grado de esteatosis en la ecografía ( $p < 0,0001$ ). El 100% de los obesos presentaban valores de FLI > 30 y HSI > 36 ( $p < 0,0001$ ). El FLI presentó una correlación de 0,737 con el peso y de 0,612 con CAP ( $p < 0,0001$ ). Un HOMA > 2,8 (presente en 17 sujetos) se asoció con esteatosis ecográfica en un 70,6%, con CAP > 275 en 64,7% y con HSI > 36 y FLI > 30 en 88,2% ( $p < 0,005$ ). Todos los pacientes con índice aterogénico > 4,5 tenían esteatosis ecográfica ( $p < 0,05$ ). El IMC y el perímetro abdominal se asociaron de forma independiente con la esteatosis con una OR de 1,33 y 1,07 respectivamente ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de esteatosis en los sujetos con EII es similar a la de la población general. El sobrepeso, la obesidad, la resistencia a la insulina o el índice aterogénico aumentados se relacionaron con esta patología. El IMC y el perímetro abdominal suponen un factor de riesgo independiente en este subgrupo de pacientes.

## 44. MONITORIZACIÓN MEDIANTE NIVELES DE FÁRMACO TRAS PÉRDIDA DE RESPUESTA A ANTI-TNF EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA INICIAL EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

M. Jiménez Palacios<sup>a</sup>, L. Monteserín Ron<sup>a</sup>, G. Molina Arriero<sup>a</sup>, N. Reyes Campos<sup>a</sup>, D. Viso Vidal<sup>a</sup>, M. Sierra Ausín<sup>a</sup>, N. Cano Sanz<sup>a</sup>, P. Suárez Álvarez<sup>a</sup>, M.J. Fernández Gundín<sup>a</sup>, M. Sáez Villafañe<sup>b</sup> y F. Jorquera Plaza<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital de León.

**Introducción:** La pérdida de respuesta secundaria a anti-TNF en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) alcanza un 20-40% siendo la intensificación eficaz en un 60-90% y el cambio de anti-TNF en un 19-68%. La monitorización con niveles de fármaco y anticuerpos es coste-eficaz, siendo la decisión terapéutica con niveles de fármaco una estrategia dirigida, evita la administración de fármacos ineficaces y mejora la gestión de recursos, dados los escasos tratamientos disponibles.

**Objetivos:** Determinar la situación de los niveles de fármaco en los pacientes con EII y en tratamiento anti-TNF tras pérdida de respuesta secundaria, y como estos mismos pueden ayudarnos en la toma de decisiones terapéuticas.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, en pacientes con EII en tratamiento biológico ante pérdida de respuesta secundaria, desde la introducción de la medición de niveles (febrero 2015 a septiembre 2016). Se incluyeron 42 pacientes. 32 con EC (76%) que presentaban un IHB > 4 y 10 con CU (24%) con Mayo parcial > 2, aumento de PCR o calprotectina. 18 pacientes con infliximab (IFX) y 24 con adalimumab (ADA). Se determinaron niveles de anti-TNF (ELISA) y anticuerpos (Ac) si los niveles de fármaco resultaron indetectables (siendo el rango terapéutico de 3-5 ug/mL para IFX y de 5-8 ug/mL para ADA).

**Resultados:** La media de evolución de la enfermedad fue de 12,6 ± 8,8 años. El tiempo medio bajo tratamiento biológico fue de 55,9 ± 30,6 meses. El 38% habían recibido previamente otro biológico, el 52% presentaron intensificaciones previas y el 58% recibió inmunomoduladores (IMM) concomitantes. El 24% estaban en rango terapéutico, el 40% infraterapéutico- Ac negativos, un 10% infraterapéuticos- Ac positivos y un 26% supratrapéuticos. En un 15% no se realizó ningún cambio, un 44% se intensificación, 10% se cambió de anti-TNF, un 24% se cambió de diana, un 2% cirugía y un 2% se añadió un IMM. En 20 pacientes (47%) se realizaron niveles de control, alcanzando un 70% niveles en rango o supratrapéuticos. La respuesta clínica se alcanzó en un 43% y la remisión en un 57% al final del seguimiento. Los niveles infraterapéuticos se relacionaron con una PCR media basal de 4,12 ± 4,98 (p = 0,018). Un IHB > 7,5 y un índice Mayo parcial > 7,5 discriminaron niveles infraterapéuticos (AUC = 0,69 y 0,88, respectivamente).

**Conclusiones:** Los pacientes que presentaron pérdida de respuesta presentaban frecuentemente niveles infraterapéuticos, rescatándose tras la intensificación, a pesar del elevado número de pacientes intensificados previamente. El 26% precisó cambio de diana por niveles supratrapéuticos. Actividad moderada en EC (IHB > 7,5) y grave para CU (Mayo > 7,5) se relacionaron con niveles infraterapéuticos de fármaco.

#### 45. UTILIDAD DE LA CALPROTECTINA FECAL EN EL MANEJO DE LA DIARREA AGUDA

P. Gilbert, A. Martín, F. Rodríguez-Moranta, L. Rodríguez-Alonso, A. Ruiz-Cerulla, C. Arajol, K. Serra y J. Guardiola

*Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat.*

**Introducción:** La mayoría de episodios de diarrea aguda son de origen vírico, no siendo útil la realización de cultivos ni el inicio de antibioterapia empírica. A pesar de esto no disponemos de herramientas que permitan predecir qué episodios serán de origen bacteriano o inflamatorio, los cuales se podrían beneficiar de un tratamiento específico.

**Objetivos:** Investigar la utilidad de la calprotectina fecal (CF) en el diagnóstico y toma de decisiones en los cuadros de diarrea aguda.

**Métodos:** Se incluyeron de forma consecutiva los pacientes que consultaron a urgencias de un hospital terciario por clínica de diarrea aguda entre febrero y octubre de 2016. Se excluyeron los pacientes inmunosuprimidos o con patología intestinal previa. Se registraron los datos clínicos (incluida la escala de Vesikari modificada) y se obtuvo una analítica sanguínea y muestras fecales para coprocultivo y determinación de CF.

**Resultados:** Se incluyeron 81 pacientes (Vesikari leve 47%, moderado 43%, grave 10%). Se llegó a un diagnóstico relevante en 30/75 (40%, 23 con coprocultivo positivo, 4 casos de enfermedad inflamatoria intestinal, 2 de colitis isquémica, 1 de Guillain-Barré). La CF fue significativamente más alta en los pacientes con diagnós-

tico relevante (3.169 ± 4.053 vs 483 ± 754, p = 0,002) al igual que considerando sólo los pacientes con coprocultivo positivo (2.429 ± 3.175 vs 1.153 ± 2.711, p = 0,001). En el análisis univariante se asoció con un diagnóstico relevante la CF, PCR, creatinina, leucocitos y la puntuación de Vesikari. La precisión diagnóstica de la CF para la detección de un diagnóstico relevante obtuvo un área bajo la curva ROC de 0,831. En el análisis multivariante la CF fue el único predictor independiente (OR 25, IC95%, 4,4-140,3, p < 0,001, considerando un punto de corte de calprotectina de 700). Los factores predictores independientes de coprocultivo positivo en el análisis multivariante fueron la CF (OR 13, IC95%, 2,3-76,2, p = 0,004, considerando un punto de corte de calprotectina de 700) y el consumo previo de inhibidores de la bomba de protones (OR 8,5, IC95%, 1,3-55,8, p = 0,02).

**Conclusiones:** La CF identifica los pacientes con un cuadro de diarrea aguda de etiología bacteriana o inflamatoria, siendo superior a la clínica y a los datos analíticos. Su utilización permitiría racionalizar la práctica coprocultivos, la prescripción de tratamiento antibiótico o la necesidad de seguimiento posterior.

#### 46. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE TACROLIMUS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL REFRACTARIA

L. Aguilera, F. Mesonero, C. Ferre, A. García García de Paredes, E. Rodríguez de Santiago, A. Albillos y A. López Sanromán

*Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, IRYCIS, CIBEREHD, Madrid.*

**Introducción y objetivos:** El tacrolimus es un fármaco utilizado principalmente como inmunosupresor para evitar el rechazo en el trasplante de órganos sólidos. Una indicación no aprobada es la inducción de la remisión en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), principalmente en colitis ulcerosa (CU). A pesar de que su uso va en aumento, existen pocos trabajos que valoren su eficacia y seguridad en esta patología. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad y los efectos secundarios del tacrolimus oral en la EII en nuestro centro.

**Métodos:** Serie de casos retrospectiva de pacientes con EII tratados con tacrolimus en nuestro centro (mayo de 2002-diciembre de 2016). Se recogieron variables demográficas y clínicas, valorando la respuesta y la remisión en función de índices de actividad (Truelove modificado y Wamsley en CU, y Harvey-Bradshaw en enfermedad de Crohn (EC)) y parámetros analíticos (PCR y calprotectina fecal).

**Resultados:** Se incluyeron 17 pacientes: 8 con CU y 9 con EC, y 10 (55,5%) de ellos mujeres con una media de edad de 38,1 años. La indicación en todos los casos fue la ultrarefractariedad a otros tratamientos; todos los pacientes habían recibido previamente otros inmunomoduladores y 16/17 casos biológicos. La duración media del tratamiento con tacrolimus fue de 9,3 meses (rango, 1-38) en pacientes con CU y 9 meses (rango, 1-24) en EC. En relación a la efectividad, la tasa de respuesta o remisión fue del 38,5% (5/13): 2 pacientes presentaron remisión (1 CU y 1 EC), 3 respondieron sin cumplir criterios de remisión (1 CU y 2 EC), 8 pacientes no respondieron (3 CU y 5 EC) y en 4 casos no fue valorada la respuesta por corto seguimiento. En relación a los efectos adversos un paciente presentó astenia intensa y otro, insuficiencia renal (ambos casos con EC) requiriéndose suspender el tratamiento a pesar de haber presentado respuesta.

**Conclusiones:** En nuestra serie, los pacientes tratados con tacrolimus son complejos y refractarios a múltiples tratamientos. Las tasas de respuesta y remisión son bajas, pero probablemente se deba pensar en el tacrolimus como tratamiento de rescate en este grupo de pacientes. Los efectos adversos se produjeron en únicamente dos casos y desaparecieron tras la suspensión del fármaco.

#### 47. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA COADMINISTRACIÓN DE TIOPURINAS A BAJAS DOSIS Y ALOPURINOL EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Aguilera, F. Mesonero, E. Rodríguez de Santiago, A. García García de Paredes, C. Ferre, A. Albillos y A. López Sanromán

Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, IRYCIS, CIBEREHD, Madrid.

**Introducción y objetivos:** La administración en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de bajas dosis de tiopurinas asociadas a alopurinol, es habitual en otros países. Modifica el metabolismo de estas, aumentando los nucleótidos de 6-tioguanina. Se usa en casos con hepatotoxicidad o con baja respuesta a tiopurinas por ser hipermetiladores o "shunters". Las tasas de remisión clínica alcanzan el 70% y su manejo debe ser cuidadoso por los potenciales efectos adversos. Presentamos nuestra experiencia en el uso de azatioprina (AZA) y mercaptopurina (MP) asociadas a bajas dosis de alopurinol en pacientes con EII.

**Métodos:** Serie retrospectiva de pacientes con EII tratados con tiopurinas a bajas dosis y alopurinol (abril 2013-diciembre 2016). Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas (incluyendo actividad de TPMT y metabolitos de metil-mercaptopurina (MMP) y 6-tioguanina (TGN)), la evolución y los efectos adversos. La dosis de alopurinol fue de 100 mg/d y la de AZA/MPT se redujo a un 25% de la dosis teórica ajustada a peso y a actividad de TPMT.

**Resultados:** Sobre 690 pacientes tratados con tiopurinas, su uso esta pauta en 6 (0,86%, 5 varones, media de edad 45,3 años, 3 con enfermedad de Crohn y 3 con colitis ulcerosa, 3 con MP y 3 con AZA). Las indicaciones de asociar alopurinol fueron: 3 por ser hipermetiladores con respuesta insuficiente a tiopurinas (niveles de metabolitos 6-tioguanina disminuidos y 6-metilmercaptopurina aumentados), 1 por hepatotoxicidad por hipermetilación y 2 por artritis gotosa que requería tratamiento con alopurinol. La mediana de seguimiento fue 12 meses. Todos los hipermetiladores con poca respuesta a tiopurinas en monoterapia consiguieron remisión clínica y el caso con hepatotoxicidad mejoró el perfil hepático a los 2 meses. Los dos pacientes con gota toleraron ambos tratamientos. No se observaron efectos adversos.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, la combinación de tiopurinas a baja dosis con alopurinol en EII es una alternativa eficaz en pacientes hipermetiladores con poca respuesta o hepatotoxicidad, sin efectos adversos. En los pacientes con artritis gotosa que re-

quieran alopurinol, la combinación con tiopurinas a baja dosis es un tratamiento seguro. Es importante que se realice un seguimiento clínico y analítico estrecho, especialmente las primeras semanas, para descartar complicaciones.

#### 48. IMPACTO EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL TRAS EL DIAGNÓSTICO DE UNA NEOPLASIA

G. Molina Arriero, D. Viso Vidal, C. Villar Lucas, N. Reyes Campos, M. Jiménez Palacios, L. Monteserín Ron, R. Quiñones Castro, M. Sierra Ausín, N. Cano Sanz, P. Suárez Álvarez, M.J. Fernández Gundín y F. Jorquera Plaza

Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León.

**Introducción:** Las neoplasias relacionadas con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) o sus tratamientos modifican y dificultan el manejo de los pacientes.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo de 1.320 pacientes con EII registrados y diagnosticados de una neoplasia. 634 pacientes habían recibido tratamiento con TPN y/o antiTNF (315 tratamiento combinado, 152 TPN y 167 antiTNF).

**Resultados:** 41 pacientes desarrollaron algún tipo de tumor (3,1%). Las características de la EII aparecen en tabla 1 y las neoplásicas en la tabla 2. El hallazgo neoplásico modificó el tratamiento de la EII. El 59,5% de los pacientes suspendieron las TPN y/o antiTNF (17 y 7, respectivamente). 15 pacientes (35%) retomaron el tratamiento con anti-TNF o combinado con metotrexato (MTX) debido a recidivas graves de la EII. Se consideró mala evolución de la neoplasia estadio III, IV o el exitus. Presentaron mala evolución el 21,43% de los pacientes no tratados con TPN durante o después del diagnóstico tumoral, frente a ningún paciente en el grupo tratados con TPN ( $p = 0,252$ ) y el 22,2% del grupo tratados con anti-TNF frente a ningún paciente en el grupo que se suspendió ( $p = 0,202$ ). En el grupo que retiró TPN o antiTNF, el 100% de los pacientes presentaron recidiva moderada o grave de su EII ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** la prevalencia de neoplasias fue del 3,1%, sobretudo posterior al diagnóstico de la EII. El hallazgo neoplásico supuso una modificación de la terapia de la EII. La suspensión del tratamiento inmunosupresor o biológico supuso un riesgo de recidiva grave de la EII, mientras que la continuación o reanudación del tratamiento no tuvo un impacto negativo en el curso tumoral.

Tabla P48-1. Características de la EII en los pacientes con tumores

n = 41		Clasificación de Montreal	CU n = 15 (%)	EC n = 26 (%)
Edad al diagnóstico de la EII (año)	46,71 ± 35	Extensión CU		
		E1 Proctitis	0 (0%)	
		E2 Colitis izquierda	5 (33,3%)	
		E3 Pancolitis	10 (66,7%)	
Sexo (M/V)	20 (48,8%)/21 (51,2%)	Localización EC		
Tabaco (Sí/No/Exfumador)	9 (22%)/16 (39%)/16 (39%)	L1 Ileal		22 (84,6%)
Tipo de tratamiento (n)		L2 Colónica		1 (3,8%)
Tiopurinas (TPN)	17 (40,5%)	L3 Ileocolónica		3 (11,5%)
Anti-TNF	9 (21,4%)	Comportamiento EC		
Anti-TNF+ TPN	4	B1 Inflamatoria		12 (46,2%)
Anti-TNF+MTX	2	B2 Estenosante		11 (42,3%)
Anti-TNF	3	B3 Fistulizante		3 (11,5%)
Cirugía	5 (12%)			
Otros	11 (26)			

Tabla P48-2. Tipo y características de los tumores

Tipo de tumor	N (%)	Edad al diagnóstico del tumor (años)	54,34 ± 35,1
Cérvix (neoplasia, CIN I, II, III)	8 (18,2%)	Tiempo de EII al diagnóstico de la neoplasia (años)	7,64 ± 10,21
ADC próstata	7 (16%)	Tumores según tratamiento:	n (%)
C. piel-no melanoma	6 (13,6%)	Tiopurínicos	17 (11%)
C. urológicos (renal, vejiga, feocromocitoma)	5 (11,4%)	Anti-TNF	1 (0,6%)
Testículo	3 (6,8%)	Combinado	7 (2%)
Mama	2 (4,5%)	Estadiaje:	n (%)
Linfoma no Hodgkin	2 (4,5%)	I	27 (61,4%)
Ovario	1 (2,3%)	II	4 (9%)
Sarcoma partes blandas	1 (2,3%)	III	6 (13,6%)
Glioma alto grado	1 (2,3%)	IV	7 (16%)
Carcinoide recto	1 (2,3%)	Supervivencia media (años)	5,68 ± 4,83
Vulva	1 (2,3%)		
Total	44 (100%)		

#### 49. UTILIDAD DE LA CICLOSPORINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA CORTICORREFRACTARIA EN LA ERA BIOLÓGICA

G. Bastida Paz<sup>a</sup>, L. Sargatal Roca<sup>b</sup>, V. García<sup>c</sup>, F. Mesonero Gismero<sup>d</sup>, I. Pérez Martínez<sup>e</sup>, L. Márquez<sup>f</sup>, J. Gordillo Hospital<sup>g</sup>, A. Monserrat Torre<sup>h</sup>, M.D. Martín Arranz<sup>i</sup>, B. Sicilia<sup>j</sup>, D. Olivares Quintana<sup>k</sup>, R. Vicente Lidón<sup>l</sup>, N. Alcaide<sup>m</sup>, E. Rodríguez González<sup>n</sup>, L. de Castro<sup>o</sup>, I. Rodríguez-Lago<sup>o</sup>, S. Khorrami<sup>p</sup>, J. Hugueta<sup>q</sup>, J.M. Vázquez<sup>r</sup>, R. Ferreiro<sup>s</sup>, B. Botella<sup>t</sup>, A. Algaba<sup>u</sup>, A. Fernández<sup>v</sup>, M. Chaparro<sup>w</sup>, P. Romero<sup>x</sup>, A. Velasco<sup>y</sup>, P. Navarro Cortés<sup>z</sup>, P. Marmón<sup>1</sup> y T. Lobatón Ortega<sup>b</sup>, en representación de GETECCU

<sup>a</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, CIBER-EHD. <sup>b</sup>Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. <sup>c</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>d</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>e</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. <sup>f</sup>Hospital del Mar, Barcelona. <sup>g</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>h</sup>Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. <sup>i</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>j</sup>Hospital Universitario de Burgos, Burgos. <sup>k</sup>Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid. <sup>l</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>m</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>n</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Canarias. <sup>o</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo. <sup>p</sup>Hospital de Galdakao. <sup>q</sup>Hospital Son Espases, Palma de Mallorca. <sup>r</sup>Hospital General Universitario de Valencia, Valencia. <sup>s</sup>Fundación Juan Ramón Giménez, Madrid. <sup>t</sup>Hospital Universitario, Santiago de Compostela. <sup>u</sup>Hospital Infanta Cristina, Parla. <sup>v</sup>Hospital de Fuenlabrada. <sup>w</sup>Povisa, Vigo. <sup>x</sup>Hospital La Princesa, Madrid. <sup>y</sup>Hospital Universitario Santa Lucía, Murcia. <sup>z</sup>Hospital Universitario de Salamanca. <sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario, Valencia. <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Introducción:** Los corticoides se consideran el tratamiento de elección para los pacientes con colitis ulcerosa (CU) moderada y grave. La ciclosporina (CsA) y el infliximab (IFX) son terapias de rescate efectivas para los pacientes con refractariedad a corticoides IV, mostrando resultados similares a corto plazo. Tradicionalmente, la CsA se ha utilizado con reticencia debido al incremento de riesgo de colectomía a largo plazo (50% a los 5 años); sin embargo, esta situación podría haber cambiado desde la introducción de biológicos, que podrían ser utilizados como tratamiento de rescate a medio o largo plazo. Nuestra hipótesis de trabajo es que la tasa de colectomía ha mejorado a largo plazo en pacientes con CU tratados con CsA desde la existencia en el arsenal terapéutico de fármacos biológicos.

**Objetivos:** Evaluar los resultados y la tasa de colectomía a largo plazo de los pacientes con CU moderada a grave que inicialmente respondieron a CsA.

**Métodos:** Estudio de cohortes multicéntrico y retrospectivo, en el que se incluyeron a pacientes con CU moderada a grave corticorrefractaria tratados y respondedores a CsA. Se excluyeron los pacientes con necesidad de colectomía o rescate con biológico en los primeros tres meses tras el inicio de CsA o aquellos con contraindicación para el uso de IFX. Definimos dos cohortes: 1) primera cohorte (C1) pacientes con CU tratados previo a la introducción de los biológicos, entre los años 1995 y 2000; y 2) segunda cohorte (C2) pacientes con CU tratados entre los años 2005 y 2010, después de la disponibilidad de IFX.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 192 pacientes (56 en C1 y 136 en C2). La edad media fue de 38 años, 99 (51,6%) varones, 149 (77,6%) con colitis extensa, 104 (54,2%) no fumadores, la duración media de la enfermedad fue de 47 meses y 38 (19,8%) habían sido tratados previamente con tiopurinas. La duración media del tratamiento con CsA fue de 107 días y, tras la retirada de la CsA, 173 (90,1%) recibieron tratamiento de mantenimiento con tiopurinas. Durante el seguimiento, 89 (46,4%) pacientes recibieron corticoides y 61 (31,8%) requirieron ingreso. En C2, 38 (27,9%) fueron tratados con IFX durante los primeros 5 años de seguimiento. La tasa global de colectomía fue 16,14% a los 5 años. Las tasas de colectomía en C1 fueron 10,7%, 17,6%, 25% y 26,8% a los 12, 24, 36 y 60 meses respectivamente. La tasa de colectomía fue inferior en C2 (5,1%, 9,6%, 11% y 11,8% a los 12, 24, 36 y 60 meses respectivamente), ( $p = 0,01$ ). Los predictores de colectomía en el análisis multivariante fueron tratamiento previo con tiopurinas (OR 2,9 (IC95% 1,2-6,7)) y pacientes de la primera cohorte (C1) (OR 2,7 (IC95% 1,3-6)).

**Conclusiones:** El seguimiento a largo plazo de los pacientes con CU tratados con CsA ha mejorado en la era biológica. La CsA debe ser considerada en pacientes con CU refractarios a corticoides intravenosos y naïve a tiopurinas.

#### 50. ¿ES POSIBLE UN MANEJO COMPARTIDO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON LA ATENCIÓN PRIMARIA?

M. Navarro-Llavat<sup>a</sup>, J.E. Pérez-Patiño<sup>b</sup>, O. García-Bosch<sup>a</sup>, A. Bargalló<sup>a</sup>, M. Martín<sup>a</sup>, D. Barquero<sup>a</sup>, A. Fernández-Simón<sup>a</sup>, A. Mata<sup>a</sup>, F. Baños<sup>a,c</sup> y A. Blasco<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital de Moisés Broggi, Sant Joan Despí. <sup>b</sup>CAP Florida Nord. <sup>c</sup>Hospital General de L'Hospitalet.

**Introducción:** El abordaje multidisciplinar y una atención continuada son componentes clave para mejorar la calidad de la atención en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La gestión compartida con atención primaria (AP) y un rápido acceso a la atención especializada se han descrito como estándares de calidad para la atención de la EII.

**Objetivos:** Este estudio tiene como objetivo dar a conocer la situación actual de la gestión de la EII en AP e identificar posibles deficiencias en el manejo multidisciplinar.

**Métodos:** Se diseñó un cuestionario dirigido a los 258 médicos de primaria de nuestra área, distribuidos en 19 áreas básicas de salud (ABS) y con una población de referencia de 421.000 habitantes. La encuesta se hizo llegar a los profesionales, previo permiso de los directores de los diferentes centros, a través de una residente de Medicina familiar y comunitaria que se ofreció a entregar los cuestionarios en papel, recogerlos y devolverlos a la investigadora principal. Se recogieron datos sobre su experiencia laboral, sobre su actividad asistencial en EII, y el interés en formación. Los datos se analizaron en base a las preguntas contestadas.

**Resultados:** En la primera ronda, se recibió el 47,7% (123/258) de los cuestionarios procedentes de 13 de los 19 ABS. La mayoría de los facultativos (82,8%) eran médicos experimentados con más de 10 años de práctica médica. En el último año, sólo el 23,7% (27/113) diagnosticaron más de un caso de EII (rango 0 a 3); la mediana de pacientes con EII en su cupo es de 5,5 (IQR 3,3 a 10), lo que representa un 0,37% (IQR 0,2 a 1) del total de pacientes que visitan. Ante la sospecha de una EII, el 58,5% (72/123) solicitan una colonoscopia y un 37,4% (46/123) derivan directamente a la atención especializada ambulatoria. Ante el diagnóstico confirmado de una EII siempre derivan a la atención especializada, en el 91,7% al gastroenterólogo ambulatorio y sólo en el 8,3% al especialista en EII. El 85% (104/122) de los médicos creen que no existe un circuito de acceso rápido al especialista. El 38,2% refieren tratar a los pacientes con EII, pero ninguno usa inmunosupresores. No se encontró relación entre los años de experiencia laboral y la decisión de tratar a los pacientes con EII. La mayoría (86%) de los médicos de AP estarían dispuestos a tratar pacientes con EII y el 94,3% valorarían acciones formativas en EII.

**Conclusiones:** En nuestro medio, la experiencia de los médicos de AP en el manejo de pacientes con EII es baja. Es necesario un circuito rápido de derivación, una formación continuada en EII y creemos que podría considerarse la creación de un referente en primaria para el manejo de estos pacientes y la colaboración directa con la atención especializada.

## 51. GRADO DE ADHERENCIA AL RÉGIMEN DE ADMINISTRACIÓN PRESCRITO DE INFLIXIMAB

A. Clos, G. Corrales, F. Cañete, T. Lobatón, M. Larrain, L. Marín, M. Mañosa, E. Cabré y E. Domènech

*Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.*

**Introducción:** Los tratamientos biológicos son muy efectivos pero tienen un coste económico elevado. El control de la adherencia es fundamental para optimizar la eficacia del fármaco y los costes. Este aspecto se ha evaluado ocasionalmente en los anti-TNF subcutáneos, pero no se ha hecho con infliximab.

**Objetivos:** Describir la adherencia al régimen prescrito de infliximab en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) e identificar causas y factores asociados a la mala adherencia.

**Métodos:** Se identificaron todos los pacientes con EII tratados con infliximab desde la disponibilidad de historia clínica digitalizada (2008) y se revisaron una a una todas las infusiones del fármaco evaluando el cumplimiento de la pauta prescrita. Se evaluaron los datos para cursos de tratamiento, que se definieron como la administración de infliximab con la misma pauta durante un mínimo

de 6 meses; el reinicio después de una pausa en el tratamiento > 4 meses o el cambio del intervalo de administración del fármaco, se consideraron cursos diferentes. Se definió infusión bien administrada cuando se hacía  $\pm$  7 días de la fecha teórica según infusión previa.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 63 cursos (correspondientes a 43 pacientes con Crohn, 71%, y colitis ulcerosa, 27%), 79% en tratamiento combinado con inmunomoduladores. La pauta prescrita fue: cada 8 semanas (76%), 10 semanas (11%), 6 semanas (6%), 12 semanas (5%) o 4 semanas (2%). La mediana de tiempo de tratamiento por curso fue de 18 meses (6-102). Para un total de 808 infusiones de fármaco, sólo 37 (5%) fueron mal administradas. Las causas aducidas en el sistema fueron: 18 desconocidas (49%), 12 cambios solicitados por el paciente (32%), 5 cambios organizativos del servicio y 2 otros. En 44 cursos (70%) se administran todas las infusiones según la pauta prescrita, en 18 (28%) > 80% de las infusiones y sólo en 1 curso (2%) < 80%. Dado que en casi la mitad de infusiones mal administradas se desconoce el motivo, no se evaluaron los factores asociados.

**Conclusiones:** La adherencia a la pauta establecida de tratamiento con infliximab es muy elevada, lo que favorece el beneficio sostenido del fármaco. Habría que indicar en la historia clínica los motivos de cambio de fecha de administración para identificar factores asociados.

## 52. UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE FÁRMACOS ANTI-TNF EN HOSPITALES CON DISTINTO GRADO DE ESPECIALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES

M. Vila Currius<sup>a</sup>, A. Bahí Salavedra<sup>a</sup>, J.O. Miquel Cusachs<sup>b</sup>, D. Busquets Casals<sup>c</sup>, J. Saló Rich<sup>b</sup> y X. Aldeguer Manté<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Instituto de Investigación Biomédica Dr. Josep Trueta, Girona.

<sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Vic.

<sup>c</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona.

**Introducción:** La monitorización terapéutica de fármacos (MTF) anti-TNF en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una práctica innovadora utilizada como apoyo a las decisiones clínicas. Los primeros datos sobre su utilidad en la práctica clínica han sido obtenidos por centros con profesionales con mucha experiencia en EII. ¿Es posible que la MTF sea más útil para los gastroenterólogos más generalistas y menos experimentados? Para abordar esta pregunta nos proponemos: a) determinar la concordancia entre el régimen escogido según criterio médico y según MTF en dos centros con distinto grado de experiencia en EII y b) valorar la evolución clínica del paciente según la pauta establecida por los niveles de fármaco.

**Métodos:** Estudio multicéntrico (dos hospitales A y B) de un año de duración en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) tratados con infliximab o adalimumab y que requieran una modificación de su pauta terapéutica. Se ha definido distinto grado de experiencia (A mayor grado/B menor grado) en base a: años de experiencia de los médicos (A > 10/B < 10), presencia de una unidad de EII (A Si/B No) y número de pacientes atendidos en cada centro durante el período de estudio (A 83/B 35). Las variables recogidas son: niveles de fármaco y anticuerpos en sangre, índice de Harvey-Bradshaw [HB  $\geq$  5 enfermedad activa (EA), < 5 remisión clínica (RC)] y SCCAI (índice de actividad de la CU)  $\geq$  3 EA y < 3 RC a T0 (antes de la modificación del tratamiento) y a T1 (a los 6 meses).

**Resultados:** Se incluyeron 34 pacientes, 50% hombres, 26 con EC y 8 con CU. Edad media: 48,8 años. Duración media del tratamiento con anti-TNF: 44,6 meses. La concordancia entre el régimen escogido según criterio médico y el escogido según MTF fue de un

74% en el hospital A versus 54% en el hospital B. En un 32% (11/34) de los casos no hubo concordancia entre criterio médico y MTF. Según la pauta establecida por los niveles, se tomaron las siguientes decisiones: Intensificación o switch (6/11): EA: 100% a T0 y 50% a T1; RC: 0% a T0 y 50% a T1. Desintensificación o mantenimiento (5/11): EA: 20% a T0 y 20% a T1; RC: 80% a T0 y 80% a T1. En el 68%(23/34) de los casos restantes (con concordancia): intensificación o switch (5/23): EA: 80% a T0 y 40% a T1; RC: 20% a T0 y 60% a T1. Desintensificación, mantenimiento o cesión (18/23): EA: 11% a T0 y 11% a T1; RC: 89% a T0 y 89% a T1.

**Conclusiones:** La determinación de los niveles de fármaco anti-TNF en pacientes con EII puede mejorar la efectividad de estos tratamientos ayudando en la toma de decisiones clínicas. Parece ser que la MTF es una herramienta especialmente útil para profesionales de hospitales con menor grado de especialización en EII. Se necesita realizar más estudios en estos hospitales para confirmar la utilidad de la MTF en la práctica clínica habitual.

### 53. ¿CUÁLES SON LOS NIVELES PREDOSIS ÓPTIMOS DE ADALIMUMAB QUE SE ASOCIAN A REMISIÓN BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

K. Serra, L. Rodríguez Alonso, N. Padullés, F. Rodríguez Moranta, C. Arañol, P. Gilabert, R. Rodríguez, J. Bas, F. Morandeira Rego, E. Santacana, A. Padullés y J. Guardiola

Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

**Introducción:** En la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) los niveles pre dosis (Cmin) de anti-TNF se asocian a eficacia clínica. Se han propuesto varios algoritmos terapéuticos basados en la monitorización de los niveles de fármaco y anticuerpos. Estos tipos de algoritmo requieren conocer la concentración de fármaco que se puede considerar como terapéutica. Sin embargo hay pocos datos sobre los niveles de adalimumab (ADA) asociados a remisión. El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre los niveles pre dosis de ADA y la calprotectina fecal (CF) y determinar la concentración óptima pre dosis de ADA asociada a remisión biológica (RB).

**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo que incluye pacientes con EII en tratamiento con ADA en equilibrio estacionario. Se realizaron determinaciones pre dosis de ADA, anticuerpos anti-fármaco y marcadores biológicos (CF y proteína C reactiva [PCR]). Se consideró remisión biológica una CF < 250 y PCR < 5 mg/L.

**Resultados:** Se incluyeron 49 muestras obtenidas a partir de 34 pacientes. Se observó una correlación inversa estadísticamente significativa entre los niveles pre dosis de ADA y los biomarcadores de inflamación (CF: R = -0,54, p = 0,0002; PCR: R = -0,32, p = 0,02). La proporción de casos en RB fue significativamente más alta en aquellos con una mayor concentración pre dosis de ADA (Cmin ADA < 9,5 mg/L: RB 7,1%; Cmin ADA 9,5-11,8 mg/L: RB 38,5%; Cmin ADA > 11,8 mg/L: RB 71,4%; p = 0,002). La precisión de la concentración pre dosis de ADA para identificar RB presentó un área bajo la curva de 0,79. En la tabla se muestran los valores de precisión para 2 puntos de corte, uno que prioriza la sensibilidad (9,5 mg/L) y otro que prioriza la especificidad (12 mg/L).

Cmin ADA (punto de corte)	AUC	S	E	VPP	VPN
9,5 mg/L	0.79	88%	52%	54%	87%
12 mg/L	0.79	56%	92%	82%	77%

Se considera test positivo: Cmin > punto de corte. Se considera resultado positivo: estar en remisión biológica.

**Conclusiones:** Existe una correlación inversa entre los niveles de ADA y los valores de CF. Niveles pre dosis de ADA inferiores a 9,5 mg/L se asocian a una baja probabilidad de RB.

### 54. RAPIDITY OF ONSET OF RESPONSE TO ADALIMUMAB (ADA) IN LUMINAL CROHN'S DISEASE (CD). DATA FROM RAPIDA TRIAL

I. Marín-Jiménez<sup>a</sup>, F. Casellas<sup>b</sup>, M. Esteve<sup>c,d</sup>, L. Castro-Laria<sup>e</sup>, S. García-López<sup>f</sup>, D. Ceballos<sup>g</sup>, A. Echarrí<sup>h</sup>, M.D. Martín-Arraz<sup>i</sup>, D. Busquets<sup>j</sup>, J. Llaó<sup>k</sup>, M. Navarro-Llavatl<sup>l</sup>, J.M. Huguet<sup>m</sup>, F. Argüelles-Arias<sup>e</sup>, R. Vicente<sup>f</sup>, L. Rodríguez-San Pedro<sup>n</sup>, G. Díaz<sup>o</sup>, R. Casado<sup>n</sup> and M. Barreiro-De Acosta<sup>n</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid.

<sup>b</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>c</sup>Hospital Universitari Mutua Terrassa. <sup>d</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERehd). <sup>e</sup>UGC Digestivo Intercentros, Hospitales Universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>f</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

<sup>g</sup>Dr. Negrin University Hospital, Las Palmas de Gran Canaria.

<sup>h</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. <sup>i</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>j</sup>Hospital Universitari

Dr. Josep Trueta, Girona. <sup>k</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>l</sup>Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí. <sup>m</sup>Hospital General Universitario de Valencia.

<sup>n</sup>AbbVie Spain S.L.U., Madrid. <sup>o</sup>Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela.

**Introduction:** Rapidity of response to treatment in CD is now considered a field of major interest, due to the importance of achieving the highest benefit in the shortest possible time. There are no studies specifically designed to evaluate the rapidity of response to ADA neither other antiTNF therapies. The aim of this trial was to evaluate the rapidity of onset of clinical response to ADA therapy.

**Methods:** Adult antiTNF naïve patients with active luminal (Harvey-Bradshaw Index (HBI)  $\geq$  8) moderate-to-severe CD (excluding penetrating and stricturing disease), with no response to a full and adequate course of therapy with corticosteroids and/or immunosuppressants, were enrolled in this interventional, prospective, open label, single arm and multicenter clinical trial. Patients received standardized ADA treatment (160 mg-80 mg-40 mg eow). The HBI was evaluated to determine the response at day 4 and week 1; and clinical remission at weeks 2, 4 and 12. Response was defined as a decrease of, at least, 3 points in the HBI global score and remission was defined as HBI global score < 5. CRP (C Reactive Protein) and fecal calprotectin (FC) were analyzed at baseline, day 4, week 1, 2, 4, 12. The modified intention to treat (mITT) population was the primary population for efficacy analysis and consisted of those patients enrolled in the study who had received at least one dose of ADA. Treatment-emergent serious adverse events (AEs) were recorded to assess safety throughout the study until 70 days after last treatment dose. All patients who received at least one dose of ADA were included in the safety population. Statistical analyses were performed by the t-test or the Wilcoxon signed rank test, as applicable. Time to clinical response was analyzed using a Kaplan-Meier survival analysis model.

**Results:** 80 antiTNF naïve patients were analyzed. 62.5% and 71.3% of patients experienced a response at day 4 and week 1, respectively. Remission was achieved by 50.0% of patients at week 2, 62.5% at week 4 and 42.5% at week 12. The median time to obtain response was 4.0 days (95% confidence interval (CI): 1.0, 4.0) and the median time to remission was 7.0 days (IC95%: 4.0-18.0). Median CRP levels (mg/L) Median FC levels ( $\mu$ g/g) Baseline 5.50 732 Day 4 1.71 453 Week 1 1.71 465 Week 2 1.66 448 Week 4 2.47 279 Week 12 2.38 346 p-value vs baseline for CRP and FC P < 0,0001 at all time

points 37.50% of the patients suffered from any adverse event (AE) during the study. Only 1 patient (1.25%) showed a serious AE.

**Conclusions:** ADA produces rapid clinical remission and response since day 4 in patients with moderate-to-severe CD unresponsive to therapy with corticosteroids and/or immunosuppressants.

## 55. EXPERIENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA INFUSIÓN DE INFLIXIMAB EN 1 HORA EN UN HOSPITAL DE DÍA

A. Algaba García<sup>a</sup>, I. Guerra Marina<sup>a</sup>, D. González Bravo<sup>b</sup>, M. Pacheco Delgado<sup>c</sup>, M. Hernández Tejero<sup>a</sup>, A. Granja Navacerrada<sup>a</sup>, A. Guardiola Arévalo<sup>a</sup> y F. Bermejo San José<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo; <sup>b</sup>Hospital de Día Médico; <sup>c</sup>Servicio de Laboratorio, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

**Introducción y objetivos:** La ficha técnica de Remicade<sup>®</sup> considera la posibilidad de reducir la duración de la infusión en pacientes seleccionados. Nuestros objetivos fueron: 1. Estudiar la tolerabilidad y la seguridad de la infusión de infliximab (IFX) en 1 hora en nuestros pacientes. 2. Determinar la posible relación entre la disminución en el tiempo de administración y la aparición de anticuerpos contra el fármaco y/o reacciones a la infusión.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento de mantenimiento con IFX que recibieron al menos 4 infusiones de duración estándar (2-3 horas) con buena tolerancia. La determinación de los niveles de anti-TNF $\alpha$  y los anticuerpos frente al fármaco antes y después de disminuir el tiempo de administración se realizó mediante un ensayo LISA-TRACKER (Theradiag).

**Resultados:** Se incluyeron 34 pacientes en tratamiento de mantenimiento con IFX (73% mujeres, 35% fumadores, edad media 41  $\pm$  13 años, 26 enfermedad de Crohn, 8 colitis ulcerosas). La indicación del tratamiento con IFX fue enfermedad luminal en el 91% de los casos. El tiempo medio desde el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal hasta el inicio de la IFX fue de 48 meses (RIQ: 16-118). El tipo de anti-TNF utilizado fue el biológico de referencia Remicade<sup>®</sup> en el 67% de los casos y el biosimilar Inflectra<sup>®</sup> en el 33% restante. Antes de cambiar el tiempo de administración, 3 pacientes (9%) estaban en IFX intensificado y 20 pacientes (61%) estaban en tratamiento concomitante con inmunosupresores (17 azatioprina, 3 mercaptopurina y 1 metotrexato). El tiempo medio de tratamiento con IFX hasta cambiar a administración en 1 hora fue 53 meses (IQR: 12-85) con un número medio de 26  $\pm$  22 infusiones previas. Antes de cambiar el tiempo de administración de IFX, los niveles medios de anti-TNF fueron de 4,1  $\mu$ g/ml (RIQ: 2,1-5,7), presentando 13 pacientes (39,4%) niveles < 3  $\mu$ g/mL. Los anticuerpos basales frente a IFX fueron negativos en todos los casos menos un paciente (118 UA/ml) que no desarrolló reacciones infusionales tras cambiar a IFX en 1 hora. Sólo 1 paciente desarrolló reacción infusional después de cambiar el tiempo de administración (3%, IC95%: 0,07-15,3). La reacción infusional consistió en fiebre, náuseas y malestar general. Por esta razón, el tiempo de administración se aumentó a 3 horas apareciendo nuevamente los mismos síntomas aunque con menor intensidad (niveles anti-TNF > 3  $\mu$ g/ml y anticuerpos negativos). Además, otro paciente positivizó los anticuerpos después de cambiar el tiempo de administración. No hubo diferencias en los niveles de fármaco anti-TNF $\alpha$  antes y después de cambiar la duración de la infusión ( $p = 0,87$ ).

**Conclusiones:** La administración de IFX en 1 hora es segura y bien tolerada con una baja prevalencia de reacciones infusionales. No se encontraron diferencias en los niveles de anti-TNF o anticuerpos contra el fármaco tras modificar el tiempo de administración de la infusión.

## 56. MANEJO DE LA ENFERMEDAD PERIANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

A. Algaba García<sup>a</sup>, I. Guerra Marina<sup>a</sup>, A. Serrano del Moral<sup>b</sup>, E. Pérez-Viejo<sup>b</sup>, C. Aulló González<sup>c</sup>, M. Hernández Tejero<sup>a</sup>, A. Granja Navacerrada<sup>a</sup> y F. Bermejo San José<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Cirugía General; <sup>c</sup>Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

**Introducción:** La enfermedad perianal (EPA) en los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) puede determinar el tratamiento e incrementar la necesidad de cirugías. Nuestros objetivos fueron describir el manejo multidisciplinar de los pacientes con EC y EPA asociada y analizar la posible relación entre la recidiva de la EPA y el tipo de fístula y tratamientos empleados.

**Métodos:** Serie de casos retrospectiva. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas. El tipo de fístula se determinó mediante la clasificación de Parks. Se definió respuesta completa como cierre del orificio fistuloso y cese del drenaje en todas las fístulas y respuesta parcial como cese del drenaje en al menos el 50% de las fístulas.

**Resultados:** Se incluyeron 66 pacientes con EPA de un total de 300 pacientes con EC; 56% hombres, edad media: 44  $\pm$  12 años, 48% fumadores. El tiempo medio del diagnóstico de la EPA fue de 43 meses aunque en ocho pacientes (12,1%) el diagnóstico de la fístula fue previo al diagnóstico de la EC. Se encontraron 13 fístulas simples (28% superficiales, 32% interesfinterianas bajas y 40% transesfinterianas bajas) y 49 complejas (15,9% fístulas bajas con proctitis o con múltiples orificios, 34,2% transesfinterianas altas, 26,3% supraesfinterianas, 15,7% extraesfinterianas y 7,9% rectovaginales). El 79% de los pacientes presentó absceso perianal asociado. En relación al tratamiento empleado, 51 pacientes (77,4%) fueron tratados con antibióticos (metronidazol, ciprofloxacino y levofloxacino, 91,5% con mejoría de los síntomas), 59 pacientes (89%) precisaron inmunomoduladores (49 tras el diagnóstico de la EPA) y 34 pacientes (51,5%) fármacos biológicos. El fármaco biológico de primera línea fue infliximab ( $n = 32$ , 94% de los casos) con respuesta completa en 14 pacientes (43,7%), respuesta parcial en 6 pacientes (18,7%) y sin respuesta en 12 pacientes (37,5%, en 9 de éstos se cambió a adalimumab con respuesta completa en 3 de ellos). En 49 pacientes (75,4%) se requirió cirugía y en 24 de ellos (48,9%) se utilizaron sedales, la mayoría de ellos (73,7%) durante más de 12 meses. Se realizó fistulotomía tanto en fístulas simples (33%) como complejas (29,4%) con respuesta completa en 62,8% de los casos. Globalmente, en un 46,6% se produjo recidiva de la EPA. Los pacientes con fístulas complejas necesitaron con más frecuencia tratamiento quirúrgico ( $p = 0,012$ ) y tuvieron más recidivas ( $p = 0,036$ ). No se encontraron diferencias significativas entre la recidiva y el sexo, la edad al diagnóstico o el tabaco.

**Conclusiones:** La mitad de los pacientes requieren fármacos biológicos para controlar la EPA, estos pacientes presentan una EPA más compleja que recidiva con mayor frecuencia y requieren mayor número de cirugías. A pesar de las recidivas, la efectividad de los fármacos biológicos es buena en este tipo de pacientes, poniéndose de manifiesto la importancia del tratamiento multidisciplinar y combinado (antibioterapia, inmunomoduladores, fármacos biológicos y cirugía).

## 57. USO DE UN SISTEMA WEB DE TELEMONITORIZACIÓN PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL COMPLEJA: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

M. Aguas<sup>a,b</sup>, J. del Hoyo<sup>a</sup>, D. Muñoz<sup>a</sup>, R. Faubel<sup>c,d</sup>, A. Barrios<sup>a</sup>, B. Navarro<sup>a</sup>, G. Bastida<sup>a,b</sup>, D. Domínguez<sup>e</sup>, B. Valdivieso<sup>f</sup> y P. Nos<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Gastroenterología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. <sup>b</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red para Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). <sup>c</sup>Unidad

de Investigación Conjunta en Ingeniería Biomédica-eRPSS (Tecnologías de la Información y la Comunicación aplicadas a la Reingeniería de Procesos Socio-Sanitarios), IIS La Fe-UPV, Valencia. <sup>d</sup>Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), Valencia. <sup>e</sup>Connected Health Services S.L. <sup>f</sup>Unidad de Telemedicina, Hospital Universitario i Politécnico La Fe, Valencia.

**Introducción:** La telemedicina, en sus aplicaciones de teleformación y teleconsulta, se ha utilizado con éxito para ofrecer servicios de salud a distancia a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de baja complejidad.

**Objetivos:** Desarrollar una plataforma web, TECCU (Telemonitorización en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa), para la monitorización a distancia de la actividad de los pacientes con EII compleja. Diseñar un ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de la Web (G\_TECCU) en comparación con el control rutinario presencial (G\_control) y la atención telefónica asistida por enfermería (G\_AT).

**Métodos:** Se describe el desarrollo de una plataforma de monitorización a distancia y las dificultades encontradas y el diseño un ensayo clínico para evaluar la eficacia de la plataforma web en reducir la actividad de la enfermedad en comparación con el G\_AT y G\_control. Criterios de inclusión: 1) pacientes  $\geq 18$  años diagnosticados de EII; 2) actividad moderada-grave o 3) pacientes que inician tratamiento con corticosteroides sistémicos, inmunosupresores o biológicos.

**Resultados:** Los investigadores diseñaron el protocolo de seguimiento durante 6 meses según las guías nacionales y europeas y configuraron la plataforma incluyendo los componentes: plan de monitorización detallado, definición de los indicadores principales y alarmas, intervenciones específicas para el paciente y los profesionales sanitarios. Los pacientes de cada grupo, según escalas establecidas con cada tipo de tratamiento médico iniciado, responden cuestionarios periódicos relacionados con la actividad, calidad de vida, cumplimiento terapéutico, efectos adversos y satisfacción. Basado en estos resultados en el G\_TECCU, se generan alertas

en la plataforma, con un plan de tratamiento y seguimiento adaptado.

**Conclusiones:** El desarrollo de la web TECCU para la monitorización remota de pacientes con EII compleja supone un reto para lograr un control adecuado y seguro de la enfermedad.

### 58. UTILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS NIVELES SÉRICOS DE ADALIMUMAB PARA PREDECIR LA REMISIÓN Y DESINTENSIFICACIÓN SEGURA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Aguas<sup>a,b</sup>, V. Bosó<sup>c</sup>, B. Navarro<sup>a</sup>, M.R. Marques-Miñana<sup>c</sup>, G. Bastida<sup>a,b</sup>, B. Beltrán<sup>a,b</sup>, M. Iborra<sup>a,b</sup>, E. Monte-Boquet<sup>c</sup>, J.L. Poveda<sup>c</sup> y P. Nos<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. <sup>b</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red para Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd).

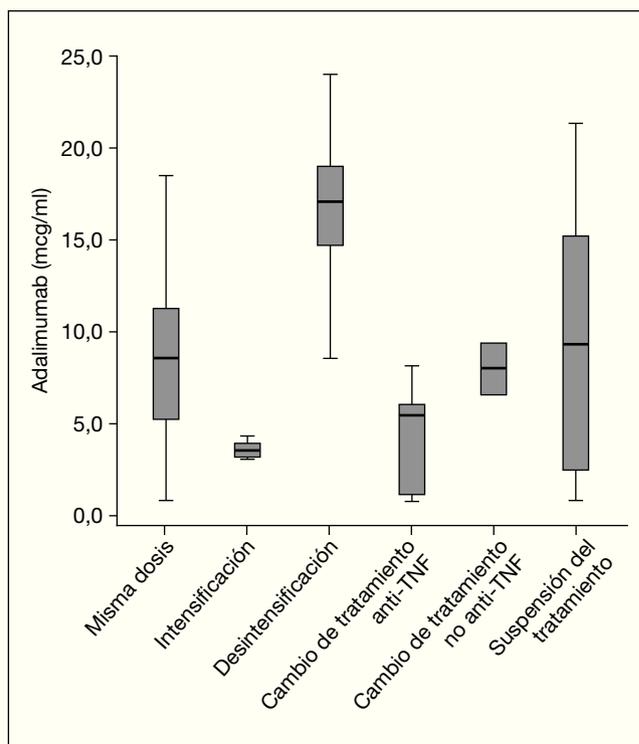
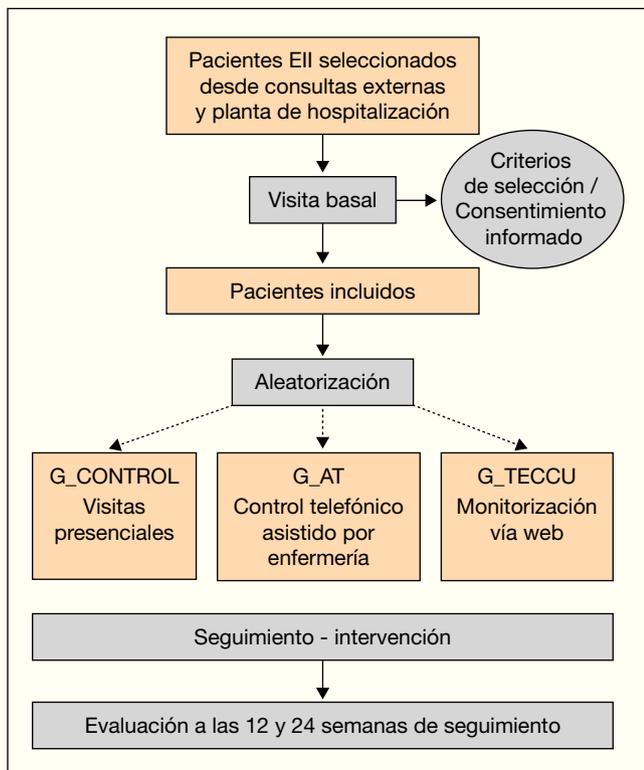
<sup>c</sup>Servicio de Farmacia, Área Clínica del Medicamento, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

**Introducción:** Existen pocos datos disponibles acerca de la relación entre las características farmacocinéticas del adalimumab (ADA) durante el seguimiento a largo plazo de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y su asociación con los resultados clínicos.

**Objetivos:** Evaluar la asociación entre los niveles ADA y la remisión clínica y biológica y, su influencia en la toma de decisiones en práctica clínica.

**Métodos:** Estudio prospectivo en pacientes EII bajo tratamiento de mantenimiento con ADA durante más de dos años. Se determinaron los niveles séricos de ADA y Ac anti-ADA, mediante técnica de ELISA (Promonitor<sup>®</sup>-ADA, Proteomika SL). Remisión clínica: índice de Harvey-Bradshaw  $\leq 4$  en enfermedad de Crohn (EC) y puntuación Mayo parcial  $\leq 1$  en colitis ulcerosa (CU).

**Resultados:** Se recogieron 157 determinaciones de 87 pacientes, 71 (81,6%) con EC. Mediana de tiempo (años) desde el diagnóstico al inicio de ADA de 5,8 (1,8-14,0). Los niveles séricos de ADA se asociaron con remisión clínica: mediana de 9,2  $\mu\text{g/ml}$  vs



6,0 µg/ml en EC activa ( $p = 0,009$ ) y 14,4 µg/ml vs 5,2 µg/ml en CU activa ( $p = 0,002$ ). La mediana de niveles ADA fue de 9,2 µg/ml en pacientes con un valor de PCR normal ( $< 5$  mg/l) vs 5,2 µg/ml para valores superiores de PCR ( $p = 0,002$ ). Los niveles de ADA se asociaron significativamente con valores normales de CF ( $< 80$  ng/g), 10,8 µg/ml vs 7,6 ( $p = 0,038$ ). Se analizaron las decisiones clínicas tomadas en base a los niveles séricos de ADA de acuerdo con el punto de corte descrito en estudios previos (8 µg/ml) (fig.). Los niveles séricos de ADA se asociaron significativamente con desintensificación exitosa en comparación con el grupo sin cambios (AUC 0,88 (IC95%: 0,81-0,95),  $p < 0,001$ ), con en punto de corte de 12,2 µg/ml.

**Conclusiones:** Niveles de ADA más elevados se asocian con remisión clínica y biológica. Nuestros resultados, obtenidos en condiciones de práctica clínica, sugieren que el punto de corte de 12,2 µg/ml es apropiado para una desintensificación segura.

### 59. FATIGA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA QUIESCENTE: RELACIÓN CON LA FIBROMIALGIA

A. Fernández Clotet<sup>a</sup>, M. J. Herrero Gascón<sup>b</sup>, J. Carbonell Abelló<sup>b</sup>, M. Andreu García<sup>a</sup> y L. Márquez Mosquera<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Gastroenterología; <sup>b</sup>Servicio de Reumatología, Hospital del Mar, Barcelona.

**Introducción:** La fatiga es un síntoma común e incapacitante en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que afecta también a los pacientes en remisión clínica, y es uno de los principales síntomas de la fibromialgia.

**Objetivos:** Evaluar la presencia y gravedad de la fatiga en pacientes con EII en remisión clínica y biológica, su impacto en la calidad de vida y la posible correlación con la fibromialgia.

**Métodos:** Estudio piloto, prospectivo y observacional en pacientes con EII en remisión clínica y biológica tratados con tiopurinas a dosis estables. Se excluyeron los pacientes con alguna alteración en: hemoglobina, ferritina, receptor soluble de la transferrina, vitamina B12, ácido fólico, TSH, fósforo, cortisol basal, calcio, tiamina, magnesio, albúmina, proteinograma, IgGVHC, IgMHbC, IgGVEB, IgGHHV6, IgM e IgG CMV, IgG Borrelia, IgM e IgG Brucella e IgM Treponema. Todos los pacientes completaron 5 cuestionarios relacionados con: calidad de vida (IBDQ32), fatiga (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue Scale (FACIT-F) y cuestionario multidimensional de Fatiga (MFI®) subescala de fatiga general), sueño (índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI)) y ansiedad y depresión (escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)). Finalmente fueron evaluados por un especialista en Reumatología.

**Resultados:** 17 pacientes con EII fueron visitados consecutivamente en la consulta (7 hombres/10 mujeres), 3 con colitis ulcerosa y 14 con enfermedad de Crohn, con edad media  $47,2 \pm 14,8$  años. Todos los pacientes estaban en remisión clínica y biológica (PCR  $0,2 \pm 0,4$  µg/dl y calprotectina  $< 250$  mg/dl). No hubo alteraciones en el resto de parámetros biológicos y serológicos relacionados con la fatiga. El cuestionario FACIT-F (media  $40 \pm 9,5$  puntos) detectó 4 pacientes con fatiga grave, PSQI (mediana  $6 \pm 4,8$  puntos) detectó 11 pacientes con alteración del sueño, HAD ansiedad (media  $7,2 \pm 4,6$  puntos) detectó 8 pacientes con trastornos de ansiedad y HAD depresión (mediana  $4 \pm 4,8$  puntos) detectó 5 pacientes con síntomas de depresión. Después de la evaluación reumatológica 6 pacientes (35%) fueron diagnosticados de fibromialgia, según los criterios de ACR 2010. La fibromialgia se asoció con una puntuación más alta en la escala de PSQI ( $p = 0,01$ ) y de ansiedad ( $p = 0,004$ ). La fatiga se relacionó con una mayor puntuación del MFI®, aunque sin alcanzar significación estadística ( $p = 0,06$ ). Los pacientes con ansiedad y depresión presentaban más trastornos del sueño ( $p = 0,001$  y  $p = 0,003$  respectivamente), como se espe-

raba. No se detectaron diferencias respecto al IBDQ32 entre pacientes con y sin fibromialgia.

**Conclusiones:** La fatiga es un síntoma subestimado en pacientes con EII quiescente. Se debería sospechar fibromialgia en pacientes con EII asociada a fatiga, trastornos del sueño o de ansiedad. Es necesario realizar más estudios para evaluar si el MFI® sería un buen test para seleccionar qué pacientes remitir a valoración reumatológica para descartar fibromialgia.

### 60. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-ENDOSCÓPICAS DE LA COLITIS INMUNOMEDIADA SECUNDARIA A IPIILIMUMAB Y NIVOLUMAB

F. Cañete<sup>a</sup>, M. Mañosa<sup>a,b</sup>, F. Mesonero<sup>c</sup>, T. Lobatón<sup>a</sup>, A. López-San Román<sup>c</sup> y E. Doménech<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. <sup>b</sup>CIBERehd. <sup>c</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

**Introducción:** Entre los diversos agentes biológicos que se utilizan para el tratamiento de algunas neoplasias, los anticuerpos monoclonales anti-CTLA-4 (ipilimumab -IP-) y anti-PD1 (nivolumab -NV-), se utilizan en el tratamiento del melanoma y el cáncer de pulmón avanzado, respectivamente. Su administración puede asociarse a la aparición de efectos adversos inmunomediados en el tracto digestivo. El objetivo de este estudio fue caracterizar de forma clínica, endoscópica y anatomopatológica, así como describir el tratamiento instaurado en los casos de diarrea y/o colitis secundaria a IP o NV.

**Métodos:** Estudio retrospectivo realizado en dos hospitales universitarios en el que se revisaron todos los pacientes tratados con IP o NV que presentaron como efecto adverso diarrea y/o colitis. Se registraron datos demográficos, clínicos, analíticos, endoscópicos y terapéuticos.

**Resultados:** De un total de 104 pacientes tratados con IP y NV, 11 presentaron diarrea como evento adverso, 4 tratados con IP y 7 con NV. El 82% eran varones con una edad media de  $69 \pm 9$  años y todos ellos en estadio tumoral IV. En más de la mitad de los pacientes, estos fármacos se usaban como 2ª o 3ª línea de tratamiento. La aparición de diarrea se presentó tras una media de 4 ciclos de tratamiento, siendo grado 2-3 (moderada-grave) en el 90% de los casos. El 70% de los pacientes precisó ingreso hospitalario. Analíticamente destacaban niveles elevados de proteína c reactiva ( $90,2 \pm 70,7$  mg/l) y un ligero descenso en los niveles de hemoglobina ( $12,76 \pm 1,38$  g/dl). Todos los pacientes tuvieron coprocultivo negativo y en un caso se detectó la toxina de *C. difficile*. En 7 pacientes se realizó colonoscopia, confirmándose la presencia de colitis; 5 de ellos presentaban una afectación continua de la mucosa y 2 de forma parcheada. En más de la mitad se objetivaron microulceraciones y en 2 casos la presencia de úlceras. Las biopsias mostraron un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, en 2 pacientes la presencia de abscesos crípticos, y en 1 paciente reactivación de CMV. En 8 pacientes la 1ª línea de tratamiento incluyó la administración de corticoides objetivándose mejoría clínica en 6 de ellos, mientras que la administración de infliximab se utilizó en 2 pacientes como 2ª o 3ª línea terapéutica con resolución completa de los síntomas. Se registraron 5 muertes en el seguimiento, 1 por perforación intestinal secundaria a la colitis, 3 por progresión tumoral y 1 por perforación secundaria a diverticulitis.

**Conclusiones:** La aparición de efectos adversos inmunomediados secundarios al tratamiento con IP o NV y que afectan al tubo digestivo no es un hecho infrecuente, por lo que su reconocimiento precoz puede disminuir el riesgo de complicaciones. La estrategia de tratamiento escalonado, iniciada con corticoides y reservando la utilización de infliximab para el rescate, parece adecuada, siendo necesaria una mayor experiencia para confirmarse su utilidad.

## 61. CARACTERÍSTICAS DEL LUPUS INDUCIDO POR ANTI-TNF EN PACIENTES CON EII Y SU EVOLUCIÓN DESPUÉS DE CAMBIAR A UN SEGUNDO ANTI-TNF

G. Corrales<sup>a</sup>, M. Mañosa<sup>a,b</sup>, M. Martínez Morillo<sup>a</sup>, D. Olivares<sup>c</sup>, M. Vicuña<sup>d</sup>, M. Aguas<sup>e</sup>, D. Busquets<sup>f</sup>, J. Tosca<sup>g</sup>, J. Llaó<sup>h</sup>, E. Fernández<sup>i</sup>, F. Mesonero<sup>j</sup>, I. García-Tejero<sup>k</sup>, R. Ferreira<sup>l</sup>, E. Cabré<sup>a,b</sup> y E. Domènech<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. <sup>b</sup>CIBERehd. <sup>c</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>d</sup>Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>e</sup>Hospital La Fe, Valencia. <sup>f</sup>Hospital Dr. Josep Trueta, Girona. <sup>g</sup>Hospital Clínico de Valencia. <sup>h</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>i</sup>Complejo Hospitalario de Pontevedra. <sup>j</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid. <sup>k</sup>Hospital Santa Lucía, Cartagena. <sup>l</sup>Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

**Introducción:** El uso de fármacos anti-TNF puede inducir la formación de anticuerpos antinucleares (ANA) y anti-DNA, así como facilitar la aparición del lupus inducido por fármacos (LIF). El tratamiento del LIF puede requerir la retirada del fármaco y el uso de esteroides, antipalúdicos e inmunosupresores para controlar la sintomatología asociada al LIF. Se desconoce si es un efecto de clase o dependiente del fármaco y existe muy poca información sobre la seguridad de cambiar a otro anti-TNF.

**Objetivos:** Describir las características del LIF secundario a anti-TNF en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y evaluar la evolución con el cambio a un segundo anti-TNF.

**Métodos:** Estudio prospectivo, multicéntrico, descriptivo. Se identificaron todos los casos de LIF en los centros participantes que cumplieron los siguientes criterios: 1) Relación temporal entre la administración del anti-TNF y el desarrollo de los síntomas y autoanticuerpos; 2) Que cumplieran un mínimo de 4 criterios de lupus sistémico (mínimo un criterio clínico y un criterio inmunológico) o la existencia de nefritis lúpica en presencia de ANAs o antiDNAs. Se registró la evolución en caso de iniciarse un segundo anti-TNF.

**Resultados:** Se identificaron 40 pacientes con LIF por anti-TNF (76% mujeres, 73% enfermedad de Crohn y 27% colitis ulcerosa), con una media de edad de 38 ( $\pm$  11) años en el momento del LIF. La media de tiempo en tratamiento con el anti-TNF al diagnóstico de LIF fue de 14 ( $\pm$  12) meses. Respecto al anti-TNF, 70% se asociaron a IFX y 30% a adalimumab. El 66% se encontraba en tratamiento combinado con inmunosupresores y el 34% con salicilatos. El 56% presentaron criterios estrictos de LES. Los síntomas de LIF más frecuentes fueron: artritis (91%), exantema (64%) y úlceras orales (20%). Serológicamente, presentaron 91% ANA+, 20% antiDNAs+, 9% hipocomplementemia. Al 94% se les retiró el fármaco y el 77% requirió tratamiento específico (14% hidroxiquina, 43% esteroides, 17% metotrexate). Al 60% de los pacientes se les inició un segundo anti-TNF, con aparición de los síntomas en el 21%.

**Conclusiones:** El LIF secundario a anti-TNF es un fenómeno infrecuente que requiere tratamiento específico en la mayoría de casos a pesar de la retirada del anti-TNF. El cambio a otro anti-TNF no suele asociarse a la reaparición de LIF.

## 62. EARLY IMPROVEMENT IN QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH LUMINAL CROHN'S DISEASE TREATED WITH ADALIMUMAB. DATA FROM RAPIDA TRIAL

F. Casellas<sup>a</sup>, M. Barreiro-De Acosta<sup>b</sup>, M. Esteve<sup>c,d</sup>, L. Castro-Laria<sup>e</sup>, R. Vicente<sup>f</sup>, D. Ceballos<sup>g</sup>, A. Echarrí<sup>h</sup>, M.D. Martín-Arranz<sup>i</sup>, D. Busquets<sup>j</sup>, J. Llaó<sup>k</sup>, M. Navarro-Llavat<sup>l</sup>, J.M. Huguet<sup>m</sup>, F. Argüelles-Arias<sup>n</sup>, J.M. Boudet<sup>o</sup>, L. Rodríguez-San Pedro<sup>p</sup>, G. Díaz<sup>q</sup>, R. Casado<sup>r</sup> and I. Marin-Jiménez<sup>s</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>b</sup>Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. <sup>c</sup>Hospital

Universitari Mutua de Terrassa. <sup>d</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERehd). <sup>e</sup>UGC Digestivo Intercentros, Hospitales Universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>f</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>g</sup>Dr. Negrín University Hospital, Las Palmas de Gran Canaria. <sup>h</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. <sup>i</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>j</sup>Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. <sup>k</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>l</sup>Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí. <sup>m</sup>Hospital General Universitario de Valencia. <sup>n</sup>AbbVie Spain S.L.U., Madrid. <sup>o</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Madrid.

**Introduction:** Clinical response and patient's quality of life improve as a result of the direct benefit of Crohn's disease (CD) effective treatment. Rapidity of response to treatment in CD is a field of major interest, due to the importance of achieving the highest benefit in the shortest possible time. There are no studies specifically designed for early evaluation of the quality of life in patients with active CD receiving adalimumab therapy. The aim of this study was to evaluate the rapidity of improvement of quality of life in response to adalimumab therapy in adult antiTNF naïve patients with active luminal (Harvey-Bradshaw Index  $\geq$  8) moderate-to-severe CD, and with no response to a full and adequate course of therapy with corticosteroids and/or immunosuppressants.

**Methods:** To this purpose we designed an interventional, prospective, open label, single arm and multicenter clinical trial. Quality of life was evaluated by using the validated questionnaires EuroQol-5D (EQ-5D) and the 36 items version of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ-36). Questionnaires were administered at baseline, day 4 and weeks 1, 2, 4 and 12 with standardized adalimumab treatment (160 mg-80 mg-40 mg eow). The modified intention to treat (mITT) population was the primary population for analysis and consisted of those patients enrolled in the study who had received at least one dose of adalimumab. Statistical analyses were performed by the t-test or the Wilcoxon signed rank test, as applicable.

**Results:** Eighty patients were included. At baseline, the median EQ-5D index score was 0.68. EQ-5D scores improved significantly versus baseline, at day 4 and weeks 1, 2, 4 and 12, with median changes of 0.05 ( $p < 0.01$ ), 0.05 ( $p < 0.001$ ), 0.11 ( $p < 0.001$ ), 0.10 ( $p < 0.001$ ) and 0.12 ( $p < 0.001$ ), respectively. Similarly, EQ-5D VAS median scores also improved significantly, compared to baseline (median score at baseline: 55.00), at day 4 and thereafter, with median changes of 6.00, 5.00, 10.00, 10.00 and 13.00, respectively ( $p < 0.001$  at all time-points). The comparison, versus baseline, of the IBDQ-36 overall score (median score at baseline: 143.50) at day 4 and weeks 1, 2, 4 and 12, also yielded statistically significant differences, with median improvements of 14.0, 18.0, 30.0, 42.0 and 32.0 respectively ( $p < 0.001$  at all time-points). Restoration of normal health (IBDQ-36 score  $>$  209) was obtained in 11% of patients at day 4 and increased to 31% at week 12.

**Conclusions:** Adalimumab produces rapid improvement of quality of life since day 4 in patients with moderate-to-severe Crohn's disease.

## 63. CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE NOVO EN INMIGRANTES PROCEDENTES DE ÁREAS DE BAJA PREVALENCIA: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

J. Gordillo<sup>a</sup>, P. Torres<sup>b</sup>, A. García-García de Paredes<sup>c</sup>, J. Llaó<sup>d</sup>, A. López San Román<sup>e</sup>, E. Domènech<sup>b,e</sup> y E. García-Planella<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>b</sup>Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. <sup>c</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid. <sup>d</sup>Xarxa Assistencial Althaia, Manresa. <sup>e</sup>CIBERehd.

**Introducción:** Las etnias que migran de áreas de baja a alta prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incrementan su incidencia. Desconocemos si el fenotipo de la EII en inmigrantes es similar al de la población autóctona de las áreas de alta prevalencia. Los factores implicados en su patogenia (genoma, microbioma, inmunoma y exposoma) podrían determinar rasgos clínicos diferenciales.

**Objetivos:** Evaluar las diferencias en fenotipo y requerimientos terapéuticos en la EII diagnosticada de novo en población inmigrante respecto un grupo autóctono de control.

**Métodos:** A partir de la base de datos de EII locales, se identificaron los pacientes inmigrantes de Latinoamérica o África (> 12 meses de residencia a España) diagnosticados de novo de EII y con seguimiento > 6 meses. Cada caso se apareó con un control según sexo, tipo de EII, año y edad al diagnóstico ( $\pm$  5 años). Se registraron los datos correspondientes a tipo de EII, localización/extensión, patrón, requerimientos terapéuticos y de cirugía, así como variables demográficas y epidemiológicas.

**Resultados:** Se incluyeron 88 casos y 88 controles. En los casos, la mediana de tiempo inmigración-diagnóstico de EII fue de 103 meses (IIQ 72-154) y mediana de edad al diagnóstico de 31 años (IIQ 25-37). Respecto los pacientes africanos ( $n = 28$ ), en la colitis ulcerosa (CU) un 9% de los casos desarrollaron corticodependencia por un 51% de los controles ( $p = 0,013$ ), mientras que ningún caso requirió tratamiento con biológicos por un 23% de los controles ( $p = 0,025$ ). En la enfermedad de Crohn (EC), 50% de los africanos requirieron cirugía por un 17% de los controles ( $p = 0,041$ ). Respecto los pacientes latinoamericanos ( $n = 60$ ), en la EC un 23% de los casos presentaron corticorresistencia por ningún control ( $p = 0,034$ ). No se detectaron otras diferencias significativas en las características de la CU o EC entre casos y controles respecto a fenotipos de la enfermedad, datos demográficos y otros requerimientos.

**Conclusiones:** A pesar de que el fenotipo de la EII es similar al de la población autóctona, los inmigrantes africanos que desarrollan CU en nuestro medio presentan tasas de corticodependencia y requerimientos de tratamiento biológico significativamente inferiores. Además, los inmigrantes africanos con EC presentan mayores requerimientos de cirugía. Por contra, no se han observado dife-

rencias en los individuos latinoamericanos excepto un mayor porcentaje de corticorresistencia en la EC.

#### 64. ¿QUÉ PERCEPCIÓN TIENEN PACIENTES Y MÉDICOS SOBRE EL IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y SU MANEJO HABITUAL? PROYECTO ENMENTE

M. Barreiro-De Acosta<sup>a</sup>, M. Gobbo Montoya<sup>b</sup>, M. Cañas<sup>c</sup>, A. Panadero<sup>d</sup>, Y. Modino<sup>e</sup>, J. Guadiola<sup>f</sup>, L. Cea-Calvo<sup>g</sup>, B. Juliá<sup>g</sup>, C. Romero<sup>h</sup>, L. Carmona<sup>h</sup> e I. Marín-Jiménez<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo Complejo Universitario de Santiago de Compostela. <sup>b</sup>Positivamente Centro de Psicología, Madrid. <sup>c</sup>Enfermera, Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>d</sup>Psicólogo especializado en EII de ACCU, Madrid. <sup>e</sup>Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España (ACCU España), Madrid. <sup>f</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat. <sup>g</sup>Departamento Médico, Merck Sharp & Dohme de España, Madrid. <sup>h</sup>Instituto de Salud Musculoesquelética, InMusc, Madrid. <sup>i</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo e Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos:** Analizar cómo son las percepciones de pacientes y médicos sobre el impacto que la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tiene a nivel psicosocial, si se aborda en las consultas y cómo debería manejarse inicialmente.

**Métodos:** Durante abril de 2016 estuvieron disponibles dos encuestas online, una para pacientes, en la web de ACCU España y otra para 665 médicos, pertenecientes a GETECCU. Ambos invitaron a sus miembros a participar mediante email y la encuesta a

Tabla P-64. Proporción de médicos y pacientes que respondieron “de acuerdo/totalmente de acuerdo” (a, b) o “siempre/casi siempre” (c)

	Médicos (n: 165)	Pacientes (n: 165)	Valor de p
<b>a) Influencia de la EU en diferentes esferas del paciente</b>			
La EII influencia el estado psicológico	90	77	< 0,05
La EII influencia las relaciones personales	80	61	< 0,05
La EII influencia la vida cotidiana	86	72	< 0,05
El estrés empeora la EII	79	84	ns
La tristeza o la depresión empeoran la EII	76	69	ns
<b>b) Percepción sobre cómo debería abordarse el manejo inicial de las comorbilidades psicológicas</b>			
El médico debería preguntar al paciente sobre su estado psicológico	93	80	< 0,05
El tratamiento psicológico debería formar parte de la terapia	93	77	< 0,05
El psicólogo debería formar parte del equipo médico	95	81	< 0,05
El psicólogo ayudaría al paciente a afrontar su enfermedad	77	71	ns
La enfermera ayudaría al paciente a afrontar su enfermedad	68	40	< 0,05
<b>c) Porcentaje de médicos que abordan distintos aspectos de la comorbilidad psicosocial asociada a la EU</b>			
Estado emocional	60	21	< 0,05
Vida profesional	62	16	< 0,05
Vida social	47	16	< 0,05
Vida familiar	51	21	< 0,05
Vida sexual	12	4	ns

pacientes se anunció en redes sociales. Ambos grupos respondieron a preguntas sobre su percepción del impacto psicosocial de la EI y su abordaje y manejo idóneo por parte del médico. Un test de Mann-Whitney comparó 165 cuestionarios válidos de médicos con una muestra aleatorizada de 165 cuestionarios de pacientes.

**Resultados:** Respondieron la encuesta 912 pacientes (edad media 39 ( $\pm$  10) años, 67% mujeres) y 170 médicos (edad media 44 ( $\pm$  10) años, 58% mujeres). Ambos estuvieron de acuerdo en que la EI influenciaba el estado psicológico del paciente, las relaciones personales y la vida cotidiana, y que el estado emocional podía influenciar la actividad de la EI (tabla, a). Igualmente, ambos coincidieron en que la evaluación psicológica del paciente debería abordarse rutinariamente en práctica clínica, y que un psicólogo debería formar parte del equipo médico (tabla, b). Aunque > 50% de los médicos señalaron que abordaban los aspectos psicosociales siempre/casi siempre durante el seguimiento, esto solo fue percibido por el 16%-21% de los pacientes (tabla, c).

**Conclusiones:** Pacientes y médicos coinciden en el impacto de la EI sobre la esfera psicosocial y en la importancia de manejarlo conjuntamente con un psicólogo. Sin embargo, los pacientes indican que los médicos abordan estos aspectos con menor frecuencia de la que los médicos perciben. Lograr una óptima comunicación médico-paciente contribuiría a equilibrar estas distintas percepciones.

#### 65. ¿QUÉ SITUACIONES PRODUCEN MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL? PERCEPCIONES DE MÉDICOS Y PACIENTES. PROYECTO ENMENTE

M. Barreiro-De Acosta<sup>a</sup>, A. Panadero<sup>b</sup>, M. Cañas<sup>c</sup>, M. Gobbo Montoya<sup>d</sup>, Y. Modino<sup>e</sup>, J. Guardiola<sup>f</sup>, L. Cea-Calvo<sup>g</sup>, B. Juliá<sup>g</sup>, C. Romero<sup>g</sup>, L. Carmona<sup>h</sup> e I. Marín-Jiménez<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Universitario de Santiago de Compostela. <sup>b</sup>Psicólogo especializado en EI de ACCU, Madrid.

<sup>c</sup>Enfermera, Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>d</sup>Positivamente Centro de Psicología, Madrid.

<sup>e</sup>Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España (ACCU España), Madrid. <sup>f</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat. <sup>g</sup>Departamento Médico, Merck Sharp & Dohme de España, Madrid. <sup>h</sup>Instituto de Salud Musculoesquelética, InMusc, Madrid. <sup>i</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo e Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos:** Analizar posibles diferencias en las percepciones de médicos y pacientes sobre las situaciones clínicas que pueden generar ansiedad en el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal (EI).

**Métodos:** Durante abril de 2016 estuvieron disponibles dos encuestas online, una para pacientes, en la web de ACCU España y otra para 665 médicos, pertenecientes a GETECCU. Ambos invitaron a sus miembros a participar mediante email y la encuesta a pacientes se anunció en redes sociales. El comité científico (3 médicos, 2 psicólogos, 1 enfermera y 1 paciente) decidieron aquellas situaciones clínicas potencialmente más estresantes. Médicos y pacientes las valoraron en una escala de 1 a 10 como posibles desencadenantes de ansiedad en el paciente. Mediante un test de Mann-Whitney se compararon 151 cuestionarios válidos de médicos con una muestra aleatorizada de 155 cuestionarios de pacientes.

Puntuaciones medias de médicos y pacientes sobre situaciones clínicas desencadenantes de ansiedad o depresión en el paciente

¿En qué medida estas situaciones clínicas pueden generar ansiedad o depresión?	Médicos (n = 151)	Pacientes (n = 155)	Valor de p
No tener diagnóstico	6,3	6,0	ns
El diagnóstico de EI	6,2	5,6	< 0,05
La realización de una endoscopia	5,6	5,7	ns
Explicación de una ostomía	6,6	5,9	ns
Un nuevo tratamiento oral	4,8	4,8	ns
un nuevo tratamiento auto-inyectable	5,6	5,3	ns
Un nuevo tratamiento intravenoso	5,9	5,3	ns
Una cirugía	6,7	6,5	ns
Llevar ostomía	6,9	6,6	< 0,05
Un embarazo	5,9	4,0	< 0,05
El dolor	6,3	6,1	ns
Un episodio de incontinencia fecal en público	6,8	6,6	ns
Un nuevo brote	6,2	6,5	< 0,05
Cambios en la imagen corporal	6,3	5,9	ns
Cansancio, fatiga, disminución rendimiento	6,0	6,3	p < 0,05

**Resultados:** Complimentaron la encuesta 912 pacientes (edad media 39 ( $\pm$  10) años, 67% mujeres) y 170 médicos (edad media 44 ( $\pm$  10) años, 58% mujeres). Llevar una ostomía, la incontinencia fecal en público o una cirugía son situaciones en las que médicos y pacientes estuvieron de acuerdo como importantes desencadenantes de ansiedad (tabla). Sin embargo los pacientes asignaron una mayor probabilidad de provocar ansiedad a un nuevo brote o la sensación de fatiga y los médicos por su parte puntuaron más alto que los pacientes al diagnóstico de EI o a tener un embarazo (tabla).

**Conclusiones:** Los principales desencadenantes de ansiedad en los pacientes fueron llevar una ostomía, la incontinencia fecal en público, una cirugía, la aparición de un nuevo brote o la sensación de fatiga. Estas dos últimas fueron puntuadas más alto por los pacientes que por los médicos. Enseñar al paciente a identificar y manejar tempranamente un brote y el tratamiento de la fatiga son aspectos a tener en cuenta en práctica clínica ya que podrían atenuar el sentimiento de ansiedad en muchos pacientes.

#### 66. ¿QUÉ IMPORTANCIA LE DA Y CÓMO ACTÚA EL GASTROENTERÓLOGO FRENTE A LA MORBILIDAD PSICOLÓGICA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL? PERCEPCIONES DE MÉDICOS Y PACIENTES. PROYECTO ENMENTE

I. Marín-Jiménez<sup>a</sup>, A. Panadero<sup>b</sup>, M. Gobbo Montoya<sup>c</sup>, M. Cañas<sup>d</sup>, Y. Modino<sup>e</sup>, J. Guardiola<sup>f</sup>, L. Cea-Calvo<sup>g</sup>, B. Juliá<sup>g</sup>, C. Romero<sup>g</sup>, L. Carmona<sup>h</sup> y M. Barreiro-De Acosta<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo e Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>b</sup>Psicólogo especializado en EII de ACCU, Madrid. <sup>c</sup>Positivamente Centro de Psicología, Madrid.

<sup>d</sup>Enfermera, Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>e</sup>Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España (ACCU España), Madrid. <sup>f</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat. <sup>g</sup>Departamento Médico, Merck Sharp & Dohme de España, Madrid. <sup>h</sup>Instituto de Salud Musculoesquelética, InMusc, Madrid. <sup>i</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Universitario de Santiago de Compostela.

**Objetivos:** El Proyecto ENMENTE tiene entre sus objetivos describir cómo perciben pacientes y médicos españoles el abordaje y manejo en práctica clínica de la morbilidad psicológica asociada a la EII.

**Métodos:** Durante abril de 2016 estuvieron disponibles dos encuestas online, una para pacientes, en la web de ACCU España y otra para 665 médicos, pertenecientes a GETECCU. Ambos invitaron a sus miembros a participar mediante email y la encuesta a pacientes se anunció en redes sociales. Todos ellos respondieron a preguntas cerradas sobre la importancia y el manejo rutinario del malestar psicológico asociado a la EII.

**Resultados:** Respondieron la encuesta 912 pacientes (edad media 39 ( $\pm$  10) años, 67% mujeres) y 170 médicos (edad media 44 ( $\pm$  10) años, 58% mujeres). El 48% de los médicos consideró el control del malestar psicológico parte de los objetivos terapéuticos. La mayoría señaló tener poca experiencia (60%) o nula (33%) para detectar desordenes psicológicos o prescribir psicofármacos.

Sólo el 10% dijo contar con un psicólogo dentro del equipo médico, y sólo el 6% dijo pautar psicofármacos si detectaba ansiedad o depresión; Cuando deriva, lo hace principalmente al psiquiatra o al psicólogo (fig.). Sólo el 15% de los médicos señaló que los pacientes les pedían ayuda para afrontar el malestar psicológico, aunque hasta un 36% de los pacientes declaró que siempre/casi siempre comentaba espontáneamente su estado emocional con el médico. La mayoría de los pacientes nunca había recibido ayuda psicológica (69%) o había sido derivado un psiquiatra (84%), a un psicólogo (77%) o se le había prescrito un psicofármaco (72%).

**Conclusiones:** Casi la mitad de los médicos considera el control de la morbilidad psicológica parte de los objetivos terapéuticos, pero la formación y el apoyo para manejarla resulta escaso. Sólo un 10% cuenta con un psicólogo como parte del equipo médico, y 7 de cada 10 pacientes nunca ha recibido apoyo psicológico para afrontar su EII.

## 67. IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: DIFERENCIAS POR SEXO Y EDAD. PROYECTO ENMENTE

M. Gobbo Montoya<sup>a</sup>, I. Marín-Jiménez<sup>b</sup>, A. Panadero<sup>c</sup>, Y. Modino<sup>d</sup>, M. Cañas<sup>e</sup>, J. Guardiola<sup>f</sup>, L. Cea-Calvo<sup>g</sup>, B. Juliá<sup>g</sup>, C. Romero<sup>g</sup>, L. Carmona<sup>h</sup> y M. Barreiro-De Acosta<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Positivamente Centro de Psicología, Madrid. <sup>b</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo e Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

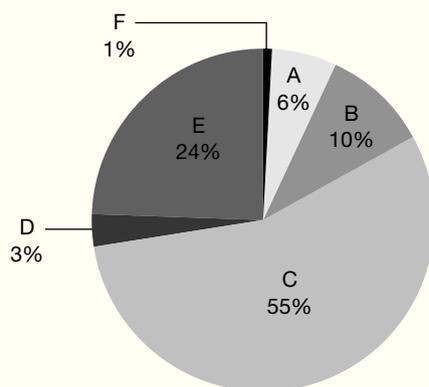
<sup>c</sup>Psicólogo especializado en EII de ACCU, Madrid. <sup>d</sup>Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España (ACCU España), Madrid. <sup>e</sup>Enfermera, Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>f</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat. <sup>g</sup>Departamento Médico, Merck Sharp & Dohme de España, Madrid. <sup>h</sup>Instituto de Salud Musculoesquelética, InMusc, Madrid.

**Objetivos:** Describir el impacto psicosocial que tiene la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en los pacientes españoles y si se observan diferencias por sexo y edad.

**Métodos:** Durante abril de 2016 estuvo disponible en la web de ACCU España una encuesta online, además ACCU invitó a sus miembros a participar mediante email y la encuesta se anunció en redes sociales. Los pacientes respondieron a preguntas cerradas acerca del impacto de la EII sobre su estado psicológico, sus relaciones personales y su vida cotidiana. Las diferencias por sexo y edad se analizaron mediante el test de la chi-cuadrado.

**Resultados:** Respondieron la encuesta 912 pacientes (edad media 39 ( $\pm$  10) años, 67% mujeres). Hasta un 45% de los pacientes indicó tener siempre/casi siempre sentimientos de ansiedad/estrés debido a la EII, cifra que fue del 37% para el sentimiento de depresión/tristeza. Las mujeres ( $p < 0,05$ ) y los pacientes jóvenes ( $p < 0,001$ ) mostraron una mayor frecuencia de ambos sentimientos en comparación con los hombres y los pacientes mayores (tabla). La mayoría de los pacientes estuvo de acuerdo en que la EII tenía una influencia negativa en su estado psicológico (72%), sus relaciones personales (56%), y su vida cotidiana (69%). No se encontraron diferencias por sexo, pero los pacientes más jóvenes percibieron un impacto significativamente más alto de la EII sobre todos estos aspectos comparados con los pacientes mayores (tabla). Por otro lado, los pacientes más jóvenes vs los más mayores indicaron haber sido referidos con menor frecuencia a la consulta de un psicólogo (13% < 30 años, 25% 30-50 años y 28% > 50 años,  $p = 0,002$ ).

En caso de detectar en sus pacientes síntomas de ansiedad o depresión ¿cómo suele actuar? n = 157



- A. Trato yo mismo al paciente con farmacoterapia
- B. Dispongo de un psicólogo clínico en el hospital para estos casos que es quien aborda inicialmente el problema
- C. Derivo a una consulta de psiquiatría
- D. Derivo a una asociación de pacientes
- E. Recomiendo a los pacientes que busquen ayuda psicológica externa
- F. No hago nada especial

Tabla P-67

	Sexo, n (%)			Edad, años n (%)			
	Hombres	Mujeres	p-valor	< 30	30-50	> 50	p-valor
¿Se ha sentido alguna vez ansioso o estrado debido a su EII?*	98 (38}	253 (48}	0,006	93 (53}	210 (46}	40 (30)	< 0,001
¿Se ha sentido alguna vez triste o deprimido debido a su EII?*	82 (32}	207 (39)	0,001	85 (48)	165 (36)	31 (23)	< 0,001
Considero que la EII influencia mi estado psicológico†	189 (69)	400 (74)	ns	129 (71)	363 (76)	84 (63)	0,008
Considero que la EII influencia mis relaciones personales†	142 (52)	313 (58)	ns	100 (55)	286 (60)	59 (44)	0,004
Considero que la EII influencia mi vida cotidiana†	175 (65)	382 (71)	ns	126 (70)	341 (72)	77 (57)	0,005

\* Pacientes que responden "siempre" o "casi siempre". † Pacientes que responden "de acuerdo" o "totalmente de acuerdo".

**Conclusiones:** Los sentimientos de ansiedad/estrés y depresión/tristeza son frecuentes en pacientes con EII, y más frecuentes en mujeres y pacientes jóvenes. Estos últimos también perciben un mayor impacto de la EII en su estado psicológico aunque, comparados con los pacientes mayores, no se les remite con más frecuencia al psicólogo.

## 68. ESTUDIO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. Mostazo Torres, M. Vilchez Jaimez, I.L. Pinazo Martínez, R. Olmedo Martín, M. Bocanegra Viniegra, E. Morcillo González, O. García Sanchez, E. Tenorio González y M. Jiménez Pérez

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** Ya son más de 14 años con la posibilidad de usar biológicos en la enfermedad inflamatoria pero hasta ahora todos los estudios se han centrado en el primer año. Por lo que nuestra intención con este estudio es comprobar cómo la eficacia del tratamiento biológico se mantiene en un alto porcentaje a lo largo de los años de tratamiento en aquellos pacientes que requieren un tratamiento más prolongado.

**Objetivos:** Evaluar la utilización, durabilidad y seguridad del tratamiento biológico en pacientes con EII.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Pacientes con EC o CU en tratamiento activo con infliximab o adalimumab desde hace más de un año. Se recogen datos de los enfermos seguidos en las consultas monográficas del hospital Carlos Haya. Farmacia nos proporciona los pacientes. Siendo 87, perdemos 11 por no disponer de sus historias.

**Resultados:** La edad media de la población es 34,25. Distribución por sexo: 51,3% hombres y el 48,7% mujeres. En el grupo de 76 pacientes solo 13 eran fumadores, todos afectos de EC. El 77,6% son pacientes con enfermedad de Crohn y el 22,4% de CU. De los pacientes solo 9 pacientes tienen familiares afectos por EII supone un 11,8%. El 18,6% de los pacientes tiene una afectación ileal. El 16,9% tienen una afectación colónica. Un 55,9% afectación ileocolónica. Y un 8,5% afectación tracto digestivo superior. De entre los enfermos de Crohn el 45,8% tenían afectación perianal. El 39% de los pacientes afectos por EC tenían un patrón inflamatorio, 44,1% fistulizante y el resto patrón estenosante. De los afectados por CU el 5,9% tienen una localización distal. El 17,6% afectación izquierrda. Y el 76,5% afectación extensa. Del total el 68,4% se encontraban en tratamiento con infliximab y el 31,6 con adalimumab. El 90% presentan remisión de la enfermedad al año. Un 34% se dio

fallo 2º al tratamiento, dentro de este porcentaje el 18% se dio antes de los 6 meses, el 28% entre 6-12 meses y el 53% a más de los 12 meses. 6 de los pacientes presentaron efectos secundarios, un 8%.

**Conclusiones:** En el estudio se ha observado como el 66% de los pacientes que están en tratamiento con biológicos mantiene una buena respuesta tras una media de 72 meses, de tratamiento biológico. Del 34% que ha experimentado fallo 2º, se ha controlado con intensificación del tratamiento en el 50% de los casos. Por lo que el 83% de los pacientes mantuvieron remisión clínico-biológica durante más de un año. Está claro que los pacientes con EII refractaria o EII complicadas el tratamiento con biológicos hace que se produzca una mejoría, clínica, analítica y endoscópica. Lo que ocurre es que este tratamiento parece ser que es finito, y con el paso del tiempo el efecto es menor y puede que se deba de aumentar dosis o cambiar de biológico.

## 69. SUBANÁLISIS DE LOS DATOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE TEDUGLUTIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA EN EL ESTUDIO STEPS

U.F. Pape<sup>a</sup>, P. Bekker Jeppesen<sup>b</sup>, H. Myung Lee<sup>c</sup>, A.A. Grimm<sup>c</sup> y S.J. O'Keefe<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Charité University Medicine, Berlin, Alemania. <sup>b</sup>Rigshospitalet, Copenhagen, Dinamarca. <sup>c</sup>SHIRE PLC, Lexington, Ma, EEUU.

<sup>d</sup>UPMC, Pittsburgh, PA, EEUU.

**Introducción:** La EII es causa de resección intestinal conllevando insuficiencia intestinal asociada a síndrome de intestino corto (SIC II).

**Métodos:** Análisis post-hoc de respuesta a teduglutida (TED) en pacientes con SIC II por EII (SICEII) y SICII de causa no inflamatoria (SIC sin EII). El estudio STEPS (NCT00798967; EudraCT2008 006193 15) de fase III, controlado con placebo, de 24 semanas de duración, evaluó TED 0,05 mg/kg/día en pacientes con SICII. Los pacientes con EC llevaban  $\geq 12$  semanas en remisión clínica en el inicio. Se definió respuesta como  $\geq 20\%$  reducción del volumen de nutrición parenteral (NP) semanal desde el inicio a la semana 20 y mantenimiento hasta la 24. Datos estadísticos descriptivos presentados con IC del 95%; este análisis post-hoc no demuestra significación estadística.

**Resultados:** Características de los pacientes en la tabla (SICEII, n = 19; SIC sin EII, n = 67). Los pacientes con SICEII no solían presentar colon en continuidad, tenían mayor presencia de estoma y más volumen basal de NP que los de SIC sin EII. Tras 24 semanas de tratamiento, el 73% (IC95% 39-94%) de los pacientes con SICEII y el

Tabla P-69. Datos demográficos y evolución de la enfermedad

	SIC-EII		SIC sin EII	
	Placebo (n = 8)	TED (n = 11)	Placebo (n = 35)	TED (n = 32)
Edad, media (DE), años	48 (7)	48 (7)	50 (17)	52 (14)
Mujeres, n (%)	5 (63)	5 (46)	19 (54)	17 (53)
Índice de masa corporal, media (DE), kg/m <sup>2</sup>	22,6 (3,6)	23,3 (4,1)	22,2 (3,1)	22,2 (2,8)*
Presencia de estoma, n (%)	7 (88)	11 (100)	10 (29)	10 (32)*
Continuidad colónica, n (%)	1 (13)	1 (9)	22 (63)	24 (77)*
Longitud estimada del intestino delgado, media (DE), cm	128 (98)	129 (77)†	54 (43)‡	73 (56)§
NP basal, media (DE), l/sem	21,6 (8,1)	15,9 (10,4)	11,5 (5,9)	11,2 (6,4)*
Duración del NP en el momento basal, media (DE), años	7,2 (7,4)	8,1 (8,0)	5,6 (5,3)	6,1 (5,7)*

\* n = 31; † n = 9; ‡ n = 32; § n = 30.

59% (IC95% 41-76%) de SIC sin EII mostraron respuesta a TED. En los pacientes con SICEII tratados con TED, la reducción NP media fue del 45% (IC95% 31-59%) y 29% (IC95% 22-35%) en los de SIC sin EII y TED 2/9 pacientes (22%) con SICEII y 6/30 (20%) con SIC sin EII redujeron  $\geq 2$  días/sem de NP. El perfil de seguridad fue similar en ambos grupos (SICEII, n = 19; SIC sin EII, n = 66). En los pacientes con TED se comunicaron eventos adversos durante el tratamiento (EAT) en el 100% de los pacientes con SICEII y en el 77% de los SIC sin EII. Hubo eventos adversos graves en el 27% de los pacientes con SICEII y en el 39% de SIC sin EII. Ningún paciente con SICEII experimentó EAT (TED) de colitis, en comparación con 1/47(2%) con SIC sin EII que conservaban el colon.

**Conclusiones:** Pacientes con SICEII mostraron mayor presencia de estoma, mayor necesidad de NP y menor continuidad colónica. Las respuestas clínicas a TED fueron igualmente intensas.

## 70. LA REPETICIÓN ANUAL DEL TEST CUTÁNEO DE TUBERCULINA MEJORA LA DETECCIÓN DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

C. Taxonera<sup>a</sup>, A. Ponferrada<sup>b</sup>, F. Bermejo<sup>c</sup>, S. Riestra<sup>d</sup>, C. Saro<sup>e</sup>, M.D. Martín-Arranz<sup>f</sup>, J.L. Cabriada<sup>g</sup>, M. Barreiro-De Acosta<sup>h</sup>, M.L. de Castro<sup>i</sup>, P. López-Serrano<sup>j</sup>, J. Barrio<sup>k</sup>, C. Suárez<sup>l</sup>, E. Iglesias<sup>m</sup>, F. Argüelles-Arias<sup>n</sup>, I. Ferrer<sup>o</sup>, I. Marín-Jiménez<sup>p</sup>, A. Hernández-Camba<sup>q</sup>, G. Bastida<sup>r</sup>, M. Van Domselaar<sup>s</sup>, P. Martínez-Montiel<sup>t</sup>, D. Olivares<sup>a</sup>, C. Alba<sup>a</sup> y J.P. Gisbert<sup>t</sup>, en representación de GETECCU

<sup>a</sup>Hospital Clínico San Carlos, IDISSC, Madrid. <sup>b</sup>Hospital Infanta Leonor, Madrid. <sup>c</sup>Hospital de Fuenlabrada, Madrid. <sup>d</sup>Hospital Central de Asturias, Oviedo. <sup>e</sup>Hospital de Cabueñes, Gijón. <sup>f</sup>Hospital La Paz, Madrid. <sup>g</sup>Hospital de Baracaldo, Vizcaya. <sup>h</sup>Hospital Clínico de Santiago, Santiago de Compostela. <sup>i</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>j</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. <sup>k</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>l</sup>Hospital Puerta de Hierro, Madrid. <sup>m</sup>Hospital Reina Sofía, Córdoba. <sup>n</sup>Hospitales Virgen Macarena-Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>o</sup>Hospital de Manises. <sup>p</sup>Hospital Gregorio Marañón e Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Madrid. <sup>q</sup>Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. <sup>r</sup>Hospital La Fe, Valencia. <sup>s</sup>Hospital de Torrejón, Madrid. <sup>t</sup>Hospital 12 de Octubre, Madrid. <sup>u</sup>Hospital de la Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP) y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid.

**Introducción:** A pesar de todas las acciones preventivas, siguen ocurriendo nuevos casos de tuberculosis activa (TB) en pacientes

con terapia anti-TNF. Los esteroides y/o inmunosupresores reducen la sensibilidad del test cutáneo de la tuberculina (TCT) de cribado previo al anti-TNF. No es conocido el riesgo de conversión del TCT en pacientes con EII cuyo TCT de 2 pasos inicial fue negativo. El objetivo de este estudio fue determinar la probabilidad de detectar la infección TB latente a través de la conversión positiva del TCT anual en pacientes con EII.

**Métodos:** Estudio prospectivo multicéntrico controlado en el que se incluyeron pacientes consecutivos con EII que recibieron terapia con anti-TNF y una cohorte de pacientes control con EII que no recibieron terapia con anti-TNF. A todos los pacientes con un TCT de 2 pasos inicial negativo se les realiza un TCT de un solo paso un año después. Se evaluó la tasa y los predictores de conversión del TCT (incluyendo el cambio en el número de fármacos inmunosupresores [esteroides, inmunosupresores y/o anti-TNF] desde el TCT inicial). Durante el seguimiento se valora la aparición de nuevos casos de TB.

**Resultados:** Se incluyeron 412 pacientes (edad media 44 años, 54% hombres), 192 (47%) recibieron anti-TNF y 220 controles (53%). Treinta y cinco pacientes (8,5% IC95%: 5,7-11,3) tuvieron conversión positiva en el TCT anual (induración mediana del TCT 13 mm, rango 5-20). Once pacientes de 192 con anti-TNF (5,8% IC95%: 2,2-9,3) y 24 de 220 controles (10,9%, IC95%: 6,6-15,2) tuvieron conversión del TCT (p = 0,037). En el análisis multivariado, los pacientes que recibieron tratamiento anti-TNF presentaron una tasa menor de conversión del TCT (OR 0,36 IC95%: 0,15-0,83, p = 0,017). Por el contrario, los fumadores presentaron una mayor tasa de conversión del TCT (OR 3,62 IC95% 1,66-7,88, p = 0,001). La probabilidad de conversión según el cambio en el número de terapias inmunosupresoras respecto a la basal fue de 16,6%, 7,9%, 7,3%, 4,5% y 0% para pacientes con 1 fármaco menos, mismo número de fármacos o 1, 2 o 3 fármacos más, respectivamente (p = 0,016). Los 11 pacientes de la cohorte anti-TNF con un TCT positivo anual recibieron tratamiento para la infección TB latente y continuaron con la terapia anti-TNF. Once de los 24 pacientes control con conversión del TCT recibieron terapia preventiva. Con un seguimiento de 607 y 676 pacientes-año para los grupos antiTNF y control, ningún paciente desarrolló TB activa.

**Conclusiones:** Los pacientes con EII tienen una tasa elevada de conversión del TCT anual. El tratamiento con antiTNF redujo la probabilidad de conversión anual. Aunque el significado de estas conversiones no es bien conocido, El TCT anual parece aconsejable dado que son frecuentes los falsos negativos en TCT basal o que pueden aparecer nuevos contactos con TB en pacientes con EII que reciben tratamiento antiTNF, especialmente en países con una prevalencia moderada a alta de TB.

## 71. TENDENCIAS EN EL MANEJO DE LA ENDOSCOPIA TRAS CIRUGÍA EN UNA COHORTE NACIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN. ESTUDIO PRACTICROHN

M. Barreiro-De Acosta<sup>a</sup>, M. Iborra<sup>b</sup>, V. García-Sánchez<sup>c</sup>, A. Gutiérrez<sup>d</sup>, S. García<sup>e</sup>, E. Domènech<sup>f</sup>, M.D. Martín Arranz<sup>g</sup>, L. Cea-Calvo<sup>h</sup>, C. Romera<sup>h</sup> y B. Juliá<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Gastroenterología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. <sup>b</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital La Fe, Valencia. <sup>c</sup>Unidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>d</sup>Unidad de Gastroenterología, Hospital General Universitario de Alicante. <sup>e</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital Miguel Servet, Zaragoza. <sup>f</sup>Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol y CIBERehd, Badalona. <sup>g</sup>Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>h</sup>Departamento Médico MSD, Madrid.

**Introducción:** La recurrencia de la enfermedad de Crohn (CD) después de una resección íleo-colónica se predice por la gravedad de las lesiones endoscópicas durante el primer año tras la resección, por lo que las guías recomiendan a estos pacientes la realización de una endoscopia durante el primer año después de la cirugía. El objetivo de nuestro estudio fue describir el manejo y los resultados de la endoscopia después de la cirugía en una población de pacientes con EC entre 2007 y 2010.

**Métodos:** El estudio Practicrohn incluyó pacientes  $\geq 18$  años de 26 hospitales españoles que se sometieron a una resección con anastomosis íleo-colónica o íleo-rectal, entre enero de 2007 y diciembre de 2010. La información se obtuvo retrospectivamente de la historia clínica durante 5 años posteriores a la cirugía. Las endoscopias se analizaron según el tratamiento profiláctico, año de cirugía y tamaño del hospital. Las variables categóricas se compararon con el test  $\chi^2$  o la prueba exacta de Fisher. El método Kaplan-Meier se utilizó para evaluar el tiempo de recurrencia clínica y el test log-rank para la significación estadística.

**Resultados:** Se analizaron 314 pacientes (edad media 40 años [DE 13], 48% varones). 52 (17%) referían más de una resección antes de la cirugía índice. En 143 (46%) se realizó una colonoscopia durante el primer año después de la cirugía. En 2007 solo 24/75 (33%) pacientes se sometieron a endoscopia en el primer año mientras que en 2010 se realizó en 47/79 (59%)  $p = 0,017$ . El primer año después de la cirugía, 22 (7%) pacientes presentaron recurrencia endoscópica sin síntomas. En los 5 años de seguimiento, 222 pacientes se sometieron a colonoscopia. La puntuación de Rutgeerts fue  $\geq 2$  en 122 pacientes (55%). La puntuación de Rutgeerts en pacientes con tratamiento profiláctico fue menor que en pacientes sin profilaxis ( $p = 0,005$ ). El porcentaje de endoscopias realizadas, fue similar en hospitales  $< 500$ , entre 500-900 y en aquellos con más de 900 camas.

**Conclusiones:** De 2007 a 2010 hubo una tendencia a realizar más endoscopias después de la cirugía en pacientes con EC, según lo recomendado por las guías. El número de recidivas endoscópicas sin síntomas en nuestro estudio refuerza la importancia de realizar colonoscopias en pacientes con EC de alto riesgo. El tratamiento profiláctico se asoció a menor recurrencia endoscópica.

## 72. COMPLICACIONES INFECCIOSAS POSTOPERATORIAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: RESULTADOS DEL ESTUDIO PRACTICROHN

A. Gutiérrez<sup>a</sup>, C. Taxonera<sup>b</sup>, V. García Sánchez<sup>c</sup>, M. Mínguez<sup>d</sup>, M.D. Martín Arranz<sup>e</sup>, M. Castro<sup>f</sup>, M. Barreiro-De Acosta<sup>g</sup>, B. Juliá<sup>h</sup>, L. Cea-Calvo<sup>h</sup>, C. Romero<sup>h</sup> y E. Domènech<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Gastroenterología, Hospital General Universitario de Alicante. <sup>b</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínico

San Carlos, Madrid. <sup>c</sup>Unidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>d</sup>Unidad de Gastroenterología, Hospital General de Valencia. <sup>e</sup>Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>f</sup>Unidad de Gastroenterología, Hospital de Valme, Sevilla. <sup>g</sup>Unidad de Gastroenterología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. <sup>h</sup>Departamento Médico MSD, Madrid. <sup>i</sup>Unidad de Gastroenterología Hospital Universitari Germans Trias i Pujol y CIBERehd, Badalona.

**Introducción:** La cirugía de la enfermedad de Crohn (EC) se relaciona con complicaciones postoperatorias en el 11 al 14% de todos los casos. Las complicaciones infecciosas (CI) son las más comunes. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia y los factores asociados con las CI postoperatorias en una cohorte de pacientes con EC.

**Métodos:** PRACTICROHN fue un estudio que incluyó a pacientes mayores de 18 años de 26 centros españoles que se sometieron a resección con anastomosis ileocolónica o ileorrectal entre enero 2001 y diciembre 2010. Los datos clínicos se recogieron retrospectivamente de las historias clínicas. Las CI analizadas fueron: absceso intraabdominal, infección de la herida, sepsis relacionada con el catéter e infecciones extra-abdominales. Las variables categóricas se compararon con la prueba de la  $\chi^2$  o prueba exacta de Fisher. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para evaluar el tiempo hasta la recurrencia clínica y un log-rank test para obtener la significación estadística.

**Resultados:** Se analizaron 364 pacientes (edad media 32 años [DE 13], 50% hombres). El tiempo medio desde el diagnóstico de EC hasta la cirugía fue de 6 años (RIC 1-12). La indicación para la cirugía fue: enfermedad estenosante ( $n = 169$ , 48%), penetrante ( $n = 114$ , 45%, 14%) y resistencia al tratamiento ( $n = 21$ , 6%). Sesenta y nueve pacientes presentaron CI (18%), con una media de hospitalización de 19 días PIC (10-30) vs 9 días RIC (7-12) en pacientes sin CI ( $p < 0,001$ ). Las CI más frecuentes fueron infección de la herida ( $n = 33$ , 28%) y absceso ( $n = 28$ , 24%); infección extraabdominal ( $n = 12$ , 10%) e infección del catéter ( $n = 4$ , 3%). Ninguno de ellos se asoció con mortalidad. Las CI fueron más frecuentes en pacientes en los que la perforación fue la razón de la cirugía ( $n = 11$ , 39% vs  $n = 27$ , 20%  $p = 0,048$ ). No se observaron diferencias en las CI en relación con la edad, sexo, la localización, el hábito tabáquico o la longitud de la resección. Ningún tratamiento se correlacionó con una mayor tasa de CI.

**Conclusiones:** El 20% de los pacientes sometidos a una cirugía relacionada con la EC presentó alguna CI postoperatoria, siendo la perforación la causa de cirugía más asociada a estas complicaciones. Ninguno de los tratamientos se asoció con la aparición de CI.

## 73. IMPACTO DE LA CIRUGÍA PREVIA EN EL MANEJO Y LOS RESULTADOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN. RESULTADOS DEL ESTUDIO PRACTICROHN

M. Iborra<sup>a</sup>, M.D. Martín Arranz<sup>b</sup>, E. Domènech<sup>c</sup>, V. García Sánchez<sup>d</sup>, A. Gutiérrez<sup>e</sup>, M. Barreiro-De Acosta<sup>f</sup>, L. Cea-Calvo<sup>g</sup>, C. Romero<sup>h</sup> y B. Juliá<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital La Fe, Valencia. <sup>b</sup>Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>c</sup>Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol y CIBERehd, Badalona. <sup>d</sup>Unidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>e</sup>Unidad de Gastroenterología, Hospital General Universitario de Alicante. <sup>f</sup>Unidad de Gastroenterología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. <sup>g</sup>Departamento Médico MSD, Madrid.

**Introducción:** La cirugía en la enfermedad de Crohn (EC) se asocia con mal pronóstico y con una mayor tasa de recurrencia clínica.

El objetivo de nuestro estudio fue describir las características y el manejo de pacientes con EC sometidos a una cirugía y compararlos con pacientes que han sufrido más de una cirugía.

**Métodos:** PRACTICROHN fue un estudio observacional que incluyó a pacientes mayores de 18 años de edad de 26 hospitales españoles que se sometieron a resección con anastomosis ileocolónica o ileorrectal entre enero de 2007 y diciembre de 2010. Los datos clínicos se recogieron retrospectivamente de las historias clínicas. Las variables categóricas se compararon con la prueba de la  $\chi^2$  o la prueba exacta de Fisher. El método de Kaplan-Meier se utilizó para evaluar el tiempo hasta la recurrencia clínica y una prueba log-rank para obtener significación estadística.

**Resultados:** Se incluyeron 314 pacientes, de ellos 262 (83%) referían una primera cirugía (50% varones) y 52 (16%) referían cirugías anteriores (36% varones). La edad al diagnóstico fue similar en el grupo de primera cirugía (PC) ( $33 \pm 14$  años) vs grupo de segunda cirugía (SC). La edad en la cirugía índice fue de  $39 \pm 13$  años en PC frente a  $43 \pm 12$  en SC,  $p = 0,021$ . El hábito tabáquico fue mayor en PC vs SC (41% vs 34%,  $p = 0,47$ ). La clasificación de Montreal en los dos grupos fue similar, excepto por el comportamiento, con mayor proporción de pacientes con B1 en PC vs SC (124 (48%) vs 13 (28%)) y mayor proporción de B2 y B3 en SC (74 (29%) B2 en PC vs 21 (46%) en SC y 57 (22%) B3 en PC frente a 12 (26%) en SC) ( $p = 0,027$ ). En cuanto al tratamiento, 33 (13%) pacientes de PC recibieron esteroides antes de la cirugía, frente a 13 (27%) pacientes de SC ( $p = 0,029$ ). No hubo diferencias en el tratamiento con IMM y biológicos anteriores a la cirugía en los dos grupos. Después de la cirugía, una mayor proporción de pacientes recibió tratamiento profiláctico con IMM en SC vs PC ( $p = 0,012$ ). No se encontraron diferencias en la tasa de colonoscopias realizadas durante el primer año después de la cirugía entre los dos grupos, ni en los hallazgos de las colonoscopias. Las hospitalizaciones y complicaciones postoperatorias fueron similares. En el grupo de SC, no hubo diferencias en la recurrencia clínica en pacientes con y sin profilaxis ( $p = 0,5$ ), mientras que en FSG la supervivencia libre de recidiva clínica fue mayor en pacientes con tratamiento profiláctico ( $p = 0,03$ ).

**Conclusiones:** En nuestra muestra, a pesar de que los pacientes de segunda cirugía eran menos fumadores, recibieron más profilaxis con IMM y su seguimiento fue igual, presentaron más recurrencia clínica. Esto confirma que someterse a una segunda cirugía es el factor principal de mal pronóstico.

#### 74. DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN SUJETOS ASINTOMÁTICOS: CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD, HISTORIA NATURAL Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO

I. Rodríguez-Lago<sup>a</sup>, O. Merino<sup>b</sup>, I. Azagra<sup>c</sup>, A. Maiz<sup>d</sup>, E. Zapata<sup>e</sup>, R. Higuera<sup>f</sup>, M. Fernández-Calderón<sup>g</sup>, A. Iriarte<sup>h</sup>, P. Arriba<sup>i</sup>, J. Carrascosa<sup>j</sup>, I. Montalvo<sup>k</sup>, I. Portillo<sup>l</sup>, U. Aguirre<sup>m,n</sup> y J.L. Cabriada<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Hospital de Galdakao, Vizcaya. <sup>b</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Universitario de Cruces, Vizcaya. <sup>c</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Universitario de Álava. <sup>d</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Donostia, San Sebastián. <sup>e</sup>Servicio de Digestivo, Hospital de Mendaro, Guipúzcoa. <sup>f</sup>Servicio de Digestivo, Hospital San Eloy, Vizcaya. <sup>g</sup>Servicio de Digestivo, Hospital de Mondragón, Guipúzcoa. <sup>h</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Comarcal de Bidasoa, Guipúzcoa. <sup>i</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Universitario de Basurto, Vizcaya. <sup>j</sup>Servicio de Digestivo, Hospital de Zumárraga, Guipúzcoa. <sup>k</sup>Servicio de Digestivo, Onkologikoa, San Sebastián. <sup>l</sup>Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal, Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. <sup>m</sup>Unidad de Investigación, Hospital de Galdakao, Vizcaya. <sup>n</sup>Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

**Introducción:** El diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) suele realizarse cuando aparecen los síntomas y el daño intestinal ya se ha iniciado. Algunos cambios inmunológicos pueden estar presentes incluso años antes del diagnóstico. A pesar de esto desconocemos gran parte de los procesos que ocurren durante la fase preclínica de la EII.

**Métodos:** Hemos revisado retrospectivamente la base de datos del programa de cáncer colorrectal de País Vasco. Todos los pacientes realizaron inicialmente un test de sangre oculta en heces (SOH; OC-Sensor) y si éste era positivo ( $\geq 20 \mu\text{g Hg/g}$ ) se indicaba una colonoscopia. Incluimos todos los pacientes con una sospecha de EII en la colonoscopia y que tenían confirmación histológica. El protocolo del estudio fue aprobado por el CEIC de Euskadi. El objetivo principal era calcular el número de nuevos diagnósticos de EII en esta población, estudiar sus características y la evolución durante el seguimiento.

**Resultados:** Se realizaron 498.227 SOH en 11 hospitales (6% positivos), realizando en 31.005 una colonoscopia. Se diagnosticaron 121 nuevos casos de EII [58% varones, edad 57 años (DE 6,04), 62% ex o nunca fumadores]: 87 colitis ulcerosa (E1 30 casos, E2 28 casos y E3 29 casos), 26 enfermedad de Crohn (ileal 12 casos, colónica 9 casos e ileocolónica 5 casos) y 8 EII-I. Los niveles de SOH al diagnóstico eran comparables entre los subtipos de EII. Sólo un paciente presentó enfermedad perianal y en 3 manifestaciones extraintestinales. Hasta un 24-38% con CU mostraban un patrón endoscópico atípico. El UCEIS al diagnóstico era 5 (4-6). No observamos correlación entre el nivel de SOH y la actividad endoscópica o histológica. Disponíamos de datos del seguimiento en el 85% de pacientes, durante 24 meses (RIQ 9-41). De entre aquellos asintomáticos al diagnóstico, 34 (37%) desarrollaron síntomas tras 3 meses (RIQ 0-11). Los más frecuentes fueron la rectorragia, diarrea y los síntomas rectales. Aquellos que desarrollaron síntomas mostraban una tendencia a tener unos niveles de SOH más altos al diagnóstico [ $219 \mu\text{g Hb/g}$  (RIQ 46-563) vs  $86 \mu\text{g Hg/g}$  (RIQ 43-262);  $p = 0,065$ ]. En 61 casos se indicó tratamiento a pesar de no presentar síntomas. Dentro de este grupo de pacientes, la mayoría (77%) se mantuvo sin síntomas durante el seguimiento. Aquellos que desarrollaron síntomas antes de recibir ningún tratamiento lo hicieron en general precozmente [2 meses (RIQ 0-7)]. Entre aquellos que recibieron tratamiento (83%) el 77% recibieron mesalazina, el 18% corticoides, el 6% tiopurinas, en 1 con MTX y en 1 con aféresis. En dos pacientes se iniciaron anti-TNF. Dos sujetos fueron intervenidos.

**Conclusiones:** Hemos observado un 0.39% de nuevos diagnósticos de EII durante el programa de cribado de cáncer colorrectal en País Vasco. La mayoría de casos fueron de colitis ulcerosa. Un 37% de los pacientes desarrolló síntomas durante el seguimiento.

#### 75. FACTORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA A GRANULOCITO-MONOCITO AFÉRESIS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

I. Rodríguez-Lago<sup>a</sup>, A. Rodríguez-Pescador<sup>a</sup>, I. Galdona<sup>a</sup>, J.M. Benítez-Cantero<sup>b</sup>, V. García-Sánchez<sup>b</sup>, L. Sempere<sup>c</sup>, A. Gutiérrez<sup>c,d</sup>, E. Fernández<sup>e</sup>, A. Loroño<sup>f,g</sup>, I. Lafuente<sup>f,g</sup> y J.L. Cabriada<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Hospital de Galdakao, Vizcaya. <sup>b</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>c</sup>Servicio de Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante. <sup>d</sup>CIBEREHD (Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área temática de Enfermedades Hepáticas). <sup>e</sup>Servicio de Nefrología; <sup>f</sup>Unidad de Investigación, Hospital de Galdakao, Vizcaya. <sup>g</sup>Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

**Introducción:** La granulocito-monocito aféresis (GMA) se emplea como un tratamiento no farmacológico de la enfermedad inflama-

toria intestinal (EII). La pauta habitual de tratamiento es de una sesión semanal durante 5 semanas procesando 1.800 ml en 60 minutos. Algunos factores relacionados con la enfermedad y con la técnica parecen mejorar la respuesta a este tratamiento.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes tratados con GMA en 3 unidades de EII. Los datos clínicos y analíticos se evaluaron antes y un mes después de terminar la GMA. El CEIC de Euskadi aprobó el protocolo. El objetivo principal era evaluar la presencia de factores clínicos y analíticos asociados a una mejor respuesta a la técnica.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 105 pacientes [49% mujeres, edad 35,7 años (DE 16,5)]. Noventa y tres tenían colitis ulcerosa (49% extensa y 45% colitis izquierda), 10 tenían enfermedad de Crohn (90% ileocólica) y 2 EII-I. El 74% se indicó por corticodependencia. Al inicio, el score de Mayo fue de 3,5 (DE 4,6) y Harvey-Bradshaw de 10,1 (DE 3,8). El subscore endoscópico basal era de 1 (16%), 2 (56%) o 3 (27%). La mayoría de pacientes (97%) habían sido tratados con corticoides y el 42% habían recibido fármacos biológicos. Al inicio del tratamiento, el 85% estaban tomando esteroides, el 38% tiopurinas y el 18% biológicos. Ninguno de los tratamientos previos o concomitantes se asoció a una mejor respuesta a la GMA. Cincuenta y seis sujetos recibieron una sesión semanal de 60 minutos durante 5 semanas, procesando 1.800 ml/sesión. En 40 pacientes se indicó una pauta intensiva. Este grupo recibió dos sesiones semanales hasta un total de 8,5 sesiones (DE 2,6), procesando 3.886 ml/sesión (DE 1.729) y durante 91 minutos (DE 24). La tasa de respuesta a la pauta intensiva fue mayor que con el régimen estándar (67% vs 55%,  $p = 0,28$ ). Independientemente de la pauta de tratamiento, aquellos tratados con > 5 sesiones mostraron una tasa mayor de remisión (24% vs 13%) y respuesta (47% vs 24%) que aquellos con  $\leq 5$  sesiones ( $p = 0,004$ ). Además, aquellos con una duración media de las sesiones > 60 minutos alcanzaron mejores resultados en cuanto a remisión (22% vs 16%) y respuesta (45% vs 27%) al compararlos con sesiones de  $\leq 60$  minutos. Observamos una tendencia a una mejor respuesta en aquellos con un mayor volumen filtrado. Un 39% de los pacientes pudieron suspender por completo los corticoides al mes de terminar la GMA. Dentro de las variables analíticas, encontramos que había una disminución del volumen plaquetar medio en aquellos pacientes que no respondían a la GMA. Además, el ratio de plaquetas/linfocitos tras la GMA estaba disminuido en aquellos con una peor respuesta.

**Conclusiones:** La GMA ha mostrado ser eficaz en este estudio de práctica clínica. El empleo de un mayor número de sesiones y de una mayor duración se asociaron a unas mejores tasas de respuesta y remisión clínica.

## 76. ¿QUÉ OPINAN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE LA GRANULOCITOAFÉRESIS?

I. Rodríguez-Lago<sup>a</sup>, J.M. Benítez-Cantero<sup>b</sup>, V. García-Sánchez<sup>b</sup>, A. Gutiérrez<sup>c,d</sup>, L. Sempere<sup>c</sup>, D. Ginard<sup>e</sup>, M. Barreiro-De Acosta<sup>f</sup>, A. Rodríguez-Pescador<sup>a</sup>, I. Galdona<sup>a</sup>, E. Fernández<sup>g</sup>, A. Loroño<sup>h,i</sup>, I. Lafuente<sup>h,i</sup> y J.L. Cabriada<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Hospital de Galdakao, Vizcaya. <sup>b</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

<sup>c</sup>Servicio de Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante.

<sup>d</sup>CIBEREHD (Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área temática de Enfermedades Hepáticas). <sup>e</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Son Espases, Palma de Mallorca. <sup>f</sup>Hospital Universitario de Santiago de Compostela. <sup>g</sup>Servicio de Nefrología; <sup>h</sup>Unidad de Investigación, Hospital de Galdakao, Vizcaya. <sup>i</sup>Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

**Introducción:** En los últimos años han aumentado notablemente las opciones de tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal

(EII). De todas formas, la granulocito-monocito aféresis (GMA) sigue siendo el principal tratamiento no farmacológico para esta patología. En otros países los pacientes han destacado la seguridad sobre su eficacia, y la mayoría de ellos estarían dispuestos a ser tratados de nuevo con esta técnica. El objetivo de nuestro estudio era conocer la situación familiar y social de los pacientes sometidos a GMA en nuestro país, explorar las principales limitaciones para realizar el tratamiento y conocer su satisfacción general con la técnica.

**Métodos:** Hemos creado un cuestionario compuesto de 14 preguntas sobre la situación familiar y laboral, pero especialmente centrado en evaluar la experiencia durante el tratamiento con GMA. Valoramos los inconvenientes de la técnica, su satisfacción general con el tratamiento y si aceptarían ser tratados de nuevo con ella. Se ofreció el cuestionario a todos los pacientes tratados con GMA en 5 Unidades de EII. Los resultados se muestran como proporción de pacientes entre el número total de respuestas.

**Resultados:** En total 82 pacientes respondieron al cuestionario. El 43% habían terminado educación primaria o secundaria, mientras que el 35% había completado estudios universitarios. Un 15% estaba estudiando y el 55% trabajaba durante el tratamiento. El 39% no consideró molesto el hecho de acudir al hospital para recibir el tratamiento. Sólo un 10% consideró que este aspecto como muy incómodo. La mayoría de pacientes (46%) consideró el empleo de agujas como una molestia leve, mientras que al 29% no les afectó. Sólo para el 6% el uso de agujas hubiera podido llegar a impedir el uso de GMA. Una minoría (6%) consideró que el tiempo dedicado a las sesiones podría ser una limitación para recibir el tratamiento. Para casi un tercio (29%) de los pacientes la principal limitación para asistir a las visitas eran los síntomas de su enfermedad, mientras que para un 17% era el tiempo fuera del trabajo. Sin embargo, la mayoría de los pacientes (38%) consideraron que no habían tenido limitaciones para asistir a las sesiones. La principal preocupación de los pacientes durante las sesiones (40%) fue la posible aparición de síntomas digestivos. Un elevado número de pacientes (54%) estaban satisfechos con la eficacia de la técnica. Una proporción similar (51%) consideraba que los beneficios del tratamiento superan sus desventajas. La mayoría de los participantes (86%) aceptarían ser tratados nuevamente con GMA. En general, la mayoría (63%) se encontraban satisfechos con su experiencia con el tratamiento.

**Conclusiones:** La GMA es una técnica bien tolerada por los pacientes y la mayoría de ellos aceptarían ser tratados de nuevo con ella. La principal desventaja para llevar a cabo el tratamiento fueron los propios síntomas de la enfermedad.

## 77. POBRE ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES VALLE POSTINDUCCIÓN DE CT-P13 Y LA RESPUESTA CLÍNICA EN SEMANA 14 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII): ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO

A. Elosua González<sup>a,b</sup>, D. Oyón Lara<sup>a,b</sup>, O. Nantes Castillejo<sup>a,b</sup>, M.A. Ogueta Fernández<sup>b,c</sup>, P. Gutiérrez Mendizábal<sup>b,d</sup>, M.C. Muñoz Villafranca<sup>b,d</sup>, L. Gómez Irwin<sup>b,e</sup>, A.I. Muñagorri Santos<sup>b,f</sup>, I. Rodríguez Lago<sup>b,g</sup> y C. Rodríguez Gutiérrez<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>b</sup>Grupo de Trabajo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal de la Sociedad Vasconavarra de Patología Digestiva.

<sup>c</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Araba, Álava. <sup>d</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Basurto, Vizcaya. <sup>e</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Cruces, Vizcaya. <sup>f</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. <sup>g</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya.

**Introducción:** El CT-P13 es el primer biosimilar de infliximab (IFX) aprobado para el tratamiento de la EII. La medición de niveles

valle de IFX se ha propuesto como herramienta para optimizar la terapia. Hay pocos estudios que evalúen en práctica clínica la relación entre el fallo primario a la terapia de inducción (10-30%) y los niveles valle de CT-P13. Nuestro objetivo es valorar la utilidad de la medición sistemática de niveles de CT-P13 en semana 14.

**Métodos:** Estudio observacional, multicéntrico que incluye a todos los adultos con EII tratados con CT-P13 según práctica clínica, excluyendo pacientes cuya indicación era prevención de la recurrencia postquirúrgica. Inducción: 5 mg/kg en semanas 0-2-6. Se realiza medición de niveles valle postinducción (en semana 14) mediante test ELISA (Promonitor-IFX de Progenika Biopharma®). En Enfermedad de Crohn (EC) el descenso de  $\geq 3$  puntos en el índice de Harvey-Bradshaw (HBI) fue considerado respuesta parcial (RP) y un HBI menor de 5 remisión clínica (RC). En Colitis Ulcerosa (CU) el descenso de  $\geq 3$  puntos en el índice de Mayo Parcial (MI) fue considerado RP y un MI menor de 3 RC.

**Resultados:** Se incluyeron 80 pacientes con una edad media de  $47,55 \pm 13,6$  años (62,7% varones). Los pacientes diagnosticados de EC (49) presentaban un HBI basal de  $7,88 \pm 4,013$ . Los pacientes con CU (31) presentaron basalmente un MI medio de  $6,55 \pm 2,11$ . Un 38,5% de los pacientes habían sido tratados previamente con antiTNF y un 83,1% con inmunomoduladores (IMM). Asociamos IMM al CT-P13 en un 59%. La media de niveles de CT-P13 en semana 14 fue de  $4,36 \mu\text{g/ml}$  (CD 4,043 y UC 4,85). No hubo diferencias entre los pacientes sólo con CT-P13 (4,307) y los pacientes que asociaban inmunomodulador (4,403). Tampoco hubo diferencias entre pacientes naïve (3,97) y no naïve a antiTNF (5,07). Los niveles valle medios postinducción en pacientes sin respuesta (NR) fue 2,897, los de RP 4,57 y los de RC 4,87. A pesar de no haber diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,539$ ), los pacientes con NR presentaron niveles inferiores a los pacientes con RC. Considerando el punto de corte de  $3 \mu\text{g/ml}$ , sólo el 39,7% de los pacientes alcanzaron niveles terapéuticos en semana 14 (36,3% EC, 44,8% CU). Obtuvieron niveles terapéuticos el 33,3% de los pacientes con NR (33,3% en CD y CU), el 48% de los pacientes con PR (41,6% CD, 43,85% UC) y el 36,3% de los pacientes con CR (36,3% de CD y 40% de UC). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

**Conclusiones:** El nivel medio de CT-P13 en semana 14 fue de  $4,36 \mu\text{g/ml}$  sin diferencias entre CU y EC ni entre los pacientes naïve o no naïve a antiTNF. La asociación de inmunomoduladores no incrementó los niveles de CT-P13 postinducción en nuestra muestra. Hasta el 60,3% de los pacientes presentó niveles infraterapéuticos ( $< 3 \mu\text{g/ml}$ ) de CT-P13 postinducción. No se observaron diferencias significativas entre la presencia o no de niveles terapéuticos de CT-P13 y la r.

## 78. MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON TIOPURINAS MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE LA CONCENTRACIÓN DE SUS METABOLITOS

E. Sánchez Rodríguez<sup>a</sup>, A. López-Sanromán<sup>a</sup>, F. Mesonero Gismero<sup>a</sup>, R. Ríos León<sup>a</sup>, A. Flores de Miguel<sup>a</sup>, A. Guerrero García<sup>a</sup>, O. Pastor<sup>b</sup> y A. Albillos Martínez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Gastroenterología y Hepatología; <sup>b</sup>Servicio de Bioquímica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Introducción:** La monitorización del tratamiento con tiopurinas mediante la determinación de la concentración de sus metabolitos permite optimizar su uso.

**Objetivos:** Describir el empleo de dicho procedimiento en pacientes con EII en nuestra población.

**Métodos:** Serie de casos retrospectiva, obtenida en un hospital de tercer nivel, de pacientes con EII en tratamiento con tiopurinas, en los que se realizó por decisión del clínico una determinación de los metabolitos de dichos fármacos (6-tioguanina, 6-TGN y 6-metilmercaptapurina, 6-MMP) en sangre mediante cromatografía líquida

de alta eficacia (Laboratorios Cerba, Barcelona). Se recogieron y analizaron datos demográficos, clínicos y analíticos a través de su historia clínica.

**Resultados:** Sobre 690 pacientes expuestos a tiopurinas, se solicitó esta determinación en 16 casos (en el 2,31%, 13 hombres, de los cuales 8 padecían enfermedad de Crohn y 8 colitis ulcerosa). La edad media fue  $44,2 \pm 15,4$  años y el tiempo medio desde el diagnóstico  $124,13 \pm 75$  meses. La dosis media de AZA fue  $2,32 \pm 0,3$  mg/kg, mientras que la de 6-mercaptopurina fue  $1,2 \pm 0,1$  mg/kg. El motivo de solicitar esta determinación fue corticodependencia en un 23,5% de los casos y respuesta incompleta durante el mantenimiento (clínica o bioquímica) en un 76,5%. Los niveles medios de 6-TGN fueron  $280,56 \pm 162$  pmol/10<sup>8</sup>, mientras que los de 6-MMP fueron  $3.302,05 \pm 3.238$  pmol/10<sup>8</sup>. El 41,17% de las determinaciones de 6-TGN estaban en rango, el 11,78% por encima de rango y el 47,65% indicaban infradosificación. Los niveles de 6-MMP se encontraron en rango en un 82,35% de las determinaciones y por encima de rango en un 17,64%. Por tanto, el 41,18% de los casos estaban infradosificados (sospechándose falta de adhesión al tratamiento en un 14,28% de ellos), el 35,29% en rango, el 5,88% estaba sobredosificado, el 5,88% eran "shunters" (metabolismo vía TPMT, bajos niveles de 6-TGN y altos de 6-MMP), el 5,88% presentaba niveles en rango de hepatotoxicidad y el 5,88% restante metabolismo vía HGPRT (niveles altos de 6TGN y bajos de 6MMP). La actitud consecuente fue cambiar a biológico en un 23,52% de los casos, aumentar la dosis de tiopurinas en un 41,17%, asociar alopurinol a dosis bajas de tiopurinas en un 11,76%, añadir budesonida en un 5,88%, asociar mesalazina en un 5,88%, mantener mismo tratamiento en un 5,88% y disminuir la dosis en un 5,88%.

**Conclusiones:** La determinación de los metabolitos de tiopurinas podría ser utilizada como herramienta para valorar aquellos pacientes no respondedores antes de sustituir dichos fármacos por otros alternativos o asociarlos a ellos (biológicos por lo general), con el consiguiente aumento de toxicidad potencial y coste. Así, permitiría rescatar a aquellos que necesitan una mayor dosis de fármaco, aquellos que presentan una desviación en la ruta metabólica en los que se podría plantear una terapia con dosis bajas de tiopurinas asociadas a alopurinol o aquellos en los que los datos sugieran falta de adhesión al tratamiento.

## 79. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CT-P13, UN BIOSIMILAR DE INFLIXIMAB, EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

A. Elosua González<sup>a,b</sup>, D. Oyón Lara<sup>a,b</sup>, O. Nantes Castillejo<sup>a,b</sup>, M.A. Ogueta Fernández<sup>b,c</sup>, P. Gutiérrez Mendizábal<sup>b,d</sup>, M.C. Muñoz Villafranca<sup>b,d</sup>, L. Gómez Irwin<sup>b,e</sup>, A.I. Muñagorri Santos<sup>b,f</sup>, I. Rodríguez Lago<sup>b,g</sup> y C. Rodríguez Gutiérrez<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>b</sup>Grupo de Trabajo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal de la Sociedad Vasconavarra de Patología Digestiva. <sup>c</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Araba, Álava. <sup>d</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Basurto, Vizcaya. <sup>e</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Cruces, Vizcaya. <sup>f</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa. <sup>g</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya.

**Introducción:** Infliximab es un anticuerpo monoclonal anti-TNF $\alpha$ , que supuso un punto de inflexión en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Desde 2013 se dispone de CT-P13 (biosimilar de IFX) para todas sus indicaciones y debido a su menor coste su empleo se ha extendido como alternativa más eficiente.

**Objetivos:** Valorar en práctica clínica la eficacia y seguridad de CT-P13 en pacientes con EII.

**Métodos:** Estudio observacional, multicéntrico. Incluye adultos con EII tratados con CT-P13, exceptuando aquellos con indicación para prevención de la recurrencia. Pauta inicial: 5 mg/kg en semanas 0-2-6 y posteriormente cada 8. Se valoró la respuesta parcial (RP) y remisión clínica (RC) en la semana 14 (post-inducción), 38 y 54. En EC se consideró RP el descenso  $\geq 3$  puntos del Harvey-Bradshaw (HBI) y RC un HBI  $\leq 5$ . En la perianal: RP el cese de supuración de la mitad de las fístulas y RC el cese de todas. En CU: RP la disminución  $\geq 3$  puntos del índice de Mayo (MI) y RC un MI  $\leq 2$ . Se analizó la incidencia de efectos adversos (EA) y la necesidad de suspensión de CT-P13 por los mismos.

**Resultados:** Se incluyeron 83 pacientes de 5 centros, con edad media de  $47,4 \pm 13,7$  años, el 66,7% varones. Diagnosticados de EC 52 (62,7%): 23 L1, 12 L2 y 17 L3, 3 además L4. 21 con patrón inflamatorio, 12 estenosante, 19 fistulizante y 18 con perianal. Diagnosticados de CU 31 (37,3%), 1 E1, 7 E2 y 20 E3. El 96,4% había recibido tratamiento previamente: 80,7% corticoides, 83,1% inmunomoduladores (IMM) y 38,5% anti-TNF. La indicación de CT-P13 más frecuente fue fracaso al IMM (37: CU 15, EC 22), seguida de fracaso a biológicos (27: CU 9, EC 18). Un 59% recibió de inicio tratamiento combinado CT-P13/IMM. A fecha 20/11/2016 analizamos: 78 pacientes (47 EC, 31 CU) en semana 14: en CU presentaron el 32,2% RC, 41,9% RP y 22,6% no respuesta (NR); 1 paciente retiró CT-P13 por EA. En EC el 51% RC, 29,8% RP y 19,1% NR. No hubo diferencias entre CU y EC ( $p = 0,392$ ). 43 pacientes (28 EC, 15 CU) en semana 38: en CU mostraron 33,3% RC, 26,7% RP, 6,7% NR. El 6,7% había retirado CT-P13 por ineficaz y el 26,7% por EA. En EC fue de 53,6% de RC, 25% de RP y 10,7% NR. El 7,1% lo había retirado por ineficaz y el 3,6% por EA. No hubo diferencias entre CU y EC ( $p = 0,375$ ). 26 pacientes (19 EC, 7 CU) en semana 54: en CU exhibieron 42,8% RC, 14,3% RP. El 42,9% había retirado el fármaco por EA. En el grupo de EC 52,6% RC, 15,8% RP, 10,5% NR, 10,5% retirado por ineficaz y 10,5% por EA. No hubo diferencias entre CU y EC ( $p = 0,444$ ). 10 pacientes (12,5%) tuvieron EA: 5 reacciones infusionales, 2 hipersensibilidad tardía, 1 hipoglucemia grave, 1 LES inducido y 1 psoriasis. Se suspendió el fármaco en 9 (11,2%).

**Conclusiones:** CT-P13 es un fármaco con buen perfil de eficacia y seguridad en práctica clínica. No observamos diferencias significativas en la respuesta entre pacientes con EC y CU. Un 12,5% de los pacientes presentó EA, precisando la retirada del fármaco el 11,2%.

## 80. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO: ELECTROACUPUNTURA VS PROCEDIMIENTO SHAM PARA EL TRATAMIENTO DE LA FATIGA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL QUIESCENTE

D. Horta<sup>a</sup>, A. Lira<sup>a</sup>, M. Sánchez-Lloansi<sup>a</sup>, A. Villoria<sup>a,b,c</sup>, M. Teggiachi<sup>d</sup>, D. García-Rojo<sup>d</sup>, S. García-Molina<sup>e</sup>, M. Calatayud<sup>a</sup>, T. Torres<sup>a</sup> y X. Calvet<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell. <sup>b</sup>Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell. <sup>c</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). <sup>d</sup>Acupuntor colaborador; <sup>e</sup>Acupuntora colaboradora, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell.

**Introducción:** La fatiga es un síntoma frecuente en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y persiste a pesar de la remisión clínica. Puede asociarse a insomnio, ansiedad y depresión. La fatiga se puede evaluar objetivamente mediante la escala 'Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue' (FACIT-S). La acupuntura ha demostrado ser útil en el tratamiento de la fatiga en diferentes enfermedades crónicas. El objetivo principal del estudio fue evaluar la eficacia de la electroacupuntura (EAP) en el trata-

miento de la fatiga en pacientes con EII quiescente. Los objetivos secundarios fueron evaluar cambios en la calidad de vida, depresión, ansiedad y somnolencia después del tratamiento con electroacupuntura (NCT02733276).

**Métodos:** Los pacientes con EII quiescente y fatiga severa (FACIT-S < 40) fueron aleatorizados a EAP vs acupuntura Sham en un estudio simple ciego. Un tercer grupo fue aleatorizado a un grupo control en lista de espera. Los pacientes realizaron un total de 9 sesiones de acupuntura durante ocho semanas (2 sesiones/primer semana y una sesión por semana durante 7 semanas). Los pacientes completaron los cuestionarios para evaluar la fatiga (FACIT-S), la calidad de vida en la EII (IBDQ-9), la depresión (Beck Depression Inventory (BDI)), la ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)) y la somnolencia (Epworth Sleepiness Scale (ESS)) durante y después de los periodos de tratamiento.

**Resultados:** Cincuenta y dos pacientes fueron incluidos (edad media, 42 años; sexo femenino, 65,3%; Crohn 92,3%; fumadores 32,7%): 18 a EAP, 18 a Sham y 16 al grupo control. Las características basales de los diferentes grupos eran similares. Tanto el grupo de EAP como el grupo Sham mejoraron el FACIT-S score después de completar 9 sesiones de tratamiento: EAP -9,53 puntos, IC95% (-12,3 a -6,75, basal vs 9ª sesión  $p < 0,001$ ); Sham -5,46 puntos, IC95% (-9,7 a -2,7, basal vs 9ª sesión  $p = 0,003$ ). No se observaron cambios significativos en el grupo control -0,75 puntos, IC95% (-2,4 a 0,90, Basal vs 9ª sesión  $p = 0,339$ ). Encontramos una tendencia a una mejor respuesta en el grupo de EAP que en el grupo Sham, a pesar que la diferencia en el FACIT-S score no fue significativa 4,06 puntos, IC95% (-0,77 a 8,9, basal vs 9ª sesión  $p = 0,09$ ). La electroacupuntura también mejoró los scores de los cuestionarios IBDQ-9 -2,28 puntos, IC95% (23,6 a 36,1 basal vs 9ª sesión,  $p < 0,001$ ); BDI 5,35 puntos, IC95% (3,1 a 5,3, basal vs 9ª sesión  $p < 0,001$ ) y HAM-A 6,5 puntos, IC95% (3,74 a 9,25, basal vs 9ª sesión  $p < 0,001$ ); pero no del ESS 1,07 puntos, IC95% (-0,02 a 2,16, basal vs 9ª sesión  $p = 0,055$ ). Sin embargo, la diferencia de las medias en los scores del IBDQ-9, BDI, HAM-A y ESS entre el grupo EAP, el grupo sham y el grupo control no fueron significativas ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** Tanto la electroacupuntura como la acupuntura sham dirigidas son efectivas en el manejo de la fatiga en pacientes con EII quiescente.

## 81. NIVELES VALLE DE INFLIXIMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO: ¿SE DEBEN REDEFINIR LOS NIVELES TERAPÉUTICOS BASADOS EN LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA?

F. Cañete<sup>a</sup>, T. Lobatón<sup>a</sup>, A. Teniente<sup>b</sup>, E. Cabré<sup>a,c</sup>, M. Mañosa<sup>a,c</sup>, E. Martínez-Cáceres<sup>b</sup> y E. Domènech<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Inmunología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. <sup>c</sup>CIBEREHD.

**Introducción:** Los niveles valle de infliximab (NVI) se han propuesto como una herramienta prometedora en el manejo de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sin embargo, el rango terapéutico óptimo en la práctica clínica habitual todavía está en discusión y puede variar en función de algunos factores tales como la actividad inflamatoria.

**Métodos:** Estudio observacional en el que se incluyeron prospectivamente pacientes con EII en tratamiento de mantenimiento con infliximab (IFX) entre junio de 2015 y junio de 2016. Se registraron datos demográficos, clínicos y biológicos incluyendo niveles de proteína C reactiva (PCR) del mismo día de la infusión. Los NVI se midieron justo antes de la infusión, considerándose como niveles intraterapéuticos valores  $< 3$  ug/ml. Los objetivos fueron describir

los NVI en práctica clínica habitual e identificar aquellos factores asociados con niveles considerados infraterapéuticos.

**Resultados:** Se analizaron un total de 235 infusiones de 77 pacientes (76% con enfermedad de Crohn). La mediana (IIQ) del tiempo de la enfermedad y de la duración del tratamiento con IFX fueron de 10 años (5-18) y 23 meses (7-61), respectivamente. Del total de pacientes, 44% tenían cirugía abdominal previa, 88% recibían tratamiento concomitante con inmunosupresores y un 35% presentaban enfermedad perianal. La mediana (IIQ) de los NVI y de PCR fueron 0 ug/ml (0-1) y 3,1 mg/ml (1,5-6,1), respectivamente. A pesar de que el 61% de los pacientes se hallaban en remisión clínico-biológica, un 66% presentaron NVI infraterapéuticos. A pesar de ello, durante el seguimiento, la pérdida de respuesta (definida como recaída clínica y/o PCR  $\geq$  5 mg/dl) ocurrió en el 28% de los casos. En el análisis univariante, estar en un intervalo de administración estándar u optimizado, la presencia de actividad clínica y/o biológica, y el tabaquismo activo se asociaron con NVI infraterapéuticos. En el análisis multivariante, la presencia de actividad clínica y/o biológica y el tabaquismo activo constituyeron factores de riesgo independientes para niveles infraterapéuticos. Al analizar sólo a los pacientes en remisión clínico-biológica y excluyendo a aquellos intensificados, la proporción de pacientes con NVI infraterapéuticos siguió siendo elevada (56%) y el tabaquismo siguió siendo un factor de riesgo.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, más de la mitad de los pacientes con EI en tratamiento de mantenimiento con IFX presentaron niveles infraterapéuticos, según la definición convencional. La actividad clínica y/o biológica y el tabaquismo activo fueron factores de riesgo independientes para NVI  $<$  3 ug/ml. Esto pone de manifiesto, el fuerte impacto de la actividad inflamatoria en los NVI y la necesidad de redefinir el rango terapéutico de los mismos, probablemente hacia un método más personalizado basado en la situación clínica del paciente, tomando en cuenta el grado de actividad inflamatoria.

## 82. IMPACTO DEL ESTRÉS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA (EIIC). EFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL

P. Bernabéu Juan<sup>a</sup>, N. Buades Ayala<sup>a</sup>, M. Alonso Gascón<sup>a</sup>, C. Van-Der Hofstadt Román<sup>a</sup>, A. Gutiérrez Casbas<sup>b,c</sup>, L. Sempere Robles<sup>b</sup>, J. Rodríguez Marín<sup>a</sup> y R. Jover Martínez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Psicología Clínica; <sup>b</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital General Universitario, Alicante. <sup>c</sup>CIEBEREHD, Instituto Carlos III, Madrid.

**Introducción:** El estrés, la ansiedad y la depresión se han identificado como factores que influyen en el desarrollo y curso de la EIIC.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de un programa de intervención psicológica grupal en el curso y calidad de vida de los pacientes con EIIC.

**Métodos:** Se incluyeron un total de 114 pacientes con EIIC (78 EC y 36 CU). Todos los pacientes habían presentado un brote de actividad en los últimos 18 meses. Los pacientes fueron evaluados basalmente mediante: la escala de estrés percibido (PSS), escala de estrés por la enfermedad (EAE); escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) y el cuestionario de calidad de vida (IBDQ). La actividad de la EIIC fue medida mediante los índices de Mayo (CU) y CDAI (EC). Los pacientes se aleatorizaron a recibir o no una intervención cognitiva y de comportamiento consistente en 8 sesiones de 90 minutos. Tras la intervención los pacientes y controles fueron reevaluados (2 meses tras la evaluación basal) usando las mismas escalas. La t de Student se usó para comparar muestras pareadas.

**Resultados:** Cincuenta y ocho pacientes se asignaron al grupo intervención y 56 al control. La edad media fue de 43,41 años (DE 11,842). No hubo diferencias en el CDAI, índice de Mayo, escalas de

estrés, HAD o IBDQ basales entre ambos grupos. Tras la intervención hubo una mejoría significativa del PSS ( $p = 0,001$ ), EAE ( $p = 0,0001$ ), ansiedad ( $p = 0,006$ ), depresión ( $p = 0,008$ ) y IBDQ ( $p = 0,01$ ), especialmente en sus dimensiones social y emocional ( $p = 0,002$ ) en el grupo intervención. El grupo control solo presentó mejoría marginal en EAE ( $p = 0,04$ ), ansiedad ( $p = 0,01$ ) y depresión ( $p = 0,03$ ) sin mejoría en IBDQ y PSS. No hubo diferencias en el índice de Mayo y CDAI entre la evaluación basal y la posterior en ambos grupos.

**Conclusiones:** La intervención psicológica grupal se asoció a mejoría en las escalas de estrés, ansiedad, depresión y calidad de vida en los pacientes con EIIC.

## 83. LAS CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS PREDICEN LA NECESIDAD DE ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS A LOS AMINOSALICILATOS COMO TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA

D. Martí Aguado<sup>a</sup>, M.P. Ballester<sup>a</sup>, J. Feltrer<sup>b</sup>, P. Navarro Cortés<sup>a</sup>, M.M. Bosca Watts<sup>a</sup>, J. Tosca i Cquerella<sup>a</sup>, F. Mora<sup>a</sup> y M. Mínguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia.

<sup>b</sup>Universidad de Valencia.

**Introducción:** El tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) pretende alcanzar y mantener la remisión libre de esteroides. Los aminosalicilatos (5-ASA) suponen una opción como tratamiento de mantenimiento, siendo considerados eficaces cuando los pacientes no precisan de fármacos inmunosupresores, biológicos o procedimientos quirúrgicos en el curso de su enfermedad. La hipótesis principal de este trabajo es predecir, mediante variables fenotípicas, la necesidad de terapia adyuvante a los 5-ASA para el mantenimiento de la remisión en estos pacientes.

**Objetivos:** Evaluar, analizar y cuantificar el impacto de las diferencias fenotípicas entre pacientes con 5-ASA en monoterapia versus con terapia adyuvante; y predecir los resultados de la terapia de mantenimiento mediante sus características fenotípicas.

**Métodos:** Estudio analítico de cohortes, observacional, retrospectivo, de una serie de 627 pacientes con CU en tratamiento de mantenimiento con 5-ASA (registro ENEIDA). Se analizó la expresión fenotípica en el momento del diagnóstico (edad, sexo, clasificación de Montreal, antecedentes familiares, consumo de AINES, tabaco) y a lo largo del curso evolutivo de la enfermedad (complicaciones, manifestaciones extraintestinales, duración del seguimiento, cáncer colorrectal (CCR), ingresos y mortalidad asociados a la CU). Para el análisis estadístico se utilizó el test de chi-cuadrado, U de Mann-Whitney, y un análisis multivariante (test de regresión logística) para predecir el efecto de las distintas variables del estudio en los resultados de la terapia de mantenimiento.

**Resultados:** La media de edad al diagnóstico fue 38 ( $\pm$  16) años y la mediana de seguimiento 6 años ( $\pm$  6), siendo el 56% hombres y el 44% mujeres. El tratamiento de mantenimiento con 5-ASA en monoterapia fue eficaz en el 64% de casos. Estos pacientes presentaron una edad superior al diagnóstico (40  $\pm$  16 vs 36  $\pm$  16;  $p = 0,01$ ) y una duración de seguimiento más corta (5  $\pm$  3 vs 6  $\pm$  3;  $p = 0,006$ ). Al diagnóstico, el grupo de terapia adyuvante mostró un mayor riesgo de padecer CU extensa (OR = 1,8,  $p = 0,001$ ), historia familiar de CCR (OR = 2,5,  $p = 0,04$ ), y una mayor tendencia a ser hombres (52% vs 60,3%,  $p = 0,056$ ). Con el curso de la enfermedad, el grupo de terapia adyuvante mostró un mayor riesgo de padecer complicaciones (principalmente a expensas de megacolon tóxico OR = 23,  $p = 0,00$ ), manifestaciones extraintestinales (principalmente a expensas de artropatía periférica OR = 2,3;  $p = 0,00$ ), CRC (OR = 2,5;  $p = 0,04$ ) y hospitalizaciones (OR = 6,5;  $p = 0,012$ ). Las variables independientes incluidas en el modelo multivariante alcanzaron una capacidad predictiva del 71% empleando edad al diagnóstico, CU extensa, manifestaciones extraintestinales, complicaciones, CCR e ingresos.

**Conclusiones:** Las variables fenotípicas son capaces de predecir la necesidad del tratamiento adyuvante, además del 5-ASA, para el mantenimiento de la remisión en la CU.

#### 84. ¿DEBE CAMBIARSE EL PUNTO DE CORTE DEL RECUENTO DE LINFOCITOS INTRAEPITELIALES (LIES) PARA DEFINIR LA ENTERITIS LINFOCÍTICA?

B. Arau<sup>a</sup>, M. Rosinach<sup>a,b</sup>, A. Carrasco<sup>a,b</sup>, R. García-Puig<sup>b,c</sup>, J. Vidal<sup>d</sup>, C. González<sup>e</sup>, L. Ruiz<sup>a</sup>, M. Esteve<sup>a,b</sup> y F. Fernández-Bañares<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Universitari Mútua Terrassa.

<sup>b</sup>Centro de Investigación Biomédica en red (CIBERhed).

<sup>c</sup>Servicio de Pediatría, Hospital Universitari Mútua Terrassa.

<sup>d</sup>CATLAB, Viladecavalls. <sup>e</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Mútua Terrassa.

**Introducción:** El punto de corte para definir enteritis linfocítica (EL) se ha establecido en 25% LIEs a pesar de que hay autores que defienden un punto de corte de 18%. Alrededor del 30% de los pacientes con EL (LIEs > 25%) presentan linfograma celiaco, lo que se ha denominado "celiac-lite" o "celiaquía menor". Estos pacientes pueden presentar la misma clínica que la celiaquía con atrofia y buena respuesta a la dieta sin gluten.

**Objetivos:** Estudiar la presencia del linfograma celiaco y la respuesta a la dieta sin gluten en pacientes con clínica del espectro celiaco, HLA-DQ2/8+ y una biopsia intestinal sin atrofia con un recuento de LIEs entre 18-24%.

**Métodos:** Entre 2010 y 2016 se realizaron 1117 biopsias duodenales diagnósticas para el estudio de pacientes con sospecha de enfermedad celiaca. Se realizó rutinariamente estudio histológico y del linfograma intraepitelial por citometría. Se definió linfograma celiaco como un aumento del porcentaje de linfocitos T CD3+TCR $\gamma$ madelta+.

**Resultados:** Se detectaron 188 pacientes con LIEs entre 18 y 24% (edad, 37  $\pm$  1.4 años; 71% mujeres), 61 (32%) de los cuales presentaron un linfograma celiaco. Se inició una DSG en 21/61 consiguiendo una respuesta clínica en 14 (67%) (7/14 con respuesta serológica y/o histológica y 7/14 con histología no valorada). En 35/61 pacientes no se inició dieta sin gluten a pesar de que 7 presentaban anti-tTG+ (5 con valores entre 2 y 8 U/ml) y 2 con valores > 20 U/ml. Uno de ellos con anti-tTG = 7 desarrolló atrofia durante el seguimiento.

**Conclusiones:** Un tercio de los pacientes con LIEs entre 18 y 24% presentan linfograma celiaco, igual que aquellos con LIEs > 25%. La respuesta a la dieta sin gluten en estos pacientes parece ser buena, por lo que pueden beneficiarse de la dieta sin gluten igual que los pacientes con LIEs > 25%. El efecto de la dieta sin gluten en estos pacientes debe ser evaluado en series prospectivas más extensas.

#### 85. PREDICTORES DE RESPUESTA AL ANTITNF- $\alpha$ EN EL BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA CORTICORRESISTENTE

M.P. Ballester, D. Martí, D. Veiga, J. Tosca, M.M. Boscá, P. Navarro, F. Mora y M. Mínguez

Hospital Clínico y Universitario de Valencia.

**Introducción:** Los corticoides intravenosos constituyen el tratamiento de primera línea del brote grave de colitis ulcerosa (CU). Alrededor del 30% de los pacientes presentan corticorresistencia, requiriendo antiTNF- $\alpha$  o ciclosporina y en última instancia colectomía.

**Objetivos:** Evaluar la utilidad del antiTNF- $\alpha$  en el brote grave corticorresistente (BGCR) de CU. Analizar las características fenotípicas y los tratamientos previos al grave como factores predictores de respuesta al antiTNF- $\alpha$ .

**Métodos:** Estudio analítico, observacional, retrospectivo, de pacientes con CU y BGCR tratados con antiTNF- $\alpha$  en el Hospital Clínico de Valencia (incluidos en el registro ENEIDA). Se evalúa: grado de actividad en el brote (Mayo total) y respuesta clínica (Mayo parcial), necesidad de rescate con ciclosporina o cirugía, efectos adversos al antiTNF- $\alpha$ , días de ingreso y tiempo de seguimiento tras el brote sin precisar cirugía. Se analizan las características fenotípicas: sexo, edad al diagnóstico, edad en el brote, tiempo de evolución, antecedentes familiares, tabaquismo, consumo de AINEs, extensión de la enfermedad (Montreal) y manifestaciones extraintestinales (MEI); y la utilización de tratamientos previos al brote: mesalazina (5-ASA), inmunomoduladores (IMM) y biológicos (BG); en función de la respuesta clínica al antiTNF- $\alpha$  y del tipo de rescate.

**Resultados:** La cohorte incluyó 21 pacientes (9 hombres y 12 mujeres). La media de edad al diagnóstico fue de 39 años y en el brote de 43 años, presentando el 48% un tiempo de evolución menor a 1 año en el brote. Ningún paciente tenía antecedentes, el 24% fumaban y el 29% tomaban AINEs. Todos mostraron pancolitis (E3) y el 33% tenía MEI. Durante el curso de la enfermedad, el 90.5% habían recibido algún tratamiento (todos 5-ASA, el 63% IMM y el 11% BG), siendo en el 9.5% la forma de debut. El índice de Mayo en el brote mostró un score endoscópico de 3 en el 86% de los casos y de 2 en el 14%; presentando todos los pacientes un Mayo total entre 9 y 12 puntos. El 86% presentaron respuesta clínica al antiTNF- $\alpha$  con un Mayo parcial menor de 3 tras la resolución del brote. De los no respondedores un paciente se intervino de urgencia y dos recibieron ciclosporina, uno con éxito y otro precisando cirugía de rescate. De los respondedores un paciente requirió cirugía diferida. El 23% presentaron efectos adversos, con retirada en 3 casos. La media de ingreso fue de 14 días. 18 pacientes no han precisado colectomía tras una media de 3 años de seguimiento. Ninguna característica fenotípica ni los tratamientos previos al brote mostraron diferencias significativas al ser comparados en función de la respuesta al antiTNF- $\alpha$ .

**Conclusiones:** El antiTNF- $\alpha$  es un tratamiento eficaz en el BGCR de CU con una tasa de respuesta superior al 85%, disminuyendo la necesidad de colectomía a largo plazo. No se han encontrado factores fenotípicos ni de tratamiento predictivos de respuesta al antiTNF- $\alpha$ . Estudios con una mayor muestra podrían aportar nuevos datos.

#### 86. INFLUENCIA DE LA CURACIÓN HISTOLÓGICA EN EL RIESGO DE RECIDIVA A LARGO PLAZO TRAS RETIRADA DE BIOLÓGICOS POR CURACIÓN MUCOSA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

E. Leo Carnerero, M. Sáenz Gallo, J.M. García Ortiz, M.D. de la Cruz Ramírez, C. Trigo Salado, J.L. Márquez Galán, J.M. Bozada García y J.M. Herrera Justiniano

UGC Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Objetivos:** Conocer el riesgo de recidiva y necesidad de reiniciar tratamiento biológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que lo suspenden tras comprobar curación mucosa (CM), con especial atención a aquellos en los que se consigue curación histológica.

**Métodos:** Estudio retrospectivo que incluye 100 pacientes con EII (70 enfermedad de Crohn, 28 colitis ulcerosa y 2 no clasificable) a los que se retira tratamiento biológico entre junio de 2.009 y mayo de 2.016 tras demostrar CM. Recogemos características de EII, tratamiento biológico que consigue CM, datos analíticos e histológicos a la retirada, así como los tratamientos para la EII realizados y la necesidad de intensificación del biológico en algún momento. Analizamos riesgo de recidiva tras la suspensión y necesidad de reiniciar el tratamiento biológico, además de la respuesta al mismo. Definimos curación histológica como la ausencia de infiltrado infla-

matorio en la biopsia de la mucosa previamente patológica (mucosa normal o enfermedad quiescente).

**Resultados:** Se iniciaron biológicos (61 infliximab, 37 adalimumab) tras fracaso de inmunomodulador (IS) en 65 casos, siendo la indicación la corticodependencia en 66 y corticorrefractoriedad en 32. El tratamiento biológico fue retirado por CM, habiendo precisado 8 pacientes en algún momento intensificación. Tras la retirada 83 pacientes siguen con IS. Tras la retirada recidivan 41 pacientes (seguimiento medio 25 meses); 34 precisan reintroducir biológicos consiguiendo respuesta en 28 (82%). El riesgo de retratamiento a los 12, 24 y 36 meses es del 21%, 42% y 48% respectivamente sin diferencias entre enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. En 80 pacientes se toman biopsias en el momento de la colonoscopia, en 17 existen datos de actividad histológica y en 63 de enfermedad quiescente. En los pacientes histológicamente inactivos el riesgo de recidiva es inferior a los activos sin alcanzar significación (38,1% vs 47,1%, RR 1,44 [IC95% 0,49-4,25] p 0,5), al igual que el riesgo de requerir reinicio de los biológicos (31,7% vs 41,2%, RR 1,50 [IC95% 0,50-4,53] p 0,5). En el análisis multivariante sólo el fallo previo a IS y la intensificación del biológico en algún momento predicen recidiva y necesidad de reinicio de biológicos (esto último sin alcanzar significación: p 0,07 y 0,05 respectivamente).

**Conclusiones:** La mitad de los pacientes precisan reintroducir la terapia biológica a largo plazo tras la retirada por CM, con buena respuesta en más del 80% de los casos. En los pacientes en los que fracasó el tratamiento IS previo al biológico y los que necesitaron intensificar el biológico para conseguir la CM el riesgo de recidiva es superior, si bien la buena respuesta a la reintroducción nos permitiría ensayar la retirada. La curación histológica no se asocia a mejor pronóstico.

## 87. MEGACOLON EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. RESPUESTA A INFLIXIMAB

M.P. Silva Ruiz<sup>a</sup>, E. Leo Carnerero<sup>b</sup>, Y. Sánchez Torrijos<sup>b</sup> y C. Trigo Salado<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Quirón Sagrado Corazón, Sevilla.

<sup>b</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** El megacolon es una dilatación aguda no obstructiva del colon, acompañada de signos de toxicidad sistémica, que aparece como consecuencia de una inflamación grave del mismo, siendo una complicación más frecuente en la colitis ulcerosa (5-10%) que en la enfermedad de Crohn (2-4%). El tratamiento es inicialmente médico bajo una estrecha monitorización, ya que constituye una enfermedad grave con altas probabilidades quirúrgicas.

**Objetivos:** Conocer la eficacia de infliximab (IFX) en los brotes de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) asociada a megacolon (MC) ante la falta de respuesta al tratamiento convencional.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de los casos de MC presentados en nuestro servicio desde 2007 hasta la actualidad que precisaron rescate con IFX. Analizamos respuesta a corto -brote agudo- y largo plazo, considerando que es eficaz si existe mejoría clínica sin cambio a otro tratamiento o cirugía. Recogemos datos demográficos, fenotipo EII, tratamientos realizados, tiempo desde el inicio de los síntomas del brote actual, demora del tratamiento con IFX, datos de toxicidad sistémica, tratamientos posteriores y necesidad de colectomía.

**Resultados:** Incluimos 10 pacientes (6 colitis ulcerosa y 4 enfermedad de Crohn) con una mediana de tiempo de evolución de EII de 2 meses al desarrollo de MC: cinco en brote de debut. Los síntomas al diagnóstico del MC tienen una duración de 42,5 días, superior entre los pacientes aún no diagnosticados de EII. Tres presentan datos de toxicidad sistémica. El tratamiento con IFX se inicia tras una mediana de 2,5 días desde que se detecta MC. Se detecta CMV en 1 de los 6 casos en los que se analiza, finalmente precisa

colectomía. Durante el ingreso son intervenidos 2 pacientes (20%), a los 32 y 41 días del MC, por mala evolución de EII pese a resolución del MC, en ambos casos colitis ulcerosa. Tras la inducción con IFX, en 3/8 pacientes no intervenidos se usa como puente a azatioprina y en 5 se deja de mantenimiento. Tras un seguimiento mediano de 32,5 meses es intervenida otra paciente por complicaciones de la EII. Ningún paciente con EC es intervenido en la fase aguda, frente a 2/6 con colitis ulcerosa (33%). De los 3 pacientes con toxicidad sistémica, 1 es intervenido (33%), frente a 1/7 casos sin toxicidad (14%). Los dos pacientes intervenidos en la fase aguda iniciaron IFX a los 37 días de iniciar síntomas y a los 1 y 3 días de desarrollar MC.

**Conclusiones:** El MC ocurre con frecuencia en EII de debut. IFX evitan la colectomía a corto plazo en el 80% de los casos si se usa precozmente, aunque en los pacientes operados en nuestra serie no se produce retraso en la toma de decisiones terapéuticas. El mantenimiento a largo plazo con IFX o su uso como puente a azatioprina evita la colectomía en la mayoría de los pacientes que superan el brote inicial.

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

M. Chaparro<sup>a</sup>, M. Barreiro-De Acosta<sup>b</sup>, A. Echarri<sup>c</sup>, R. Almendros<sup>d</sup>, J. Barrio<sup>e</sup>, J. Llaó<sup>f</sup>, F. Gomollón<sup>g</sup>, M. Vera<sup>h</sup>, J.L. Cabriada<sup>i</sup>, J. Guardiola<sup>j</sup>, I. Guerra<sup>k</sup>, B. Beltrán<sup>l</sup>, O. Roncero<sup>m</sup>, D. Busquets<sup>n</sup>, C. Taxonera<sup>ñ</sup>, X. Calvet<sup>o</sup>, R. Ferreiro<sup>b</sup>, V. Ollero Pena<sup>c</sup>, M.G. Donday<sup>a</sup>, A. Garre<sup>a</sup>, A. Godino<sup>p</sup>, A. Díaz<sup>p</sup> y J.P. Gisbert<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, Madrid. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. <sup>c</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, A Coruña. <sup>d</sup>Servicio de Farmacia; <sup>e</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>f</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>g</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, IIS Aragón y CIBERehd, Zaragoza. <sup>h</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. <sup>i</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya. <sup>j</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, Barcelona. <sup>k</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. <sup>l</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari La Fe, Valencia. <sup>m</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario la Mancha Centro, Ciudad Real. <sup>n</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona. <sup>ñ</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>o</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Corporació Sanitària Parc Taulí y CIBERehd, Sabadell. <sup>p</sup>Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, Madrid.

**Objetivos:** Conocer la capacidad de los niveles valle séricos de anti-TNF para la predicción de CM en los pacientes con EII y determinar el mejor punto de corte de dichos niveles.

**Métodos:** Estudio multicéntrico prospectivo. Se incluyeron pacientes con EII en tratamiento con fármacos anti-TNF durante al menos 6 meses, que se sometieron a una endoscopia por indicación clínica. La presencia de CM se definió como una puntuación en el Simplified Endoscopic Score para la enfermedad de Crohn (SES-CD) < 3, una puntuación en el índice de Rutgeerts < i2 o una puntuación en el subíndice endoscópico de Mayo < 2. Las concentraciones valle séricas de anti-TNF se midieron mediante SMART ELISA (Sanquin Reagents, Amsterdam, Holanda). La recogida de datos se realizó en la plataforma AEG-REDcap.

**Resultados:** Se incluyeron 182 pacientes. El 52% de los pacientes recibía tratamiento con adalimumab (ADA) y el 48% con infliximab (IFX). La mediana de los niveles valle séricos de IFX fue significativamente más alta en los pacientes con CM que en aquellos que no la presentaban (4,8 vs 3  $\mu\text{g}/\text{mL}$ ,  $p = 0,04$ ). La media de los niveles valle séricos de ADA fue más alta en los pacientes con CM (9,8 vs 6,6  $\mu\text{g}/\text{mL}$ ,  $p = 0,04$ ). Tener niveles valle séricos de fármaco anti-TNF por encima de los puntos de corte previamente establecidos (3,4  $\mu\text{g}/\text{mL}$  para IFX y 7,2  $\mu\text{g}/\text{mL}$  para ADA) y tener colitis ulcerosa (en lugar de enfermedad de Crohn) se asociaron con una mayor probabilidad de presentar CM (OR = 3,1, IC95% = 1,5-6,5; y OR = 4, IC95% = 1,7-9,5, respectivamente). Además, haber requerido intensificar el tratamiento con el fármaco anti-TNF analizado (OR = 0,2, IC95% = 0,08-0,45) y ser fumador (OR = 0,2, IC95% = 0,09-0,52) se asociaron con una menor probabilidad de presentar CM.

Capacidad de los niveles valle séricos de anti-TNF para predecir CM en los pacientes con EII

Anti-TNF	ABC	Mejor punto de corte	S	E	VPP	VPN
IFX	0,63	3,4	60%	60%	73%	42%
ADA	0,60	7,2	65%	56%	46%	72%

IFX: infliximab; ADA: adalimumab; ABC: área bajo la curva ROC; S: sensibilidad; E: especificidad; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo.

**Conclusiones:** Existe una asociación entre los niveles valle séricos de fármaco anti-TNF y la presencia de CM en los pacientes con EII. Sin embargo, la capacidad de la determinación de los niveles de anti-TNF para predecir CM es subóptima.

## 89. LA CROMOENDOSCOPIA VIRTUAL CON I-SCAN COMO TÉCNICA DE CRIBADO DE DISPLASIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) DE LARGA EVOLUCIÓN

A. López-Serrano<sup>a</sup>, A. Pascual<sup>a</sup>, J.M. Paredes<sup>a</sup>, A. Polanco<sup>a</sup>, C. García<sup>a</sup>, J. Hervás<sup>a</sup>, C. Amurrio<sup>a</sup>, M.J. Suárez<sup>a</sup>, M. Barrachina<sup>a</sup> y E. Moreno-Osset<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia. <sup>b</sup>Universitat de Valencia.

**Introducción:** La cromoendoscopia (CE) convencional es la técnica de elección para el cribado de displasias colónicas en la EII de larga evolución. En este contexto, no existen estudios que evalúen la utilidad de la CE virtual.

**Objetivos:** Valorar la eficacia de CE virtual mediante el uso de i-Scan en la detección y caracterización de displasias de colon en pacientes con EII de larga evolución.

**Métodos:** Estudio de casos-controles prospectivo en el que se incluyeron pacientes con EII de larga evolución (> 7 años) desde enero de 2013 hasta septiembre de 2016. Se evaluó el colon con endoscopios de alta definición EC390LI en combinación con videoprocesador de alta definición Pentax EPK-i7000 (Pentax, Tokio, Japón): en los controles se practicó una CE con índigo carmín 0,4% y en los casos una CE virtual (i-Scan modos 1 y 3 combinados). Se registraron los tiempos de exploración y las lesiones detectadas.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio un total de 66 pacientes: 34 (51,5%) mujeres; edad media (DE): 48,2 (13,0) años; mediana (IQR) de duración de la enfermedad: 15 (13-21) años; colitis ulcerosa, 54 (81,8%); pancolitis, 39 (59,1%); tabaquismo, 52 (78,8%); y

alto riesgo de CCR, 59 (89,4%) pacientes. Se detectaron 6 (13,6%) displasias (1 cáncer, 1 displasia de alto grado, 4 displasias de grado bajo) y 38 (86,4%) lesiones no displásicas. No hubo diferencias significativas en cuanto al número de lesiones detectadas (displásicas o no) entre la CE convencional y la CE virtual. Los tiempos de intubación y de retirada del endoscopio en la CE convencional fueron mayores que en la CE virtual (media, 5' vs 3' y 15' vs 11', respectivamente;  $p < 0,001$ , test t-Student).

**Conclusiones:** La CE virtual con i-Scan y la CE convencional presentan un rendimiento diagnóstico similar en la detección de displasias colónicas en pacientes con EII de larga evolución. Sin embargo, la CE virtual con i-Scan es una técnica que consume un menor tiempo de exploración.

## 90. PSICOFÁRMACOS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

M. Mora Escrig, E. Hinojosa del Valle, N. Maroto, I. Ferrer Bradley y J. Hinojosa del Val

Hospital de Manises.

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal es un trastorno crónico que cursa a brotes pudiendo afectar a la calidad de vida de los pacientes. El estrés mantenido afecta a la función protectora de la mucosa intestinal. Los pacientes con EII han demostrado presentar una incidencia aumentada de trastornos ansioso-depresivos que pueden afectar al curso de su enfermedad.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de uso de antidepresivos y ansiolíticos en una cohorte de pacientes con EII, así como valorar posibles factores relacionados con el uso de los mismos.

**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo en el que se incluyeron un total de 350 pacientes extraídos de forma aleatoria de nuestra base de datos de EII (ENEIDA). Se estudió la frecuencia de uso psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos) durante el último año de evolución para cada paciente.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 350 pacientes de los cuales 117 (33%) llevaban tratamiento con antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y/o combinación de estos. Edad: 44 años (rango: 16-89 años). Tiempo evolución de la enfermedad: 13 años (rango: 1-47 años). Sexo: 44% hombres/56% mujeres. 53% de pacientes EC, 38% de pacientes con CU, y 9% colitis indeterminadas. El 32% de los pacientes comenzó el tratamiento este último año. El 39% de los pacientes con psicofármacos había sido intervenido. Un 36% presentaba enfermedad perianal asociada. Un alto porcentaje de los 117 pacientes llevaban tratamiento combinado con varios fármacos. Los antidepresivos más utilizados fueron los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Distribución del uso de psicofármacos	Total de 117	Tratamiento único	Tratamiento combinado
Benzodiazepinas	81	41 (51%)	40 (49%)
Antidepresivos	48	13 (27%)	35 (73%)
Hipnóticos	33	20 (61%)	13 (39%)

**Conclusiones:** A pesar de ser un estudio observacional con una N reducida destaca que un alto porcentaje de pacientes con EII lleva tratamiento con fármacos psicoactivos, siendo frecuente la combinación de estos. El uso de psicofármacos es más frecuente en los pacientes intervenidos y en los afectados de enfermedad perianal.

## 91. REPLICACIÓN DEL VEB EN PACIENTES CON EII HOSPITALIZADOS

B. Antolín<sup>a</sup>, E. Berroa<sup>b</sup>, A. Macho Conesa<sup>a</sup>, S. Rojo<sup>c</sup> y L. Fernández-Salazar<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Virgen de la Peña. Fuerteventura. <sup>c</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción:** El VEB es responsable del desarrollo de enfermedades linfoproliferativas y su replicación en sangre se describe en receptores de injerto de médula ósea y renal. También se ha descrito en pacientes con EII en tratamiento con biológicos.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia con la que se reactiva el VEB en pacientes que son hospitalizados a causa de una EII y los factores que pueden asociarse a esta reactivación.

**Métodos:** Se analizó la presencia de VEB en sangre total, plasma y suero mediante EB-V R-gene Lightcycler en 34 pacientes con EII e IgGVEB+ hospitalizados. Catorce eran mujeres y 20 hombres. Once padecían CU y 23 padecían EC. El motivo de la hospitalización era por brote de actividad o sospecha de complicación. Se analizaron factores como diagnóstico, edad, sexo, edad al diagnóstico, tiempo de evolución, tratamientos recibidos y actividad.

**Resultados:** En 3 de los 34 pacientes se comprobó una PCR de VEB positiva en sangre, plasma o suero. Los 3 pacientes eran hombres. Dos de ellos padecían una CU y uno una EC. La edad y la edad al diagnóstico fue mayor en estos pacientes que en el resto 69 (30) vs 45 (56),  $p = 0,078$  y 58 (34) vs 36 (61),  $p = 0,031$ . No hemos encontrado diferencias en el tiempo de evolución de la EII, PCR, tratamiento con corticoides, tratamiento con azatioprina o metotrexate. El tratamiento con anti-TNF $\alpha$  fue más frecuente en los pacientes con PCR+ (2/3 vs 7/31,  $p = 0,098$ ).

**Conclusiones:** La reactivación del VEB se comprueba en menos del 10% de los pacientes con EII que ingresan por brote o complicación. Se asocia a mayores edad y edad al diagnóstico. Parece más frecuente en hombres y en caso de tratamiento con anti-TNF $\alpha$ .

## 92. CARACTERIZACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ILEOCOLITIS RADIOLÓGICA DETECTADA EN PACIENTES SANOS CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO

H.C. Ferreira-Nossa, P.L. González-Cordero, P. Mata-Romero, P.P. Joya-Vázquez, D. Vara-Brenes, E. Martín-Noguerol, M. Hernández-Alonso y J. Molina-Infante

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

**Introducción:** Es frecuente proponer como principal diagnóstico diferencial la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ante los hallazgos de ileocolitis en una tomografía computarizada (TC) realizada por dolor abdominal agudo en pacientes sanos.

**Objetivos:** Determinar la categorización diagnóstica y evaluar factores predictores de EII en este subgrupo específico de pacientes.

**Métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico. Desde enero/2009 a diciembre/2016, se revisaron todos los informes de alta del servicio de Digestivo, con términos "ileítis" y/o "colitis" en la codificación diagnóstica. Se incluyeron todos los pacientes sanos previamente que acudieron a urgencias por dolor abdominal agudo con hallazgos de ileocolitis en TC que motivó ingreso hospitalario. Se excluyeron pacientes sin TC al ingreso y con diagnóstico previo de patología orgánica gastrointestinal, incluyendo la EII.

**Resultados:** Se incluyeron 43 pacientes (56% hombres, edad media 39 años, localización: 53% íleon terminal, 10% ileocólica, 37% colon sin afectación ileal). El 45% de los casos aconteció entre septiembre y diciembre. El tiempo medio de seguimiento en consultas fue 15 meses (0-74). 13 pacientes (29%) fueron diagnosticados finalmente

de EII y 6 pacientes (13%) de enterocolitis infecciosa (*Salmonella* sp., *Yersinia enterocolitica* y *Campilobacter jejuni*). 23 pacientes (52%) fueron dados de alta con normalización clínica y/o radiológica/endoscópica y 8 (17%) fueron diagnosticados de síndrome de intestino irritable postinfeccioso. La afectación exclusiva del íleon (76% vs 46%,  $p 0,06$ ), fiebre mayor de 38 °C (61% vs 33%,  $p 0,08$ ), diarrea (84% vs 46%,  $p 0,02$ ), PCR > 150 mg/L (46% vs 15%,  $p 0,04$ ) y anemia (46% vs 9%,  $p 0,01$ ) al ingreso fueron significativamente superiores en pacientes con diagnóstico final de EII. En el análisis multivariante, la presencia de diarrea al ingreso fue predictor independiente de diagnóstico de EII (OR 12,1; IC95% 1,2-137).

**Conclusiones:** Menos de un tercio de los pacientes previamente sanos con ileocolitis en TC realizado por dolor abdominal agudo son diagnosticados de EII. La mitad de estos cuadros clínicos acontecen entre septiembre y diciembre, son autolimitados y con estudios bacteriológicos negativos. La presencia de diarrea al ingreso fue predictor independiente de EII.

## 93. EFICACIA, SEGURIDAD E IMPACTO ECONÓMICO DEL SWITCH A BIOSIMILAR DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS A UN AÑO

G.E. Rodríguez González<sup>a</sup>, L. Díaz Hernández<sup>a</sup>, J.A. Morales Barrios<sup>b</sup>, M. Vela González<sup>a</sup>, C.A. Tardillo Marín<sup>a</sup>, M.M. Viña Romero<sup>b</sup>, C.Y. Rodríguez Díaz<sup>a</sup>, A. Hernández Camba<sup>a</sup>, L. Arranz Hernández<sup>a</sup>, F.J. Merino Alonso<sup>b</sup> y F. Pérez Hernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Farmacia, Hospital Nuestra Sra. Candelaria, Tenerife.

**Introducción:** El primer biosimilar (BS) de infliximab (IFX) fue aprobado para las mismas indicaciones que el biológico de referencia. Tras su comercialización disponemos de resultados de eficacia y seguridad en enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sin embargo, los datos sobre el switch a BS aun son limitados. Además, se precisan de estudios de impacto económico en práctica clínica.

**Objetivos:** (1) Evaluar la eficacia y seguridad del switch a BS de IFX en pacientes con EII en condiciones de práctica clínica; y (2) analizar el impacto económico de esta estrategia.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyen todos los pacientes de las consultas monográficas de EII en tratamiento de mantenimiento con IFX en el momento de la introducción del BS en nuestro hospital. Se analizó la actividad clínica de los pacientes en el momento del cambio a BS, a los 6 y 12 meses mediante los índices de Harvey Bradshaw para enfermedad de Crohn (EC) y de Mayo parcial para colitis ulcerosa (CU). Se registraron efectos adversos, brotes, intensificaciones o retirada del tratamiento. Se calculó la cantidad total en miligramos de IFX administrada por paciente y se estableció el precio de miligramo de fármaco en base al precio de venta del laboratorio del vial tanto de IFX original como del BS.

**Resultados:** Se incluyeron 72 pacientes (62 EC/10 CU), 47% varones y edad media de 46 años (DE  $\pm$  13,88). El tiempo medio de tratamiento con el IFX de referencia antes del cambio al BS fue de 51 meses (DE  $\pm$  38,83 meses). El 86% de los pacientes (62/72) se encontraban en remisión clínica en el momento del switch manteniendo remisión a los 12 meses un 80,5% (58/72). Nueve pacientes precisaron tratamiento con esteroides, 10 intensificaciones de la pauta de biológico y 8 cirugía urgente (4 abdominales y 4 por EPA). El tratamiento se retiró en el 9,72% de los pacientes (7/72), en 4 de ellos por pérdida de respuesta secundaria. Se registraron efectos adversos en 10 pacientes un 13,8% (la mayoría infecciones), todos leves sin precisar retirada ni modificación del tratamiento. Se administró una media de 2.780 mg (DE 1092,29) de BS por paciente durante el año de seguimiento, el coste total fue de 746.150 € bru-

tos, lo que supuso un ahorro de 248.716 € brutos anuales en comparación con el gasto estimado con IFX antes de la comercialización del BS.

**Conclusiones:** El switch a BS de IFX en la EII es eficaz en el mantenimiento de la remisión clínica a los 12 meses. No se registraron efectos adversos relevantes durante el periodo de estudio. Esta estrategia supone una reducción relevante en el gasto farmacéutico anual en pacientes con EII.

#### 94. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA EVOLUCIÓN TRAS LA “DESINTENSIFICACIÓN” DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

J.M. Benítez Cantero<sup>a</sup>, M. Barreiro-De Acosta<sup>b</sup>, M. Chaparro<sup>c</sup>, J.M. Vázquez<sup>d</sup>, E. Iglesias-Flores<sup>a</sup>, J. Tosca<sup>e</sup>, E. García-Planella<sup>f</sup>, S. García-López<sup>g</sup>, C. Taxonera<sup>h</sup>, M.C. Muñoz-Villafranca<sup>i</sup>, R. Pajares<sup>j</sup>, J. Barrio<sup>k</sup>, L. Arias<sup>l</sup>, O. Nantes<sup>m</sup>, L. Fernández-Salazar<sup>n</sup>, D. Hervías<sup>o</sup>, M.D. Martín-Arranz<sup>p</sup>, F. Mesonero<sup>q</sup>, I. Moraleja-Yudejo<sup>r</sup>, J.R. Pineda<sup>s</sup>, F. Argüelles-Arias<sup>s</sup>, J.M. Huguet<sup>t</sup>, A. Hernández-Martínez<sup>u</sup>, J.L. Pérez-Calle<sup>v</sup>, E. Leo<sup>w</sup>, O. Merino<sup>x</sup>, M. Van Domselaar<sup>y</sup>, A. Gutiérrez<sup>z</sup>, R. Lorente<sup>1</sup>, M. Rojas<sup>2</sup>, A. Algaba<sup>3</sup>, E. Castro<sup>4</sup>, V. Robles-Alonso<sup>5</sup>, D. Ceballos<sup>6</sup>, R. Gómez-García<sup>7</sup>, J.L. Domínguez<sup>8</sup>, E. Fernández<sup>9</sup>, A.B. Vega-López<sup>10</sup>, A. Traperó<sup>11</sup>, A. Talavera<sup>12</sup>, V. Royo<sup>13</sup>, J.P. Gisbert<sup>c</sup> y V. García-Sánchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>b</sup>Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>c</sup>Hospital Universitario de la Princesa, IIS-IP y CIBEREHD, Madrid. <sup>d</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>e</sup>Hospital Clínico de Valencia. <sup>f</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>g</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>h</sup>Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. <sup>i</sup>Hospital de Basurto, Bilbao. <sup>j</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid. <sup>k</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>l</sup>Hospital Universitario de Burgos. <sup>m</sup>Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>n</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>o</sup>Hospital Virgen de Altagracia, Ciudad Real. <sup>p</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>q</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>r</sup>Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao. <sup>s</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>t</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>u</sup>Consortio Hospital General Universitario de Valencia. <sup>v</sup>Hospital Torrecárdenas, Almería. <sup>w</sup>Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Madrid. <sup>x</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>y</sup>Hospital Universitario Cruces, Barakaldo. <sup>z</sup>Hospital de Torrejón de Ardoz, Madrid. <sup>1</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>2</sup>Hospital General de Ciudad Real. <sup>3</sup>Hospital Universitario de Valme, Sevilla. <sup>4</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. <sup>5</sup>Hospital Lucus Augusti, Lugo. <sup>6</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>7</sup>Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. <sup>8</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. <sup>9</sup>Hospital Alto Guadalquivir, Andújar. <sup>10</sup>Hospital Provincial de Pontevedra. <sup>11</sup>Hospital de Viladecans, Viladecans. <sup>12</sup>Hospital de Jaén. <sup>13</sup>Hospital Infanta Elena, Huelva.

**Introducción:** La “desintensificación” del tratamiento antiTNF en pacientes con EII en remisión podría considerarse por cuestiones de coste y seguridad.

**Objetivos:** 1) Evaluar el riesgo de recidiva tras la “desintensificación” del antiTNF en pacientes en remisión; 2) identificar factores asociados con la recidiva; 3) calcular la tasa de respuesta a la “re-intensificación”, y 4) evaluar la seguridad tras la nueva intensificación.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico (40 centros españoles). Se incluyeron pacientes con enfermedad de

Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) que necesitaron intensificación del antiTNF y a los que, posteriormente, se “desintensificó” estando en remisión clínica. El tiempo de seguimiento tras la “desintensificación” fue de al menos 6 meses.

**Resultados:** 287 pacientes (51% varones, edad media 43 años, 65% EC). La intensificación previa de antiTNF fue por pérdida de respuesta (59%) y respuesta parcial (36%). Los motivos para la “desintensificación” fueron: 88% decisión médica por remisión prolongada, 6,7% decisión del paciente y 3,5% efectos adversos. La recidiva se produjo en 31% de pacientes, con una mediana de tiempo desde la “desintensificación” de 8 meses (IC95% = 6,14-9,85). La incidencia acumulada de recidiva fue: 11% a los 6 meses, 24% al año, 33% a los 2 años y 48% a los 5 años, y la tasa de incidencia de 19% pacientes-año. En el momento de la “desintensificación”, la endoscopia se realizó en el 32% de pacientes, de los cuales el 66% no tenían actividad y el 31% actividad leve. El 48% de pacientes continuaron tratamiento inmunomodulador tras la “desintensificación”. En el análisis multivariante, las variables asociadas con un mayor riesgo de recidiva fueron: presencia de manifestaciones extraintestinales (HR = 1,73; IC95% = 1,05-2,85, p = 0,032) y antecedente de cirugía previa por EII (HR = 2,31; IC95% = 1,21-4,39, p = 0,011). Se asociaron con un menor riesgo de recidiva: tratamiento concomitante con inmunosupresores tras la “desintensificación” (HR = 0,41; IC95% = 0,23-0,71, p = 0,001) y patrón inflamatorio de EC vs estenosante- fistulizante (HR = 0,38; IC95% = 0,20-0,72, p = 0,003). El 74% de los pacientes que recidivaron fueron tratados con una nueva intensificación del mismo antiTNF, alcanzando la remisión en las primeras 8 semanas el 58%, y el 71%, al final del seguimiento. Tras la nueva intensificación, sólo el 6% presentaron efectos adversos, la mayoría leves.

**Conclusiones:** La tasa de incidencia de recidiva tras la “desintensificación” en pacientes con EII en remisión fue de 19% pacientes-año. Las manifestaciones extraintestinales y la cirugía previa por EII fueron factores predictores de recidiva; mientras que el mantenimiento del tratamiento concomitante con inmunosupresores y el patrón inflamatorio en EC fueron factores protectores. La nueva intensificación tras la recidiva fue efectiva en 3 de cada 4 pacientes, siendo segura.

#### 95. EVOLUCIÓN TRAS EL INTERCAMBIO A INFLIXIMAB BIOSIMILAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN REMISIÓN CLÍNICA: RESULTADOS PRELIMINARES

L.N. Guerrero Puente<sup>a</sup>, E. Iglesias Flores<sup>a</sup>, J.M. Benítez Cantero<sup>a</sup>, R. Medina Medina<sup>a</sup>, I. Salgueiro Rodríguez<sup>a</sup>, P. Aguilar Melero<sup>a</sup>, B. Manzanares Martín<sup>b</sup>, M.J. Cárdenas Aranzana<sup>c</sup>, R. González Fernández<sup>b</sup> y V. García-Sánchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad Clínica de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Inmunología; <sup>c</sup>Unidad Clínica de Farmacia, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** El biosimilar de infliximab, CT-P13, fue introducido recientemente en el mercado europeo y ha sido aprobado para las mismas indicaciones que el infliximab de referencia (Remicade®). Los datos clínicos sobre el intercambio de infliximab original a CT-P13 en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) son escasos. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia, seguridad, perfil de biodisponibilidad y los factores asociados con la recidiva tras el intercambio a infliximab biosimilar en pacientes con EII en remisión clínica.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con EII a los que se ha realizado el intercambio a infliximab biosimilar (Remisima®). Se incluyeron pacientes que habían recibido tratamiento con Remicade® durante al menos 6 meses y que estaban en remisión clínica, al menos 3 meses (índice de Harvey-Bradshaw ≤ 4 puntos y

puntuación parcial de Mayo < 2). Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos, incluidos niveles del fármaco y anticuerpos contra infliximab (ATI). Se evaluó la incidencia de recidiva, efectos adversos y los posibles cambios en la biodisponibilidad tras el intercambio. Se realizó un análisis multivariante, mediante regresión de Cox, para identificar los factores asociados con la recidiva.

**Resultados:** Se incluyeron 36 pacientes: 58,3% mujeres, edad media 41,3 años (DE  $\pm$  15,7), 23 con enfermedad de Crohn (EC) y 13 con colitis ulcerosa (CU). El seguimiento medio fue de 8,4 meses (DE  $\pm$  3,5). El 13,9% de los pacientes perdieron eficacia durante el seguimiento con un tiempo medio hasta la recidiva de 2,4 meses (DE  $\pm$  1,9). En el análisis multivariante, los factores que se asociaron a un menor riesgo de recidiva fueron: mayor tiempo de remisión clínica previo al intercambio (HR = 0,54; IC95% = 0,29-0,98; p = 0,04) y niveles de infliximab detectables en el momento del intercambio (HR = 0,03; IC95% = 0,001-0,89; p = 0,04). La duración de la enfermedad, el tiempo en tratamiento con Remicade®, la intensificación previa, el tratamiento combinado con inmunosupresores, la remisión biológica en el momento del intercambio y la presencia de ATI, no se asociaron al riesgo de recidiva. No se encontraron diferencias entre los niveles de infliximab en el momento del intercambio y los medidos en las semanas 8 y 16 posterior al intercambio (p = 0,94). Durante el seguimiento, el 8,3% de los pacientes presentaron algún efecto adverso, motivándose en un sólo caso la suspensión del biosimilar por neumonía grave.

**Conclusiones:** El intercambio a infliximab biosimilar en una cohorte de vida real de pacientes con EII en remisión clínica no parece tener un impacto significativo en los resultados clínicos a corto plazo. Los factores asociados con la recidiva fueron similares a los esperados durante el seguimiento en pacientes que continuaron con infliximab de referencia. Sin embargo, hasta que se disponga de datos prospectivos y controlados, esta práctica clínica debe evaluarse con cautela.

## 96. INFECCIÓN GASTROINTESTINAL POR AEROMONAS: INCIDENCIA Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Elorza<sup>a</sup>, A. Hidalgo<sup>a</sup>, I. Rodríguez-Lago<sup>a</sup>, L. de Castro<sup>a</sup>, M. Fiallegas<sup>a</sup>, P. Martínez<sup>b</sup>, U. Aguirre<sup>c</sup> y J.L. Cabriada<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Laboratorio de Microbiología, Hospital Galdakao-Usansol, Vizcaya. <sup>c</sup>Unidad de Investigación, Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

**Introducción:** *Aeromonas* es un género de bacterias anaerobias, Gram-negativas, dentro del cual las especies más frecuentemente aisladas son *A. hydrophila*, *A. caviae* y *A. veronii*. No obstante, se desconoce su potencial papel como patógeno a nivel del aparato digestivo. La diarrea es el síntoma más común de la infección, siendo típico que ésta sea autolimitada. Aun así se han descrito también infecciones de curso crónico y de diferente gravedad. Puede incluso manifestarse con síntomas extraintestinales, como celulitis, fascitis, colangitis y bacteriemia. A pesar de que la mayoría de los casos se han descrito en pacientes inmunodeprimidos, existen casos en pacientes inmunocompetentes. Asimismo se ha debatido su posible relación con enfermedades crónicas digestivas, como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

**Métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo y observacional de los pacientes adultos con detección de *Aeromonas* en el cultivo de heces, entre enero 2015 y agosto 2016, en el Hospital Galdakao-Usansolo. El objetivo de nuestro estudio ha sido calcular la incidencia de esta infección en nuestro medio, así como su influencia en pacientes con EII.

**Resultados:** Se han identificado 51 pacientes, siendo un 49% varones y con una edad mediana de 64 años (RIQ 43-76). De ellos, 45

pacientes sin EII. De entre los seis con EII, dos pacientes tenían colitis ulcerosa, tres enfermedad de Crohn y un paciente colitis indeterminada. Hemos identificado un único paciente con debut de EII. Nueve pacientes estaban inmunodeprimidos y ocho pacientes tenían un diagnóstico previo de neoplasia. Los pacientes con EII eran significativamente más jóvenes que los controles (41 vs 62 años, p = 0,01). Además, estos pacientes presentaban con más frecuencia cierto grado de inmunosupresión (50% vs 13%, p = 0,05). El *A. caviae* ha sido el subtipo en todos los casos. Un número mayor de pacientes con EII requirieron ingreso hospitalario (17% vs 33%, p = 0,31). Como única complicación extraintestinal se ha descrito la insuficiencia renal, más frecuente en el grupo con EII (9% vs 17%, p = 0,49). Trece pacientes (25%) han sido sometidos a una endoscopia, presentando actividad endoscópica en el 50%, mayormente con afectación rectosigmoidea (67%). Los pacientes sin EII han sido tratados más frecuentemente con antibióticos (44% vs 33%, p = 0,57), siendo las quinolonas los antibióticos más utilizados.

**Conclusiones:** *Aeromonas caviae* ha sido la única especie identificada en nuestro centro. La incidencia ha sido de 9,9 casos/100.000 habitantes/año. La mayoría han sido infecciones leves. Los pacientes con EII, han requerido en más ocasiones hospitalización y han presentado insuficiencia renal aguda. Por lo tanto, debe ser una infección a considerar en estos sujetos, ya que muchos se encuentran inmunosuprimidos y puede suponer una mayor morbilidad en pacientes con una situación clínica basal más comprometida.

## 97. CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE INTESTINO DELGADO Y COLON PARA LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA COLITIS ULCEROSA Y SU CONCORDANCIA CON LA COLONOSCOPIA CONVENCIONAL: UN ESTUDIO DE FACTIBILIDAD EN DOS PAÍSES

Y. González Lama<sup>a</sup>, A. Shitrit<sup>b</sup>, V. Matallana Royo<sup>a</sup>, A. Schwartz<sup>c</sup>, C. Suárez Ferrer<sup>a</sup> y S. Adler<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. <sup>b</sup>Digestive Diseases Institut; <sup>c</sup>Division of Gastroenterology, Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem, Israel.

**Introducción:** La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica e incapacitante que afecta al colon. El objetivo terapéutico actual incluye no sólo la resolución de los síntomas, también la resolución de las lesiones mucosas (curación mucosa, remisión profunda); de hecho, la presencia o ausencia de síntomas no constituye un marcador fiable de la actividad de la enfermedad. La colonoscopia es superior a los parámetros clínicos en la evaluación de la actividad de la CU, pero es un procedimiento caro e invasivo. La cápsula de colon e intestino delgado (SBC-CE) es un nuevo tipo de cápsula endoscópica que permite visualizar la mucosa del intestino delgado y el colon, y podría ser útil en evaluar la actividad inflamatoria a lo largo de todo el intestino y diferenciar pacientes con afectación de intestino delgado por enfermedad de Crohn. El objetivo del estudio fue evaluar la seguridad de SBC-CE en pacientes con UC y su fiabilidad en evaluar la actividad endoscópica de la enfermedad en relación a la colonoscopia convencional.

**Métodos:** Estudio prospectivo de cohortes en 2 centros que incluyó pacientes con CU conocida en con sospecha clínica de actividad de su enfermedad. Todos recibieron preparación estándar seguida de SBC-CE y colonoscopia en el mismo día. SBC-CE se leyó en el centro alternativo a aquel en el que se hizo la colonoscopia para asegurar el ciego respecto a los datos clínicos y endoscópicos. Los casos se siguieron 9 días después del procedimiento para descartar complicaciones. El objetivo principal es determinar la concordancia entre la SBC-CE y la colonoscopia convencional en la evaluación de la actividad (según Mayo score) de la CU y su extensión.

**Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes (edad media 45 años, 53% varones). La concordancia entre SBC-CE y colonoscopia convencional en la evaluación de la actividad endoscópica según el subscore endoscópico de Mayo fue 96% (IC95% 78-100%) con coeficiente Kappa de 0,86 (IC95% 0,6-1), y en la evaluación de la extensión fue del 78,3% (IC95% 56-92) con coeficiente Kappa de 0,6 (IC95% 0,34-0,9). SBC-CE detectó lesiones en el intestino delgado de 2 pacientes (8,7%). No hubo complicaciones atribuibles a la SBC-CE.

**Conclusiones:** La SBC-CE fue segura en todos los pacientes. La correlación entre la SBC-CE y la colonoscopia convencional fue muy buena para la actividad de la enfermedad y moderada para la extensión de la CU.

## 98. PRECISIÓN DE LA CAPROTECTINA FECAL PARA SELECCIONAR A PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN PROGRAMA DE VIGILANCIA MEDIANTE CROMOENDOSCOPIA

M.L. de Castro<sup>a</sup>, A. López Martínez<sup>b</sup>, R. Fernández-Victoria<sup>c</sup>, J.R. Pineda<sup>a</sup>, L. Sanromán<sup>a</sup>, V. Hernández<sup>a</sup>, B. Romero<sup>a</sup>, S. Pereira<sup>a</sup>, J. Martínez-Cadilla<sup>a</sup> y J.I. Rodríguez-Prada<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Análisis Clínicos; <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Álvaro Cunqueiro, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Fundación Biomédica, Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo.

**Introducción:** La presencia de lesiones colónicas inflamatorias disminuye la rentabilidad de los programas de cribado de displasia en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los niveles de calprotectina fecal se asocian con la actividad inflamatoria colónica y pueden servir para seleccionar a los candidatos apropiados para realizar cromoendoscopias de cribado; no obstante se desconocen los valores de corte adecuados para este propósito.

**Métodos:** Solicitamos a pacientes con EII clínicamente inactiva ya programados para realizar cromoendoscopias de cribado de displasia la recogida de una muestra de heces previa a la limpieza colónica. Medimos la calprotectina fecal empleando un inmunoanálisis cuantitativo QUANTUM BLUE<sup>®</sup> de rango elevado (100-1.800 µg/g). Las exploraciones colónicas fueron completas y de adecuada calidad, valorando la presencia de lesiones inflamatorias activas mediante los índices endoscópicos: Mayo y SES-CD. En retirada se tiñó la mucosa colónica con índigo carmín al 0,2%. En el análisis estadístico empleamos curvas ROC (receiver operating characteristic) para determinar la exactitud diagnóstica de los puntos de corte de calprotectina fecal seleccionados considerando significativos valores  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Realizamos 33 cromoendoscopias en 17 varones (57,5%) y 14 mujeres con edad media 51 (16) años. 28 pacientes presentaban colitis ulcerosa (84,8%) y 5 una enfermedad de Crohn pancolónica, observando remisión endoscópica en 25 (75,8%). Los niveles de calprotectina fecal en los pacientes sin y con lesiones endoscópicas inflamatorias fueron 543,4 (86,4) y 945,6 (160) µg/g respectivamente  $p = 0,03$ . Los valores séricos de proteína C reactiva no mostraron diferencias entre ambos grupos. La presencia de polimorfonucleares intraepiteliales en biopsias colónicas se encontró en 15 de 27 pacientes (55%), pero no existió una asociación con los valores de calprotectina fecal. El valor de calprotectina 450 µg/g identificó a pacientes con lesiones endoscópicas inflamatorias con 100% de sensibilidad, 52% especificidad, 40% valor predictivo positivo y 100% valor predictivo negativo y un área bajo la curva ROC 0,76 IC95% (0,6-0,9)  $p = 0,03$ .

**Conclusiones:** Bajos valores de calprotectina fecal permiten seleccionar a pacientes con EII sin lesiones endoscópicas para realizar cribado de displasia mediante cromoendoscopia. No obstante los valores de corte y las técnicas diagnósticas deben ser todavía estandarizadas.

## 99. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA ACTIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-TNF

M. Estévez-Gil<sup>a</sup>, M.L. de Castro<sup>b</sup>, V. Hernández<sup>b</sup>, J.R. Pineda<sup>b</sup>, J. Martínez-Cadilla<sup>b</sup>, S. Pereira<sup>b</sup> y J.I. Rodríguez-Prada<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Álvaro Cunqueiro, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Fundación Biomédica, Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo.

**Introducción:** Según la OMS la incidencia de tuberculosis activa (TBA) en España es alta (13/100.000 habitantes) siendo todavía superior en Galicia (20/100.000). Los pacientes a tratamiento con fármacos que bloquean el factor de necrosis tumoral (anti-TNF) tienen también un mayor riesgo de TBA. Nuestro objetivo fue analizar las características clínicas de la TBA en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal a tratamiento con fármacos anti-TNF en nuestro medio.

**Métodos:** Realizamos un estudio caso-control identificando en nuestra base de datos a los pacientes con EII y tratamiento con fármacos anti-TNF que presentaron TBA entre los años 2000 y 2014. Los controles fueron seleccionados en rango 1:2 entre los pacientes sin EII que presentaron TBA y apareados según sexo, edad ( $\pm 5$  años) y año de diagnóstico de TBA con cada caso. Analizamos las características clínicas de las TBA en los casos y controles considerando significativos los valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La incidencia de TBA en pacientes con EII a tratamiento con fármacos anti-TNF en nuestro medio fue 3,4% (10/290). La mediana de tiempo desde la primera administración del fármaco anti-TNF al diagnóstico de TBA fue de 6 meses rango (2-60). Se realizó despistaje de tuberculosis latente mediante test cutáneo PPD previamente a anti-TNF en el 90% de los casos, pero sólo en un 50%. Se efectuó retest. Tres pacientes presentaron PPD positivo recibiendo quimioprofilaxis con isoniazida. Las radiografías de tórax no apreciaron previamente datos de TB en los pacientes con EII a tratamiento con anti-TNF. El antecedente de exposición previa a TB, el tiempo transcurrido desde los síntomas hasta el diagnóstico, la estancia hospitalaria o el ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos debido a TBA fueron similares a los controles. Sin embargo, los pacientes con EII a tto con anti-TNF presentaron mayor identificación de *Mycobacterium* TB antes de iniciar tratamiento tuberculostático ( $p = 0,03$ ) y más frecuente exposición a esteroides y/o inmunosupresores en los 3 meses previos al diagnóstico de TBA ( $p = 0,01$ ) respecto a los controles. Asimismo estos pacientes presentaron más TBA extrapulmonares ( $p = 0,01$ ), con frecuentes resistencias primaria a fármacos tuberculostáticos ( $p = 0,03$ ), recibiendo tratamiento tuberculostático durante mayor tiempo ( $p = 0,04$ ) y presentando mayor número de complicaciones derivadas de la TBA o de su tratamiento ( $p = 0,008$ ) que sus controles.

**Conclusiones:** Los pacientes con EII a tratamiento con fármacos anti-TNF presentan infecciones tuberculosas activas clínicamente más complicadas, precisando tratamientos más prolongados. En estos pacientes previamente a recibir un fármaco anti-TNF se debe realizar un adecuado despistaje de tuberculosis latente.

## 100. LA EDAD Y EL TABACO: FACTORES CLAVE EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

C.J. Gargallo Puyuelo<sup>a,b</sup>, P. Alarcón Serrano<sup>c</sup>, E. Alfambra Cabrejas<sup>a</sup>, M. Arroyo Villarino<sup>a,b</sup>, J. Nerin de la Puerta<sup>a</sup>, A. Lue<sup>a</sup>, y F. Gomollón García<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>b</sup>ISS Aragón. <sup>c</sup>Universidad de Zaragoza.

**Introducción:** La adherencia al tratamiento es crucial en el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Una baja adherencia conlleva un peor control de la enfermedad, disminución en la calidad de vida y un incremento del gasto sanitario.

**Objetivos:** 1) Evaluar la adherencia al tratamiento en los pacientes con EII. 2) Identificar factores modificadores de dicha adherencia.

**Métodos:** Estudio transversal que incluyó pacientes consecutivos atendidos en la consulta monográfica de EII de nuestro hospital en un periodo de 3 meses. Los pacientes contestaron una doble encuesta (1ª: presencial, 2ª: telefónica de confirmación) realizada por 2 investigadores no involucrados en la asistencia médica. La actividad de la enfermedad de Crohn (EC) y de la colitis ulcerosa (CU) se evaluaron mediante el índice de Harvey-Bradshaw y el índice de Mayo parcial, respectivamente. Ansiedad y depresión se estimaron mediante la escala Goldberg y la adherencia mediante la escala de Morisky modificada (MMAS-8). En el análisis estadístico se usaron los test  $\chi^2$  y t de Student para el análisis univariante y regresión logística para el multivariante.

**Resultados:** 181 pacientes completaron ambas fases del estudio. La edad media fue de  $47 \pm 16$  años; 98 (54,1%) eran hombres y 32 (17,7%) fumadores activos. 82 (45,3%) tenían EC y 99 (54,7%) colitis ulcerosa. La duración media de la EII fue  $10,2 \pm 8,6$  años. El 87,8% de los pacientes estaba en remisión clínica. En cuanto al tratamiento, el 35,9% tomaba mesalazina, el 29,3% inmunomoduladores, el 30,4% biológicos y el 2,8% corticoides. La vía de administración más habitual fue la oral (52,5%), seguida de la rectal (17,1%) y la subcutánea o intravenosa (30,4%). Según la MMAS-8, casi la mitad de los pacientes (84: 46,4%) tenían una alta adherencia, 56 (30,9%) tenían adherencia intermedia y 41 (22,7%) baja. En cuanto a factores modificadores de la adherencia, el análisis univariante mostró que los pacientes altamente adherentes eran más mayores ( $52,0 \pm 16,1$  años vs  $42,5 \pm 14,4$ ;  $p < 0,001$ ) y tenían una EII con una evolución más larga ( $12,2 \pm 9,7$  años vs  $8,5 \pm 7,0$ ;  $p = 0,004$ ) que aquellos con adherencia intermedia/baja. Sin embargo, el tabaco se asoció con baja adherencia ( $p = 0,007$ ). El análisis multivariante confirmó que la edad se asociaba con alta adherencia (OR: 1,04, IC95%: 1,01-1,06,  $p = 0,002$ ) y el tabaco con baja adherencia (OR: 3,47, IC95%: 1,36-8,90,  $p < 0,01$ ). Además dicho análisis mostró que los pacientes con EC eran menos adherentes al tratamiento (OR: 2,54, IC95%: 1,11-5,79,  $p < 0,05$ ). Otros factores como sexo, ansiedad, depresión, calidad de vida, actividad de la enfermedad, fármaco usado o vía de administración no se asociaron con el grado de adherencia.

**Conclusiones:** El consumo activo de tabaco y una menor edad son factores predictores de una peor adherencia al tratamiento en la EII. Los esfuerzos para mejorar la adherencia se deberían centrar especialmente en los pacientes más jóvenes. El abandono del tabaco podría mejorar la adherencia.

### 101. LA COMORBILIDAD PSICOLÓGICA SE CORRELACIONA CON LA CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Lue<sup>a,b</sup>, I. Bruna Barranco<sup>c</sup>, E. Alfambra Cabrejas<sup>a</sup>, M. Arroyo Villarino<sup>a,b</sup>, J. Nerín de la Puerta<sup>a</sup>, C.J. Gargallo Puyuelo<sup>a,b</sup> y F. Gomollón García<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

<sup>b</sup>ISS Aragón. <sup>c</sup>Universidad de Zaragoza.

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica cuyo pico de incidencia se encuentra en la tercera década de la vida pudiendo, por tanto, alterar de forma importante las perspectivas sociales y laborales de los pacientes afectados por la enfermedad. Esto puede conllevar una mayor prevalencia de ansiedad y depresión que a su vez pueden influir negativamente en el curso de la EII y en la calidad de vida del paciente.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de comorbilidad psicológica en los pacientes con EII en nuestro medio y los factores asociados con dicha comorbilidad.

**Métodos:** Realizamos un estudio transversal prospectivo que incluyó pacientes consecutivos atendidos en nuestra Unidad de EII durante un periodo de 2 meses. Para la detección de ansiedad o depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Goldberg (EADG) que consta de 2 subescalas de 9 preguntas cada una (una para ansiedad y otra para depresión). La calidad de vida de los pacientes se estimó mediante un cuestionario específico para EII (IBDQ-9) y la actividad de la enfermedad de Crohn (EC) y de la colitis ulcerosa (CU) mediante el índice de Harvey-Bradshaw y el índice de Mayo parcial respectivamente. El análisis estadístico se realizó mediante la herramienta SPSS (versión 22.0).

**Resultados:** Se incluyeron 244 pacientes con una edad media de  $47 \pm 15$  años. 134 (54,9%) eran hombres. 123 (50,4%) pacientes tenían CU y 121 (49,6%) EC. La duración media de la enfermedad fue  $10,4 \pm 8,8$  años, estando el 88,1% de los pacientes en remisión. Según la EADG, 143 (58,6%) pacientes presentaban ansiedad y/o depresión subyacente. De forma específica, 121 presentaba probable ansiedad y 102 probable depresión. En el análisis univariante se objetivó que los pacientes con un índice patológico en la EADG tenían mayor puntuación en los índices de actividad de EII [índice de Mayo ( $1,01 \pm 2,04$  vs  $0,28 \pm 0,14$ ,  $p < 0,05$ ), índice de Harvey-Bradshaw ( $1,54 \pm 2,42$  vs  $0,36 \pm 1,10$ ,  $p < 0,05$ )] y peor calidad de vida según el IBDQ-9 ( $42,8 \pm 9,21$  vs  $53,8 \pm 6,04$ ,  $p < 0,001$ ). Sin embargo, en el análisis multivariante que incluía sexo, edad, diagnóstico, remisión y calidad de vida, solo una pobre calidad de vida (OR 1,22 por cada punto menos en el cuestionario IBDQ-9, IC95% 1,15-1,29,  $p < 0,001$ ) y la enfermedad de Crohn (OR 2,04, IC95% 1,01-4,15,  $p < 0,05$ ) se asociaron de forma significativa con la presencia de probable ansiedad y/o depresión subyacente.

**Conclusiones:** En pacientes con calidad de vida alterada y remisión clínica es frecuente la presencia de ansiedad y/o depresión. La atención a la comorbilidad psicológica se revela como esencial para conseguir una calidad de vida normal en los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

### 102. ¿AYUDA LA TELEMEDICINA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL? PUNTOS DE VISTA DEL PACIENTE SOBRE LA DISPONIBILIDAD Y UTILIDAD DEL TELÉFONO Y EL E-MAIL EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

I. Bruna Barranco<sup>a</sup>, A. Lue<sup>b,c</sup>, E. Alfambra Cabrejas<sup>b</sup>, J. Nerín de la Puerta<sup>b</sup>, M. Arroyo Villarino<sup>b,c</sup>, C.J. Gargallo Puyuelo<sup>b,c</sup> y F. Gomollón García<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Zaragoza. <sup>b</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>c</sup>ISS Aragón.

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica con frecuentes recurrencias que precisa un manejo asistencial dinámico. La telemedicina podría ser una solución a esta necesidad. Conocer el punto de vista de los pacientes sobre esta forma de comunicación es clave para realizar mejoras efectivas en el cuidado médico. Esta herramienta asistencial está disponible en nuestra Unidad de EII desde hace 12 años. Por ello, el objetivo de nuestro estudio es evaluar el uso de la telemedicina por los pacientes con EII y conocer su punto de vista sobre este tipo de comunicación.

**Métodos:** Realizamos un estudio transversal que incluyó pacientes consecutivos atendidos en nuestra Unidad de EII durante 2 meses. La actividad de la enfermedad de Crohn (EC) se evaluó mediante el índice de Harvey-Bradshaw y la de la colitis ulcerosa (CU) mediante el índice de Mayo parcial. La ansiedad y la depresión se estimaron mediante la escala Goldberg y la calidad de vida mediante un cuestionario específico para EII (IBDQ-9). La satisfacción con

la comunicación se midió mediante un cuestionario ad-hoc basado en la escala Likert (puntuación que oscila entre 0 = muy mal y 5 = excelente). El análisis estadístico se realizó mediante la herramienta SPSS (versión 22.0).

**Resultados:** Se incluyeron 244 pacientes con una edad media de  $47 \pm 15$  años. 134 (54,9%) eran hombres. 123 (50,4%) tenían CU y 121 (49,6%) EC. La duración media de la enfermedad fue  $10,37 \pm 8,82$  años y el 88,1% de los pacientes estaba en remisión. La gran mayoría (231; 94,6%) conocían la posibilidad de contactar vía telefónica o vía email con la Unidad, pero solo el 56,4% (136) lo hacía al menos una vez al año (24 mensualmente, 45 semestralmente y 67 anualmente). El email era usado por 65 pacientes (47,8%), el teléfono por 52 (38,2%) y 19 pacientes usaban ambos medios. El teléfono fue el sistema favorito para los que contactaron anualmente (56,7% vs 32,8%) y el email para los que contactaron mensual o semestralmente (70,8% vs 12,5% y 57,8% vs 24,4%). La satisfacción con estas vías de comunicación fue muy alta [email:  $4,9 \pm 0,4$  y teléfono:  $4,6 \pm 0,8$  (puntuaciones sobre 5 puntos)]. Una edad más joven ( $p < 0,01$ ), menor tiempo de evolución de la enfermedad ( $p < 0,01$ ), la EC ( $p < 0,05$ ), una mayor actividad ( $p < 0,01$ ) y una peor calidad de vida ( $p < 0,05$ ) se asociaron de forma significativa con un mayor uso de estas formas de comunicación. Sin embargo, la comorbilidad psicológica (ansiedad y/o depresión) no se asoció de forma clara.

**Conclusiones:** La telemedicina es usada por solo una fracción de nuestros pacientes a pesar de su disponibilidad desde hace años en nuestra Unidad de EII. Existe un alto grado de satisfacción entre aquellos que la utilizan. La actividad de la enfermedad, la edad y la calidad de vida se correlacionan tanto con su uso como con su frecuencia de uso.

### 103. CARACTERIZACIÓN DE LAS SUBPOBLACIONES DE MACRÓFAGOS INTESTINALES EN CONTROLES SANOS Y PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

D. Bernardo<sup>a,b</sup>, I. Mora-Gutiérrez<sup>a</sup>, A.C. Marín<sup>a,b</sup>, A. Díaz-Guerra<sup>a</sup>, R. Caminero-Fernández<sup>a</sup>, M. Caldas<sup>a</sup>, F. de la Morena<sup>a</sup>, M. Jiménez<sup>a</sup>, M. Chaparro<sup>a,b</sup> y J.P. Gisbert<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa e Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Madrid. <sup>b</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERED).

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), incluyendo la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), se desarrolla como consecuencia de una respuesta exacerbada del sistema inmune frente a la microbiota comensal. Los macrófagos (M) son los fagocitos mononucleares más abundantes del intestino, donde juegan un papel central al modular el tipo de respuesta (pro-inflamatoria o tolerogénica) que se establece frente a la microbiota. Nuestro objetivo, por tanto, fue el de caracterizar el fenotipo y función de los M presentes en el intestino de los controles sanos y de los pacientes con EII.

**Métodos:** Se obtuvieron biopsias intestinales del tejido inflamado y no inflamado de pacientes con EII activa, así como tejido no inflamado de pacientes quiescentes y controles sanos. Las biopsias se procesaron inmediatamente para obtener células mononucleares de lámina propia que fueron caracterizadas por citometría de flujo tanto en condiciones basales como tras ser cultivadas en presencia/ausencia de un agonista de los receptores de reconocimiento de patrones (LPS).

**Resultados:** Los macrófagos intestinales humanos fueron identificados dentro del total de células sencillas no dobles como CD45+HLA-DR+CD14+CD64+, y posteriormente divididas en sub-po-

blaciones en base a la expresión de CD11c (CD11c++, CD11c+ y CD11c-). Los M intestinales presentaron niveles más elevados de CD206 que de CD86 sugiriendo un perfil tipo M2 que, sin embargo, no estaba asociado a ninguna sub-población. Sin embargo, los M CD11c- presentaron niveles elevados de HLA-DR, CD64 y PDL1 así como niveles disminuidos de SIRP $\alpha$ , CCR2 y CD40 comparado con las sub-poblaciones CD11c++/+. Los M CD11c- también mostraron una capacidad aumentada de producir IL-10 así como menos capacidad para producir IL-6 y TNF $\alpha$  tanto en condiciones basales como tras ser estimuladas con LPS por oposición a los M CD11c++/+. Finalmente, el número total de M se encontró aumentado en el tejido inflamado de los pacientes con EII (tanto EC como CU), aunque no en el tejido no inflamado ni en los pacientes quiescentes, debido a una expansión específica de la sub-población CD11c+++.

**Conclusiones:** Las subpoblaciones de macrófagos intestinales podrían reflejar diferentes estadios de diferenciación desde los monocitos recién reclutados (CD11c++) pasando por un estado transicional (CD11c+) hasta finalmente convertirse en M residentes tolerogénicos (CD11c-). Los niveles aumentados de M CD11c++ encontrados en el tejido inflamado de los pacientes con EII representarían así monocitos pro-inflamatorios reclutados por la mucosa intestinal que contribuyen a exacerbar la respuesta inmune.

### 104. SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN ENFERMEDAD DE CROHN ASOCIADO A CITOMEGALOVIRUS (CMV) O VIRUS DE EPSTEIN-BARR (VEB)

Y.M. Sanchez Torrijos, P. Silva Ruiz, C. Trigo Salado, E. Leo Carnerero, M.D. de la Cruz Ramirez y J.M. Herrera Justiniano

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Objetivos:** La infección por CMV o VEB es la causa más frecuente de síndrome hemofagocítico (SH) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Nuestro objetivo es conocer las características clínicas, epidemiológicas y analíticas de presentación del SH en nuestros pacientes (para un diagnóstico precoz), así como evaluar la respuesta al tratamiento.

**Métodos:** Serie de 3 casos clínicos de enfermedad de Crohn (EC) diagnosticados de SH en 2010-2014. Analizamos características del paciente y EII, forma de presentación, métodos diagnósticos y respuesta al tratamiento.

**Resultados:** Las manifestaciones clínico-analíticas se muestran en la tabla. En 2 se objetivó PCR positiva para CMV, y en el 3º para VEB, En 2 de ellos tras una primoinfección (casos 1 y 2) y en el otro tras una reactivación de CMV (doble positivo serológico por reactividad cruzada en caso 3). Todos se trataron con ganciclovir (de forma empírica en el caso de VEB), además del tratamiento estándar con corticoterapia, ciclosporina y etopósido, comenzándolo al 4º, 3º y 5º día, respectivamente, desde la fecha de ingreso, y evolucionando posteriormente favorablemente, remitiendo los síntomas y la pancitopenia (mejoría progresiva) a las 2-4 semanas, sin precisar trasplante autólogo de médula ósea. No hubo efectos secundarios significativos al tratamiento hematológico (infecciones leves) (v. tabla en pág. siguiente).

**Conclusiones:** En paciente con EII con inmunosupresores con fiebre alta y pancitopenia, debemos sospechar SH. El tratamiento precoz condiciona el pronóstico de ésta enfermedad (a veces fatal), comprobando en estos casos su buena evolución gracias a la instauración temprana del mismo. El SH se presenta con más frecuencia en pacientes con EC, normalmente por primoinfección por VEB, apareciendo en raras ocasiones por reactivación mucosa de CMV. Creemos importante realizar una seroteca de los principales virus (incluyendo CMV/VEB) previo al tratamiento para la EII, para poder sospecharlos en caso de primoinfección/reactivación.

Tabla P-104. Resumen de manifestaciones clínicas y analíticas (criterios diagnósticos)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad	24 años	36 años	43 años
Sexo	Hombre	Hombre	Hombre
Tratamiento EC	Infliximab	Azatioprina	Azatioprina
<b>Manifestaciones clínicas</b>			
Fiebre	+	+	+
Esplenomegalia	+	+	+
Pancitopenia			
Hemoglobina	75 mg/l	100 mg/l	89 mg/l
Plaquetas	19.000	79.000	79.000
Neutrófilos	0	600	700
Hipertrigliceridemia	1.269 mg/dl	238 mg/dl	194 mg/dl
Hipofibrinogenemia	0,7 g/dl	-	-
Hiperferritinemia	> 5.000	4.597	1.333
<b>Aspirado médula ósea</b>			
Eritrofagocitosis	-	+	+
Hiperplasia/ Activación macrófagos	-	+	+
Niveles bajos células NK	+	+	-
<b>Microbiología</b>			
<b>Serología</b>			
IgM VEB	-	-	+
IgG VEB	-	-	+
IgM CMV	-	-	+
IgG CMC	-	-	+
PCR VEB	+	-	-
PCR CMV	-	+	+
<b>Tratamiento</b>			
Corticoterapia	+	+	+
Ciclosporina	+	+	+
Etopósido	+	+	+
Ganciclovir/ Valganciclovir	+	+	+
Inmunoglobulinas	+	-	-
Tipo evolución entre ingreso y tratamiento	4 días	3 días	5 días

### 105. ¿SE ASOCIAN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y LA ENFERMEDAD CELÍACA? EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

N. Manceño Marcos<sup>a</sup>, R. Pajares Villarroya<sup>a</sup>, S. Salinas Moreno<sup>b</sup>, M.R. Arribas López<sup>a</sup> y C. Comas Redondo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

**Introducción:** Existen numerosos y controvertidos datos sobre la relación entre la enfermedad celíaca (ECe) y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se pretende estudiar la prevalencia de la ECe en pacientes diagnosticados de novo de EII en el área del Hospital Universitario Infanta Sofía entre los años 2008 y 2012.

**Métodos:** Se realizó cribado de ECe en pacientes recién diagnosticados de EII mediante la determinación de niveles séricos de IgA y Anticuerpos antitransglutaminasa tisular (AATG) tipo IgA (si déficit de IgA, se determinó IgA de alta sensibilidad o AATG tipo IgG). En los pacientes con AATG positivos, se realizó biopsia duodenal y un test genético de susceptibilidad de ECe (heterodímeros HLA DQ2/DQ8). Ninguno de los pacientes había recibido esteroides, inmunosupresores o fármacos biológicos en los 3 meses previos a la biopsia. Se diagnosticó ECe en pacientes con AATG positivos, biopsia duodenal compatible y respuesta a dieta sin gluten (DSG). La prevalencia de ECe en nuestro grupo se comparó con la prevalencia esperada en la población general de acuerdo a series publicadas en estudios nacionales en adultos.

**Resultados:** En el periodo estudiado, se realizó el cribado de ECe en 163 pacientes con diagnóstico de novo de EII: 65 con enfermedad de Crohn (EC), 92 con colitis ulcerosa (CU) y 6 con colitis inclasificable/indeterminada (CI). Presentaron AATG positivos 6 pacientes (3,7%), 2 con EC (1 con EC colónica y 1 con EC ilecolónica) y 4 con CU (2 con proctitis ulcerosa y 2 con colitis extensa), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,999$ ); todos los pacientes con AATG positivos tenían niveles de IgA normales. La edad media al diagnóstico de la EII en los pacientes con AATG positivos fue de 33,33 años, mientras que en los pacientes con AATG negativos fue de 37,74 años ( $p = 0,540$ ). De los pacientes con AATG positivos, 5 presentaban estudio genético positivo para ECe (2 con EC y 3 con CU). La biopsia duodenal fue normal en 2 pacientes, mientras que los otros 4 presentaban resultados histológicos compatibles con ECe (3 pacientes con CU y 1 con EC). En 2 de ellos, con histología Marsh 1, se excluyó la presencia de HP y otras causas de linfocitosis intraepitelial y se comprobó respuesta a DSG. En todos los pacientes de la serie con ECe y EII, la IgA estaba dentro de los límites normales, los AATG eran positivos, y todos presentaban marcadores genéticos de ECe. El paciente con ECe y EC y uno con ECe y CU presentaban HLA DQ8 (DR4-DQ8), y los otros 2 pacientes con ECe y CU presentaban HLA DQ2 (DR7-DQ2).

**Conclusiones:** En nuestro grupo de pacientes con EII de novo, la prevalencia de ECe (2,45%; 4/163 pacientes) es mayor a la presente en la población general en España y en la Comunidad de Madrid. Por tanto, parece recomendable realizar el cribado de ECe en los pacientes con diagnóstico de novo EII, sobre todo en los pacientes con CU o con EC con afectación de colon.

### 106. NECESIDAD DE VACUNACIONES DE LOS VIRUS DE LA HEPATITIS A Y B Y VARICELA-ZOSTER EN UNA COHORTE NO SELECCIONADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

G. Valldosera<sup>a</sup>, L. Marín<sup>a,b</sup>, E. Castillo<sup>a</sup>, F. Cañete<sup>a</sup>, M. Mañónsa<sup>a,b</sup>, I. Casas<sup>c</sup>, E. Cabré<sup>a,b</sup>, M. Esteve-Pardo<sup>c</sup> y E. Domènech<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. <sup>b</sup>CIBEREHD. <sup>c</sup>Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

**Introducción:** La inmunosupresión conlleva un aumento en el riesgo de infecciones graves u oportunistas. Además, la inmunosupresión se asocia a una menor respuesta inmunológica a las vacunas. Dada la probabilidad de requerir tratamiento inmunosupresor en algún momento, se aconseja evaluar y vacunar a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) lo antes posible desde el momento del diagnóstico. Algunas de las vacunas recomendadas dependen del estado serológico del paciente, mientras que otras sólo dependen de si la han recibido recientemente.

**Objetivos:** Describir la necesidad de vacunaciones recomendadas que dependen del estado serológico (virus de la hepatitis B -VHB-, A -VHA- y virus varicela-zoster -VVZ-) en una cohorte no seleccionada de pacientes con EII y evaluar su adherencia.

**Métodos:** Se identificaron todos los pacientes con EII que se remitieron al Servicio de Medicina Preventiva desde la implementación (marzo 2013) de un programa hospitalario de evaluación de la inmunización y vacunación en pacientes con EII. Se registraron los datos epidemiológicos, clínicos y serológicos de los pacientes.

**Resultados:** Se incluyeron 78 pacientes (48 Crohn, 25 CU, 5 CI). Por segmentos de edad se distribuyeron en 36% < 30 años, 27% de 31 a 40 años y 37% > 40 años. El 46% se evaluaron en los primeros 6 meses desde el diagnóstico de la EII, mientras el resto correspondían a pacientes nuevos en el centro o en evaluación pre-tratamiento biológico. Globalmente, la proporción de pacientes no-inmunizados fue del 71% para VHB, 35% para VHA, 9% para VVZ. La seronegatividad a VHB sólo se asoció a la edad (49% en < 35 años vs 94% en > 35 años,  $p < 0,0001$ ). No se hallaron factores asociados a la seropositividad de VHA y VVZ. En el caso de la vacunación por el VHB, el 79% los pacientes completaron las 3 dosis establecidas, mientras que el 5% no recibieron ninguna dosis. El 31% de los pacientes se vacunó del VHA y sólo un 3% del VVZ.

**Conclusiones:** La necesidad de vacunación del VHB en nuestro medio entre pacientes no seleccionados con EII es elevada, particularmente en pacientes nacidos antes de la implementación de su vacuna en el calendario vacunal, mientras que la del VVZ es baja. La adherencia al programa vacunal en EII es correcto pero mejorable.

### 107. EFICACIA DE LA GRANULOCITOAFÉRESIS EN EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA CORTICODEPENDIENTE

V. Aguilera Jaldo<sup>a</sup>, E. Leo Carnerero<sup>a</sup>, C. Trigo Salado<sup>a</sup>, A. Cervera<sup>b</sup> y J.M. Herrera Justiniano<sup>a</sup>

<sup>a</sup>UGC Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Unidad de Ensayos Clínicos, Hospital General Virgen del Rocío, Sevilla.

**Objetivos:** Conocer la evolución a largo plazo de pacientes con colitis ulcerosa (CU) corticodependiente tratados mediante granulocitoaféresis (GAF), especialmente en función de la refractariedad a otros tratamientos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de 35 pacientes con CU corticodependiente en los que se ha realizado GAF entre 2008-2016. Analizamos datos demográficos y fenotípicos de la CU, tratamientos previos a GAF agrupando los pacientes en naïve para inmunomoduladores y biológicos (n 15), refractarios a inmunomoduladores (n 9) y refractarios a biológicos con/sin inmunomoduladores (n 11). Evaluamos eficacia de la GAF considerando fracaso la necesidad de esteroides o escalar a inmunomoduladores, biológicos o cirugía.

**Resultados:** La edad media al inicio de GAF fue  $41,83 \pm 13,9$  años (14-65), con un tiempo de evolución de la CU de  $5,2 \pm 5,6$  años (0-22). 17 pacientes presentaban una colitis extensa (48,6%), 14 colitis izquierda (40%), 3 proctosigmoiditis (8,6%) y solo uno proctitis (2,9%). El tiempo medio de seguimiento tras GAF fue de 50,2 meses  $\pm 31,8$  (2-97). La eficacia global del tratamiento fue del 20% (7/35 pacientes). Entre los 15 pacientes naïve que iniciaron GAF, 4 (26,7%) no precisaron progresar en el tratamiento. En los 11 en los que se progresa (73,3%), en 8 se pasa a inmunomoduladores, en dos a biológicos y un paciente se mantuvo con corticoterapia a demanda por desarrollo de neoplasia. Los 9 pacientes que realizaron GAF tras fracaso del tratamiento inmunomodulador tuvieron que escalar en el tratamiento. De ellos 7 acaban requiriendo biológicos y dos se mantienen con esteroides a demanda con clara disminución de la necesidad de los mismos. Ninguno requirió colectomía. En los 11 pacientes en los que se recurre a GAF tras fracaso del tratamiento biológico se consigue evitar la colectomía en 7 (63,4%). En 3 pacientes (27,3%) se consigue retirar el biológico por buena evolución. La probabilidad de no tener que progresar en el tratamiento tras GAF es del 36%, 26% y 15% a los uno, dos y tres años de seguimiento. Esta varía en función de si se trata de un paciente naïve (35%, 27% y 13%), refractario a inmunomoduladores (11%, 11% y 0%) o a biológicos (54%, 36% y 27%) al año, dos y tres años respectivamente (Log-Rank score 3,65;  $p = 0,16$ ).

**Conclusiones:** 1/5 pacientes se beneficia de GAF ya que tras una media de seguimiento de más de 4 años no precisan escalar en el tratamiento. Es en los pacientes refractarios a biológicos donde el beneficio parece más claro, permitiendo evitar la colectomía en un porcentaje importante de nuestra serie aun cuando ya es la última opción terapéutica. No apreciamos beneficio en los que fracasan a inmunomoduladores y en los naïve este parece limitado teniendo en cuenta la posibilidad de escalar hacia otras opciones terapéuticas. Si parece ser una buena opción en los pacientes con neoplasias o en los que no podamos usar inmunomoduladores o biológicos.

### 108. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA FARMACOCINÉTICA DEL BIOSIMILAR INFLECTRA® CON REMICADE® EN LA FASE DE INDUCCIÓN DE LA REMISIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

G.J. Martínez, M. Mora, A. Alvariano, N. Maroto, I. Ferrer, E. Hinojosa, M. Hinojosa, P. Ferrandis y J. Hinojosa

Hospital de Manises.

**Introducción:** Los datos de práctica clínica sobre la eficacia, farmacocinética, inmunogenicidad, seguridad, intercambiabilidad y comportamiento de los biosimilares es superponible a la del pro-

Tabla P-108

Central volume (L)	Peripheral volume (L)	Clarification (L/d)	Biological half-life d-1	AIC (mg·d/L)
Pharmacokinetics of patients treated with Inflectra				
3,79	1,34	0,4	11,12	937,5
3,07	1,2	0,26	14,05	1.096,15
3,8	1,35	0,31	13,6	1.217,53
3,82	1,34	0,38	11,65	1.000
2,9	1,7	0,29	16,75	913,79
3,92	3,05	0,32	22,59	1.328,13
3,76	1,46	0,45	10,78	828,36
Pharmacokinetics of Inflectra and Remicade. Mean values (95%CI)				
3,63 (IC95% 3,29-3,97)	1,63 (IC95% 1,14-2,13)	0,34 (IC95% 0,28-0,39)	14,41 (IC95% 11,18-17,65)	1.056,87 (IC95% 916,63-1.197,12)
3,52 (IC95% 3,35-370)	1,31 (IC95% 1,25-1,37)	0,35 (IC95% 0,31-0,36)	12,55 (IC95% 11,5-13,4)	1.062,44 (IC95% 963,75-1.161,14)

ducto de referencia en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Aunque escasos, los estudios de farmacocinética de infliximab biosimilar en inducción y mantenimiento muestran un comportamiento similar al del IFX original.

**Objetivos:** Comparar de forma prospectiva la farmacocinética del biosimilar de infliximab (Inflectra) con la de Remicade durante la inducción de la remisión en pacientes naïve a anti-TNF con EII.

**Métodos:** Hemos realizado el análisis farmacocinético prospectivo en 9 pacientes con EII durante la fase de inducción de la remisión. Se tomaron muestras en semana 4 y semana 14 para determinar los niveles valle de Inflectra®. Se determinaron los niveles de albúmina plasmática en la misma muestra. Se realizó el análisis farmacocinético (volumen de distribución central, periférico, aclaramiento plasmático, semivida biológica y AUC). Todos los pacientes estaban en normoalbuminemia y tomando IMM convencionales (AZA/MTX). Se compararon los resultados obtenidos con el registro de nuestro modelo farmacocinético poblacional con Remicade®. Análisis de suero obtenido pre-infusión para niveles valle de IFX mediante ELISA (Promonitor).

**Resultados:** 9 pacientes con enfermedad de Crohn (4 M; 5 H). Edad media: 38,6 años (IC95% 30-47). Niveles de albúmina: 4,17 g/dl (IC95% 3,99-4,25). Niveles valle de Inflectra®: 9,72 µg/mL (IC95% 7,19-12,26) similares a la de Remicade® en nuestra cohorte de pacientes 8,19 µg/ml (IC95% 6,98-11,96) (p = NS). Limitaciones del análisis: tamaño muestral.

**Conclusiones:** El comportamiento farmacocinético del biosimilar Inflectra® es superponible al de Remicade®.

O. Shvets<sup>h</sup>, G. Buzas<sup>o</sup>, J.C. Machado<sup>p</sup>, L. Boyanova<sup>q</sup>, T. Axon<sup>r</sup>, V. Lamy<sup>s</sup>, I. Simsek<sup>t</sup>, M. Katicic<sup>u</sup>, K. Przytulski<sup>v</sup>, P. Bytzer<sup>w</sup>, C. Beglinger<sup>x</sup>, L.G. Cappelle<sup>y</sup>, A. Goldis<sup>z</sup>, Y. Niv<sup>1</sup>, J. Molina-Infante<sup>2</sup>, L. Rodrigo<sup>3</sup>, J. Pérez-Lasala<sup>4</sup>, I. Ariño<sup>5</sup>, A. Lucendo<sup>6</sup>, M. Caldas<sup>7</sup>, O.P. Nyssen<sup>7</sup>, A. Garre<sup>7</sup>, M.G. Donday<sup>7</sup>, F. Megraud<sup>8</sup>, C. O'Morain<sup>9</sup> y J.P. Gisbert<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Gastroenterology Unit, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP) y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid, España. <sup>b</sup>Agencia Sanitaria Costa del Sol, Málaga, España. <sup>c</sup>AM DC Rogaska, Ljubljana, Eslovenia. <sup>d</sup>University of Bologna, Italia. <sup>e</sup>U. Sacro Cuore, Roma, Italia. <sup>f</sup>Hospital de Donosti, San Sebastián, España. <sup>g</sup>Clinical Sci. Centre, Moscow, Federación Rusa. <sup>h</sup>Central Hospital, Østfold, Noruega. <sup>i</sup>Hospital de Valme, Sevilla, España. <sup>j</sup>University of Latvia, Riga, Letonia. <sup>k</sup>Hospital Slovenj Gradec, Eslovenia. <sup>l</sup>Hospital Henry Dunant, Athens, Grecia. <sup>m</sup>University of Health Sciences, Kaunas, Lituania. <sup>n</sup>Hospital Herttoniemi, Finlandia. <sup>o</sup>Medical University, Kyiv, Ucrania. <sup>p</sup>Ferencváros Health Centre, Budapest, Hungría. <sup>q</sup>IPATIMUP, Porto, Portugal. <sup>r</sup>Medical University of Sofia, Sofia, Bulgaria. <sup>s</sup>University, Leeds, Reino Unido. <sup>t</sup>CHU, Charleroi, Bélgica. <sup>u</sup>Dokuz Eylul University, Izmir, Turquía. <sup>v</sup>Clinical Hospital, Zagreb, Croacia. <sup>w</sup>Medical C. Postgraduate Education, Warsaw, Polonia. <sup>x</sup>U. Hospital, Koge, Dinamarca. <sup>y</sup>U. Hospital, Basel, Suiza. <sup>z</sup>Erasmus MC, Rotterdam, Holanda. <sup>1</sup>CECH, Timisoara, Rumania. <sup>2</sup>Rabin Medical, Israel. <sup>3</sup>Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España. <sup>4</sup>Hospital Central de Asturias, Oviedo, España. <sup>5</sup>HM Sanchinarro, Madrid, España. <sup>6</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y CIBEREhd, Zaragoza, España. <sup>7</sup>Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real, España. <sup>8</sup>Hospital La Princesa, IIS-IP y CIBEREhd, Madrid, España. <sup>9</sup>Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux, Francia. <sup>9</sup>Trinity College Dublin, Dublin, Irlanda.

## Esófago-estómago-duodeno

### 109. REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE H. PYLORI (HP-EUREG): ANÁLISIS INTERMEDIO DE LOS TRATAMIENTOS DE PRIMERA LÍNEA

A.G. McNicholl<sup>a</sup>, A. Pérez-Aisa<sup>b</sup>, B. Tepes<sup>c</sup>, D. Vaira<sup>d</sup>, A. Gasbarrini<sup>e</sup>, L. Bujanda<sup>f</sup>, D.S. Bordin<sup>g</sup>, F. Lerang<sup>h</sup>, M. Castro<sup>i</sup>, M. Leja<sup>j</sup>, M. Vujasinovic<sup>k</sup>, T. Rokkas<sup>l</sup>, L. Kupcinskas<sup>m</sup>, L. Veijola<sup>n</sup>,

**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.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de los tratamientos de primera línea en el Hp-EuReg.

**Métodos:** Extracción y análisis de los datos de primera línea siguiendo la metodología del Registro Europeo de Helicobacter.

Tabla P-109

	% de uso				mITT				PP			
	Total	7 días	10 días	14 días	Total	7 días	10 días	14 días	Total	7 días	10 días	14 días
IBP+C+A	44,7%	32,1%	50,8%	17,1%	74,7%	72,3%	75,1%	79,1%	77,9%	76,4%	76,6%	85,9%
IBP+C+A+M	20,4%	0,8%	66,3%	32,9%	88,2%	NA	86,3%	92,0%	89,4%	NA	87,6%	92,7%
IBP+C+M	5,8%	82,0%	13,4%	4,6%	80,0%	83,3%	65,1%	NA	81,4%	84,3%	66,7%	NA
IBP+C+A+T secuencial	5,2%	0,0%	100,0%	0,0%	86,5%	NA	86,6%	NA	93,3%	NA	93,4%	NA
IBP+C+A+B	4,7%	1,7%	34,0%	64,3%	86,8%	NA	77,3%	93,0%	87,7%	NA	78,0%	94,0%
IBP+C+A+M secuencial	4,0%	0,0%	99,6%	0,4%	80,1%	NA	80,1%	NA	82,4%	NA	92,4%	NA
IBP+A+M	3,1%	28,0%	69,3%	2,8%	81,4%	73,8%	84,4%	NA	82,4%	75,4%	95,1%	NA
IBP+A+L	2,3%	47,0%	46,3%	6,7%	78,4%	77,0%	80,1%	NA	79,5%	77,9%	81,3%	NA
IBP+Pylera	1,6%	0,0%	100,0%	0,0%	92,0%	NA	92,0%	NA	95,3%	NA	95,3%	NA
IBP+C+A+T	0,9%	0,8%	90,9%	8,3%	90,2%	NA	89,2%	NA	94,4%	NA	93,8%	NA
IBP+M+Tc+B	0,9%	4,0%	85,4%	10,3%	90,1%	NA	89,9%	NA	90,8%	NA	90,6%	NA

**Resultados:** Hasta el momento se han incluido 20.000 pacientes, y 18.270 han finalizado el seguimiento (60% mujeres, 87% caucásicos, edad media 55 años). El 56% de las indicaciones fueron por dispepsia y el 18% presentaban úlcera péptica. El 78% de los tratamientos fueron de primera línea, 16% segunda, 4,4% tercera, 1,2% cuarta y 0,4% quinta. La tabla muestra los resultados de eficacia de los tratamientos. El análisis multivariante demostró una mayor eficacia en los pacientes cumplidores (OR = 9,98; IC95% = 7,5-13), con el uso de dosis dobles de IBP (OR = 2,09; 1,8-2,4) y con mayores duraciones de tratamiento (14 vs 10 días; OR = 1,50; 1,3-1,8). La triple terapia (IBP+C+A) obtuvo resultados inferiores a la concomitante (OR = 2,13; 1,8-2,5), a la triple más bismuto (OR = 1,8; 1,4-2,4) y a Pylera® (OR = 4,15; 2,4-7,2).

**Conclusiones:** La tasa de erradicación en primera línea en Europa es subóptima, 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 dosis dobles de IBP, la duración de 14 días y la prescripción de tratamientos cuádruples (con o sin bismuto) se asocian a mayores tasas de erradicación.

#### 110. SÍNTOMAS ATÍPICOS RELACIONADOS CON ERGE: ¿EL PORCENTAJE DE EXPOSICIÓN ÁCIDA EN EL ESÓFAGO SUPERIOR MARCA LA DIFERENCIA?

A. Zúñiga Ripa, F. Estremera Arévalo, I. Aresté Anduaga, G. González Gete, L. Aburruza Ucar y R. Iglesias Picazo

*Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.*

**Introducción:** Los síntomas atípicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), incluyen la laringitis, la tos, el asma y la erosión dental por reflujo. Una de las teorías causales de dichos síntomas es la exposición ácida patológica en la parte superior del esófago.

**Objetivos:** Valorar si en los pacientes con síntomas atípicos relacionados con ERGE (en conjunto y en los distintos síntomas por separado) existe mayor porcentaje de alcance superior de reflujo en pH/impedancia de 24 horas.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 299 pacientes, de los cuales 181 presentaban síntomas atípicos. 119 pacientes fueron evaluados mediante pHmetría y 62 mediante impedanciometría de 24 horas. La variable con distribución no normal (test Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk) por lo que se ha realizado análisis estadístico mediante U de Mann-Whitney para muestras independientes.

**Resultados:** En pHmetría el porcentaje de exposición ácida superior (EAS) en pacientes sin síntomas atípicos (n 88) es de 3,51, mientras que en síntomas atípicos (n 119) es de 2,20, sin diferencias significativas. En impedancia, 62 presentaban síntomas atípicos frente a 30 que no tenían. La media del % de alcance proximal (AP) en pacientes sin síntomas atípicos es de 24,48 vs 15,79 en pacientes con síntomas atípicos, sin diferencias estadísticas. Se analizaron los datos entre los diferentes subgrupos y el resto de la muestra en conjunto. Laringitis (diagnóstico ORL): en pH, la media de % de EAS en pacientes sin este diagnóstico es de 3,08 mientras que en pacientes con laringitis es de 1,70 sin diferencias significativas. En impedanciometría, la media de % de AP en pacientes sin laringitis es de 21,48 vs 9,55 en pacientes con laringitis (n: 22), con diferencias significativas (p 0,08) a favor del grupo sin laringitis posterior. Tos crónica: en pHmetría, la media de % de EAS es de 3,17 en pacientes sin tos frente a 1,88 en pacientes afectados, sin diferencias significativas. En impedancia los datos son similares, el % de alcance proximal mayor en pacientes sin tos (19,99) vs pacientes con ella (15,80), sin diferencias significativas. Asma: 12 con pHmetría y 5 en impedancia. En el primer grupo la media de % de EAS es de 2,80 en pacientes sin asma vs 2,02 en pacientes con asma con p = 0,233. En impedancia, el tamaño muestral es escaso. La media de % de alcance proximal es de 18,31 en pacientes sin asma vs 4,39 en pacientes con ella.

**Conclusiones:** Tanto la EAS en pHmetría como el AP en impedancia no son mayores en pacientes con síntomas atípicos de ERGE en conjunto ni por cuadro sintomático independiente comparado con pacientes con síntomas típicos. De hecho, se objetivó una menor EAS en todos los grupos de síntomas atípicos, llegando a la significación en pacientes con laringitis diagnosticada por ORL. Nuestros resultados sugieren que, en la génesis de síntomas atípicos de ERGE, la exposición ácida superior del esófago no cumple un papel diferencial con respecto a pacientes que no los presentan.

#### 111. RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA Y SÍNDROME METABÓLICO: ¿QUÉ APORTA OWLIVER TEST?

F. Martín Ocaña<sup>a</sup>, J.M. García Almeida<sup>b</sup> y R. Andrade Bellido<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Vithas Xanit Internacional, Benalmádena.

<sup>b</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción:** El síndrome metabólico (SM) es un conjunto de alteraciones que identifican a los sujetos en riesgo de desarrollar diabetes y/o enfermedades cardiovasculares. La enfermedad hepática grasa no alcohólica (NAFLD) se define como un trastorno de causa primaria cuya principal característica es el acúmulo de grasa en el hígado. Dos componentes principales del síndrome metabólico, la glucosa y los triglicéridos, se producen en exceso por el hígado. Es el hígado, por tanto, un determinante clave de anomalías metabólicas. Tanto la prevalencia del síndrome metabólico como de la enfermedad hepática grasa no alcohólica aumenta con la obesidad. El emergente campo de la metabolómica tiene el potencial de proporcionar nuevas herramientas de diagnóstico de NAFLD. OWLiver Test está basado en investigación metabolómica y, en reciente desarrollo, aporta información útil para diferenciar a los individuos que presentan esteatosis hepática no complicada de aquellos con esteatohepatitis. Hipótesis: en los pacientes con esteatosis hepática y/o síndrome metabólico existe una relación entre el patrón inflamatorio hepático (OWLiver Test) y los datos clínicos (patrón dietético, actividad física y composición corporal) o analíticos que los caracterizan.

**Métodos:** Estudio transversal observacional que se realiza en 48 sujetos sin diferencias en el grado de obesidad, reclutados entre los años 2014-2015. Se clasifican en 3 grupos: Sujetos con NAFLD diagnosticados mediante criterios ecográficos habituales y criterios de síndrome metabólico según IDF 2005 (14 mujeres y 11 hombres); sujetos con NAFLD diagnosticados mediante criterios ecográficos habituales sin SM (7 mujeres y 6 hombres); sujetos sin criterios ecográficos de NAFLD, pero con criterios de SM según IDF 2005 (3 mujeres y 7 hombres).

**Resultados:** El valor medio de la puntuación total del cuestionario de adherencia a la Dieta Mediterránea fue  $8,4 \pm 2,0$  puntos, sin diferencias entre grupos (SM y NAFLD:  $8,4 \pm 1,7$  puntos; SM sin NAFLD:  $9,2 \pm 1,4$  puntos y; NAFLD sin SM:  $7,8 \pm 2,7$  puntos). La actividad física valorada en función de la adherencia o no a las recomendaciones de las sociedades de expertos ( $\geq 150$  min/semana), tampoco presenta diferencias significativas entre los grupos. Los sujetos con NAFLD presentan como constante, un perímetro de la cintura de riesgo, que traducen un peor perfil antropométrico. La combinación de SM y NAFLD parece conferir un peor patrón de enzimas hepáticas y de severidad ecográfica respecto a los pacientes sin SM. Los resultados de OWLiver test identifican un mayor porcentaje de individuos afectados (6,3% esteatohepatitis no alcohólica y 75% enfermedad hepática grasa no alcohólica) frente a las técnicas clásicas. El 80% de los sujetos con ecografía normal han resultado positivos en el test OWLiver, detectando, por tanto, casos que fenotípicamente no son demostrables mediante ecografía.

### 112. ¿RESULTA EFICIENTE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN ATENCIÓN PRIMARIA?

V. Laredo<sup>a</sup>, C. Sostres<sup>a,b,c</sup>, A. Lanás<sup>a,b,c,d</sup> y M.T. Arroyo<sup>a,b,d</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

<sup>b</sup>Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón. <sup>c</sup>CIBEREHD.

<sup>d</sup>Universidad de Zaragoza.

**Introducción:** En nuestro medio, estamos asistiendo a un importante incremento en la solicitud de test de aliento (TA) para la investigación de *H. pylori* (Hp) desde atención primaria (AP); si bien, desconocemos si dichas peticiones, y en consecuencia los tratamientos pautados en los casos positivos, se adecuan a las recomendaciones de las conferencias de consenso sobre la infección por Hp (CCIHp).

**Objetivos:** Evaluar y comparar la idoneidad de las indicaciones del TA entre AP y la consulta de digestivo (CD). Analizar la eficacia del tratamiento pautado en AP con respecto a CD, así como la adecuación de la pauta erradicadora a las recomendaciones actuales. Valorar el efecto del envío de un documento de recomendación sobre el manejo de la infección por parte de AP.

**Métodos:** Incluimos de forma prospectiva 250 TA solicitados desde AP y los emparejamos con el mismo número procedente de CD. Evaluamos el motivo de solicitud del TA incluido en el volante de petición, definiendo como indicaciones apropiadas las recogidas en el III CCIHP. Recogimos de forma retrospectiva la información sobre el tratamiento antibiótico prescrito a partir de la historia clínica electrónica. Elaboramos y enviamos un documento de recomendación para AP y analizamos su efecto. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS (versión 22.0).

**Resultados:** De los 500 TA analizados, un 66,4% son mujeres, con edad media de 49,67 ± 16,97 años. El número total de solicitudes de TA desde AP fue diez veces superior al procedente de la CD en el mismo periodo de tiempo. El 68,4% de las solicitudes fueron para estudio inicial de status de Hp, siendo un 43% positivos. El resto de peticiones fueron para control de erradicación. El 36,4% de los TA solicitados desde AP no tienen una indicación apropiada frente al 7,2% de los solicitados en CD,  $p < 0,0001$ ; existiendo, además, diferencias significativas entre las indicaciones adecuadas más frecuentes (dispepsia: 34% vs 45,2%,  $p < 0,001$  y control de erradicación: 25,2% vs 38%,  $p = 0,002$ ; respectivamente). La eficacia del tratamiento erradicador fue significativamente superior en la CD con respecto a AP (81,1% vs 57,1%;  $p < 0,001$ ). Únicamente un 35% de las pautas de erradicación prescritas desde AP se adecuan a las recomendaciones del IV Consenso frente a un 73,6% de las procedentes de CD;  $p < 0,0001$ . En AP la pauta triple clásica continúa siendo la más utilizada (70%). Una vez introducido el documento de recomendación, en un análisis inicial de 57 pacientes, la pauta erradicadora se adecuó a las guías en un 73,7% de los casos.

**Conclusiones:** En nuestro medio, el peso del manejo de la infección por *H. pylori* recae sobre AP; no obstante, la mitad de los TA que solicitan no tiene una indicación adecuada y dos de cada tres resultados positivos no se tratan con pautas correctas, con el consecuente descenso en la tasa de erradicación. La elaboración y envío de un documento de recomendaciones ha mejorado significativamente estos resultados.

### 113. ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE GASTRINA-17 Y PEPSINÓGENO-1 Y LA PRESENCIA DE LESIONES GÁSTRICAS EN PACIENTES CON DIABETES AUTOINMUNE Y ANTICUERPOS ANTICÉLULAS PARIETALES POSITIVOS

D. Oyón Lara, C. Prieto Martínez, F. Bolado Concejo, A. Elosua González, S. López López, M. Rullán Iriarte, L. Casanova Ortiz y D. Ruiz-Clavijo García

Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

**Introducción:** Los pacientes con diabetes autoinmune (DAI) tienen una prevalencia 3-5 veces mayor de gastritis crónica atrófica autoinmune que la población general. Ésta se asocia con atrofia y metaplasia del cuerpo y fundus gástrico, predisponentes de tumores carcinoides y adenocarcinoma gástrico. Son por tanto un grupo de riesgo a vigilar.

**Objetivos:** Valorar la asociación entre los niveles de gastrina 17 (G17) y pepsinógeno 1 (PG1), y la presencia de lesiones gástricas endoscópicas e histológicas.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo en pacientes con DAI y anticuerpos anti-células parietales (ACP) positivos, derivados a consultas de Digestivo. Se analizó el nivel de G17 y PG1 y se realizó gastroscopia con toma de biopsia, describiéndose las lesiones macroscópicas en cuerpo gástrico. Análisis estadístico mediante SPSS v.20.

**Resultados:** Se incluyeron 94 pacientes con DAI (93,6% diabetes mellitus tipo 1 y 6,4% tipo LADA), con una edad media de 46,53 (± 24,54) años, el 53,2% mujeres. La media de años desde el diagnóstico de DAI fue de 20,66. Un 44,7% presentaba complicaciones micro o macrovasculares. El 37,2% presentaba síntomas digestivos, predominando los síntomas dispépticos (31,9%). El 54,3% presentaba unos niveles de ACP positivos > 100. Un 6,38% tenía anticuerpos anti-factor intrínseco positivos. En cuerpo encontramos a nivel histológico: 21,8% normal (NM), 39,4% gastritis crónica (GC), 24,5% metaplasia (MT), 7,4% antralización (AN) y 1,1% atrofia (AT). En esta localización los niveles de G17 son significativamente superiores ( $p < 0,05$ ) y los niveles de PG1 inferiores ( $p < 0,05$ ) en aquellos pacientes con lesión histológica gástrica, respecto a los pacientes con biopsia normal. Los niveles más altos de G17 y más bajos de PG1 se asocian con la presencia de AT y MT. La presencia de alteración endoscópica en cuerpo gástrico se asocia a una mayor probabilidad de encontrar lesiones histológicas a dicho nivel ( $p < 0,05$ ). En antro encontramos a nivel histológico: 38,3% NM; 41,5% GC; 8,5% MT y 2,1% MT + displasia (DP). No se encontraron diferencias a este nivel entre los niveles de G17 ( $p = 0,47$ ) y PG1 ( $p = 0,85$ ) y la presencia de lesión histológica. La lesión microscópica a este nivel se asocia con la presencia de *Helicobacter pylori* (HP). Los pacientes HP+ presentaban en un 92,6% alteración histológica a nivel antral (76% GC; 16% MT; 4% AT y 4% MT+DP). Solo un 5,5% de pacientes con biopsia NM fueron HP+.

**Conclusiones:** Los pacientes con diabetes autoinmune y anticuerpos anti-células parietales positivos tienen una alta prevalencia de metaplasia y gastritis crónica a nivel de cuerpo gástrico. Los pacientes con lesión en cuerpo gástrico tienen niveles más elevados de G17 y más bajos de PG1, especialmente si han desarrollado metaplasia. Las alteraciones macroscópicas endoscópicas a nivel de cuerpo se asocian con lesión histológica. Las lesiones antrales guardan relación con la presencia de *Helicobacter pylori* y no con los niveles de G17 y PG1.

### 114. TRATAMIENTO DE DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS ESOFAGOYUNAL TRAS GASTRECTOMÍA TOTAL CON PRÓTESIS ESOFÁGICA EN NUESTRO CENTRO

M. Curieses luengo, E. Barreiro Alonso, M. Izquierdo Romero, I. Pérez Valle, J.M. Pérez Pariente, A. Álvarez Álvarez, L. Franco, M. Pipa Muñoz, R. Tojo Gozález y F.J. Román Llorente

Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón.

**Introducción:** El adenocarcinoma gástrico es el quinto cáncer más frecuente del mundo, representando el 9% de la mortalidad total del cáncer. El tratamiento con intención curativa se basa en realizar una gastrectomía total con anastomosis esofagoyunal, técnica que presenta una alta tasa de complicaciones. Una de las complicaciones con más mortalidad asociada es la dehiscencia de

anastomosis quirúrgica, que puede llegar hasta el 40% en algunas series. Las prótesis metálicas recubiertas son una alternativa eficaz a la reintervención quirúrgica tras dehiscencia de anastomosis quirúrgica después de una gastrectomía total.

**Métodos:** Se revisaron historias clínicas de forma retrospectiva de pacientes en los que se había colocado una prótesis endoscópica como tratamiento tras una dehiscencia de anastomosis esofagoyeyunal después de una gastrectomía total por adenocarcinoma gástrico en el Hospital Universitario de Cabueñes entre enero de 2011 y junio 2016.

**Resultados:** Fueron 9 pacientes, 6 (66%) de ellos mujeres y tres (33%) hombres con una edad media de 68 años (62-80). En todos ellos se había realizado una gastrectomía total como tratamiento con intención curativa tras el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico. Se utilizaron prótesis metálicas totalmente recubiertas de una longitud de 80 mm y un diámetro entre 22 y 24 mm y se consiguió el éxito técnico en el 100% de los casos. Migraron 4 prótesis (44%), después de una media de 8,5 días (7-13) tras su colocación, en estos casos se colocó una nueva prótesis de las mismas características. En uno de ellos se produjo rotura de la prótesis por lo que se tuvo que colocar otro de las mismas características. En 6 (66%) de los pacientes se produjo resolución completa de la dehiscencia por lo que se retiró la prótesis. 3 (33%) fallecieron por causa relacionada, todos ellos en servicio de cuidados intensivos.

**Conclusiones:** En los pacientes en los que tras realizar una gastrectomía total por adenocarcinoma gástrico en los que se produjo dehiscencia de anastomosis quirúrgica y se optó por utilizar una prótesis por vía endoscópica se alcanzó un éxito técnico del 100%, consiguiendo resolución completa de la dehiscencia en un 66% de ellos.

### 115. PERFIL CLÍNICO, ANALÍTICO E HISTOLÓGICO DE LA ENTEROPATÍA ASOCIADA A OLMESARTÁN

A. Pascual Romero, A. Polanco, C. Amurrio, A. López Serrano y E. Moreno Osset

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Doctor Peset, Valencia.*

**Introducción:** Olmesartán es un fármaco antihipertensivo de clase ARA2 utilizado con frecuencia desde hace 15 años. Desde hace 5 años se ha descrito su asociación con una forma de enteropatía sprue-like que obliga a la retirada de su prescripción.

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia reciente en 8 casos con enteropatía sprue-like asociada a olmesartán.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, en 8 pacientes ingresados en nuestro servicio entre julio de 2013 y noviembre de 2016 por diarrea crónica y consumo concomitante de olmesartán. Se investigaron los hallazgos clínicos, de laboratorio, serológicos e histológicos de la mucosa duodenal.

**Resultados:** En cuanto al perfil clínico, se incluyeron en el estudio 8 pacientes, 2 hombres y 6 mujeres, mediana (mínimo-máximo) de edad 81 (67-86) años. Todos presentaban diarrea crónica, asociando consumo de olmesartán durante una mediana (mínimo-máximo) de 16 (4-48) meses. Asociaban pérdida de peso 6/8 pacientes, vómitos 4/8 y dolor abdominal 3/8 pacientes. Uno precisó ingreso en UCI. Analíticamente, presentaron fracaso renal agudo 3/8 pacientes; hipopotasemia 5/8 y acidosis metabólica 4/8. Uno presentó anemia y 5/8 pacientes hipoalbuminemia. La serología de celiaquía fue negativa en todos. Se excluyeron otras causas de diarrea, siendo los tests microbiológicos de heces negativos y el screening tiroideo normal en todos los pacientes. En el estudio anatómopatológico duodenal, todos presentaron atrofia vellositaria de diversos grados (2/8 leve; 5/8 moderada; 1/8 grave) e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y/o eosinofílico. Tras retirar el fár-

maco, todos los pacientes experimentaron mejoría clínica con una mediana (mínimo-máximo) de 6 (2-29) días hasta desaparecer los síntomas.

**Conclusiones:** Olmesartán es una causa de diarrea en pacientes con atrofia vellositaria duodenal y serología negativa para celiaquía. Tras la retirada del fármaco, la mejoría clínica es rápida.

### 116. REVISIÓN ANUAL DE GASTROSCOPIAS URGENTES EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL: NUESTRA EXPERIENCIA

C. Argüelles Martínez de la Vega, S. Antón García, L. Parapar Álvarez, A. del Rocío Ríos Ortiz, L. Seoane Blanco, E. Armesto González y J. Soto Sánchez

*Hospital San Agustín, Avilés.*

**Introducción:** La gastroscopia urgente es una herramienta primordial en la actividad diaria de todo centro hospitalario. El diagnóstico y la intervención precoz permiten reducir complicaciones potencialmente graves, así como el gasto sanitario derivado de las mismas.

**Objetivos:** Revisar las solicitudes de gastroscopia urgente en nuestro centro, su rentabilidad y el uso de recursos en función de los resultados.

**Métodos:** Estudiamos de manera retrospectiva las solicitudes de gastroscopia urgente realizadas desde el 1 de enero al 14 de diciembre de 2016 en nuestro centro. Se analizaron las siguientes variables: edad y sexo del paciente, servicio peticionario, indicación, hallazgos, necesidad de terapéutica y tipo de la misma, así como de hospitalización.

**Resultados:** Se recogieron un total de 103 solicitudes, la mayor parte, 68%, provenientes del Servicio de Urgencias, el 32% restante pertenecían al ámbito de hospitalización. 59 estudios fueron realizados en hombres (57%) y 44 en mujeres (43%). La edad media fue de 63 años (rango 10-97) 64 solicitudes (62%) fueron indicadas por sospecha de hemorragia digestiva alta, descartándose en un 39% la presencia de hemorragia activa o lesiones potencialmente sangrantes. De estas gastroscopias no diagnósticas, el 60% procedían del Servicio de Urgencias. En el 61% restante la patología más prevalente fue la úlcera gástrica (31%), seguida de Mallory Weiss (26%), úlcera duodenal (21%), sangrado por varices (8%) y otras patologías 15%. En el caso de la úlcera gástrica el 50% no requirió terapéutica, 35% fue tratada mediante esclerosis, 8% con hemoclip y 8% mediante técnica mixta. En el 100% de los pacientes con sangrado por úlcera duodenal fue usada la esclerosis. 50% de los sangrados por Mallory Weiss no necesitó intervención, 33% requirió esclerosis y un 8% colocación de hemoclip. La totalidad de los sangrados por varices esofágicas requirieron ligadura. El 20% de las hemorragias digestivas procedentes de Urgencias fueron ingresadas. De las 31 solicitudes por sospecha de cuerpo extraño, 21 (68%) fueron diagnósticas, siendo la impactación de bolo la causa más frecuente (14 pacientes). Tan sólo un paciente requirió hospitalización. Las 8 solicitudes restantes fueron por disfagia, siendo 3 no diagnósticas, 2 con diagnóstico de candidiasis, 2 anillos de Schatzki y una neoplasia esofágica.

**Conclusiones:** La sospecha de HDA sigue siendo la principal indicación de gastroscopia urgente. Llama la atención el alto número de casos en el que no es confirmada, fundamentalmente en las solicitudes cursadas desde Urgencias, en probable relación a la dificultad de verificar el sangrado cuando este se produce en un ámbito extrahospitalario. La precocidad en la realización de la endoscopia permite una rápida actuación y una correcta valoración del riesgo de recidiva, evitando así ingresos innecesarios, con el consiguiente aumento de morbilidad y el uso incorrecto de recursos sanitarios.

### 117. SÍNTOMAS EXTRAESOFÁGICOS DE REFLUJO: ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE ERGE EN ESTOS PACIENTES

A. Zúñiga Ripa, F. Estremera Arévalo, I. Aresté Anduaga, R. Iglesias Picazo, M. Rullán Iriarte y L. Casanova Ortiz

*Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.*

**Introducción:** La clasificación de Montreal permite dividir la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en síndromes esofágicos y extraesofágicos. Estos últimos incluyen la tos, la laringitis y el asma. La frecuencia de estos síntomas es variable y la relación con ERGE es controvertida.

**Objetivos:** Valorar si se observan diferencias en la prevalencia de ERGE diagnosticada mediante pH/impedanciometría de 24 horas en pacientes con síntomas extraesofágicos de RGE en nuestra población.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 87 pacientes, a los que se realizó estudio mediante pHmetría o impedanciometría de 24 horas, por la presencia de síntomas extraesofágicos de RGE.

**Resultados:** De forma detallada por cuadros sindrómicos, en los pacientes con tos (n: 62), se observaron datos compatibles con RGE en 30 pacientes (48,4%). Estos pacientes presentaban una mejoría sintomática total tras tratamiento convencional en el 19,4% (12/62 pacientes), parcial en 40,3% (25/62 pacientes) y no respuesta en 25 pacientes (40,3%). En pacientes diagnosticados de laringitis por ORL (n: 51), resultados similares a los pacientes estudiados por tos, con exploraciones compatibles con ERGE en el 49% de los casos (25/51 pacientes). La mejoría clínica tras tratamiento fue total en 23,5% (12/51 pacientes), parcial en 37,3% (19/51 pacientes) y sin mejoría en el 39,2% de los casos (20/51). El número de pacientes estudiados por clínica asmática es más limitado (n: 14). El 50% presentaron estudios sugestivos de RGE, con cifras de respuesta al tratamiento variables (respuesta total 21,4%, parcial 14,3% y no respuesta 64,3%).

**Conclusiones:** En nuestro estudio observamos que la prevalencia de RGE detectada mediante pHmetría o impedanciometría de 24h, en pacientes con síntomas extraesofágicos en relación a ERGE (tos, asma y laringitis), se aproxima al 50% de los pacientes en los tres grupos evaluados, sin que esto permita describir una asociación causal entre esta enfermedad y dichos síntomas. La respuesta total permite plantear la hipótesis de que la ERGE pueda ser un factor etiológico de síntomas atípicos. La respuesta parcial podría indicar la existencia de ERGE junto con otros cofactores, si bien, esta población es heterogénea y en algunos pacientes la respuesta al tratamiento es únicamente de los síntomas típicos. Aproximadamente en el 70-75% de los pacientes estudiados por síntomas extraesofágicos, no podemos concluir que dicha relación sea cierta según la respuesta sintomática al tratamiento con IBPs.

### 118. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON HIERRO CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

L. López Barroso<sup>a</sup>, R. Ballester Clau<sup>a,b</sup>, M. Planella de Rubinat<sup>a,b</sup>, G. Torres Vicente<sup>a</sup>, T. Voltà Pardo<sup>a</sup>, M. Cucala Ramos<sup>c</sup>, C. Aracil Blanch<sup>a,b</sup>, J.M. Miñana Calafat<sup>a,b</sup> y J.M. Reñé Espinet<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. <sup>b</sup>Institut de Recerca Biomèdica de Lleida. <sup>c</sup>Departamento Médico, Vifor Pharma España S.L.

**Introducción:** Existen estudios de la eficacia del tratamiento parenteral con hierro carboximaltosa (CMH) en las hemorragias agudas y anemias crónicas de diferentes orígenes, pero no existen datos sobre su utilización en el tratamiento de las anemias post hemorragia aguda y por sangrado crónico en pacientes cirróticos.

**Objetivos:** Conocer la eficacia y seguridad del tratamiento con CMH en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva (HD) aguda o crónica.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de un periodo de 3 años de las características clínicas y analíticas de pacientes cirróticos con HD-aguda (anemización con exteriorización de sangrado y/o afectación estado hemodinámico) o crónica (anemización sin exteriorización de sangrado).

**Resultados:** Análisis de 36 pacientes con cirrosis hepática de causa enólica en el 61,1%, hepatitis C en el 19,4%, Hepatitis B en el 2,8% y otras causas en el 16,7%. El 63,6% fueron hombres, edad media de 64,6 (DE de 13,7), Child-Pugh A en el 50,0% de los casos y B en el otro 50,0% y con un índice de Charlson superior a 3 puntos en todos los casos ( $\geq 5$ : 65,7%). La causa más frecuente de ingreso fueron las varices esofágicas (72,2%). Se registraron 16 ingresos por HD-aguda con una media de Hb de 7,4 g/dL (DE 2,3) y 8 ingresos por HD-crónica con una media de Hb de 7,3 g/dL (DE 2,5), un total de 41 visitas de seguimiento, con un total de 53 cursos con tratamiento de CMH. La dosis total administrada más habitual fue de 1.000 mg. En los pacientes ingresados, se observó un incremento promedio de Hb de 1,5 g/dL (DE 2,4) en un periodo medio de 9,1 días (mediana: 8), tras tratamiento con CMH. En los pacientes que tuvieron seguimientos prolongados, se mantenía un incremento promedio de Hb de 1,0 g/dL (DE 2,2) al cabo de un periodo medio de 79,2 días (DE 71,8) tras tratamiento con CMH. No se objetivó ninguna reacción adversa grave.

**Conclusiones:** La administración de carboximaltosa de hierro mejora de manera temprana, mantenida y segura los niveles de Hb en pacientes con cirrosis hepática y HD.

### 119. ¿PUEDE CONSIDERARSE LA COEXISTENCIA DE SÍNTOMAS TÍPICOS Y ATÍPICOS DE REFLUJO UN FACTOR PREDICTIVO DE RESPUESTA A TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES?

A. Zúñiga Ripa, F. Estremera Arévalo, I. Aresté Anduaga, R. Iglesias Picazo y M. Oreja Arragayo

*Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.*

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se divide según la clasificación de Montreal en síntomas típicos (pirosis y regurgitación) y síntomas atípicos (tos, asma y/o laringitis). La respuesta al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBPs) sugiere la relación de estos síntomas con la ERGE. Se desconocen los factores que predicen respuesta al tratamiento en estos pacientes.

**Objetivos:** Valorar si la coexistencia de síntomas típicos (pirosis y/o regurgitación) y atípicos (asma, tos y/o laringitis), es un factor predictivo de respuesta al tratamiento con IBPs.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo, de 109 pacientes evaluados en la consulta de pruebas funcionales por la existencia de síntomas atípicos y/o típicos de RGE. Evaluación de la respuesta al tratamiento con IBPs indicado por el médico responsable. Se define "respuesta" a IBP como la desaparición completa de los síntomas tras el tratamiento y la "no respuesta" como no mejoría o mejoría parcial.

**Resultados:** En los pacientes evaluados por síntomas extraesofágicos (n: 109), se recogió respuesta al tratamiento en el 20,2% (20 pacientes) frente al 79,8% que no mejoraban con el tratamiento. Hemos estudiado la respuesta al tratamiento con IBP de pacientes con coexistencia de síntomas típicos y atípicos de ERGE (n: 66) frente a los pacientes con síntomas exclusivamente atípicos (n: 43). Evaluando la respuesta al tratamiento, se observó que presentaban mejoría clínica 18 de 66 pacientes (27,3%) en el grupo de coexistencia, mientras que en el grupo de síntomas atípicos mejoraban 4 pacientes del 43, supone el 9,3%. Si analizamos los datos desde la variable

de respuesta a IBPs (n: 22), mejoran 18 pacientes del grupo coexistencia de síntomas (18/22: 81,8%) frente a 4 pacientes con únicamente síntomas atípicos (18,2%). El análisis estadístico revela una  $\chi^2$  5,219 con diferencias estadísticamente significativas (p 0,022).

**Conclusiones:** El 20,2% de los pacientes evaluados por síntomas extraesofágicos de RGE presentaban respuesta al tratamiento con IBPs. La respuesta al tratamiento se observó en el 27,3% de los pacientes con coexistencia de síntomas típicos y atípicos de RGE y en un 9,3% en pacientes con síntomas exclusivamente atípicos. En función de los resultados de nuestro estudio se podría concluir que la coexistencia de síntomas típicos y atípicos de RGE predice una mejor respuesta al tratamiento con IBP en comparación a la existencia aislada de síntomas atípicos.

### 120. SÍNTOMAS EXTRAESOFÁGICOS DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS EN PH/IMPEDANCIA 24 H

A. Zúñiga Ripa, F. Estremera Arévalo, I. Aresté Aduaga, A. Elosua González, D. Oyón Lara, S. López López y R. Iglesias Picazo

*Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.*

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) tiene una prevalencia aproximada de 10-15%. Existe gran controversia sobre el papel de las pruebas funcionales en el diagnóstico de los síntomas atípicos de ERGE.

**Objetivos:** Evaluar si existen diferencias en la respuesta al tratamiento convencional con inhibidores de la bomba de protones (IBP) en los pacientes con síntomas extraesofágicos de ERGE, en función de los resultados de pHmetría o impedanciometría de 24 horas.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo, de 87 pacientes sometidos a pHmetría o impedanciometría, por la presencia de síntomas extraesofágicos de reflujo. Evaluación de la respuesta al tratamiento con IBPs según criterio médico, en función de los hallazgos en las exploraciones funcionales y por grupo de síntomas "tos" "laringitis" y "asma".

**Resultados:** En los pacientes con tos (n: 62), se confirmó la presencia de RGE patológico en 30 pacientes (48,4% del total). Entre los pacientes con RGE patológico en pH/impedancia, respondieron al tratamiento 5 pacientes (16,7%) frente al 83,3% (25/30) que no mejoraron. En pacientes con pH/impedancia negativa, la tasa de respuesta fue del 21,9% (7/32 pacientes) frente al 78,1% (25/32). Estudiados 51 pacientes diagnosticados de laringitis por ORL. RGE en 25 pacientes (49%). Dentro de este subgrupo, referían mejoría clínica tras el tratamiento 24% (6/25 pacientes), frente al 76% que no mejoraron (19/25). Un 23,1% (6/26 pacientes) de los pacientes sin RGE también referían mejoría tras el tratamiento. De los pacientes que mejoraron con los IBPs, únicamente el 50% presentaba RGE. En los pacientes con clínica asmática (n: 14), se diagnosticó RGE subyacente en el 50% (7 pacientes). Únicamente uno de ellos presentó mejoría con el tratamiento, mientras que 6 pacientes no mejoraron. Dentro de los pacientes con exploraciones normales, 2 mejoraron con el tratamiento.

**Conclusiones:** La tasa de RGE confirmada mediante pHmetría o impedanciometría de 24 horas en pacientes con síntomas extraesofágicos fue del 50,6% (44/87 pacientes). En nuestro estudio se observa que la respuesta al tratamiento convencional con IBPs es similar en los distintos síntomas atípicos evaluados, independientemente de que la pHmetría o impedanciometría objetivase o no la existencia de RGE subyacente. El resultado positivo de la pH/impedanciometría no es un factor predictivo de respuesta a IBPs. A su vez, la respuesta al tratamiento convencional con IBPs de los síntomas extraesofágicos no parece implicar un diagnóstico de RGE en las pruebas de pH/impedancia de 24 horas.

### 121. ¿LOS PACIENTES CON LARINGITIS POSTERIOR PRESENTAN MAYOR TASA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO?

A. Zúñiga Ripa, F. Estremera Arévalo, I. Aresté Anduaga, D. Oyón Lara, A. Elosua González, S. López López y R. Iglesias Picazo

*Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.*

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una entidad frecuente en la actualidad. Según la clasificación de Montreal se divide en síndromes esofágicos y síndromes extraesofágicos. Estos últimos incluyen el síndrome de tos, de asma, de erosión dental y el síndrome de laringitis por reflujo. En nuestra consulta es frecuente valorar pacientes derivados desde Otorrinolaringología (ORL) para estudio de ERGE tras evidenciarse laringitis posterior.

**Objetivos:** El objetivo es valorar si los pacientes con síntomas laríngeos, con laringitis posterior descrita por ORL presentan mayor tasa de RGE estudiado mediante el índice de DeMeester frente a los pacientes sin laringitis posterior descrita por ORL.

**Métodos:** Estudio observacional analítico retrospectivo de pacientes a los que se realizó pH/impedanciometría de 24 horas por la existencia de síntomas laríngeos y/o laringitis posterior. Todos los pacientes habían sido previamente valorados en la consulta de ORL mediante laringoscopia. Se estudian por separado los pacientes sometidos a pHmetría (n: 63) y a impedanciometría (n 49). La variable sigue una distribución no normal (test Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk) por lo que se ha realizado análisis estadístico U de Mann-Whitney para muestras independientes.

**Resultados:** En el grupo de pacientes de pHmetría se observó que la media del índice de DeMeester es de 20,83 (IC 11,47-30,19) en los pacientes en los que no se describía laringitis posterior mientras que en paciente en los que coexistía molestias laríngeas con laringitis posterior el DeMeester era de 26,85 (IC 3,90-49,80). El análisis estadístico revela que no existen diferencias significativas en el DeMeester entre ambas categorías (p 0,262). En los pacientes a los que se realizó impedanciometría de 24h para estudio de las molestias laríngeas, se observa un DeMeester de 15,49 (IC 3,69-27,03) en pacientes con molestias laríngeas sin laringitis posterior y un DeMeester de 31,18 (-1,13 a 63,51) en el subgrupo de coexistencia con laringitis posterior. No se observan diferencias estadísticamente significativas en los valores estudiados (p 0,859).

**Conclusiones:** Tras los resultados obtenidos en este estudio se puede concluir que los pacientes con molestias laríngeas y laringitis posterior en valoración por ORL no presentan mayor tasa de RGE definido mediante el índice de DeMeester. Los datos obtenidos en pH/impedancia no parecen apoyar el concepto de que la laringitis posterior sea secundaria a una mayor exposición ácida del esófago en pacientes con dicha sintomatología. En nuestra muestra, parece que la realización de pruebas funcionales en pacientes derivados de ORL por laringitis posterior no aporta datos que apoyen una mayor tasa de diagnóstico de ERGE en pacientes con molestias laríngeas.

### 122. ¿ES LA LARINGITIS POSTERIOR UN FACTOR PREDICTIVO DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON IBP EN PACIENTES CON MOLESTIAS LARÍNGEAS DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO?

A. Zúñiga Ripa, F. Estremera Arévalo, I. Aresté Anduaga, R. Iglesias Picazo, M. Rullán Iriarte y L. Casanova Ortiz

*Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.*

**Introducción:** Las molestias laríngeas pueden encuadrarse dentro de los síntomas atípicos de ERGE. El hallazgo de laringitis posterior por Otorrinolaringología (ORL) se considera una lesión objetivable potencialmente asociada a ERGE. No obstante, la respuesta al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) de estos síntomas es habitualmente escasa.

**Objetivos:** El objetivo es valorar si la existencia de laringitis diagnosticada por ORL condiciona una mejor respuesta a tratamiento con IBPs en los pacientes con molestias laríngeas, comparados con pacientes también valorados por ORL sin evidenciarse laringitis posterior.

**Métodos:** Estudio observacional analítico retrospectivo de 150 pacientes a los que se realizó estudio mediante pHmetría o impedanciometría de 24 horas por la presencia de molestias laríngeas. Todos los pacientes habían sido valorados en consulta de ORL. Estudio estadístico mediante chi cuadrado.

**Resultados:** Se evaluaron 150 pacientes con molestias laríngeas, de los cuales 104 habían sido diagnosticados de laringitis posterior en consulta de Otorrinolaringología. En los pacientes que presentaban laringitis posterior (n: 104), el 18,3% (n: 19) presentaba respuesta al tratamiento con IBPs, frente al 81,7% que no referían mejoría tras tratamiento estándar indicado por su médico responsable. En los pacientes sin laringitis posterior se observa respuesta al tratamiento en 19,6% (9/46) frente al 80,4% sin respuesta. El análisis estadístico no observó diferencias estadísticamente significativas (p 0,851) entre ambos grupos. Desde otro punto de vista, en los pacientes que sí respondieron a tratamiento con IBPs, el 57,9% presentaba laringitis posterior frente al 32,1% en los que no se describía alteraciones morfológicas en la exploración por ORL (no diferencias estadísticamente significativas).

**Conclusiones:** La existencia de laringitis posterior diagnosticada por ORL no parece ser un factor predictivo de respuesta al tratamiento con IBPs en nuestra muestra. Las similares tasas de respuesta al tratamiento con IBP entre ambos grupos podrían indicar que la exposición excesiva al ácido no parece tener un rol determinante en la génesis de los síntomas ni en las lesiones objetivables de laringitis posterior en la mayoría de los pacientes de nuestro estudio.

### 123. PREVALENCIA DE DISPEPSIA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS ATÍPICOS DE RGE

A. Zúñiga Ripa, F. Estremera Arévalo, I. Aresté Anduaga, R. Iglesias Picazo y C. Saldaña Dueñas

*Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.*

**Introducción:** Según la clasificación de Montreal, los síntomas atípicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) incluyen asma, tos, laringitis y el síndrome de erosión dental por reflujo. Su escasa respuesta a los tratamientos establecidos y su coincidencia con otros síndromes digestivos de origen funcional podrían sugerir un origen común basado en hipersensibilidad visceral.

**Objetivos:** Valorar si existen diferencias en la prevalencia de dispepsia en pacientes con síntomas atípicos de forma global y por subtipo sintomático.

**Métodos:** Estudio observacional analítico retrospectivo de 506 pacientes. Se realizó estudio mediante pHmetría o impedanciometría de 24 horas por la presencia de síntomas digestivos altos. Estudio estadístico mediante test chi cuadrado.

**Resultados:** En pacientes con síntomas atípicos (n 506) se observó dispepsia en un 50,8% frente al 32,7% en pacientes sin síntomas atípicos, con diferencias estadísticamente significativas (p 0,000). Se evaluó la existencia de dispepsia en pacientes con ERGE confirmado mediante pHmetría o impedanciometría en pacientes con síntomas atípicos (n 301). En el grupo de RGE confirmado el 47,9% presentaba dispepsia frente al 51,8% presente en pacientes sin RGE (no diferencias significativas). Se evaluaron los distintos subgrupos sintomáticos. En pacientes con molestias laríngeas, se evidenció dispepsia en 54,4% de los casos frente al 32,1% en los pacientes sin molestias (p 0,000). En pacientes con laringitis diagnosticada por ORL se recogieron síntomas de dispepsia en 50,9% vs 41,3% en pacientes sin laringitis. En pacientes con tos, presentaban dispepsia el 50,7% frente al 40,6% en pacientes sin tos (diferencias signifi-

cativas p 0,037). En asma, las cifras son similares, 54,5% de dispepsia frente 42,7% sin asma, sin diferencias estadísticas probablemente por el escaso tamaño muestral (n 33).

**Conclusiones:** De manera global se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mayor frecuencia de dispepsia en pacientes con síntomas atípicos, en comparación con pacientes sin ellos. Evaluando los síntomas por separado, en pacientes con molestias laríngeas y tos, se identificaron diferencias significativas en cuanto a mayor prevalencia de dispepsia. En laringitis diagnosticada por ORL las cifras son similares, con tendencia a favor de presentar dispepsia, sin embargo el análisis estadístico no revela diferencias significativas. Los datos en los pacientes con asma probablemente estén influidos por el bajo tamaño muestral. Además se demostró la ausencia de diferencia en la frecuencia de dispepsia en pacientes con o sin RGE confirmado mediante exploraciones funcionales. Por esto, parece que la ERGE no es el vínculo entre síntomas atípicos y dispepsia funcional.

### 124. ESTUDIO SOBRE UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA: GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA. NUESTRA EXPERIENCIA EN 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO

M. Puya Gamarro<sup>a</sup>, E. Soria López<sup>a</sup>, J. Hinojosa Guadix<sup>a</sup>, T. Pereda Salguero<sup>b</sup>, F. Rivas Ruiz<sup>c</sup>, A.M. Sánchez Cantos<sup>a</sup> y A. Pérez-Aisa<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica; <sup>c</sup>Unidad de Investigación, Hospital Costa del Sol, Marbella.

**Introducción:** La gastroenteritis eosinofílica (GEE) es una entidad poco prevalente caracterizada por la infiltración eosinofílica del estómago y/o colon. Su diagnóstico exige la demostración de eosinofilia tisular > 25 cel/cga en estómago y > 50 cel/cga en colon en ausencia de otras causas de eosinofilia. La dificultad del estudio radica en las escasas series publicadas en la literatura.

**Objetivos:** Analizar características clínico/epidemiológicas de pacientes diagnosticados de GEE en nuestra área sanitaria, evolución, estrategia y respuesta terapéutica.

**Métodos:** Estudio descriptivo-retrospectivo que analiza pacientes diagnosticados de GEE en nuestro centro desde enero-2007 a junio-2016. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y respuesta al tratamiento. El diagnóstico se realizó mediante estudio histopatológico de muestras obtenidas por biopsia endoscópica. Realizamos un análisis descriptivo con medidas de posición (mediana y rango intercuartílico) y distribución de frecuencias para las cualitativas.

**Resultados:** Se analizaron 20 pacientes. Mediana de edad 31 años, con mayor prevalencia en mujeres (60%) y raza caucásica (95%). Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal (55%) y diarrea (25%). Observamos asociación con la atopia y las alergias alimentarias (ambas 15%), el asma (10%) y la esofagitis eosinofílica (5%). Sólo un 5% tenían antecedentes familiares de GEE. Se observa eosinofilia en sangre periférica en un 65% (valor medio 26,3%) y concentración sérica elevada de IgE (valor medio 1.390) en un 83,3% de los casos. En 75 y 70% de pacientes se realizó endoscopia digestiva alta y colonoscopia (en 45% ambas), siendo lo más frecuente la ausencia de hallazgos patológicos. En las biopsias, la zona más afectada fue el duodeno (55%), colon (35%), estómago e íleon (20%). Sólo en el 5% hubo infiltración eosinofílica hasta la submucosa, afectándose en el resto la mucosa. Realizamos cápsula endoscópica en 10%, siendo patológica en un 50%. Test de intolerancia a lactosa en 10%, siendo negativo y test de intolerancia a fructosa-sorbitol también en 10%, siendo positivo en 50%. El 75% precisó tratamiento, con buena evolución y baja tasa de recurrencia hasta la actualidad. La dieta restrictiva (leche, soja, huevo) fue el más empleado (93%), seguido de budesonida (33,3%) y prednisona (33,3%). Un paciente recibió tratamiento con Montelukast.

**Conclusiones:** La GEE es una entidad a considerar en pacientes con dolor abdominal y diarrea. Es preciso un alto índice de sospecha para diagnosticarla, sobre todo en pacientes con antecedente de atopía o alergias alimentarias y en aquellos con eosinofilia periférica y niveles elevados de IgE. La dieta restrictiva es el primer escalón terapéutico con buena evolución a largo plazo y bajas tasas de recurrencia.

### 125. EFICACIA Y SEGURIDAD EN SEGUNDA Y TERCERA LÍNEA EN LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI*: SUBANÁLISIS DE DATOS ESPAÑOLES DEL REGISTRO EUROPEO HP-EUREG

M. Caldas<sup>a</sup>, A. Pérez-Aisa<sup>b</sup>, M. Castro<sup>c</sup>, L. Bujanda<sup>d</sup>, L. Rodrigo<sup>e</sup>, J. Pérez-Lasala<sup>f</sup>, J. Hinojosa<sup>g</sup>, N. Fernández<sup>h</sup>, J. Molina-Infante<sup>g</sup>, H. Alonso<sup>d</sup>, M. Arroyo<sup>h</sup>, M. Domínguez-Cajal<sup>i</sup>, A.J. Lucendo<sup>j</sup>, T. Romero-García<sup>c</sup>, J. Barrio<sup>k</sup>, I. Modolell<sup>l</sup>, L. Fernández-Salazar<sup>m</sup>, P. Almela<sup>n</sup>, P.L. González<sup>g</sup>, J.M. Botargués<sup>g</sup>, J.M. Huguet-Malaves<sup>o</sup>, I. Ariño<sup>h</sup>, T. di Maira<sup>p</sup>, B.J. Gómez-Rodríguez<sup>q</sup>, C. de la Coba<sup>r</sup>, M. Perona<sup>s</sup>, R. Antón<sup>t</sup>, R. Ruiz-Zorrilla<sup>u</sup>, M. Roldán<sup>v</sup>, M. Jiménez-Moreno<sup>y</sup>, J. Alcedo<sup>w</sup>, M. Pabón<sup>c</sup>, O.P. Nyssen<sup>a</sup>, F. Megraud<sup>x</sup>, C. O'Morain<sup>y</sup>, A.G. McNicholl<sup>a</sup> y J.P. Gisbert<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Málaga. <sup>c</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Valme, Sevilla. <sup>d</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Donostia/Instituto Biodonostia y CIBERehd, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián. <sup>e</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Central de Asturias, Oviedo. <sup>f</sup>Servicio de Aparato Digestivo, HM Sanchinarro, Madrid. <sup>g</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. <sup>h</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y CIBERehd, Zaragoza. <sup>i</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General San Jorge, Huesca. <sup>j</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real. <sup>k</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>l</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Consorci Sanitari de Terrassa. <sup>m</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>n</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari General de Castellón. <sup>o</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. <sup>p</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Consorci Hospital General Universitari de Valencia. <sup>q</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari y Politècnic La Fe y CIBERehd, Valencia. <sup>r</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>s</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Cabueñes, Gijón. <sup>t</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Quirón Marbella. <sup>u</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico de Valencia. <sup>v</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Sierrallana, Cantabria. <sup>w</sup>Servicio de Aparato

*Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de Burgos. <sup>x</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>y</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux, Francia. <sup>z</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Trinity College Dublin, Dublin, Irlanda.*

**Introducción:** Encontrar un tratamiento erradicador óptimo en segunda y tercera línea supone un reto, debido al aumento de resistencias antibióticas.

**Objetivos:** Analizar la eficacia y seguridad en segunda y tercera línea de los tratamientos más comunes en España.

**Métodos:** Estudio prospectivo y multicéntrico dentro del registro europeo Hp-EuReg basado en datos españoles recogidos a través de AEG-REDCap.

**Resultados:** Se incluyeron 1.745 pacientes en segunda línea de erradicación. A pesar de que el 51% recibió una terapia triple integrada por un IBP, levofloxacin y amoxicilina, su tasa de erradicación global fue insuficiente (intención de tratar modificado, mITT, 77%). Otros tratamientos menos frecuentes alcanzaron mejores tasas de erradicación, como la terapia cuádruple integrada por un IBP, amoxicilina, levofloxacin y bismuto, la terapia triple consistente en un IBP, amoxicilina y moxifloxacino y la terapia cuádruple con bismuto en cápsula única (Pylera®). El análisis por regresión logística no mostró diferencias significativas en eficacia entre estas tres terapias, ni dentro de cada una al variar las dosis de IBP o la duración del tratamiento. Tampoco se describieron efectos adversos graves con ninguna de las tres. 460 pacientes se incluyeron en tercera línea de erradicación, siendo el tratamiento más empleado el cuádruple formado por un IBP, bismuto, metronidazol y doxiciclina (20%), con eficacias del 70% (mITT) con 14 días. No obstante, al emplear una terapia cuádruple con tetraciclina hidrocloreuro en lugar de doxiciclina durante 14 días o Pylera® (durante 10 días), el éxito erradicador superó el 80%, sin describirse efectos adversos intensos.

**Conclusiones:** Las terapias más eficaces (erradicación del 90% aproximadamente) en segunda línea fueron la terapia cuádruple con levofloxacino y bismuto, Pylera® y la terapia triple con moxifloxacino. En tercera línea, el tratamiento con Pylera® y la terapia cuádruple con bismuto y tetraciclina obtuvieron una eficacia aceptable.

### 126. RECUPERACIÓN DE LA MUCOSA INTESTINAL EN LA ENFERMEDAD CELIACA TRAS LA INSTAURACIÓN DE LA DIETA SIN GLUTEN

M. Godás Núñez<sup>a</sup>, P.D. Torralba González-Mohino<sup>a</sup>, C. Garfia Castillo<sup>a,b</sup> y G. Castellano Tortajada<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Universidad Complutense, Madrid. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Tabla P-125. Eficacia, cumplimiento y efectos adversos de los tratamientos más eficaces en segunda y tercera línea

	mITT		PP		Cumplimiento	Efectos adversos
	N	Eficacia (IC95%)	N	Eficacia (IC95%)		
<b>2ª línea</b>						
IBP +A+ L+ Bi (14 días)	275	91% (87-94%)	273	91% (88-94%)	94%	37%
IBP +A+ Mx (14 días)	98	88% (81-94%)	38	86% (75-98%)	100%	22%
Cuádruple Pylera® (10 días)	51	90% (81-98%)	51	90% (81-98%)	97%	51%
<b>3ª línea</b>						
IBP+Bi+ M+Dx (14 días)	32	70% (55-84%)	32	71% (57-85%)	96%	46%
IBP+Bi+M+Tc (14 días)	43	81% (70-93%)	29	88% (72-97%)	96%	83%

**Introducción:** La enfermedad celiaca (EC) es una entidad con una prevalencia del 1% y cuyo único tratamiento actualmente es la dieta sin gluten (DSG) que mejora la sintomatología, el estado nutricional y previene el desarrollo de complicaciones. La clínica y las complicaciones parecen estar relacionadas patogénicamente con la inflamación crónica intestinal, lo que sugiere que la recuperación mucosa alcanzada con la DSG es un factor clave en la evolución de la enfermedad. Múltiples publicaciones sobre esta enfermedad exponen que no siempre se recupera la mucosa intestinal. Aun introduciendo la DSG, el daño de la mucosa intestinal puede persistir, especialmente en las series de pacientes con diagnóstico en la edad adulta.

**Objetivos:** Valorar la tasa de recuperación histológica en pacientes celiacos correlacionándola con la edad al diagnóstico.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes celiacos diagnosticados y/o en seguimiento en consultas desde enero de 2015 a agosto 2016. El diagnóstico de EC se realizó por la combinación de hallazgos clínicos, analíticos e histológicos, siguiendo la clasificación modificada de Marsh para estos últimos. Se valoró: la edad al diagnóstico y el tipo de afectación histológica según la clasificación modificada de MARSH en la biopsia inicial diagnóstica y en las de seguimiento. De esta forma se establecieron dos grupos, pacientes celiacos diagnosticados en la infancia (grupo A: 0-15 años) y pacientes celiacos diagnosticados en la edad adulta (grupo B:  $\geq$  16 años).

**Resultados:** En nuestro estudio se incluyeron 199 pacientes (96 adultos y 103 niños), de estos, a 148 se les había realizado la biopsia inicial diagnóstica y al menos una en el seguimiento. Finalmente el grupo A estaba formado por 82 pacientes, 26 niños (31,7%) y 56 niñas (68,3%) con una edad media de 2,52 años. De estos, 60 (73,17%) normalizaron la biopsia intestinal en 3,22 años (1-9 años), 20 (24,39%) mejoraron la afectación histológica a los 2 años y sólo en 2 niños de 2 y 5 años (2,44%) permanecía el mismo daño intestinal a los 2 y 6 años respectivamente. El grupo B estaba formado por 66 pacientes, 19 hombres (27,7%) y 47 mujeres (72,3%) con una edad media de 38,53 años. 29 pacientes (43,94%) normalizaron la biopsia intestinal en 4,33 años (1-19 años). En 26 (39,39%) disminuyó el grado de lesión según la clasificación de Marsh pero sin normalizarse tras una media de 5,27años desde que iniciaron la DSG (3-11 años). Pero en 11 pacientes (16,67%) con una edad media de 45,09 años permaneció la misma lesión histológica pese a la instauración de la DSG desde hacía al menos 4 años.

**Conclusiones:** La celiaquía es una enfermedad prevalente y es esencial el diagnóstico precoz puesto que la edad de diagnóstico parece ser relevante para la recuperación de la mucosa intestinal, siendo más probable entre los pacientes de diagnóstico en la edad pediátrica y disminuyendo en pacientes de diagnóstico más tardío.

### 127. CUÁDRUPLE TERAPIA CON BISMUTO (PYLERA®): EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO DEL NUEVO TRATAMIENTO ERRADICADOR

S. Agudo Fernández, A. González Blanco, C. Castaño Milla, J.A. Olmos Jerez, L. Sancho del Val, A. Ortega Carbonell y M. Domínguez Antonaya

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

**Introducción:** La infección por *Helicobacter pylori* afecta al 50% de la población española y es causante de gastritis crónica, úlcera y cáncer gástrico. La prevalencia de resistencias a claritromicina, metronidazol y quinolonas del microorganismo es cada vez mayor, causa del fracaso al tratamiento erradicador. La reciente comercialización de la cuádruple terapia con bismuto (Pylera®) ha demostrado tasas de erradicación de hasta un 90%, incluyéndose en el último consenso como una de las líneas de tratamiento principales para la eliminación de la bacteria.

**Objetivos:** Evaluar la tasa de erradicación en nuestro medio en los pacientes tratados con Pylera®. Como objetivo secundario, estudiar las características de los pacientes con infección por *H. pylori* tratados con el fármaco en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años tratados con Pylera® entre marzo-septiembre de 2016 en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Rey Juan Carlos. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo, antecedentes familiares de cáncer gástrico), variables clínico-analíticas (realización de gastroscopia/test del aliento, hallazgos endoscópicos, presencia de úlcera, metaplasia en las biopsias, anemia ferropénica, trombopenia y déficit de vitamina b12) y variables relacionadas con el tratamiento erradicador (tiempo, frecuencia y línea de tratamiento, tipo de IBP y dosis, uso de probióticos y erradicación).

**Resultados:** Se incluyeron 185 pacientes (67 varones/118 mujeres), la mayoría entre 25-59 años (56,2%). El 40,5% presentaban antecedentes de cáncer gástrico. El diagnóstico de la infección en la mayoría se realizó mediante gastroscopia (67%). Los hallazgos más frecuentes fueron gastritis antral (37,98%), gastritis corporo-antral (18,60%) y gastritis crónica atrófica (17,05%). En 16 pacientes se objetivó metaplasia intestinal (12,4%) y en 1 paciente cáncer gástrico. Presentaron trombopenia 3 pacientes, 11 déficit de vitamina b12 y anemia 16. Todos tomaron Pylera® 3 comprimidos/6 h durante 10 días. En la mayoría de los casos fue empleado como primera línea de tratamiento (57,8%), siendo menos frecuente la segunda (22,2%) y la tercera (16,8%). El IBP más usado fue omeprazol (95,7%). La dosis más usada fue de 20 mg/12h (52%). La mayoría (99,5%) no tomó probióticos. De los 185 pacientes, 27 no realizaron control postratamiento y comprobamos erradicación en 135 a los que se realizó test del aliento (85%). Como primera línea se consiguió erradicación en 79 pacientes (73,8%) y en segunda línea en 32 (78%).

**Conclusiones:** En nuestro centro se consiguió la erradicación en el 85% de los pacientes en tratamiento con Pylera®, datos similares a la literatura publicada. Los resultados muestran tasas similares de erradicación cuando se emplea como primera, segunda o tercera línea de tratamiento. Por ello, Pylera® puede ser considerada una terapia eficaz y debemos pensar en ella como una de las primeras líneas para la erradicación del *H. pylori*.

### 128. EL TRATAMIENTO MÉDICO PUEDE RESOLVER UN PORCENTAJE SIGNIFICATIVO DE ESTENOSIS ASOCIADAS A LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA SIN NECESIDAD DE DILATACIÓN

D. Vara Brenes, P.L. González Cordero, H.C. Ferreira Nossa, P. Mata Romero, M. Hernández Alonso, E. Martín Noguero, R. Prados Manzano, J.M. Mateos Rodríguez y J. Molina Infante

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

**Introducción:** La estenosis esofágica es uno de los hallazgos endoscópicos de la esofagitis eosinofílica (EoE). Se desconoce si las estenosis se deben dilatar sistemáticamente o pueden ser reversibles con tratamiento médico.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia del tratamiento médico (sin dilatación) en las estenosis esofágicas asociadas a EoE. Determinar la eficacia y seguridad de dilatación endoscópica en la EoE.

**Métodos:** Estudio retrospectivo. Población: pacientes con EoE y presentación inicial con estenosis esofágica que impedía la progresión del gastroscopio convencional (9,2-9,6 mm). Periodo estudio: marzo 2007-julio 2016. Resolución de la estenosis: paso sin resistencia de un gastroscopio convencional. Remisión histológica:  $<$  15 eosinófilos por campo de gran aumento (eos/cga).

**Resultados:** De un total de 148 pacientes, 13 (9%) debutaron con estenosis esofágica. Características basales [hombres 61%, edad

media 37 años (24-65), duración síntomas 11 años (2-30), impactación alimentaria 76%, atopia 84%]. Localización estenosis: esófago proximal 10/13 (76%); calibre estenosis: 6,8 mm (5-9); hallazgos endoscópicos: anillos 100%, edema 92% fisuras 46% y exudados 46%. Hallazgos histológicos: 77 eos/cga (3-204) en esófago distal y 60 eos/cga (5-192) en esófago proximal. Concomitantemente a la remisión histológica, la estenosis esofágica se resolvió en 6 (46%) pacientes con tratamiento médico (2 IBPs, 2 corticoides y 2 IBPs + corticoides). Los 6 pacientes restantes precisaron de dilatación endoscópica, realizándose un total de 12 dilataciones (máximo 3 por paciente, todas con balón hidrostático excepto una estenosis cervical alta con dilatadores rígidos de Savary-Gilliard). Calibre pre y post dilatación (7 (5-9) vs 11.1 (10-13),  $p < 0,05$ ). No se registró ninguna complicación relevante (dolor torácico, hematemesis, perforación).

**Conclusiones:** El tratamiento médico puede resolver hasta la mitad de estenosis esofágicas en pacientes con EoE, sugiriendo que éstas presentan un componente inflamatorio reversible. La dilatación esofágica es eficaz y segura como herramienta terapéutica en las estenosis asociadas a la EoE.

### 129. ¿HA DISMINUIDO LA INGESTA DE CÁUSTICOS EN NUESTRO HOSPITAL? COMPARACIÓN DE LAS LESIONES DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR CAUSADAS POR LA INGESTA DE CÁUSTICOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO EN DOS PERIODOS DE TIEMPO

C. Márquez Castro<sup>a</sup>, R. Calle Sanz<sup>b</sup>, P. Ferrero León<sup>c</sup> y M. Castro Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Virgen del Puerto, Plasencia. <sup>c</sup>Unidad de Aparato Digestivo, Hospital Santa Ángela de la Cruz, Sevilla.

**Introducción:** Se describe que más del 50% de los casos con lesiones avanzadas por cáusticos van a desarrollar complicaciones, lo que conlleva un aumento de la carga asistencial hospitalaria, afectando además la calidad de vida de los pacientes.

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes a quienes se les realizó una endoscopia digestiva alta (EDA) por ingesta de cáusticos, en los años de 2008-2015, además de comparar la prevalencia con el estudio previo en nuestro hospital.

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de casos a quienes se les practicó una EDA en las primeras 24 horas de evolución de la ingesta de un cáustico, en el periodo entre 2008 y 2015. Se utilizó la clasificación de Zargar para valorar la gravedad de las lesiones endoscópicas. Los datos fueron obtenidos mediante la base de datos de Endotools<sup>®</sup> del hospital. Los resultados obtenidos se compararon con un estudio previo de las mismas características en el periodo de 1993 a 1999 en nuestro hospital.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 84 casos, 52 (61,9%) de ellos mujeres, la mediana de edad fue de 47 años (rango, 16-90 años). Los álcalis (80%) predominaron como sustancia ingerida, y de ellos la lejía, con 39 (46,4%) casos, fue la sustancia mayoritaria. A todos los pacientes se les realizó EDA en las primeras 24 horas. En 30 de los casos (35,7%) no se encontraron lesiones. El esófago fue el órgano más lesionado con 42 casos (50%). La gravedad por la Clasificación de Zargar fue de 18 casos (21,42%) con lesiones de grado I, 20 casos (23,8%) de grado IIa, 5 casos (5,95%) de grado IIb, 4 casos (4,7%) de grado IIIa y 7 casos (8,33%) de grado IIIb. La ingesta con fines autolíticos fue del 45% (38 casos), accidental 36% (30 casos), en los 16 restantes no pudo ser aclarada. En cuanto a las complicaciones, en 7 pacientes (8,3%) se requirió cirugía durante el ingreso por perforación, y en 3 pacientes (3,6%), se desarrollaron estenosis esofágicas que precisaron tratamiento endoscópico. Fa-

llecieron 3 pacientes (3,6%) debido a las complicaciones por perforación de órgano. Durante el periodo de 1993-1999 (6 años) en nuestro hospital se realizaron 158 endoscopias por ingesta de cáusticos, lo que representa 74 casos (53%) menos en nuestro análisis actual de 2008-2015 (7 años). En ambos estudios la lejía es la que predomina como agente causal de lesiones. En el periodo antiguo hubo 8 fallecimientos (5%) vs 3 (3,6%) en el actual. 7 pacientes (4,4%) desarrollaron complicaciones estenosantes en el estudio anterior vs 3 casos (3,6%) en el análisis más reciente precisando algún tratamiento quirúrgico o endoscópico.

**Conclusiones:** Al contrastar ambos resultados, encontramos una disminución de número de casos en un periodo similar de tiempo. Por otro lado, el porcentaje de fallecimientos o de complicaciones es similar en ambos estudios. Por tanto, la ingesta de cáusticos sigue siendo un grave problema de salud pública.

### 130. PUNTOS DE MEJORA EN LAS ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACIÓN DE GASTRITIS CRÓNICA ATRÓFICA

E. Soria López<sup>a</sup>, M. Puya Gamarro<sup>a</sup>, J. Hinojosa Guadix<sup>a</sup>, T. Pereda Salguero<sup>b</sup>, F. Rivas Ruiz<sup>c</sup>, A.M. Sánchez Cantos y A. Pérez-Aisa<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica; <sup>c</sup>Unidad de Investigación, Hospital Costa del Sol, Marbella.

**Introducción:** La gastritis crónica atrófica es una condición precursora de neoplasia gástrica debido a su potencial evolución a metaplasia y displasia, etapas de la carcinogénesis. Mejorar la calidad de la endoscopia digestiva alta (EDA) podría ser una estrategia para identificar mejor estas lesiones y realizar un adecuado seguimiento, lo que conduce a un diagnóstico precoz del cáncer gástrico.

**Objetivos:** Analizar las características clínicas, epidemiológicas y resultado histológico, así como potenciales factores predictores de displasia en pacientes diagnosticados de gastritis crónica atrófica.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con resultado de gastritis crónica atrófica en el estudio histológico de biopsias endoscópicas tomadas en 2016 en nuestra área sanitaria.

**Resultados:** Analizamos 83 pacientes (71,1% mujeres) con una edad media de 65 años. Antecedentes personales: 14,5% enfermedad tiroidea autoinmune, 12% ERGE, 6% úlcus gástrico, 2,4% celiaquía, 2,1% EII. 60,2% consumo crónico de IBP. 29% relación con el tabaco y 7,2% con el alcohol. Antecedente oncológico: personal  $n = 9$  (8 origen digestivo) y familiar  $n = 17$  (6 cáncer gástrico). En la EDA actual el 94% presentaba imagen compatible con gastritis crónica y solo el 50% con atrofia. Lugar de las biopsias tomadas: 53% antro, cuerpo y fundus; 30% antro y cuerpo. En el estudio histológico actual 18 pacientes presentan únicamente atrofia, 55 metaplasia y 10 displasia. 58 pacientes tenían investigado previamente la infección por *Helicobacter pylori* (HP) con resultado positivo en 23, tratamiento erradicador en 22 y erradicación comprobada en 21. Métodos diagnósticos empleados: 70,2% biopsia previa, 10,5% test de aliento, 7% Ag heces, 7% serología y 5,3% test rápido de la ureasa. 62 pacientes (74,6%) tenían una EDA previa (media de 2,7 años antes), tomándose biopsias en el 88% de ellos: 4 gastritis atrófica, 31 metaplasia intestinal y 15 displasia de bajo grado. No hay diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la presencia de infección por HP en el grupo de atrofia, metaplasia o displasia. Los pacientes con displasia son más mayores (mediana de 74 años) respecto a los que presentan metaplasia o solo atrofia (mediana de 67 años) siendo estadísticamente significativo ( $p = 0,024$ ); sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo, consumo crónico de IBP, hábitos tóxicos, antecedente de infección por HP o familiar de cáncer gástrico.

**Conclusiones:** En nuestra serie los pacientes con displasia tienen una edad más avanzada respecto a los que presentan metaplasia o solamente atrofia. Debemos mejorar la sistemática de la toma de biopsias aplicando las recomendaciones, ya que el estudio histológico permite identificar lesiones precursoras no siempre identificables endoscópicamente. Podríamos conseguir mejor tasa de identificación de infección por HP mediante su búsqueda activa aplicando al menos dos métodos diagnósticos de elevada especificidad.

### 131. ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* MEDIANTE LA TERAPIA CUÁDRUPLE CON ADMINISTRACIÓN DE PYLERA EN PAUTA CADA 8 HORAS Y ESOMEPRAZOL. ESTUDIO PILOTO

J. Santos Fernández, R. Torres Yuste, M. Cimavilla Román, M. de Benito Sanz, V. Bustos Bea, C. Herrero Quirós, M.A. Vallecillo Sande, P. Gil Simón y J. Barrio Andrés

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

**Introducción:** Existen diversas pautas de tratamiento frente a *Helicobacter pylori* (Hp) con tasas de erradicación superiores al 90%. Recientemente se ha comercializado en España un preparado que en una única cápsula tres en uno contiene tetraciclina, metronidazol y bismuto (Pylera). En ficha técnica del fármaco se indica que la posología debe de ser 3 cápsulas cada 6 horas tras comidas y al acostarse, asociado a omeprazol cada 12 horas durante 10 días. Hipótesis: en nuestro país al ser tres las comidas principales y siendo la última de ellas muy próxima a la hora de acostarse, creemos que una posología cada 8 horas (tras desayuno, comida y cena) podría ser más cómoda para el paciente y facilitar su cumplimiento. Por otra parte, como se ha demostrado en estudios previos, el empleo de una inhibición ácida potente podría mejorar la tasa de erradicación.

**Objetivos:** Valorar efectividad y seguridad de la terapia cuádruple con bismuto (Pylera) para la erradicación del Hp administrando cuatro cápsulas cada 8 horas, asociado a esomeprazol 40 mg cada 12 horas durante diez días (Pylera-eso/10d).

**Métodos:** Se han incluido de manera prospectiva y en un único centro todos los pacientes que presentaban infección e indicación de erradicación por Hp tanto en primera línea empírica, como tras el fracaso de tratamientos previos. Se recogieron datos epidemiológicos, indicación de erradicación, prueba diagnóstica y de comprobación de erradicación realizada, efectos secundarios y tratamientos previos. Se suministró a los pacientes hoja explicativa con pauta posológica y posibles efectos adversos.

**Resultados:** De los 20 pacientes (rango de edad 79-26), 14 fueron mujeres; 13 nunca habían sido tratados; 3 habían fracasado a un primer tratamiento y 4 a dos o más tratamientos. Las indicaciones de erradicación fueron: ferropenia y/o déficit de vitamina B12 de etiología no aclarada 8 pacientes; epigastralgia/dispepsia 8 pacientes; úlcera gástrica 1 paciente; antecedentes familiares de cáncer gástrico 1 paciente; gastritis crónica atrófica 2 pacientes. De los tratados en primera línea (13) y los tratados tras fracaso de primer tratamiento (3), se obtuvo la curación en el 100% de los casos. De los 4 pacientes que fracasaron a 2 o más tratamientos, se obtuvo curación en 3 de ellos (75%) Los métodos diagnósticos utilizados fueron el test de la ureasa (89%) y Ag en heces monoclonal (11%). Para la comprobación de la erradicación se utilizaron el test del aliento C13 en 19 casos y el test de la ureasa junto a histología en 1 caso (paciente con úlcera gástrica). No se reportaron complicaciones graves, aunque sí efectos adversos leves como dolor abdominal, diarrea, náuseas, disgeusia, en el 35% de los casos. El cumplimiento terapéutico fue del 100%.

**Conclusiones:** Nuestro estudio piloto demuestra que la administración cada 8 horas de Pylera es eficaz, sin un aumento en los efectos secundarios descritos, facilitando la adherencia y el cumplimiento terapéutico.

### 132. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL SOBRE LA EFECTIVIDAD DE PYLERA® EN TERCERA LÍNEA PARA LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI*

E. Rodríguez de Santiago<sup>a</sup>, H.M. Marcos Prieto<sup>b</sup>, A. Flores de Miguel<sup>a</sup>, M.A. Jorge Turrion<sup>c</sup>, C. Rodríguez Escaja<sup>c</sup>, A. García García de Paredes<sup>a</sup>, C. Ferre Aracil<sup>a</sup>, L. Aguilera Castro<sup>a</sup>, G. Pérez Alvarez<sup>c</sup>, A. Albillos Martínez<sup>a</sup> y C. Martín de Argila de Prados<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá de Henares, IRYCIS, CIBEREHD, Madrid. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Salamanca. <sup>c</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

**Introducción:** La resistencia de *H. pylori* a distintas líneas de antibioterapia es un problema creciente. En el 2016 se ha comercializado en nuestro país una nueva formulación denominada Pylera®. En nuestro medio no existen datos sobre su uso como tratamiento de 3ª línea.

**Objetivos:** 1. Evaluar la efectividad de Pylera® junto con un IBP tras el fracaso de la triple terapia clásica y la terapia triple con levofloxacino. 2. Conocer los efectos adversos (EA), tolerabilidad y grado de cumplimentación.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional y analítico de una base de datos prospectiva donde se incluyeron todos los pacientes > 18 años a los que se les pautó Pylera® + IBP entre febrero 2016-septiembre 2016. En la última visita se realizó una encuesta de satisfacción. Criterios de inclusión: 1. Fallo inicial de IBP + claritromicina + amoxicilina y tratamiento posterior con IBP + levofloxacino + amoxicilina. 2. Infección documentada mediante biopsia/test del aliento en los dos últimos años antes de iniciar Pylera®. Criterios de exclusión: IBP y/o antibióticos 20 días antes del test del aliento con el que se valoró la erradicación.

**Resultados:** Se incluyeron 73 sujetos. La principal indicación de la erradicación fue la dispepsia no ulcerosa (43, 58,9%), seguido de la enfermedad ulcerosa (13, 17,8%) (tabla 1). En todos los casos el IBP fue esomeprazol 40 mg/12h y la duración fue de 10 días. El 94,5% cumplieron el tratamiento completo. El porcentaje de erra-

Tabla 1. Características basales

Edad	59,4 (12,7) años (media, DE)
Sexo femenino	51 (69%)
IMC	25,8 (3,6) kg/m <sup>2</sup>
<b>Comorbilidad</b>	
HTA	23 (31,5%)
DM	9 (12,3%)
Depresión	12 (16,4%)
Cardiopatía isquémica	7 (9,5%)
Gastrectomizados	0
Fumador	14 (19%)
Alcohol	4 (5%)
<b>Indicación erradicación</b>	
Dispepsia no ulcerosa	43 (58,9%)
Enfermedad ulcerosa	13 (17,8%)
Lesión preneoplásica	6 (8,2%)
A. familiares 1º grado	5 (6,8%)
Otros	8 (10,9%)

IMC: índice de masa corporal; HTA = hipertensión arterial; DM = diabetes mellitus, DE = desviación estándar.

Tabla 2. Efectos secundarios

Astenia	29 (39,7%)
Dispepsia	28 (38,4%)
Disgeusia	23 (31,5%)
Náuseas	17 (23,3%)
Dolor abdominal	16 (21,9%)
Hinchazón abdominal	15 (20,5%)
Hiporexia	12 (16,4%)
Mialgias	9 (12,3%)
Flatulencia	7 (9,6%)
Pirosis	6 (8,2%)
Urticaria/eccema	5 (6,8%)
Somnolencia	3 (4,1%)
Tos	3 (4,1%)
Aftas bucales	2 (2,7%)
Parestesias	2 (2,7%)
Insomnio	1 (1,4%)
Ánimo depresivo	1 (1,4%)
Crisis hipertensiva	1 (1,4%)
Candidiasis oral	1 (1,4%)

Tabla 3. Porcentaje de erradicación

	HRyC (n = 40)	HUSA (n = 28)	HUCA (n = 5)
Éxito por ITT	77,5%	89,3%	100%
Éxito por PP	81,6%	89,3%	100%

ITT: intención de tratar; PP: por protocolo.

Tabla 4. Opinión del paciente (n = 59)

Principal inconveniente del tratamiento	
Efectos adversos	26 (44,1%)
Número de comprimidos	14 (23,7%)
Precio	7 (11,8%)
Otros	3 (5,0%)
Ninguno	9 (15,2%)
El cumplimiento del tratamiento ha sido	
Fácil	21 (35,6%)
Difícil	13 (22%)
Ni fácil ni difícil	25 (42,4%)
Comparación con tratamientos previos	
Más difícil	15 (25,4%)
Más fácil	17 (28,8%)
Similar	27 (45,8%)
Tolerancia respecto a tratamiento previos	
Peor	23 (39%)
Igual	22 (30,1%)
Mejor	14 (23,7%)

dicación global por intención de tratar fue del 83,56% (IC95%: 73,4-90,3%), por protocolo 85,9% (IC95%: 76-92,2%) (tabla 2). El 67,1% refirieron uno o más EA, la astenia y la dispepsia fueron los más comunes. 6 acudieron a Urgencias/atención primaria por EA, ninguno grave (tablas 3 y 4).

**Conclusiones:** Pylera® con esomeprazol 40 mg/12h durante 10 días es un tratamiento de 3ª línea efectivo en nuestro medio. Los EA, aunque frecuentes, no fueron graves y no condicionaron una buena cumplimentación.

### 133. ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y ESTUDIO DEL TRATAMIENTO CON GLUCOCORTICOIDES TÓPICOS

G. Thomas Salom, C. de Zárraga Mata, L.N. Amado Villanueva, A.L. Maura Oliver y A. Brotons García

*Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca.*

**Introducción:** La esofagitis eosinofílica es una enfermedad emergente con diagnóstico histológico por infiltración eosinofílica esofágica. Clínicamente se suele manifestar en como disfagia e impactaciones alimentarias. El tratamiento con glucocorticoides tópicos como la fluticasona, puede ser un tratamiento efectivo.

**Objetivos:** Estudio de la epidemiología de la esofagitis eosinofílica en nuestro entorno y comparación con los resultados descritos en la literatura. También se evaluaron la respuesta al tratamiento y la asociación con otras patologías.

**Métodos:** Análisis descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico histológico de esofagitis eosinofílica durante siete años en el Hospital Son Llàtzer (Palma de Mallorca).

**Resultados:** Durante ese periodo se diagnosticaron 26 casos mediante biopsias esofágicas (tasa de incidencia: 1,73 casos por 100.000 habitantes); 3 pacientes se excluyeron porque no se realizó seguimiento en nuestro centro. La edad media al diagnóstico fue de 36,8 años (rango de 11 a 68 años); el 80,8% de los pacientes eran varones y el 18,2% mujeres. El 52,2% de nuestros pacientes tenían alergias alimentarias y el 26% alergias ambientales. Otras enfermedades alérgicas como el asma, la sinusitis o la dermatitis atópica se daban en el 39,1% de los casos. Cabe destacar que el 30,4% de los pacientes se diagnosticaron de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Las manifestaciones clínicas más comunes fueron la disfagia (65,4%), la impactación alimentaria (30,8%) y el dolor abdominal (3,8%). Se detectó eosinofilia periférica en el 47,8% de los casos consiguiéndose el descenso en la mayoría de los pacientes que recibieron tratamiento con glucocorticoides tópicos. Entre los hallazgos endoscópicos se describieron aspecto anillado del esófago (38,4%), estrías longitudinales (34,6%), aspecto normal (15,4%), imagen en empedrado (4,3%), estenosis esofágica (4,3%) y ulceración esofágica (4,3%). Un 72% de los pacientes tratados con fluticasona tópica (220 µg inhalados, 2 puffs 2 veces al día) y con restricción alimentaria según el test de alergias. Un 84,2% de los pacientes experimentaron alivio de la disfagia y un descenso del número de episodios de impactación alimentaria. Tres pacientes recayeron y precisaron otros tratamientos y uno necesitó dilatación esofágica. Todos los pacientes que recayeron habían sido diagnosticados de ERGE y necesitaron tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBPs) y budesonida. Es importante destacar que el 69,5% de todos los pacientes se trataron también con IBPs.

**Conclusiones:** No observamos diferencias epidemiológicas entre nuestro estudio y otras publicaciones. La endoscopia puede ser normal, lo que hace importante la sospecha clínica en pacientes con disfagia e impactación. La fluticasona tópica y la restricción alimentaria constituyen un tratamiento efectivo. Parece que existe una relación entre la esofagitis eosinofílica y la esofagitis por reflujo.

### 134. EFICACIA DE LA TERAPIA CUÁDRUPLE CONCOMITANTE DE 10 DÍAS SEGÚN EL IBP EMPLEADO

A. Campillo Arregui<sup>a</sup>, C. Pérez Oñate<sup>b</sup>, M. Ostiz Llanos<sup>a</sup>, E. Amorena Muro<sup>c</sup>, M. Kutz Leoz<sup>a</sup>, M. Laiglesia Izquierdo<sup>a</sup> y H. León Brito<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Consultas Externas, Hospital Reina Sofía, Tudela. <sup>c</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

**Introducción:** Según las recomendaciones más recientes los tratamientos de primera línea para la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) deben administrarse durante 14 días, salvo que pautas más cortas demuestren una buena eficacia local. También está descrito que el uso de un inhibidor de la bomba de protones (IBP) de segunda generación a dosis altas, sobretudo en el caso de la triple terapia clásica, puede aumentar la tasa de erradicación un 6-10% con respecto a un IBP de primera generación a dosis estándar. Sin embargo, no hay evidencia clara sobre si el IBP empleado en la pauta cuádruple concomitante determina una mayor o menor eficacia de la misma.

**Objetivos:** Determinar la eficacia de la terapia cuádruple concomitante administrada durante 10 días. Comparar la eficacia de dicho tratamiento cuando se emplea omeprazol a dosis estándar (20 mg/12h), rabeprazol a dosis estándar (20 mg/12h) o esomeprazol a dosis altas (40 mg/12h).

**Métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes naïve con infección por Hp tratados en nuestra Área de Salud entre enero de 2012 y marzo de 2016 con pauta cuádruple concomitante durante 10 días. La erradicación fue comprobada con test de aliento con Urea marcada con C13.

**Resultados:** Se incluyeron 626 pacientes (59,1% mujeres) con una mediana de edad de 49,3 años ( $\pm 14,9$ ). Estaban diagnosticados de dispepsia funcional 36,7%, dispepsia no investigada 14,5%, enfermedad ulcerosa 25,7%, antecedentes familiares de cáncer gástrico 10,5% y otras causas 12,4%. La eficacia global de la cuádruple concomitante fue del 85,8% (537/626) por intención de tratar (IT) y del 88,3% (538/609) por protocolo (P). El subgrupo de 347 pacientes tratados con esomeprazol 40 mg/12h tuvo una eficacia del 89,3% por IT y del 91,4% por P, mientras que en los 76 pacientes tratados con rabeprazol 20 mg/12h fue del 84,2% por IT y del 84,4% por P, y el subgrupo cuyo IBP era omeprazol 20 mg/12h tuvo una eficacia del 80,3% por IT y del 83,6% por P. Las diferencias entre el grupo de esomeprazol 40 mg/12h y el de rabeprazol 20 mg/12h no fueron estadísticamente significativas, pero sí lo fueron entre esomeprazol 40 mg/12h y omeprazol 20 mg/12h ( $p: 0,029$ ).

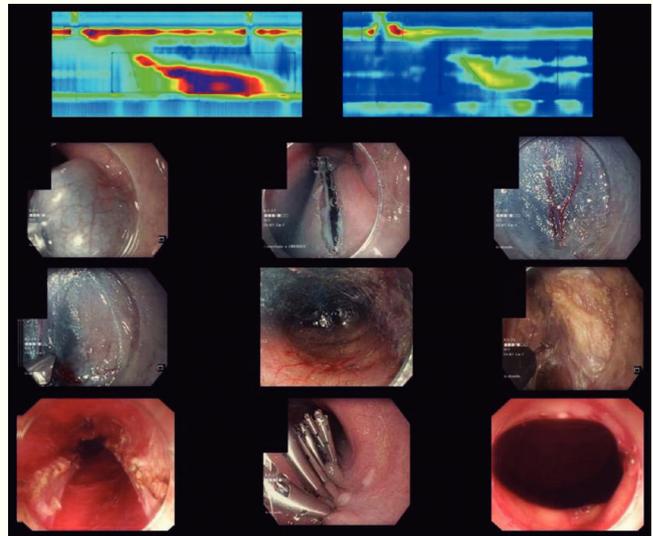
**Conclusiones:** La terapia cuádruple concomitante 10 días administrada con esomeprazol 40 mg/12h presenta en nuestro medio una eficacia muy cercana al 90%. Con estos datos podría considerarse no prolongar el tratamiento a 14 días, siempre que se empleara el citado IBP a dosis altas.

### 135. POEM EN ACALASIA Y TRASTORNOS ESPÁSTICOS ESOFÁGICOS: EXPERIENCIA INICIAL EN DOS CENTROS

E. Albéniz<sup>a</sup>, C. Guarnier-Argente<sup>b</sup>, F. Estremera<sup>a</sup>, E. Targarona<sup>c</sup>, I. Aresté<sup>a</sup>, M. Gómez<sup>a</sup>, R. Iglesias<sup>a</sup>, M. Rullán<sup>a</sup>, A. Elosua<sup>a</sup>, J. Serra<sup>d</sup> y J. Vila<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>c</sup>Cirugía General, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>d</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

**Introducción:** La miotomía peroral endoscópica (POEM) es una técnica establecida para tratar Acalasia y pacientes con trastornos espásticos esofágicos. Permite un diseño de la estrategia a partir de los hallazgos en manometría de alta resolución (MAR).



**Resultados:** Revisión prospectiva de la experiencia inicial de dos centros en 10 pacientes con trastornos motores esofágicos tratados mediante POEM: 6 acalasia II (dos sigmoides), 1 acalasia III, 1 espasmo del esófago distal, 1 obstrucción funcional del EEL y 1 trastorno no específico. 4 mujeres, 6 hombres con edad media 48 (17-71) años. Se realizaron miotomías esofágicas de 7,1 (6-10) cm según el tipo de trastorno guiado por MAR que continuaron 2,8 (2-3) cm en estómago. Previamente se hicieron túneles submucosos de 13,6 (11-18) cm. Tiempo de procedimiento: 140,9 (72-240) min. No se registraron complicaciones post procedimiento. Se instauró alimentación oral a las 24-48 horas; hospitalización media de 3 (1-6) días. La escala sintomática Eckardt media pre-tratamiento fue de 6,9 (4-10) puntos. Post tratamiento, 9 pacientes presentaron Eckardt de 0 permitiendo ingesta sin ninguna restricción alimentaria y uno Eckardt 3 (respuesta clínica significativa). Ninguno de los pacientes presentó síntomas de reflujo gastro-esofágico. Uno de los 4 paciente reevaluados presentó Esofagitis gr. B y pHmetría patológica indicándose tratamiento con IBP. Recuperación de la motilidad en 2/4 pacientes reevaluados. Se objetivó ganancia de peso en todos los pacientes: 5,6 (1,5-10) kg a los 3 meses.

**Conclusiones:** El POEM permite tratar trastornos motores con implicación del músculo del cuerpo esofágico dirigidos por MAR mediante una miotomía controlada, aplicable en patologías que no responden a la dilatación y en regiones a las que no accede la cirugía por vía abdominal. En nuestro medio la miotomía endoscópica parece segura y eficaz, aunque nuestra experiencia es todavía limitada.

### 136. EFICACIA DIAGNÓSTICA DE LA Sonda NASOGÁSTRICA Y LA RELACIÓN BUN/CREATININA PARA IDENTIFICAR EL ORIGEN ALTO O BAJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

S. Machlab, C. Mármol, A. Lira, J. da Costa, G. Llibre, P. García-Iglesias, E. Martínez-Bauer, V. Puig Diví, F. Junquera, M. Gallach, E. Brullet, R. Campo y X. Calvet

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell.

**Introducción:** En 2016 "The American College of Gastroenterology" publicó las recomendaciones para el manejo de la hemorragia digestiva baja. Como medidas iniciales se aconseja el uso de la sonda nasogástrica (SNG) y/o el valor de la relación nitrógeno ureico/creatinina (BUN/Creat) como parámetros útiles para diferenciar el origen alto o bajo de la hemorragia digestiva (HD).

Tabla P-136. Características de los estudios

Estudio, año	Características	Periodo de estudio	N total	Evaluación	Otros
Richards, 1990	Retrospectivo	1981-1990	126	BUN/creat	Punto de corte $\geq 36$
Aljebreen, 2004	Retrospectivo	1999-2001	520	SNG	
Witting, 2006	Retrospectivo	1997-2002	325	BUN/creat; SNG (solo evaluado en 220 pacientes)	Punto de corte $\geq 30$
Kessel, 2016	Retrospectivo	2011-2014	386	SNG	

**Objetivos:** Identificar la eficacia diagnóstica: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN) y razones de verosimilitud (LR) de la SNG y BUN/Creat para diferenciar el origen alto o bajo de sangrado en la HD mediante una revisión sistemática.

**Métodos:** Se buscó hasta noviembre 2016 en 5 bases de datos (PubMed, Scopus, Web of Science, Biblioteca Cochrane Plus y OpenGrey) para identificar los estudios que evalúan la eficacia diagnóstica de la SNG o BUN/Creat para determinar el origen de la HD en pacientes con melenas, hematoquecia o rectorragia sin hematemesis.

**Resultados:** Se identificaron 2.234 artículos. 4 cumplían los criterios de inclusión (2 SNG, 1 BUN/Creat y 1 evaluaba ambos parámetros). La sensibilidad para diferenciar origen alto o bajo del sangrado de la SNG y BUN/Creat es bajo. La BUN/Creat tiene una mejor especificidad. El aspirado positivo nos proporciona evidencia sobre el origen alto (LR + de 2-11). Se obtienen también buenos resultados con la relación BUN/Creat (LR+ de 6,4). Para ambos un LR negativo aporta escasa información (LR - alrededor de 0,6). La SNG presenta un VPP > 80% y un VPN bajo. Las características de los estudios y resultados se resumen en la tabla.

**Conclusiones:** En pacientes con HD sin hematemesis: 1) la relación BUN/Creat  $\geq 30$  determina un muy probable origen alto del sangrado, 2) la SNG no aporta información (baja sensibilidad, bajo VPN y bajo LR negativo) por tanto su inserción no estaría indicada y podría realizarse por la presencia de otros factores de riesgo adicionales que modifiquen la probabilidad.

### 137. EFICACIA Y SEGURIDAD EN PRIMERA LÍNEA DE ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI*: SUBANÁLISIS DE DATOS ESPAÑOLES DEL REGISTRO EUROPEO HP-EUREG

M. Caldas<sup>a</sup>, A. Pérez-Aisa<sup>b</sup>, M. Castro<sup>c</sup>, L. Bujanda<sup>d</sup>, L. Rodrigo<sup>e</sup>, J. Pérez-Lasala<sup>f</sup>, J. Hinojosa<sup>b</sup>, I. Santaella<sup>g</sup>, J. Molina-Infante<sup>h</sup>, H. Alonso<sup>d</sup>, A. Lanas<sup>i</sup>, M. Domínguez-Cajal<sup>l</sup>, A.J. Lucendo<sup>k</sup>, T. Romero-García<sup>c</sup>, J. Barrio<sup>l</sup>, I. Modolell<sup>m</sup>, L. Fernández-Salazar<sup>n</sup>, P. Almela<sup>h</sup>, P.L. González<sup>h</sup>, J.M. Botargues<sup>o</sup>, J.M. Huguet-Malaves<sup>p</sup>, I. Ariño<sup>l</sup>, J. Ortuño<sup>q</sup>, B.J. Gómez-Rodríguez<sup>r</sup>, C. de la Coba<sup>s</sup>, M. Perona<sup>t</sup>, R. Antón<sup>u</sup>, R. Ruiz-Zorrilla<sup>v</sup>, M. Roldán<sup>h</sup>, J. Gómez<sup>w</sup>, J. Alcedo<sup>x</sup>, M. Pabón<sup>c</sup>, O.P. Nyssen<sup>a</sup>, F. Megraud<sup>y</sup>, C. O'Morain<sup>z</sup>, A.G. McNicholl<sup>a</sup> y J.P. Gisbert<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Málaga. <sup>c</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Valme, Sevilla. <sup>d</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Donostia/Instituto Biodonostia y CIBERehd, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián. <sup>e</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Central de Asturias, Oviedo. <sup>f</sup>Servicio de Aparato Digestivo, HM Sanchinarro, Madrid. <sup>g</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Regional Universitario de Málaga. <sup>h</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. <sup>i</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y CIBERehd, Zaragoza.

<sup>j</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General San Jorge, Huesca. <sup>k</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real. <sup>l</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>m</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Consorci Sanitari de Terrassa. <sup>n</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>o</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario General de Castellón. <sup>p</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. <sup>q</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Consorci Hospital General Universitari de Valencia. <sup>r</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari y Politècnic La Fe y CIBERehd, Valencia. <sup>s</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>t</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Cabueñes, Gijón. <sup>u</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Quirón Marbella. <sup>v</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico de Valencia. <sup>w</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Sierrallana, Cantabria. <sup>x</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de Burgos. <sup>y</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>z</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux, Francia. <sup>aa</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Trinity College Dublin, Dublin, Irlanda.

**Introducción:** Se requieren datos actualizados de eficacia y seguridad de los principales tratamientos erradicadores de *H. pylori* en primera línea en España para optimizar el manejo de esta infección.

**Objetivos:** Analizar la eficacia y seguridad en primera línea de los tratamientos más frecuentemente prescritos en España.

**Métodos:** Estudio prospectivo y multicéntrico basado en los datos recogidos en la plataforma AEG-REDCap de 47 hospitales españoles dentro del registro europeo Hp-EuReg.

**Resultados:** Se han incluido hasta ahora 9.035 pacientes, de los cuales 6.650 eran naïve a tratamiento. El 60% fueron mujeres y la edad media fue de 50 años. Las terapias más eficaces fueron la terapia cuádruple sin bismuto integrada por un IBP, amoxicilina, claritromicina y metronidazol en régimen concomitante, la terapia cuádruple integrada por un IBP, claritromicina, amoxicilina y sales de bismuto y la terapia cuádruple con bismuto en cápsula única (Pylera<sup>®</sup>), con eficacias globales (por intención de tratar modificado, mITT) del 88%, 95% y 95% respectivamente. Mediante regresión logística se observó un aumento de eficacia al ampliar la duración de 10 a 14 días con el tratamiento cuádruple concomitante (OR 1,192; IC95% 1,099-1,293), ascendiendo la tasa de erradicación al 92% (mITT), pero no con las otras dos terapias descritas, probablemente por la homogeneidad en su administración (de 14 y 10 días respectivamente). El uso de dosis dobles de IBP no optimizó la eficacia de ninguno de los tres tratamientos. Las tasas de efectos secundarios de las tres terapias oscilaron entre el 30 y el 43%, siendo en su mayoría leves y apareciendo sólo efectos adversos intensos con la terapia cuádruple concomitante (0,4%).

**Conclusiones:** En primera línea, las mejores tasas de erradicación de *H. pylori*, superiores al 90%, se obtuvieron con la terapia cuádruple concomitante durante 14 días, la cuádruple con bismuto durante 14 días, y Pylera<sup>®</sup> durante 10 días, todas ellas con un aceptable perfil de seguridad.

Tabla P-137. Eficacia, cumplimiento y efectos adversos de los tratamientos más eficaces en primera línea

	Frecuencia de prescripción	miTT		pp		Cumplimiento	Efectos adversos
		N	Eficacia (IC95%)	N	Eficacia (IC95%)		
IBP+A+C+M (concomitante) 14 días	13%	816	92% (90-94%)	618	93% (91-95%)	96%	36%
IBP+ A+C+Bi 14 días	5%	332	95% (92-97%)	332	96% (94-98%)	99%	41%
Cuádruple Pylera® 10 días	2%	116	95% (91-99%)	116	97% (92-99%)	94%	44%
IBP+A+C 14 días	10%	549	81% (78-84%)	396	85% (82-89%)	98%	32%
IBP+A+C+M (secuencial) 10 días	3%	182	82% (76-87%)	169	81% (76-87%)	87%	51%

IBP: inhibidor de la bomba de protones; A: amoxicilina; C: claritromicina; M: metronidazol; Bi: bismuto.

### 138. IMPACTO DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

A. Elosua González<sup>a</sup>, A. Ernaga Lorea<sup>b</sup>, M. Rullán Iriarte<sup>a</sup>, L. Casanova Ortiz<sup>a</sup>, C. Saldaña Dueñas<sup>a</sup>, A. Zúñiga Ripa<sup>a</sup>, A. Zugasti Murillo<sup>b</sup> y A. Pueyo Royo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Unidad de Dietética y Nutrición Clínica, Servicio de Endocrinología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

**Introducción:** La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad devastadora en la que la desnutrición por imposibilidad deglutoria es habitual, influyendo de forma importante en la morbilidad del paciente. El soporte nutricional mediante gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) puede ayudar a recuperar o mantener un correcto estado nutricional, estabilizar la pérdida ponderal y mejorar determinados síntomas asociados a la enfermedad. El objetivo del estudio es evaluar la evolución de los principales parámetros nutricionales: basalmente y tras el inicio de nutrición enteral (NE) mediante PEG.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional, con recogida de datos prospectiva. Se han incluido un total de 44 pacientes consecutivos diagnosticados de ELA (2006-2015) que han precisado la realización de una PEG como método de soporte nutricional en el curso de su enfermedad. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS, versión 20.

**Resultados:** De los 44 pacientes 27 (61,4%) eran mujeres, con una edad media al diagnóstico de 63,8 ± 13,5 años. La afectación más frecuente fue la espinal (ELA bulbar/espinal 45,5%/54,5%). La principal indicación de colocación de PEG fue la disfagia (79,5%). El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la colocación de la PEG fue de 15,77 ± 14,88 meses. La PEG se realizó en todos los casos tras profilaxis antibiótica y bajo sedación profunda, insertándose sonda de 20 french de diámetro (MIC-Kimberly-Clark) mediante el método de "pull". La administración de NE se inició al cabo de 4 horas de la realización. Un 18% de pacientes presentaron algún tipo de complicación, siendo la infección superficial local la más frecuente (9%). No hubo mortalidad asociada al procedimiento. Desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la colocación de la PEG se observa una disminución significativa de peso de 6,2 ± 6 kg, IMC 2,66 ± 2,39 kg/m<sup>2</sup>, proteínas 0,29 ± 0,66 g/dl, albúmina 0,28 ± 0,55 g/dl y linfocitos 279,1 ± 541/l. No hay diferencias en cuanto a colesterol, proteína transportadora de retinol (PTR), prealbúmina ni transferrina. A los 3-6 meses tras la colocación de la PEG se observa una estabilización de peso (+0,21 ± 3,7), IMC (+0,12 ± 1,79), colesterol (-0,93 ± 42,77), proteínas (+0,23 ± 0,4), linfocitos (-72,4 ± 497,1), PTR (+0,59 ± 1,25), prealbúmina (+2,9 ± 6,24) y transferrina (+ 17,67 ± 35,95) y un aumento significativo de albúmina (+0,23 ± 0,4 g/dl, p = 0,005).

**Conclusiones:** La disfagia es la causa fundamental para la realización de una PEG en pacientes diagnosticados de ELA. El soporte

nutricional mediante PEG consigue estabilizar o mejorar los principales parámetros nutricionales de dichos pacientes. La PEG es un procedimiento bastante seguro a pesar de la notable fragilidad de este tipo de pacientes.

### 139. PERFIL DE LOS PACIENTES CON NECESIDAD DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. EXPERIENCIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

A. Elosua González<sup>a</sup>, A. Ernaga Lorea<sup>b</sup>, D. Oyón Lara<sup>a</sup>, S. López López<sup>a</sup>, L. Casanova Ortiz<sup>a</sup>, M. Rullán Iriarte<sup>a</sup>, A. Zugasti Murillo<sup>b</sup> y A. Pueyo Royo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Unidad de Dietética y Nutrición Clínica, Servicio de Endocrinología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

**Introducción:** La realización de una gastrostomía percutánea endoscópica (PEG) está indicada en pacientes diagnosticados de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) con disfagia y/o deterioro nutricional con la finalidad de proporcionar un sistema que facilite el soporte nutricional y la administración de fármacos. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características básicas de los pacientes diagnosticados de ELA en un centro terciario y los factores relacionados con la necesidad de una PEG en el curso de la enfermedad.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional en el que se han incluido 115 pacientes consecutivos diagnosticados de ELA en el Complejo Hospitalario de Navarra durante el período 2006-2015. Se han analizado variables demográficas, clínicas y nutricionales básicas y las relacionadas con la PEG. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS, versión 20. Todas las PEG se realizaron bajo sedación profunda y tras profilaxis antibiótica, insertándose sonda de 20 french de diámetro (MIC-Kimberly-Clark).

**Resultados:** De los 115 pacientes, 72 (62,6%) eran varones y 43 (37,4%) mujeres, con una edad media al diagnóstico de 64,4 ± 12,1 años. Al diagnóstico 45 pacientes (39,1%) presentaban afectación bulbar. Al diagnóstico de la enfermedad el peso medio fue de 70,9 ± 13,9 kg con un IMC de 26,3 ± 4,1 kg/m<sup>2</sup>. Durante la evolución 44 pacientes (38,3%) precisaron de colocación de PEG, siendo la disfagia la indicación más frecuente (79,5%). Entre los pacientes portadores de PEG, en comparación con los que no precisaron, encontramos mayor frecuencia de mujeres (61,4% vs 22,5%, p < 0,001). Se observa también una tendencia a mayor frecuencia de ELA tipo bulbar (45,5% vs 30,8%, p = 0,087) y menor peso (68,2 ± 12,8 vs 72,8 ± 14,4 kg, p = 0,085). No encontramos diferencias estadísticamente significativas de IMC al diagnóstico y tampoco de parámetros analíticos nutricionales como proteínas, albúmina, linfocitos, colesterol, proteína transportadora del retinol, prealbúmina o transferrina.

**Conclusiones:** La realización de una PEG es necesaria en casi el 40% de los pacientes diagnosticados de ELA. El sexo femenino parece un factor determinante para establecer la indicación de una PEG. Aunque sin significación estadística, la ELA de tipo bulbar y el menor peso al diagnóstico son factores predisponentes para la necesidad de una PEG. No hemos encontrado asociación del resto parámetros antropométricos y bioquímicos al diagnóstico con la indicación de PEG.

#### 140. ENTEROPATÍA SPRUELIKE CAUSADA POR FÁRMACOS. ESTUDIO DESCRIPTIVO

A. del Val Antoñana, M. García Campos, G. Cordón, N. García Morales y P. Nos Mateu

*Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.*

**Introducción:** La atrofia vellositaria (AV) con serología negativa plantea un dilema diagnóstico y entre las posibles etiologías se encuentra la enteropatía por fármacos (EF). Los primeros casos fueron relacionados con inmunosupresores, en 2012 la descripción de la enteropatía spruelike (ES) por olmesartán ha suscitado interés por esta forma de AV.

**Objetivos:** Describir una serie de 23 pacientes que cumplen los criterios clínicos, histológicos y evolutivos de la ES.

**Métodos:** Entre octubre de 2012 y octubre de 2016 se registraron un total de 23 pacientes en nuestro hospital con diarrea crónica y AV seronegativa con criterios de ES y que fueron finalmente diagnosticados de EF. La mayoría precisaron ingreso hospitalario por la gravedad del cuadro (n = 19, 82,6%). Todos fueron seguidos a su alta en una misma consulta y se les realizó biopsias duodenales tras retirada del fármaco responsable a 16 (69,5%).

**Resultados:** La edad media fue (69,8 ± 9,3) años, 12 hombres. Los fármacos implicados fueron: 21 olmesartán, 1 valsartán y 1 micofenolato en trasplantado hepático, la duración media de tratamiento fue de 29,3 ± 11,1 meses. Los pacientes ingresaron en situación clínica grave: diarrea crónica, pérdida importante de peso, deshidratación, fallo renal prerrenal (n = 16, 69,6%), acidosis metabólica, trastornos hidroelectrolíticos y parámetros de desnutrición. Los hallazgos de laboratorio más frecuentes fueron: anemia (60,9%), hipoalbuminemia (59%) e hipopotasemia (60,9%). Las lesiones duodenales según la clasificación de Marsh fueron: 2 (n = 1), 3a (n = 11), 3b (n = 5) y 3c (n = 6). Todos los pacientes mejoraron tras retirada del fármaco, excepto 1 (micofenolato), y 4 precisaron además corticoides. Asimismo se objetivó una mejoría histológica en un tiempo medio de 6,58 ± 2,9 meses en los todos los pacientes en que se realizaron biopsias de control.

**Conclusiones:** La EF debe ser investigada en el diagnóstico diferencial de la AV seronegativa. Es relevante el elevado porcentaje de enteropatía grave con fracaso renal agudo en esta serie. Se produjo rápida mejoría clínica y también histológica en todas la EF por antihipertensivos tras la retirada del fármaco aunque en algunos casos se requirió corticoterapia.

#### 141. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR DE H. PYLORI CON OCAM 10 DÍAS FRENTE A PYLERA 10 DÍAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UN HOSPITAL PRIVADO DE MADRID

E. Pérez Arellano, M.I. Rodríguez García, A.B. Galera Rodenas y E. de la Morena Madrigal

*Hospital La Zarzuela, Madrid.*

**Introducción:** La erradicación de *H. pylori* es un reto en la práctica clínica. Las exigencias actuales exigen niveles por encima del 90%, lo que ha hecho abandonar el uso de las triples terapias en países con alta resistencia a claritromicina y metronidazol como es

España. Presentamos los resultados obtenidos en la práctica clínica en un hospital privado del norte de Madrid con OCAM 10 días frente a Pylera 140 mg/125 mg/125 mg 10 días.

**Objetivos:** Comparar la eficacia y seguridad del tratamiento con Pylera 10 días con esomeprazol 40 mg/12 horas y probiótico 30 días frente a OCAM 10 días con esomeprazol 40 mg/12 horas y probiótico 30 días.

**Métodos:** Estudio prospectivo de los pacientes con indicación de erradicación de *H. pylori* recogidos de forma consecutiva y aleatorizados a grupo Pylera o grupo OCAM. Los pacientes con alergia medicamentosa a antibióticos se incluyeron en el grupo adecuado a dicha alergia y los que presentaban algún tipo de estenosis esofágica o disfagia en el grupo de tratamiento con Pylera. En ambos grupos se utilizó esomeprazol 40 mg cada 12 horas 10 días y un probiótico 30 días.

**Resultados:** Desde el 07/03/16 y hasta el 15/11/16 se han incluido 54 pacientes en el grupo OCAM y 60 en Pylera. Han finalizado el tratamiento 48 pacientes en el grupo Pylera y 48 en el grupo OCAM. Las características demográficas fueron: 24 mujeres/30 hombres con una edad media de 53 años en el grupo OCAM y 37mujeres/23 hombres con una media de edad de 47 años en el grupo Pylera. Se observaron un mayor número de segundos tratamientos en el grupo Pylera (15 pacientes -25%- en el grupo Pylera frente a 5 -9,2%- en el grupo OCAM). La eficacia global del tratamiento en el grupo Pylera fue del 94% (45 pacientes erradicados de 48) por intención de tratamiento y de 98% (44 pacientes de 45) por protocolo y en el grupo OCAM de 92% (44 pacientes de 48) por intención de tratamiento y de 94% (44 pacientes de 47) por protocolo, sin observar diferencias estadísticamente significativas (p > 0,05). En función del número de terapias erradicadoras previas, en pacientes naïves con Pylera la eficacia por intención de tratamiento fue de 97% y en segunda línea fue de 84,5% (12 pacientes de 14). En el grupo OCAM, en los pacientes naïve fue de 93% (40 pacientes erradicados de 43) y en segunda línea del 100% (5 pacientes de 5) por intención de tratamiento. En cuanto a efectos secundarios, el 25% (12 pacientes de 48) del grupo Pylera presentó efectos adversos, siendo 2 de ellos graves/moderados que obligaron a la suspensión del tratamiento, frente al 12,5% (6 pacientes de 48) en el grupo OCAM, con un solo abandono del tratamiento.

**Conclusiones:** Las cuádruples terapias con Pylera y OCAM 10 días junto con esomeprazol 40 mg cada 12 horas y un probiótico durante 30 días, tienen buenos resultados en cuanto a erradicación de *H. pylori* tanto en primera como en segunda línea de tratamiento y sucesivas, sin diferencias estadísticamente significativas.

#### 142. USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LA CONSULTA DE DIGESTIVO

V. Flores Fernández, F. Díaz Fontenla y J. Miranda Bautista

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

**Introducción:** Cada vez se es más consciente del sobreuso del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y sus efectos secundarios, por esto es necesario revisar si estamos prescribiendo bien estos medicamentos. Hay datos sobre el uso de IBPs en pacientes hospitalizados, donde aproximadamente un 50-60% de la prescripción de IBPs está fuera de indicación y en Atención Primaria donde un 60% de IBPs están mal prescritos. No obstante siguen siendo uno de los fármacos más usados en la consulta de Digestivo de forma crónica y no hay estudios que analicen lo adecuado de la prescripción desde este punto de vista. El objetivo de nuestro trabajo es analizar el uso de IBP en la consulta de Digestivo de Área.

**Métodos:** Desde la consulta de Digestivo de área se han recogido, de forma prospectiva y transversal, los pacientes que han acudido a la consulta desde abril 2016 a septiembre 2016 que estaban usando

de forma crónica IBPs, analizando sexo, edad, tipo de IBP, dosis, tiempo de tratamiento, uso previo de otro IBP y la indicación de uso (ERGE), profilaxis de úlcera de estrés, prevención de gastropatía por AINEs, dispepsia funcional, úlcera péptica, Barrett, insuficiencia pancreática exocrina, esofagitis eosinofílica, Zollinger Ellison).

**Resultados:** Un total de 574 pacientes estaban usando un IBP de forma crónica. 351 (61,14%) mujeres y 223 (38,85%) hombres. El 40,06% (230) lo usaban por enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): 12,02% (60) por dispepsia funcional, con predominio de mujeres (por  $\chi^2$  cuadrado,  $p < 0,005$ ); 2,26% (13) por Barrett; 16,55% (95) por toma de AINEs, con predominio de varones, 6,96% (40); por profilaxis de úlcera de estrés, 1,56% (9) por úlcera péptica; 0,52% (3) por esofagitis eosinofílica; 0,8% (5) por IPE y 19,1% (110) no tenían indicación de uso adecuada. El 72,8% (418) usaban omeprazol, 17,7% (102) pantoprazol, esomeprazol 4,87% (28), lansoprazol 2,96% (17) y rabeprazol 2,9% (9). 27,17% estaban usando un IBP distinto a omeprazol y 11,84% habían usado distintos IBPs. 72,8% (418) llevaba usando IBPs por un tiempo mayor de 3 años y 380 (66%) por más de 5 años. De los pacientes que estaba fuera de indicación 82,7% (91) llevaban tomándolo por más de 3 años y 78,1% por más de 5. Esto se comparó con los pacientes con ERGE y se observó que los pacientes sin indicación llevaban más tiempo en tratamiento ( $p < 0,005$ , U Mann Whitney y W Wilcoxon) Ante los porcentajes de uso no indicado más bajos que en Primaria y Hospital, valoramos la edad de nuestra población: el 60% (345) estaba por encima de los 60 años y 51,9% (298) por encima de los 65, con una edad media de 64 años, porcentajes discretamente más bajos que en Primaria.

**Conclusiones:** En consulta de Digestivo el mal uso de IBP se da en un porcentaje más bajo que en otras áreas. Como digestivos debemos reducir este porcentaje para minimizar efectos secundarios y costes.

### 143. EVOLUCIÓN DEL LINFOGRAMA INTRAEPITELIAL CELÍACO DESPUÉS DE LA DIETA SIN GLUTEN EN PACIENTES CON ENTERITIS LINFOCÍTICA

M. Rosinach<sup>a</sup>, A. Carrasco<sup>a</sup>, V. Gonzalo<sup>a</sup>, R. García-Puig<sup>b</sup>, C. González<sup>c</sup>, Y. Zabana<sup>a</sup>, L. Ruiz<sup>a</sup>, L. Batista<sup>a</sup>, M. Esteve<sup>a</sup> y F. Fernández-Bañares<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, CIBERehd; <sup>b</sup>Servicio de Pediatría; <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica, CIBERehd, Hospital Universitari Mutua de Terrassa.

**Introducción:** Se ha sugerido que el linfograma intraepitelial celíaco (LIC) presenta una elevada precisión diagnóstica para enfermedad celíaca (EC). El aumento de células gammadelta+ persiste después de la curación histológica inducida por la dieta sin gluten (DSG) en pacientes con atrofia (Marsh 3), pero se desconoce cómo se comporta en pacientes celíacos con enteritis linfocítica (Marsh 1).

**Objetivos:** 1) Evaluar la frecuencia de LIC en pacientes con enteritis linfocítica y sospecha de EC (clínica y genética); 2) Evaluar la persistencia del LIC después de la DSG en pacientes con Marsh 1, en comparación con un grupo con Marsh 3.

**Métodos:** Entre 2010-2016 se realizaron 1.118 biopsias duodenales para estudiar pacientes con sospecha de EC. Se realizó estudio histológico y del linfograma intraepitelial. Se definió LIC como el aumento de LIEs gammadelta+ con o sin disminución de CD3-. Los pacientes con lesiones Marsh 1 y LIC fueron tratados con DSG. Se realizó una biopsia de control 12 meses después del inicio de la DSG. Se diagnosticó EC en base a la regla '4 de 5'.

**Resultados:** Se identificaron 358 enteritis linfocíticas, de las que 107 (30%) presentaban LIC. Se inició DSG en 64 de estos pacientes (21 con anti-tTG+) obteniendo respuesta clínica en 56 (87,5%): clínica y serológica o histológica en 38, clínica (no histológica) en 6 y clínica (sin control histológico) en 12. En 36 de los pacientes con respuesta histológica y en 18 pacientes con EC y atrofia se evaluaron los cambios del LIC antes y después de la dieta (tabla). Las células gammadelta+ se mantuvieron elevadas en el 80% de los pacientes con Marsh 1 y en el 89% de aquellos con atrofia.

**Conclusiones:** Un tercio de los pacientes con enteritis linfocítica y sospecha de EC presentan LIC. Se observa la persistencia de LIEs gammadelta+ después de la DSG en la mayoría de los pacientes. Este biomarcador puede ser útil para diagnosticar EC en pacientes que han iniciado DSG por propia iniciativa, con mejoría clínica.

### 144. ¿SE REALIZA UN USO ADECUADO DE LA RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS? EXPERIENCIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

L. Casanova Ortiz<sup>a</sup>, S. Albás Sorrosal<sup>b</sup>, M. Rullán Iriarte<sup>a</sup>, S. López López<sup>a</sup>, D. Oyón Lara<sup>a</sup>, A. Elosua González<sup>a</sup>, J.F. Juanmartiñena Fernández<sup>a</sup>, J. Carrascosa Gil<sup>a</sup> y C. Prieto Martínez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

**Introducción:** Habitualmente encontramos pacientes ingresados en el servicio de Digestivo a los que se les ha realizado radiografías de abdomen desde Urgencias con escasa utilidad diagnóstica. Por este motivo y dado que la placa simple supone radiación innecesaria en estos casos, con este estudio pretendemos realizar una primera descripción de la magnitud del problema.

**Métodos:** Se recogieron todos los pacientes que acudían a Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra por los motivos: dolor abdominal y alteración del ritmo intestinal durante tres días. Para valorar la indicación o no de la exploración se empleó el protocolo para solicitud de placas simples de nuestro centro, según el cual la radiografía de abdomen estaría justificada únicamente ante sospecha de: obstrucción intestinal, perforación de víscera hueca, colecistopatías, cólico renal, peritonitis, isquemia mesentérica y traumatismo abdominal.

**Resultados:** Se obtuvieron 116 pacientes, el 81% acudió por dolor abdominal y el 19% por alteración del ritmo intestinal. Se realizaron un total de 66 radiografías. Siguiendo el protocolo, la placa simple estaría indicada en 28 de los pacientes estudiados, realizándose en 23 casos (82%) y resultando diagnóstica en 2 pacientes con obstrucción intestinal (9% de las placas realizadas cuando estaba

Tabla P-143

	Marsh 1 (n = 36)			Marsh 3 (n = 18)		
	Antes	Después	p	Antes	Después	p
Gammadelta+ (%)	18 ± 2	17,7 ± 1,7	0,96	25,1 ± 2,4	28,2 ± 2,6	0,16
CD3 (%)	8,6 ± 1	11,7 ± 1,4	0,003	4,5 ± 0,8	11,8 ± 1,7	0,009

justificada su realización). En los 5 pacientes restantes en que no se realizó la radiografía, la indicación era sospecha de colecistopatía. De los 88 pacientes que no tenían indicación de placa simple de abdomen, se realizó en 43 individuos (49%) no resultando diagnóstica en ningún caso. No existen diferencias significativas en cuanto al uso adecuado o no de la radiografía simple de abdomen entre adjuntos y residentes ( $\chi^2 = 0,38$ ;  $p = 0,54$ ).

**Conclusiones:** Se hace un uso inadecuado de la radiografía de abdomen en Urgencias tanto por adjuntos como residentes, realizándose hasta casi en la mitad de los casos en que no está justificada. La sospecha de colecistopatía es la indicación en la que menos se solicita esta exploración. La placa simple de abdomen tiene una escasa rentabilidad diagnóstica aun cuando nos ajustamos a sus indicaciones.

#### 145. PATRONES MANOMÉTRICOS SEGÚN CHICAGO V.3 Y EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN ESCLERODERMIA

F. Estremera Arévalo<sup>a</sup>, P. Fanlo Mateos<sup>b</sup>, I. Aresté Anduaga<sup>a</sup>, A. Zúñiga Ripa<sup>a</sup>, V. Fernández de Pinedo Pérez<sup>c</sup>, S. Ezquer Iturbide<sup>c</sup> y R. Iglesias Picazo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>c</sup>Enfermería, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

**Introducción:** La clasificación diagnóstica de manometría de alta resolución (MAR) actual es la clasificación de Chicago (v.3, 2015) en la que la hipomotilidad esofágica se diagnostica como motilidad esofágica Ineficaz (MEI) y/o peristalsis fragmentada. La ausencia de peristalsis se define como Contractilidad Ausente (CA). Los criterios iniciales de diagnóstico de esclerodermia incluyen la hipomotilidad esofágica y la disfunción o hipotonía del esfínter esofágico inferior (EEI) o el diagnóstico de RGE.

**Métodos:** Estudio de casos consecutivos afectos de esclerodermia dentro de la consulta de exploraciones funcionales, comparación de patrones manométricos (MMS, 22 canales perfusión con agua) entre agosto de 2012 y julio de 2016. Tablas de contingencia para estudiar diferencias entre los diagnósticos manométricos y la U de Mann Whitney para la diferencia entre cifras presivas y de frecuencia de subtipos de ondas.

**Resultados:** 26 de los 523 pacientes estudiados tenían el diagnóstico de esclerodermia (4,9%). 25 de los pacientes eran mujeres (edad media 49 años). La media de ondas débiles que presentó el grupo de esclerodermia no fue diferente a la del resto de la muestra (2,08 vs 1,84,  $p = 0,66$ ). Tampoco hubo diferencia en la frecuencia de diagnóstico de hipomotilidad con 30,8% de los pacientes con esclerodermia con MEI vs el 28,8% de los no afectos ( $p = 0,836$ ). Se observó una mayor frecuencia de ondas fallidas en pacientes con esclerodermia comparado con el resto de la muestra (4 vs 2,08,  $p = 0,041$ ). Lo mismo ocurrió con la frecuencia de diagnóstico de contractilidad ausente con 26,9% de los pacientes con esclerodermia vs el 2,6% del resto de la muestra ( $p = 0,0001$ ). La presión basal del EEI fue de 21,2 mmHg en pacientes con esclerodermia vs 18,9 en el resto de pacientes, no hallando diferencias ( $p = 0,99$ ). El IRP4s (presión de relajación de EEI) tampoco fue diferente entre ambos grupos (7,2 vs 6,5 mmHg,  $p = 0,743$ ). Se diagnosticó enfermedad por reflujo (ERGE) en 9 de los 26 pacientes con esclerodermia, aunque sólo se realizaron pH o impedanciometría 24 horas en 17 de ellos. El deMeester obtenido no fue diferente al resto de la muestra (14 vs 26,7,  $p = 0,9$ ), aunque el número de pacientes estudiado es limitado.

**Conclusiones:** Los datos manométricos en pacientes con Esclerodermia no demuestran diferencias con los del resto de la muestra en cuanto a porcentaje de ondas débiles ni en cuanto a frecuencia de diagnósticos de hipomotilidad esofágica. Tanto la presión del EEI con su función (IRP4s) son similares al resto de pacientes estudiados. Estos dos hallazgos son diferentes a los ob-

tenidos por estudios previos en manometría convencional en pacientes con esclerodermia utilizados como criterios diagnósticos de la propia enfermedad. Sin embargo, estos pacientes sí presentan ondas fallidas y apersistalsis (contractilidad ausente) con mayor frecuencia que el resto de la muestra. La prevalencia de ERGE y el deMeester no parecen ser superiores en pacientes con esclerodermia.

#### 146. LINFOGRAMA INTESTINAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELIACA

C. Escudero<sup>a</sup>, B. Burgueño<sup>b</sup>, G. González-Redondo<sup>b</sup>, M. Nocito<sup>c</sup>, J.A. Garrote<sup>a,d</sup>, E. Arranz<sup>a</sup> y L. Fernández-Salazar<sup>b</sup>

<sup>a</sup>IBGM, Universidad de Valladolid-CSIC, Valladolid. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>c</sup>Servicio de Inmunología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>d</sup>Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

**Introducción:** La citometría de flujo permite la caracterización de las poblaciones linfocitarias del epitelio duodenal. La enfermedad celíaca (EC) en actividad tiene un patrón linfocitario caracterizado por un aumento de linfocitos intraepiteliales (LIE), disminución de LIE NKlike (CD3-CD7+), y por un aumento de los TcR- $\gamma\delta$ LIE manteniéndose estos últimos elevados a pesar de seguir una dieta sin gluten.

**Objetivos:** Estudiar la eficacia diagnóstica del linfograma duodenal mediante citometría de flujo en nuestra experiencia con pacientes adultos.

**Métodos:** Se utilizaron anticuerpos frente a CD45, CD3, CD8 y TCRgd para analizar las distintas poblaciones de LIE por citometría de flujo. Se ha revisado los resultados de 162 linfogramas realizados, desde enero de 2010 a diciembre de 2016, mediante citometría de flujo a partir de biopsias de duodeno procedentes de 153 pacientes adultos, de los cuales 127 seguían una dieta con gluten en el momento de la biopsia. De ellos 22 fueron diagnosticados de EC. Treinta y cinco de los linfogramas se realizaron a 26 pacientes que hacían una dieta sin gluten, de los que 19 eran celíacos. Se ha comparado los valores de LIE, LIE NKlike, y TcR- $\gamma\delta$ LIE entre pacientes celíacos y no celíacos que seguían una dieta normal, y entre pacientes celíacos con dieta con y sin gluten. Se ha valorado la capacidad diagnóstica del linfograma de los 153 pacientes y de los 127 que hacían dieta con gluten.

**Resultados:** Entre pacientes que seguían una dieta con gluten los valores del linfograma en celíacos y no celíacos fueron: LIE 11,32 vs 5,34,  $p = 0,003$ , LIE NKlike 5,95 vs 18,00,  $p = 0,004$ , y TcR- $\gamma\delta$ LIE 17,77 vs 6,48,  $p < 0,001$ . El linfograma de pacientes celíacos al diagnóstico comparado con el de los celíacos en dieta sin gluten fue: LIE 11,32 vs 7,30,  $p = 0,256$ , LIE NKlike 5,95 vs 12,59,  $p = 0,084$  y TcR- $\gamma\delta$ LIE 17,77 vs 11,88,  $p = 0,046$ . El área bajo la curva ROC de LIE, LIE CD3-CD7+ y TcR- $\gamma\delta$ LIE para el total de pacientes fue: 0,694,  $p < 0,001$ , 0,635,  $p = 0,011$  y 0,793,  $p < 0,001$  respectivamente. En el caso del grupo de pacientes con dieta con gluten fue 0,701,  $p = 0,003$ , 0,696,  $p = 0,004$ , y 0,83,  $p < 0,001$ , IC 0,719-0,954.

**Conclusiones:** El linfograma es una herramienta útil en el diagnóstico de la EC del adulto. La utilidad del linfograma puede no ser tan clara en caso de pacientes que siguen una dieta sin gluten.

#### 147. INCIDENCIA Y PREVALENCIA CRECIENTES DE ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN ADULTOS EN CÁCERES (2007-2016)

P.L. Gonzalez-Cordero, P. Mata Romero, H.C. Ferreira-Nossa, M. Hernández-Alonso, D. Vara-Brenes, E. Martín-Noguerol y J. Molina-Infante

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

**Introducción:** Los estudios epidemiológicos sobre la EEO son escasos y los pacientes respondedores a la terapia con inhibidores de la bomba de protones (IBP) han sido generalmente excluidos.

**Objetivos:** Evaluar la epidemiología de EEO en adultos en el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres durante la última década.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de datos epidemiológicos de EEO en el área de salud de Cáceres. Esta área cubre una población de 196.363 habitantes, de los cuales 168.912 (86%) son mayores de 16 años. Se revisaron todos los informes de endoscopia emitidos desde enero de 2007 hasta noviembre de 2016 para evaluar los pacientes con biopsias esofágicas debido a síntomas o sospecha endoscópica de EEO. Se confirmó un diagnóstico inicial de EEO sobre síntomas de disfunción esofágica y eosinofilia esofágica  $\geq 15$  eos/cga. Todos los pacientes fueron reevaluados con la terapia con IBP durante el seguimiento. La remisión histológica fue definida por  $< 15$  eos/cga.

**Resultados:** Se incluyeron 135 pacientes residentes en el área de salud de Cáceres (prevalencia 80 pacientes/100.000 hab). La tasa de incidencia mostró una tendencia al alza, con el número máximo de casos anuales en 2016 ( $n = 20$ ). La tasa media global de incidencia fue de 8 pacientes/100.000 hab/año, aumentando a 9,8/100.000 habitantes/año en el último lustro. El aumento de la incidencia coincidió con la estabilización e incluso disminución del número de biopsias. El 40% de los pacientes fueron diagnosticados entre los 36 y 45 años. Comparando el primer y segundo lustro, se diagnosticó una proporción similar de pacientes debido a impactación alimentaria (48% vs 51%,  $p 0,5$ ) y se objetivaron tasas similares de respuesta a IBP (50% vs 51%  $p 0,6$ ).

**Conclusiones:** Los nuevos casos de EEO en adultos aumentan constantemente a pesar de un número estable e incluso decreciente de biopsias esofágicas, alcanzando su máximo en 2016 (12 pacientes/100.000 hab/año). La prevalencia, incluidos los respondedores a IBP, es de 80 pacientes/100.000 hab. Estas cifras epidemiológicas se acercan a los datos publicados en enfermedad inflamatoria intestinal en España.

#### 148. RESULTADOS A MEDIO Y LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON LANREÓTIDO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA RECURRENTE DE ORIGEN OSCURO O SECUNDARIA A ANGIODISPLASIAS

S. Frago Larramona<sup>a</sup>, M. Lázaro Ríos<sup>a</sup>, L. Ollero Domenche<sup>a</sup>, E. Peña-Galo<sup>a</sup>, N. de la Llama Celis<sup>b</sup>, J. Fuentes Olmo<sup>a</sup>, S. García López<sup>a</sup> y J. Alcedo González<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

**Introducción:** Los análogos de somatostatina son un tratamiento de rescate en la hemorragia digestiva crónica o recurrente de origen oscuro (HDOO) o secundaria a angiodisplasias gastrointestinales (ADGI). Los resultados a largo plazo con lanreótido son escasos.

**Objetivos:** Determinar el beneficio a medio y largo plazo en relación al ahorro de recursos sanitarios en pacientes con HDOO crónica o recurrente, o secundaria a ADGI.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, unicéntrico, en práctica clínica, entre 2003 y 2012. Incluyó pacientes con HDOO o atribuible a ADGI, refractarios o no candidatos a ferrotterapia, tratamiento endoscópico, quirúrgico o angiográfico. Se excluyeron pacientes con cirrosis hepática o comorbilidad muy grave (ASA IV-V). Lanreótido 60 o 90 mg fue administrado cada mes durante un mínimo de 6 meses. Se compararon las diferencias en recursos sanitarios utilizados el año previo al inicio del tratamiento con los tres años siguientes, utilizando test de Wilcoxon y nivel de significación  $p < 0,05$ . **Resultados:** Se incluyeron 22 pacientes (mediana de edad 76,1, rango 56-90 años; 50% varones); 19 eran ASA III, 22.7% tomaban antiagregantes y 31.8% anticoagulantes. El sangrado fue atri-

Consumo de recursos sanitarios antes y después del inicio de lanreótido

Variable	Media	DE	p
<b>Días de ingreso</b>			
Año previo	33,4	24,3	
1 año	9,9	11,3	< 0,001
2 año	10,0	15,7	< 0,001
3 año	8,5	14,3	< 0,001
<b>CH trasfundidos</b>			
Año previo	11,4	11,6	
1 año	4,5	7,1	< 0,001
2 año	5,9	10,2	0,01
3 año	6,4	12,3	0,04
<b>Dosis de Fe iv</b>			
Año previo	4,0	6,1	
1 año	2,0	5,9	< 0,001
2 año	2,5	4,5	0,08
3 año	2,6	5,5	0,02
<b>N.º endoscopias</b>			
Año previo	1,6	1,7	
1 año	0,1	0,3	< 0,001
2 año	0,6	1,1	0,01
3 año	0,7	1,6	0,03

DE: desviación estándar; CH: concentrados de hematias.

buido a ADGI en 77,3% y a HDOO en 22,7%. Hubo hemorragia manifiesta en 68,2% y sólo anemia en 31,8%. Antes del inicio de lanreótido 4 pacientes recibieron tratamiento endoscópico, 2 hormonal y uno talidomida. La duración media del tratamiento fue 28.4 meses (rango 6-36) y el seguimiento medio 32.4 meses (rango 9-36). 5 pacientes fallecieron durante el seguimiento por causas no relacionadas con el sangrado digestivo. No se registraron efectos secundarios graves. Los resultados sobre consumo de recursos se muestran en la tabla.

**Conclusiones:** El uso de lanreótido durante al menos 6 meses en pacientes con HDOO o secundaria a ADGI, refractarios a o no candidatos a otros tratamientos, es seguro y se asocia a una reducción en el consumo de recursos sanitarios a medio y largo plazo.

#### 149. EFECTIVIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA DE LA CUÁDRUPLE TERAPIA CONCOMITANTE, SIN BISMUTO (INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES, CLARITROMICINA, AMOXICILINA Y METRONIDAZOL), DURANTE 10 DÍAS, COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI*

T. Romero-García, M. Avilés, M. Pabón, L. Grande y M. Castro-Fernández

Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

**Introducción:** La cuádruple terapia concomitante sin bismuto durante 14 días es actualmente el tratamiento empírico de elección en la erradicación de la infección por *H. pylori*, tras haber demostrado un porcentaje de efectividad superior o cercana al 90% (IV Conferencia Española de Consenso-2016). Esta misma pauta, pero acortada a 10 días de duración ha sido el tratamiento de elección utilizado en nuestra área sanitaria. Creemos conveniente vali-

dar la efectividad local de este tratamiento, aconsejándolo únicamente si obtuviésemos el mismo porcentaje de erradicación.

**Objetivos:** Valorar, en nuestra área sanitaria, la efectividad de la cuádruple terapia concomitante, IBP-CAM, durante 10 días en la erradicación de la infección por *H. pylori*.

**Métodos:** Diseño: estudio observacional, prospectivo, unicéntrico. Periodo de estudio: 2013-16. Se incluyen 392 pacientes con infección por *H. pylori*, edad media de 49,5 (18-82) años, 56,9% mujeres, con dispepsia no investigada (54,0%), dispepsia funcional (22,2%), úlcera gastroduodenal (11,2%) y otros diagnósticos (12,5%), sin tratamiento erradicador previo. En todos los pacientes se indicó tratamiento concomitante con IBP-CAM durante 10 días. Esquema tratamiento: Los 4 fármacos se administraron en desayuno y cena, a dosis de claritromicina 500 mg, amoxicilina 1 g, metronidazol 500 mg y omeprazol 40 mg (95%). Todos los pacientes fueron revisados comprobándose el cumplimiento del tratamiento, (más del 90% de las dosis) y los efectos adversos mediante interrogatorio, mientras que su eficacia, a las 4-8 semanas de su finalización, se valoró mediante test del aliento con urea C-13 (94%) o estudio de antígeno en heces con test monoclonal (6%). Se estudia la efectividad del tratamiento mediante análisis por protocolo y por intención de tratar. Todos los pacientes del estudio están incluidos en el Registro Europeo de *H. pylori*-Plataforma AEG-RedCap.

**Resultados:** 379 pacientes (96,6%) cumplieron el tratamiento, que resultó efectivo en el 81,6% (IC95% 77,7-85,4%) de los pacientes, según análisis por intención de tratar, y en el 83,9% (IC95% 80,2-87,6%) según análisis por protocolo. Se detectaron efectos adversos no graves en 162 pacientes (41%), siendo los más frecuentes: disgeusia, náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. En 13 pacientes (3,3%) los efectos adversos motivaron el incumplimiento del tratamiento.

**Conclusiones:** 1. La cuádruple terapia concomitante sin bismuto durante 10 días muestra en nuestra área sanitaria una baja efectividad, inferior al 85%, no siendo por tanto una opción terapéutica recomendable. 2. Siguiendo las recomendaciones de la IV Conferencia Española de Consenso sobre *H. pylori* (2016) debemos optimizar este tratamiento, prolongando su duración a 14 días para intentar alcanzar una efectividad del 90% de curación, hecho ya objetivado en otros estudios.

#### 150. EFECTIVIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA DE UNA CUÁDRUPLE TERAPIA CON UN INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES, LEVOFLOXACINO, BISMUTO Y AMOXICILINA (IBP-BLA) DURANTE 14 DÍAS COMO TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA EN LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI*

T. Romero-García, M. Avilés, M. Pabón, M. Rojas-Feria, L. Grande y M. Castro-Fernández

Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

**Introducción:** La triple terapia con IBP, levofloxacino y amoxicilina durante 10 días, ha sido en los últimos años el tratamiento de segunda línea de elección en la erradicación de *H. pylori* con una efectividad aproximada del 75%. Mediante la asociación de bismuto a esta terapia, con una duración de 14 días, se consigue una efectividad del 90%. La cuádruple terapia (IBP-BLA14 días), se considera actualmente (IV Conferencia Española de Consenso (2016)) un tratamiento erradicador recomendable de segunda línea. No obstante, la efectividad de los tratamientos debe validarse localmente.

**Objetivos:** Estudiar, en nuestra área sanitaria, la efectividad de la cuádruple terapia con IBP-BLA, durante 14 días como tratamiento de segunda línea en la erradicación de *H. pylori*.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico. Periodo de estudio: 2013-2016. Se incluyen 87 pacientes, edad media de 48,2 (18-76) años, 62,1% mujeres, con dispepsia no investigada (54%), dispepsia funcional (24%), úlcera gastroduodenal (9%) y

otros diagnósticos (12%), con fracaso de tratamiento erradicador previo con triple clásica (IBP-CA) (51,7%) o cuádruple sin bismuto (IBP-CAM) (48,2%). En todos los pacientes se indicó tratamiento con IBP-BLA durante 14 días: esomeprazol 40 mg b.d (95%); bismuto 240 mg b.d; levofloxacino 500 mg o.d y amoxicilina 1.000 mg b.d. Todos fueron revisados, comprobándose el cumplimiento del tratamiento, efectos adversos y su efectividad a las 4-8 semanas de finalización con TAU-C13, mediante análisis por protocolo (PP) y por intención de tratar (ITT). Durante el mismo periodo, 90 pacientes, con similares datos clínicos, recibieron tratamiento con triple terapia durante 10 días: levofloxacino 500 mg b.d, amoxicilina 1.000 mg b.d. y omeprazol 40 mg b.d. (62%). Se comunica como referencia la efectividad de este tratamiento. Todos los pacientes están incluidos en el Registro Europeo de *H. pylori*-Plataforma AEG-RedCap.

**Resultados:** 85 pacientes (97,7%) cumplieron la cuádruple terapia con IBP-BLA, que resultó efectiva en el 94,3% (82/87), según análisis por ITT, y en el 95,3% (81/85) según análisis por PP. Se detectaron efectos adversos no graves en 69 pacientes (73%) y en 2 pacientes (2,2%) motivaron el incumplimiento. La efectividad de la triple terapia (IBP-LA 10 días) resultó del 75,6% (68/90) por ITT y del 76,4% (68/89) por PP. El tratamiento con IBP-BLA 14 días, resultó 5 veces más efectivo que el tratamiento con IBP-LA (10 días) (OR 5,306; IC95%; 1,908-14,756), siendo las diferencias significativas ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La cuádruple terapia, incluyendo levofloxacino y bismuto, durante 14 días muestra en nuestra área sanitaria una elevada efectividad, superior al 90%, como tratamiento de rescate de la infección por *H. pylori*, siendo por tanto una opción terapéutica muy recomendable. La triple terapia con levofloxacino debe ser en cambio olvidada al mostrar una baja efectividad, menor del 80%, no aceptable en la actualidad.

#### 151. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR DE *H. PYLORI* CON OCAM 10 DÍAS FRENTE A PYLERA 10 DÍAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UN HOSPITAL PRIVADO DE MADRID

E. Pérez Arellano, M.I. Rodríguez García, A.B. Galera Rodenas y E. de la Morena Madrigal

Hospital La Zarzuela, Madrid.

**Introducción:** La erradicación de *H. pylori* es un reto en la práctica clínica. Las exigencias actuales exigen niveles por encima del 90%, lo que ha hecho abandonar el uso de las triples terapias en países con alta resistencia a claritromicina y metronidazol como es España. Presentamos los resultados obtenidos en la práctica clínica en un hospital privado del norte de Madrid con OCAM 10 días frente a Pylera 140 mg/125 mg/125 mg 10 días.

**Objetivos:** Comparar la eficacia y seguridad del tratamiento con Pylera 10 días con esomeprazol 40 mg/12 horas y probiótico 30 días frente a OCAM 10 días con esomeprazol 40 mg/12 horas y probiótico 30 días.

**Métodos:** Estudio prospectivo de los pacientes con indicación de erradicación de *H. pylori* recogidos de forma consecutiva y aleatorizados a grupo Pylera o grupo OCAM. Los pacientes con alergia medicamentosa a antibióticos se incluyeron en el grupo adecuado a dicha alergia y los que presentaban algún tipo de estenosis esofágica o disfgia en el grupo de tratamiento con Pylera. En ambos grupos se utilizó esomeprazol 40 mg cada 12 horas 10 días y un probiótico 30 días.

**Resultados:** Desde el 07/03/16 y hasta el 15/11/16 se han incluido 54 pacientes en el grupo OCAM y 60 en Pylera. Han finalizado el tratamiento 48 pacientes en el grupo Pylera y 48 en el grupo OCAM. Las características demográficas fueron: 24 mujeres/30 hombres con una edad media de 53 años en el grupo OCAM y 37 mujeres/23 hombres con una media de edad de 47 años en el grupo Pylera. Se observaron un mayor número de segundos tratamientos en el grupo

Pylora (15 pacientes -25%- en el grupo Pylora frente a 5 -9,2%- en el grupo OCAM). La eficacia global del tratamiento en el grupo Pylora fue del 94% (45 pacientes erradicados de 48) por intención de tratamiento y de 98% (44 pacientes de 45) por protocolo y en el grupo OCAM de 92% (44 pacientes de 48) por intención de tratamiento y de 94% (44 pacientes de 47) por protocolo, sin observar diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ). En función del número de terapias erradicadoras previas, en pacientes naïves con Pylora la eficacia por intención de tratamiento fue de 97% y en segunda línea fue de 84,5% (12 pacientes de 14). En el grupo OCAM, en los pacientes naïve fue de 93% (40 pacientes erradicados de 43) y en segunda línea del 100% (5 pacientes de 5) por intención de tratamiento. En cuanto a efectos secundarios, el 25% (12 pacientes de 48) del grupo Pylora presentó efectos adversos, siendo 2 de ellos graves/moderados que obligaron a la suspensión del tratamiento, frente al 12,5% (6 pacientes de 48) en el grupo OCAM, con un solo abandono del tratamiento.

**Conclusiones:** Las cuádruples terapias con Pylora y OCAM 10 días junto con esomeprazol 40 mg cada 12 horas y un probiótico durante 30 días, tienen buenos resultados en cuanto a erradicación de *H. pylori* tanto en primera como en segunda línea de tratamiento y sucesivas, sin diferencias estadísticamente significativas.

## 152. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS DE RESCATE CON QUINOLONAS TRAS EL FRACASO DE LAS TERAPIAS SECUENCIAL O CONCOMITANTE FRENTE A LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

A.C. Marín, O.P. Nyssen, A.G. McNicholl y J.P. Gisbert

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa e Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madrid.*

**Introducción:** Las terapias cuádruples sin bismuto, empleadas como tratamientos de primera línea frente a la infección por *Helicobacter pylori*, han reducido el número de fracasos erradicadores a un 5-15%, pero la evidencia de cómo re-tratar estos casos es escasa. Las terapias de rescate con quinolonas son generalmente recomendadas por los consensos y guías clínicas, pero su eficacia y seguridad tras un tratamiento cuádruple sin bismuto ha sido escasamente evaluada.

**Objetivos:** Analizar, mediante revisión sistemática y metaanálisis, la eficacia y seguridad de los tratamientos de rescate con quinolonas, tras el fracaso de las terapias secuencial o concomitante.

**Métodos:** Selección de estudios: Estudios que evaluaron la eficacia (por intención de tratar) de un tratamiento de segunda línea con quinolonas, tras el fracaso de la terapia secuencial o de la concomitante. Se consideró como tratamiento secuencial aquel con una primera fase en régimen dual con amoxicilina-inhibidor de la bomba de protones (IBP), seguido de una segunda fase en régimen triple con claritromicina-nitroimidazol-IBP; estos mismos fármacos administrados a la vez en régimen cuádruple se consideraron como un tratamiento concomitante. Criterios de exclusión: Estudios que pautaron el tratamiento de rescate en función de la resistencia bacteriana. Estrategia de búsqueda: Búsqueda en PubMed, Embase, Cochrane Library, ClinicalTrials.gov y congresos internacionales, hasta junio de 2016. Síntesis de los resultados: la eficacia erradicadora se estimó mediante el método de la varianza inversa genérica; la seguridad se evaluó mediante la tasa de efectos adversos comunicada en cada estudio, así como la intensidad de los mismos.

**Resultados:** Se incluyeron 16 estudios; 9 evaluaron el re-tratamiento con levofloxacino-amoxicilina-IBP, 4 el rescate con moxifloxacino-amoxicilina-IBP, y 3 emplearon terapias cuádruples con levofloxacino (2 de ellos incluyendo, además, bismuto). El trata-

miento triple de 10 días con levofloxacino-amoxicilina-IBP alcanzó una tasa erradicadora del 80% [IC95% = 71-88%]. La terapia triple con moxifloxacino-amoxicilina-IBP fue más eficaz cuando se administró durante 14 días en lugar de 7 (80% vs 63%). La terapia cuádruple con levofloxacino-bismuto alcanzó una eficacia superior al 90%, aunque también presentó la mayor tasa de efectos adversos. El único estudio que administró un tratamiento secuencial modificado, cambiando la claritromicina por levofloxacino, fue eficaz en el 80% de los pacientes.

**Conclusiones:** Las terapias triples con quinolonas alcanzan tasas erradicadoras de hasta un 80%, mientras que la terapia cuádruple con levofloxacino-bismuto alcanza una eficacia superior al 90%.

## 153. UTILIDAD DEL LINFOGRAMA EPITELIAL EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

R. Ballester Clau<sup>a,b</sup>, A. Esquerda Serrano<sup>a,b</sup>, M. Planella de Rubinat<sup>a,b</sup>, M. Teixidó Amorós<sup>a,b</sup>, B. Galán Lacoba<sup>a,b</sup>, N. Pociello Almiñana<sup>a,b</sup>, P. Gallel Vicente<sup>a,b</sup>, C. Moreno Castilla<sup>a,b</sup>, L. López-Barroso<sup>a</sup>, G. Torres Vicente<sup>a</sup> y J.M. Reñé Espinet<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

<sup>b</sup>Institut de Recerca Biomèdica de Lleida.

**Introducción:** La caracterización de los linfocitos infiltrantes en la mucosa duodenal se ha propuesto como un método auxiliar en el diagnóstico de la celiaquía. Se ha descrito un aumento de los linfocitos TCR gamma-delta positivos (gd) y una disminución de los CD3 negativos (CD3N) en pacientes celíacos en relación a controles y a pacientes con otras causas de linfocitosis epitelial.

**Objetivos:** Determinar la capacidad diagnóstica del linfograma epitelial mediante citometría de flujo (CMF), y calcular los puntos de corte óptimos para cada una de las subpoblaciones, comparándolos con los propuestos por la bibliografía. Se estudiará también la utilidad del cociente gd/CD3N.

**Métodos:** Se revisan retrospectivamente 197 estudios de CMF, correspondientes a 57 celíacos (37 Marsh 3, 7 Marsh 2, 7 Marsh 1 y 6 con biopsia normal siguiendo dieta sin gluten) y 140 controles. Mediante curvas ROC se calculan los puntos de corte óptimos para gd, CD3N y cociente. Se calculan la sensibilidad y la especificidad para los diferentes puntos de corte, tanto de los propios como de los referidos en la literatura.

**Resultados:** La capacidad diagnóstica del porcentaje de gd es superior a la de CD3N (área bajo la curva ROC AUC de 0,959 y 0,929, respectivamente), y la del cociente superior a ambas (AUC = 0,990). Los puntos de corte óptimos son:  $gd \geq 9,5\%$ ,  $CD3N < 10,5\%$  y  $\text{cociente} \geq 1,8$ . Con estos valores de corte, la sensibilidad para gd, CD3N y cociente es de 93,0, 93,0 y 96,5%, y la especificidad de 91,4, 76,4 y 95,0% respectivamente. Aplicando los puntos de corte de la literatura a nuestros resultados, la sensibilidad y la especificidad varían considerablemente.

**Conclusiones:** El linfograma epitelial es útil para discriminar pacientes celíacos, especialmente en aquellos casos con linfocitosis sin atrofia, y también en la identificación de pacientes supuestamente celíacos que siguen dieta sin gluten. La capacidad diagnóstica del linfograma depende en gran medida de los puntos de corte escogidos. La bibliografía muestra una gran variabilidad al respecto, por lo que es necesario obtener valores propios de cada laboratorio. La determinación del cociente gd/CD3N podría mejorar la identificación de los pacientes celíacos.

## 154. HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DICUMARÍNICOS Y ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA

C. Jiménez-Hernández<sup>a</sup>, P. Olivera<sup>b</sup>, K. Flores<sup>b</sup>, C. Barber<sup>a</sup>, F. Azpiroz<sup>a</sup>, A. Santamaría<sup>b</sup> y C. Alonso-Cotone<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Laboratorio de Fisiología y Fisiopatología Digestiva, Institut de Recerca (VHIR), Hospital Universitari Vall d'Hebron, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>b</sup>Unidad de Hemostasia y Trombosis, Departamento de Hematología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**Introducción:** La hemorragia digestiva (HD) en pacientes anticoagulados es una de las principales urgencias digestivas y presenta una elevada morbimortalidad. Los anticoagulantes de acción directa (ACOD) muestran una disminución significativa del riesgo de sangrado mayor y de hemorragia intracraneal en comparación a antagonistas de la vitamina K (AVK). Sin embargo, en los ensayos pivotaes no se refleja dicha disminución en la HD.

**Objetivos:** Evaluar las características clínicas y la severidad de la HD en los pacientes bajo tratamiento con ACOD y AVK.

**Métodos:** Estudio prospectivo, observacional incluyendo pacientes que acudieron a Urgencias del Hospital Vall d'Hebron por HD desde 07/2016 hasta 11/2016. Se realizó seguimiento del ingreso a 30 días evaluando eventos tromboembólicos/resangrado. La severidad de la HD se clasificó utilizando la escala de la ISTH.

**Resultados:** Análisis preliminar de 48 pacientes (29 mujeres), con edad media: 77 años [40-96]). La HD más frecuente fue la hemorragia digestiva baja (56%). El 46% (n = 22) recibía ACOD y esta cohorte fue comparada con el grupo AVK. Las características clínicas se describen en la tabla. La HD amenazante y mayor fue más frecuente en el grupo ACOD (58,8% vs 35,2%), pero sin alcanzarse diferencias estadísticamente significativas. El grupo ACOD presentó una menor hemoglobina al ingreso (Hb: 7,9 vs 9,3 g/dL; p < 0,05), con un mayor requerimiento transfusional (CCHH: 2,9 vs 2,5; p < 0,05) frente al grupo AVK. No se observaron eventos tromboembólicos o resangrado en el seguimiento a 30 días.

**Conclusiones:** La HD es uno de los principales efectos adversos a tener en cuenta al iniciar anticoagulación. Los ACOD parecen asociarse a una mayor gravedad de la HD frente a los AVK. Sin embargo, son necesarios estudios más amplios para confirmar estos datos.

	AVK	OOAC	p
Total de pacientes, n (%)	26	22	
Edad, mediana (rango)	77 ± 11,6	78 ± 8,4	
Mujeres, n (%)	X (69,20%)	Y (50%)	
Indicación de anticoagulación, n (%)			
Fibrilación auricular	95,6%	65,4%	p = ns
Prótesis mecánica	0%	41,2%	p = ns
Enfermedad tromboembólica sin cáncer	4,5%	5,9%	p = ns
Enfermedad tromboembólica con cáncer	0%	5,9%	p = ns
Hipertensión arterial, n (%)	92,30%	90,90%	p = ns
Diabetes mellitus, n (%)	34,61%	31,81%	p = ns
Enfermedad renal, n (%)	34,61%	13,63%	p = ns
Ictus previo, n (%)	11,51%	36,36%	p = ns
Antiagregación concomitante, n (%)	7,69%	27,27%	p = ns
Neoplasia activa	15,38%	18,18%	p = ns
Gravedad de la hemorragia			
HD grave (amenazante/mayor), n (%)	35,29%	58,82%	p = ns

## 155. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR DE *H. PYLORI* CON PYLERA EN PRÁCTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL PRIVADO DE MADRID

E. Pérez Arellano, M.I. Rodríguez García, A.B. Galera Rodenas y E. de la Morena Madrigal

Hospital La Zarzuela, Madrid.

**Introducción:** La erradicación de *H. pylori* es un reto en la práctica clínica. Las exigencias actuales exigen niveles por encima del 90%, lo que ha hecho abandonar el uso de las triples terapias en países con alta resistencia a claritromicina y metronidazol como es España. Presentamos los resultados preliminares obtenidos en la práctica clínica en un hospital privado del norte de Madrid con Pylera 140 mg/125 mg/125 mg durante 10 días.

**Objetivos:** Evaluar el uso, eficacia y seguridad del tratamiento con Pylera durante 10 días con esomeprazol 40 mg/12 horas y probiótico durante 30 días.

**Métodos:** Estudio prospectivo de los pacientes con indicación de erradicación de *H. pylori* recogidos de forma consecutiva. Todos los pacientes fueron tratados con Pylera (140 mg de subcitrate de bismuto/125 mg de metronidazol/125 mg de tetraciclina) durante 10 días junto con esomeprazol 40 mg cada 12 horas durante 10 días y un probiótico durante 30 días.

**Resultados:** Desde el 07/03/2016 y hasta el 16/12/2016 se han incluido 101 pacientes (66 mujeres -65,3%- y 35 hombres -34,6%), con una edad media de 46 años (rango comprendido entre 16 y 74 años). Todos los pacientes utilizaron Pylera 10 días (3 comprimidos cada 6 horas) junto con esomeprazol 40 mg/12 horas 10 días y un probiótico durante 30 días. Han finalizado el tratamiento 53 pacientes. En 37 pacientes (70%) fue la primera línea de tratamiento y en 16 (30%) fue segunda línea o sucesivas (12 segunda, 2 tercera, 1 cuarta y 1 quinta). La eficacia global del tratamiento fue de 96% (51 pacientes erradicados de 53) por intención de tratamiento y de 98% (49 pacientes de 50) por protocolo. En función del número de terapias erradicadoras, en pacientes naïve la eficacia por intención de tratamiento fue de 94,5% (35 pacientes erradicados de 37) y en segunda línea o sucesivas la eficacia por intención de tratamiento fue de 87% (14 pacientes de 16) y por protocolo de 100% (14 pacientes de 14). El 23% (12 pacientes) presentó efectos adversos, obligando en 2 pacientes a la suspensión del tratamiento.

**Conclusiones:** El tratamiento con cuádruple terapia con Pylera durante 10 días con optimización con dosis dobles de IBP (esomeprazol 40 mg cada 12 horas) alcanza tasas de erradicación superiores al 94% en pacientes naïve y del 87% en segundas o sucesivas líneas de tratamiento con un buen perfil de seguridad.

## 156. ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, EFECTOS ADVERSOS Y EFICACIA EN PACIENTES NAÏVE Y EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LAS PAUTAS DE ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN PRIMERA LÍNEA: CUÁDRUPLE CONCOMITANTE SIN BISMUTO OPTIMIZADA DE 14 DÍAS Y CUÁDRUPLE CON BISMUTO EN CÁPSULA COMBINADA TRES EN UNO DURANTE 10 DÍAS. RESULTADOS DEL ESTUDIO PILOTO

J. Alcedo, M. Gracia, P. García-Cámara, C. Palacín, I. Aured, S. Frago, L. Luzón, C. Jimeno, D. Pérez-Milián y D. Villafranca

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

**Introducción:** La IV Conferencia Española de Consenso sobre tratamiento de *H. pylori* recomienda como primera línea la terapia cuádruple concomitante sin bismuto o alternativamente la cuádruple con bismuto, con posibilidad de usar cápsula combinada 3 en 1

(Pylera®). Se precisan estudios comparativos directos entre ambas terapias.

**Objetivos:** Comparar cumplimiento, efectos adversos y efectividad de las terapias de primera línea propuestas en la actualidad frente a *H. pylori*, en condiciones de práctica clínica.

**Métodos:** Estudio piloto prospectivo, unicéntrico y en práctica clínica. Se incluyeron consecutivamente pacientes adultos naïve, con indicación para erradicar *H. pylori*, prescribiéndose según criterio facultativo: omeprazol 40 mg, claritromicina 500 mg, amoxicilina 1 g y metronidazol 500 mg/12 h, 14 días (OCAM); o bien omeprazol 20 mg/12 h y cápsula 3 en 1 con bismuto 140 mg + tetraciclina 125 mg + metronidazol 125 mg, 3 cp/6 h, 10 días (OBMT3-1). El cumplimiento fue evaluado mediante tachado de las dosis consumidas en una plantilla cumplimentada por el paciente, y los efectos adversos mediante cuestionario específico, con escala de intensidad de 1 a 3. La eficacia se determinó mediante test de aliento con 13C-urea. Se realizó estudio descriptivo y análisis de eficacia por intención de tratar (ITT). Para el análisis por protocolo (PP) se excluyeron los casos con mal cumplimiento terapéutico (< 80%) o sin datos disponibles. Se aplicaron test  $\chi^2$  y t-Student con nivel de significación  $p < 0,05$ . El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética autonómico.

**Resultados:** Se incluyeron 113 pacientes (65,5% mujeres; edad media 52,6 y rango 19-81 años). A 55 se les prescribió OCAM y a 58 OBMT3-1 (sin diferencias entre ambos grupos en edad, sexo e indicación de erradicar por dispepsia funcional). Las principales indicaciones de erradicación fueron dispepsia funcional (46,4%), patología péptica (17,8%) y dispepsia no investigada (13,4%). En 9 pacientes el cumplimiento terapéutico fue < 80% y en 3 desconocido. Una adherencia  $\geq 80\%$  se obtuvo con OCAM en 85,45% y con OBMT3-1 en 93,10% ( $p = 0,058$ ). La eficacia por ITT fue 87,27% vs 94,83% ( $p = 0,053$ ), y PP 95,74% vs 96,30% ( $p = 0,04$ ), para OCAM y OBMT3-1 respectivamente. La media y desviación estándar del número, duración (días) e intensidad máxima de los efectos adversos con OCAM fue:  $4,1 \pm 2,4$ ,  $11,2 \pm 4,3$  y  $2,1 \pm 1,2$ ; y con OBMT3-1:  $3,5 \pm 2,9$ ,  $5,5 \pm 3,8$  y  $1,5 \pm 1,1$  respectivamente, con  $p > 0,05$  en todas las comparaciones. No hubo efectos adversos graves.

**Conclusiones:** 1. Las pautas de primera línea actualmente recomendadas para erradicar *H. pylori* mantienen adherencia y efectividad elevadas en práctica clínica. 2. Los resultados preliminares señalan tendencia hacia la superioridad en adherencia y efectividad de la pauta con Pylera®, que pudiera confirmarse con un mayor tamaño muestral. Las diferencias en los efectos adversos entre ambas pautas están, sin embargo, lejos de la significación estadística.

### 157. DIFERENCIAS ENTRE COLITIS ISQUÉMICA Y COLITIS POR AINE

Y.M. Sánchez Torrijos, V.I. Aguilera Jaldo, E. Leo Carnerero, C. Trigo Salado, M.D. de la Cruz Ramírez y J.M. Herrera Justiniano

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Objetivos:** Actualmente se conocen cada vez más casos de colitis isquémica (CI) causada por AINEs. EL objetivo de nuestro estudio es conocer si existen diferencias clínicas, analíticas, radiológicas y endoscópicas que permitan realizar el diagnóstico diferencial entre colitis isquémica y colitis causada por AINEs.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo con pacientes diagnosticados por anatomía patológica de colitis isquémica en 2007-2014 en nuestro hospital. Analizamos sexo, edad, antecedentes epidemiológicos, síntomas al diagnóstico, parámetros analíticos, endoscópicos y radiológicos, localización, requerimiento quirúrgico y consumo de AINEs, excluyendo aquellos en los que no se tiene certeza de si consumían o no.

**Resultados:** Analizamos 45 pacientes, 24 hombres y 21 mujeres, edad media:  $70,76 \pm 11,27$  años (34-89). Consumo de AINEs en 62% (28/45). Padecían patología vascular el 40% (18/45), de los cuales el 83% consumía AINEs. Los síntomas al diagnóstico en aquellos pacientes que consumían AINEs frente a los que no fueron: dolor abdominal en el 75% vs 58,8% en los no consumidores ( $p = 0,32$ ), fiebre 14,3% vs 11,8% ( $p = 1$ ), pérdida de peso 17,9% vs 5% ( $p = 0,3$ ), diarrea 46,4% vs 47,1% ( $p = 1$ ). De los 45 pacientes el 73% presentaron hemorragia digestiva: rectorragia en 53,6% de los consumidores vs 52,9% no consumidores de AINEs ( $p = 0,6$ ), y hematoquecia en un 21% vs 17,6%. Ningún paciente presentó obstrucción abdominal. En las alteraciones analíticas el 64,3% de los consumidores presentaron leucocitosis vs 47% en los no consumidores ( $p = 0,35$ ), con reactantes de fase aguda elevados en el 60,7% de los primeros y 64,7% de los segundos ( $p = 0,9$ ). Se realizó radiografía de abdomen en el 39,9% de los consumidores y en el 29,4% de los no consumidores, siendo el hallazgo patológico más frecuente en los primeros la dilatación intestinal en el 14,3% ( $p = 0,2$ ) y en los segundos la pérdida de haustración (11,8%) y. Se realizó TAC en el 50% de los consumidores y en el 35,3% de los que no, con engrosamiento de pared en 35,7% vs 41,2% ( $p = 0,4$ ) como hallazgo más frecuente. La colonoscopia se hizo en todos los casos con úlceras como hallazgo más frecuente: l 85,7% de los consumidores vs 82,4% de los no ( $p = 1$ ). La localización más frecuente en ambos fue el colon izquierdo, con un 57,1% en los consumidores y un 52,9% en los que no ( $p = 0,5$ ), destacando que la afectación de colon derecho aparece en el 21,4% de los consumidores, siendo del 0% en los no consumidores ( $p: 0,06$ ), y del ciego en el 17,9% vs 5,9% ( $p = 0,3$ ), respectivamente.

**Conclusiones:** En la actualidad no existen diferencias estadísticamente significativas entre la CI asociada a AINEs y en la no asociada a los mismos. Lo más destacado del estudio es la mayor afectación de hemicolon derecho en los consumidores, y en la ausencia de afectación de dicha localización en los que no, no obteniendo significación estadística (que podría deberse al tamaño muestral).

### 158. PYLERA® EN EL TRATAMIENTO ERRADICADOR DE H. PYLORI: EXPERIENCIA INICIAL DEL SERVICIO DE DIGESTIVO DE UN ÁREA DE CATALUÑA

M. Navarro-Llavat<sup>a</sup>, O. García-Bosch<sup>a</sup>, A. Bargalló<sup>a</sup>, J. Belloc<sup>b</sup>, M. Sementé<sup>c</sup>, C. Vascónez<sup>d,e</sup>, D. Barquero<sup>a,e</sup>, M. Martín-Llahí<sup>a</sup>, F. Baños<sup>a,d</sup> y A. Blasco<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí. <sup>b</sup>USE Sant Feliu de Llobregat. <sup>c</sup>USE Torrasa. <sup>d</sup>Hospital General de l'Hospitalet. <sup>e</sup>USE Cornellà.

**Introducción:** Recientemente está disponible en España un nuevo fármaco para el tratamiento erradicador del *H. pylori* en combinación con omeprazol: Pylera® (cápsula única con subcitrate de bismuto, tetraciclina y metronidazol).

**Objetivos:** Evaluar el uso, eficacia y efectos adversos de Pylera® en la práctica clínica del Servicio de Digestivo del área geográfica de referencia de nuestros centros: Barcelona centro, Fuensanta y Hospitalet norte.

**Métodos:** Análisis prospectivo de los pacientes *H. pylori* positivos tratados con Pylera® desde marzo de 2016. Se han registrado datos demográficos de los pacientes, indicación de la erradicación, tratamientos erradicadores previos, tests diagnósticos de *H. pylori* utilizados, tasa de curación, cumplimiento y efectos adversos.

**Resultados:** Hasta la fecha, disponemos de los resultados de 23 pacientes: 69,6% mujeres con una media de edad de 57,8 (RIQ 37,6-64,1) años, un 13% fumadores y un 17% alérgicos a penicilina. El 52% fueron tratados en las consultas especializadas ambulatorias. La indicación de erradicación más frecuente fue la dispepsia

(61%), un 69,7% de los pacientes había recibido tratamiento erradicador previo y un 13% no completaron el tratamiento por efectos adversos. La eficacia por intención de tratamiento fue del 87% (20/23) y por protocolo del 95% (19/20), sin diferencias de éxito respecto a si habían o no recibido tratamiento previo (93,3% vs 87,5%, p: ns). Un 43,5% presentaron efectos adversos, los más frecuentes digestivos y ningún efecto adverso grave.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia inicial, Pylera® muestra una elevada eficacia sin diferencias en si es tratamiento de primera línea o no. Los efectos adversos que se han producido han sido los descritos en estudios previos.

### 159. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON HIERRO CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA NO SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN PORTAL

G. Torres Vicente<sup>a</sup>, M. Planella de Rubinat<sup>a,b</sup>, R. Ballester Clau<sup>a,b</sup>, L. López Barroso<sup>a</sup>, T. Voltà Pardo<sup>a</sup>, M. Cucala Ramos<sup>c</sup> y J.M. Reñé Espinet<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. <sup>b</sup>Institut de Recerca Biomèdica de Lleida.

<sup>c</sup>Departamento Médico, Vifor Pharma España S.L.

**Introducción:** Existen escasos estudios de la eficacia del tratamiento parenteral con hierro carboximaltosa (CMH) en las hemorragias digestivas agudas (HD-aguda) de diferentes orígenes, y escasos datos de su utilización en el tratamiento de las anemias post HD-aguda.

**Objetivos:** Conocer la eficacia y seguridad del tratamiento con CMH en pacientes con HD-aguda no secundaria a hipertensión portal.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de un periodo de 3 años de pacientes con HD-aguda (reemización con exteriorización de sangrado y/o afectación estado hemodinámico) tratados con CMH en la práctica clínica habitual del hospital.

**Resultados:** Análisis de 84 pacientes ingresados con HD-aguda. El 69,5% fueron hombres, edad media de 67,9 años (DE 16,9), con un índice de Charlson  $\geq 3$  en el 67,1% casos ( $\geq 5$ : 31,6%). El 11,9% de los pacientes, había padecido previamente HD-aguda por úlcera péptica. Se registraron 95 ingresos por HD-aguda. El 93,8% fueron HD alta (por encima ángulo de Treitz). La presentación clínica más frecuente fueron las melenas en el 77,1% de los casos. El 22,9% de los casos presentaron inestabilidad hemodinámica al ingreso. La puntuación media del índice de Glasgow-Blatchford fue de 11,0 (DE 2,6) y del índice de Rockall post-endoscopia de 4,3 (DE 1,8). Las causas más frecuentes de hemorragia fueron: 34,4% úlcus duodenal, 26% úlcus gástrico, 9,4% gastritis/erosiones, y 7,3% angiodisplasia colónica. La Hb media al ingreso fue de 8,8 g/dL (DE 2,1) y la media de la Hb más baja durante el ingreso fue de 7,7 g/dL (DE 1,4). La dosis total de CMH más habitual administrada fue de 1.000 mg. Durante el ingreso se observó un incremento promedio de Hb de 0,8 g/dL (DE 2,3) en un periodo medio de 5,7 días (mediana: 4,0) tras tratamiento con CMH, observándose un incremento de 4,2 g/dL (DE 2,6) a partir de los 30 días tras la HD-aguda. Tras la administración de CMH, el incremento medio de Hb fue mayor en pacientes  $\geq 75$  años (1,3 g/dL [DE 2,1]), en los pacientes con índice de Charlson  $\geq 3$  (1,1 g/dL [DE 2,3]), y cuando la Hb durante el ingreso era  $< 10$  g/dL (2,0 g/dL [DE 1,8]). No se objetivó ninguna reacción adversa.

**Conclusiones:** La administración de carboximaltosa de hierro mejora de manera temprana y segura los niveles de Hb en pacientes con HD-aguda, especialmente en aquellos con edad avanzada y con comorbilidades asociadas.

## Oncología gastrointestinal

### 160. CÁNCER COLORRECTAL Y DISLIPEMIA: ¿CAUSA O CONFUSIÓN? UN ESTUDIO CON ALEATORIZACIÓN MENDELIANA

G. Ibáñez-Sanz<sup>a,b</sup>, A. Díez-Villanueva<sup>a</sup>, M. Riera-Ponsati<sup>a</sup>, E. Guinó<sup>a,c</sup>, B. Pérez-Gómez<sup>c,d</sup>, M. Bustamante<sup>c,e</sup>, V. Martín<sup>c,f</sup>, J. Llorca<sup>c,g</sup>, P. Amiano<sup>c,h</sup>, E. Ardanaz<sup>c,i</sup>, A. Tardón<sup>c,j</sup>, J.J. Jiménez-Moleón<sup>c,k</sup>, R. Peiró<sup>c,l</sup>, J. Alguacil<sup>c,m</sup>, C. Navarro<sup>c,n</sup>, P. Fernández Navarro<sup>c,d</sup>, A. Espinosa<sup>c,n</sup>, V. Dávila-Batista<sup>f</sup>, A.J. Molina<sup>c,f</sup>, C. Palazuelos<sup>o</sup>, G. Castaño-Vinyals<sup>c,n</sup>, N. Aragonés<sup>c,d</sup>, M. Kogevinas<sup>c,n</sup>, M. Pollán<sup>c,d</sup> y V. Moreno<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Biomarcadores y susceptibilidad genética, Institut Català d'Oncologia-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat. <sup>c</sup>CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). <sup>d</sup>Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología, Madrid. <sup>e</sup>ISGlobal Centre for Research in Environmental Epidemiology (CREAL), Barcelona. <sup>f</sup>Instituto de Biomedicina (IBIOMED), Grupo de investigación en interacciones gen ambiente y salud, Universidad de León. <sup>g</sup>Universidad de Cantabria-IDIVAL, Santander. <sup>h</sup>Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa, Donostia. <sup>i</sup>Instituto de Salud Pública de Navarra, Pamplona. <sup>j</sup>Instituto Universitario de Oncología, Universidad de Oviedo. <sup>k</sup>Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.GRANADA), Hospitales Universitarios de Granada. <sup>l</sup>Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana FISABIO-Salud Pública, Valencia. <sup>m</sup>Centro de Investigación en Salud y Medio Ambiente (CYSMA), Universidad de Huelva. <sup>n</sup>Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Virgen de la Arrixaca (IMIB) y Universidad de Murcia. <sup>o</sup>ISGlobal Centre for Research in Environmental Epidemiology (CREAL), Barcelona. <sup>p</sup>Universidad de Cantabria-IDIVAL, Santander.

**Introducción:** La dislipemia podría contribuir a la patogenia del cáncer colorrectal (CCR), sin embargo, estudios prospectivos que han estudiado la asociación entre niveles de lípidos y CCR han mostrado resultados controvertidos. También hay incertidumbre si las estatinas, inhibidores de hidroximetilglutaril CoA reductasa (HMG-CR), tienen un efecto protector sobre el CCR. El análisis de aleatorización mendeliana podría ayudar a establecer si hay relación causal entre dislipemia y CCR.

**Objetivos:** Utilizar la aleatorización mendeliana para evaluar la relación entre CCR y un "score" de riesgo genético asociado a alteraciones de lípidos (colesterol total (CT), lipoproteínas de baja densidad (LDL), triacilglicéridos (TG), lipoproteínas de alta densidad (HDL)). Evaluar el efecto de las estatinas sobre el CCR.

**Métodos:** El estudio de casos y controles MCC-Spain incluyó, entre 2008-2013, 1.336 casos de CCR y 2.744 controles en 23 hospitales españoles. Se realizó una entrevista epidemiológica y se analizó la variabilidad genética con una matriz de genotipado. Se incluyeron 194 loci de susceptibilidad asociados a lípidos (CT, LDL, TG, HDL, HMG-CR) validados por Genome-Wide Association Studies. Se calculó el riesgo genético computado por el número de alelos de riesgo en estos loci. Se utilizaron modelos de regresión logística para elaborar modelos de riesgo combinando factores epidemiológicos y genéticos. Se estimaron las odds ratio y sus intervalos de confianza del 95%.

**Resultados:** El "score" de riesgo genético de LDL estaba significativamente asociado al consumo de estatinas. El "score" de riesgo genético creado como suma de alelos de riesgo en loci relacionados con dislipemia no se asoció a CCR en ninguna de las vías lipídicas. El uso de estatinas no resultó tener efecto protector en el análisis multivariante (OR = 0,84; IC95%: 0,69-1,01; p = 0,058).

**Conclusiones:** Con el análisis de aleatorización mendeliana, no observamos relación causal entre la dislipemia y el CCR. No se puede descartar que el posible efecto protector de CCR por las estatinas sea resultado de confusión residual.

### 161. UTILIDAD DE LAS METALOPROTEINASAS PLASMÁTICAS COMO BIOMARCADORES DE NEOPLASIA COLORRECTAL AVANZADA

A.Z. Gimeno<sup>a</sup>, C. Martín Higuera<sup>b</sup>, J. Triñanes<sup>b</sup>, J. Lara<sup>a</sup>, N. González<sup>a</sup>, B. Abrante<sup>b</sup>, E. Salido<sup>c,d</sup> y E. Quintero<sup>a,d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Unidad de Investigación; <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. <sup>d</sup>Universidad de La Laguna, CIBICAN.

**Introducción:** Las metaloproteinasas (MMP) son enzimas que tienen propiedades neoangiogénicas y pueden inducir la proliferación celular. Se ha observado que MMP-9 y su inhibidor TIMP-1 están alterados en tejido tumoral y en el plasma de pacientes sintomáticos con adenoma o cáncer colorrectal (CCR). Sin embargo, su utilidad como biomarcadores plasmáticos de neoplasia colorrectal avanzada (NCA: CCR o adenoma avanzado) es controvertida.

**Objetivos:** Analizar la concordancia entre la concentración plasmática de MMP-9 y TIMP-1 y la detección de NCA.

**Métodos:** Inclusión prospectiva de 412 pacientes en los que se realizó una colonoscopia diagnóstica entre enero 2014 y junio 2016. Se determinó MMP9 y TIMP1 en plasma mediante tecnología xMAP<sup>®</sup> (R&D Systems) en la plataforma Luminex<sup>®</sup> (Luminex Corp. Austin, EEUU) y se realizó inmunohistoquímica (IHQ) de MMP9 (rabbit anti-Human; DAKO, Dinamarca) en tejido de la lesión neoplásica y la mucosa normal adyacente. La expresión tisular de MMP9 se evaluó como 0 (ausente o leve) 1 (moderada) o 2 (aumentada). La tinción IHQ y la lectura de las preparaciones se realizó de forma anonimizada por tres observadores (BA, JL y NG) que desconocían el diagnóstico endoscópico y anatomopatológico. Se evaluó la asociación entre los niveles plasmáticos y la presencia de NCA mediante el test U de Mann-Whitney. Se calculó el punto de corte de las moléculas con significación estadística para la detección de NCA. Se estableció la asociación entre los niveles plasmáticos y tisulares de MMP9 mediante el test de Kruskal Wallis.

**Resultados:** Se excluyeron 139 pacientes por: limpieza deficiente (Boston < 5, n = 46), no intubación cecal (n = 29), polipectomía previa (n = 39) o hemólisis plasmática (n = 96). Se incluyeron 273 pacientes: colonoscopia normal (n = 99), Adenoma no avanzado (n = 43), adenoma avanzado (n = 65) y CCR (n = 66). No hubo diferencias significativas entre los distintos tipos de lesiones y los niveles plasmáticos de MMP9 (p = 0,128). Sin embargo, la concentración plasmática de TIMP1 fue significativamente menor en los pacientes con NCA (114 ng/ml, IC95% [104,5-123,2]) vs pacientes sin NCA (124 ng/ml, IC95% [115,8-132,4]), (P = 0,02). El punto de corte  $\leq 96,630$  ng/ml para TIMP-1 presentó una sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para NCA de 52% (IC95%: 45,4-59,3), 62% (IC95%: 57,3-65,8), 35% (IC95%: 30,1-41) y 76% (IC95%: 72-80,3), respectivamente. Los pacientes con TIMP1  $\leq 96,630$  ng/ml presentaron una OR = 2, IC95% (1,2-3,3) para NCA. No hubo asociación entre los niveles tisulares y plasmáticos de MMP9 (p = 0,4).

**Conclusiones:** Los niveles plasmáticos de MMP9 y TIMP1, analizados de forma independiente, no permiten predecir la existencia de NCA. Sin embargo, la determinación plasmática de TIMP1 podría ser útil en combinación con otros biomarcadores.

### 162. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO POR ANTECEDENTES FAMILIARES EN PRIMER GRADO DE CCR

V.M. González Cosano, C. Pedrajas Crespo, M. Gómez García, V. Amado Torres, M. Pleguezuelo Navarro, A. Naranjo Rodríguez, L. Casáis Juanena y A.J. Hervás Molina

UCAD Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción:** El riesgo de desarrollar un cáncer colorrectal se ve incrementado en familiares en primer grado de pacientes afectados. Estos individuos son subsidiarios de programas de cribado o vigilancia específicos.

**Objetivos:** Analizar el cumplimiento del programa, prevención y diagnóstico precoz de cáncer colorrectal en la población de alto riesgo por antecedentes familiares en primer grado del Área Centro de Córdoba. Identificar las características familiares y personales de la población que accede al programa. Comparar los hallazgos relevantes en colonoscopias realizadas dentro de los criterios temporales que aconsejan las guías actuales con aquellas que se han realizado de una manera precoz o tardía. Verificar la adecuación de la indicación de la colonoscopia de seguimiento.

**Métodos:** Se han analizado retrospectivamente las 6.992 colonoscopias realizadas en los 4.008 pacientes del Área Centro de Córdoba que han iniciado el programa de cribado de cáncer colorrectal por antecedentes familiares en primer grado durante los últimos 15 años. Se han recogido datos epidemiológicos y de las lesiones encontradas en las colonoscopias realizadas. Se ha considerado como exploración basal a la primera que se realiza cada paciente que inicia el cribado y al resto como controles.

**Resultados:** La edad media de los pacientes es  $56,7 \pm 11,4$  años, siendo 2.130 mujeres (53,1%) y 1.878 hombres (46,9%). Un total de 159 pacientes (4%) cumplían los criterios de Ámsterdam. Se ha comprobado el seguimiento en 1819 pacientes. En el resto, el primer control tras la colonoscopia basal corresponde a una fecha posterior a la del análisis. El 82,5% se han realizado todos los controles, dejando el seguimiento en algún momento el 18,5%. Sin contar a pacientes con edad avanzada en los que se decide dejar el seguimiento y pacientes fallecidos, podríamos estimar la falta de adherencia real en torno a un 14%. El 73,3% de los controles se han efectuado en el tiempo que se estimó adecuado, 14,9% antes y 11,8% después. Se han identificado adenomas en un 35,1% del total de colonoscopias realizadas, en las cuales había 1-2 pólipos en el 76,3%, 3-4 en el 16,1% y 5 o más en el 7,6%. El tamaño del pólipo más grande fue más de 2 cm en 8,8% y entre 1-2 cm en el 11,5%. Se han identificado 153 adenocarcinomas (2,2%), lo que supone un 3,8% de los pacientes, siendo la indicación de la colonoscopia en estos casos la presencia de síntomas de alarma en el 56,9%. En los controles se han encontrado más lesiones en las colonoscopias tardías con respecto a las adecuadas y las realizadas precozmente: adenomas (38,6% frente a 35,2% y 28,2% respectivamente) y adenocarcinomas (1,4% frente a 1,1% y 0,7% respectivamente), no alcanzándose en ninguno de los casos significación estadística.

**Conclusiones:** El programa de vigilancia endoscópica de CCR en pacientes con antecedentes familiares en primer grado es útil para la detección precoz de adenomas y la prevención del desarrollo de adenocarcinoma.

### 163. UTILIDAD DE LA COLONOSCOPIA DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER COLORRECTAL

V.M. González Cosano, C. Pedrajas Crespo, M. Gómez García, V. Amado Torres, M. Pleguezuelo Navarro, A. Naranjo Rodríguez, L. Casáis Juanena y A.J. Hervás Molina

UCAD Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción:** La vigilancia endoscópica es una herramienta utilizada para detectar recurrencia, neoplasia sincrónica y metacrónica en los pacientes intervenidos con intención curativa por un cáncer colorrectal (CCR).

**Objetivos:** Evaluar la utilidad de la colonoscopia de seguimiento en pacientes que han sido intervenidos de un cáncer colorrectal.

**Métodos:** Se han analizado las lesiones halladas en las colonoscopias de control realizadas a los pacientes intervenidos de CCR entre enero de 2007 y diciembre de 2014 en el Área Centro de Córdoba. Asimismo, se ha determinado si existe el mismo número de lesiones en los tramos de colon explorados en la colonoscopia basal con respecto tramos de colon no explorados previamente, ya sea porque el diagnóstico fue quirúrgico, la lesión no fue franqueable o la colonoscopia no fue completa. El tiempo empleado para cada control ha sido elegido de forma individualizada para cada paciente, según las guías de seguimiento actuales.

**Resultados:** Se han incluido 1513 pacientes con una edad media de 69 años y una predominancia del sexo masculino sobre el femenino (62,9% frente a 37,15%). De éstos, el 65,5% (993) tienen al menos un control endoscópico tras la cirugía. En el 71,4% de los casos la neoplasia se encontraba en colon, mientras que en el 28,6% de los casos lo hacía en recto, siendo en sigma la localización más frecuente por segmentos con un total de 29,2%. En el 11,2% de los pacientes el diagnóstico fue quirúrgico mientras que el 88,8% restante se hizo mediante endoscopia. El 48,85% de las neoplasias era infranqueable desde el punto de vista endoscópico, no pudiéndose realizar la colonoscopia completa en el 52,1% de los pacientes. Se evidenciaron adenomas en el 29,8% de primeros controles, de los cuales en el 15,2% había 3 o 4 pólipos y en el 7,8% 5 o más pólipos. El pólipo de más grande era mayor de 2 cm en el 9,5% y de 1 cm en el 15,8% de los casos. El porcentaje de pacientes con pólipos en tramos de colon no explorado previamente fue mayor que los encontrados en tramos explorados (27,6% frente a 20,9%,  $p = 0,006$ ). El 2,9% de los pacientes tenía una neoplasia en el primer control, apareciendo éstas en mayor proporción en tramos de colon no explorado (3% frente a 1,7%), no siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,1$ ). El 39,3% de pacientes tiene dos controles, el 21,2% tres, el 2,9% cuatro, existiendo pacientes con hasta 7 controles. El porcentaje de lesiones encontradas en las sucesivas revisiones es similar al del primer control, apareciendo pólipos en 1 de cada 4 colonoscopias realizadas y neoplasias en el 3,6% de pacientes. Del total de 64 neoplasias encontradas el 51,6% eran metacrónicas o sincrónicas y el 48,4% (31) eran recidivas locales.

**Conclusiones:** El porcentaje de lesiones adenomatosas, neoplasias y recidivas encontradas en los sucesivos controles endoscópicos es relevante y demuestra la utilidad del programa de seguimiento endoscópico en pacientes intervenidos de CCR.

#### 164. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR DE LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO A EDAD JOVEN. ANÁLISIS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL

S. Carballal<sup>a</sup>, M. Cuatrecasas<sup>a</sup>, J.M. Botargues<sup>b</sup>, F. Rodríguez-Moranta<sup>b</sup>, X. Bessa<sup>c</sup>, T. Ocaña<sup>a</sup>, A. Sánchez<sup>a</sup>, M. Pellisé<sup>a</sup>, A. Castells<sup>a</sup>, F. Balaguer<sup>a</sup>, L. Bujanda<sup>d</sup> y L. Moreira<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínic de Barcelona. <sup>b</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. <sup>c</sup>Hospital del Mar, Barcelona. <sup>d</sup>Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

**Introducción:** El adenocarcinoma gástrico (CG) es un tumor frecuente con alta morbimortalidad. Un 10% de los pacientes diagnosticados tienen antecedentes familiares (AF) de CG y en el 5% existe una causa genética subyacente. Las características clínicas, moleculares y genéticas del CG joven han sido poco estudiadas.

**Objetivos:** Establecer las características clínicas, histológicas y moleculares relacionadas al CG joven (< 50 años), así como la prevalencia de síndromes hereditarios asociados a este subgrupo de pacientes en nuestro medio.

**Métodos:** Estudio multicéntrico nacional (4 centros) con inclusión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de CG joven entre 1999-2016. Registro de historia clínica personal y familiar. Análisis mediante inmunohistoquímica (IHQ) de las 4 proteínas del sistema de reparación del ADN (MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2) en muestras parafinadas de tejido tumoral. Recogida de una muestra de sangre para extracción de ADN leucocitario en los pacientes vivos. Análisis genético germinal en pacientes que cumplen criterios de algún síndrome hereditario conocido. Se presentan los primeros datos de exportación de los análisis realizados hasta el mes de diciembre de 2016.

**Resultados:** Se incluyeron 228 individuos: 90 (39,5%) mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de 43 (rango 17-50) años. Los tumores se localizaban en: cardias 6 (2,6%), cuerpo 130 (57%), fundus 18 (7,9%), antro 47 (20,6%) o eran extensos en 27 (11,8%) casos. A nivel histológico: 25/151 (16,5%) eran tumores de tipo "intestinal" y el 123 (81,4%) tenían componente difuso (células en anillo de sello). La mayoría ( $n = 55$ ; 76,3%) eran tumores mal diferenciados. Se realizó gastrectomía en 78 (57,7%) individuos. Entre los factores de riesgo ambientales 35/94 (37,2%) eran fumadores, 18/92 (19,5%) bebían alcohol habitualmente y 6/22 (27,2%) tenían infección por *Helicobacter pylori*. En 16 (20,7%) casos existía algún AF de CG y 6 (7,8%) cumplían criterios de CG familiar. Se realizó IHQ en 56 (24,5%) tumores: 2 (3,5%) de ellos tenían pérdida de expresión de MLH1/PMS2. De los 8 análisis genéticos germinales realizados: un individuo tenía una mutación patogénica en el gen BRCA2 y otro paciente en el gen TP53; cuatro estudios del gen CDH1 y 2 estudios del gen MLH1 resultaron negativos.

**Conclusiones:** Hasta un 20% de los pacientes con CG precoz tienen historia familiar de CG. La alteración del sistema de reparación del ADN es un evento poco frecuente en el CG precoz. En base a los resultados preliminares, existe heterogeneidad genética en la etiología del CG hereditario (ex: BRCA2, TP53). Por lo tanto, es fundamental realizar una historia familiar completa y valorar el uso emergente de paneles multigén.

#### 165. IDENTIFICANDO OTROS FACTORES VINCULADOS A LA SUPERVIVENCIA EN EL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

E. Soria López<sup>a</sup>, M. Puya Gamarro<sup>a</sup>, T. Pereda Salguero<sup>b</sup>, J. Hinojosa Guadix<sup>a</sup>, J. Alcaide García<sup>c</sup>, F. Rivas Ruiz<sup>d</sup>, A.M. Sánchez Cantos<sup>a</sup> y A. Pérez-Aisa<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica; <sup>c</sup>Servicio de Oncología Médica; <sup>d</sup>Unidad de Investigación, Hospital Costa del Sol, Marbella.

**Introducción:** El adenocarcinoma gástrico es la segunda neoplasia maligna digestiva más frecuente, siendo el paso final de una secuencia de lesiones gástricas precursoras y de la interacción con varios carcinógenos, entre los que destaca la presencia de la infección por *Helicobacter pylori*.

**Objetivos:** Analizar posibles factores pronósticos del adenocarcinoma gástrico, incluyendo la detección de lesiones gástricas precursoras; y elaborar curvas de supervivencia según estadio.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma gástrico entre enero-2011 y mayo-2016 en nuestra área sanitaria. Analizamos las características de los pacientes, antecedentes, resultados de la endoscopia digestiva alta (EDA) y diagnóstico anatomopatológico. A igual estadio tumoral se analiza la posible relación entre la supervivencia y el sexo, edad, hábitos tóxicos, sintomatología, tipo de tumor y niveles de marcadores tumorales (MT). Se compara el estadio según

se haya realizado EDA previa o no. Análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Se utilizó el método Kaplan-Meier para el análisis de supervivencia. Nivel de significación estadística:  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Analizamos 158 pacientes (69,6% varones) con una media de edad de 68,5 años. 46,2% tiene relación actual o pasada con el tabaco y 14,6% con el alcohol. 4,4% ( $n = 7$ ) con antecedente familiar de cáncer gástrico. En el 29,1% investigación previa de infección por *H. pylori*: 8,2% ( $n = 13$ ) positiva, recibiendo tratamiento erradicador 7 de ellos (OCA-10) y con erradicación confirmada en 5 de ellos. El 13,3% ( $n = 21$ ) tenía realizada EDA previa (macroscópicamente: 28,6% normal, 52,4% gastritis crónica, 4,8% úlcera gástrica), con una media de tiempo entre endoscopias de 5 años. En 10 de ellos (47%) se tomaron biopsias (4 gastritis crónica, 2 metaplasia intestinal incompleta, 1 completa y 1 displasia bajo grado). El 30,4% MT elevados. Estadio tumoral: 0 2,5%; I 10,1%; II 11,4%; III 20,9% y IV 43,7%. La supervivencia depende del estadio al diagnóstico: media de 48,2 meses en estadios precoces (0-I-II), 26,7 en III y 17,3 en IV, con significación estadística. A igual estadio, los pacientes  $> 65$  años presentan menor media de supervivencia que los  $< 65$  años ( $p < 0,05$ ). Los pacientes de nuestro estudio con una EDA previa, independientemente de los hallazgos, tenían un estadio más favorable: 61% estadio precoz, 22,2% III, 16,7% IV; frente a los que no: 22,3% estadio precoz, 24% III y 53,7% IV ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En nuestra serie, a igual estadio, los pacientes de menor edad ( $< 65$  años) tuvieron mejor supervivencia, así como aquellos sometidos a una EDA previa, independientemente de los resultados. Debemos mejorar las estrategias de diagnóstico de lesiones precursoras y la tasa de detección y erradicación de infección por *H. pylori* en este contexto.

#### 166. RESULTADOS DE LA PRIMERA RONDA DEL PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER DE COLON Y RECTO DE LAS ISLAS BALEARES

J. Reyes<sup>a</sup>, M. Florido<sup>a</sup>, M.J. García<sup>b</sup>, M. Heredia<sup>c</sup>, E. Miró<sup>d</sup>, S.P. Ortega<sup>a</sup>, M. García Bonafe<sup>d</sup>, M. Queimadelos<sup>d</sup>, S. Dolz Abadia<sup>e</sup>, M. Novella<sup>b</sup>, J.A. Lucero<sup>b</sup>, Z. Salman<sup>b</sup>, C. Rodríguez<sup>b</sup>, J. Gelabert<sup>c</sup>, E. Yun Iyo<sup>a</sup>, P. García-Cortes<sup>c</sup> y A. Ruiz<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Comarcal de Inca, Mallorca. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Can Misses, Ibiza. <sup>c</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Mateu Orfila, Menorca. <sup>d</sup>Dirección General de Salut Pública i Participació, Conselleria de Salut de les Illes Balears. <sup>e</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca.

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es el más incidente en el momento actual en los países occidentales y se producen en el momento actual 700 casos al año en Baleares. Son fundamentales de los programas dirigidos a la prevención y diagnóstico precoz del CCR.

**Objetivos:** Presentar los resultados y el impacto de la primera ronda del programa en las Islas Baleares.

**Métodos:** La duración de esta ronda fue entre enero 2015 y diciembre 2016. El programa abarca en esta primera ronda las áreas de Menorca, Ibiza, Formentera y el área de Tramuntana en la isla de Mallorca. La población incluida ha sido 310.000 habitantes, el 30% de la población de Baleares. La población diana (50-69 años) fue de 75.575 personas. Se ha utilizado como técnica de cribado la sangre oculta en heces (SOH) inmunológica cuantitativa (OC-Sensor/Palex) con un punto de corte en 100 ng/ml. El envío de la invitación fue por carta y la recogida del kit se hizo en las Farmacias Comunitarias adheridas al programa. La devolución del kit se ha realizado en urnas colocadas en los centros de salud. Los pacientes

con resultado negativo, recibieron carta informativa, los pacientes con resultado positivo se citaron para consulta de pre-endoscopia. La colonoscopia se ha realizado según los criterios de calidad de las guías clínicas establecidas.

**Resultados:** Los resultados disponibles son parciales hasta octubre 2016. En el congreso se presentarán resultados completos de la ronda. La tasa de participación global es del 41%. Se han realizado 21.300 pruebas de SOH. La tasa de positivos ha sido del 6% (1.280). Los excluidos en la consulta de pre-endoscopia son un 7%. Realizadas hasta el momento 945 colonoscopias. Se han detectado: 31 adenocarcinomas. 15 carcinomas in situ y 47 adenomas de alto grado en base a criterios de histológicos. Un 20% de las colonoscopias han sido de alto riesgo ( $> 5$  adenomas o al menos uno de  $> 20$  mm). Sólo un 20% de los adenocarcinomas se diagnostican en estadios T3 o T4. El resto corresponde a estadios inferiores. Se han producido dos perforaciones, ambas tratadas de manera conservadora con cierre de la perforación con colocación de clips. No se han producido hemorragias significativas.

**Conclusiones:** Ha sido posible el desarrollo de la primera ronda del programa de cribado de CCR sin complicaciones significativas. El funcionamiento del programa, la tasa de participación y las lesiones detectadas se encuentran dentro de los rangos previstos antes de la puesta en marcha del mismo.

#### 167. SERUM EXTRACELLULAR VESICLES CONTAIN PROTEIN BIOMARKERS FOR PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS AND CHOLANGIOCARCINOMA

A. Arbelaiz<sup>a,b,c</sup>, M. Azkargorta<sup>d,e</sup>, A. Santos-Laso<sup>a,b,c</sup>, M.J. Perugorria<sup>a,b,c,f</sup>, O. Erice<sup>a,b,c</sup>, E. González<sup>g</sup>, A. Lapitz<sup>a,b,c</sup>, L. Izquierdo<sup>a,b</sup>, P. Olaizola<sup>a,b,c</sup>, P. Yuen Lee<sup>a,b</sup>, A. Arregui<sup>a,b</sup>, R. Jiménez-Agüero<sup>a,b,c</sup>, A. Lacasta<sup>a,b,c</sup>, C. Ibarra<sup>h</sup>, A. Sánchez-Campos<sup>h</sup>, J.P. Jimeno<sup>i</sup>, M. Krawczyk<sup>j,k</sup>, F. Lammert<sup>l</sup>, M. Marzoni<sup>l</sup>, R.I.R. Macías<sup>e,m</sup>, J.J.G. Marin<sup>e,m</sup>, T. Patel<sup>n</sup>, G.J. Gores<sup>ñ</sup>, I. Martínez<sup>o</sup>, F. Elortza<sup>d,e</sup>, J.M. Falcón-Pérez<sup>e,f,g</sup>, L. Bujanda<sup>a,b,c,e</sup> and J.M. Banales<sup>a,b,c,e,f</sup>

<sup>a</sup>Biodonostia Research Institute, San Sebastian, Spain. <sup>b</sup>Donostia University Hospital, San Sebastian, Spain. <sup>c</sup>University of the Basque Country (UPV/EHU), San Sebastian, Spain. <sup>d</sup>Proteomics Platform, CIC bioGUNE, CIBERehd, ProteoRed-ISCIII, Bizkaia Science and Technology Park, Derio, Spain. <sup>e</sup>National Institute for the Study of Liver and Gastrointestinal Diseases (CIBERehd), Carlos III National Institute of Health, Madrid, Spain. <sup>f</sup>IKERBASQUE, Basque Foundation for Science, Bilbao, Spain. <sup>g</sup>Metabolomics Unit, CIC bioGUNE, CIBERehd, Derio, Spain. <sup>h</sup>Hospital of Cruces, Bilbao, Spain. <sup>i</sup>Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Spain. <sup>j</sup>Department of Medicine II, Saarland University Medical Center, Saarland University, Homburg, Germany. <sup>k</sup>Laboratory of Metabolic Liver Diseases, Department of General, Transplant and Liver Surgery, Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland. <sup>l</sup>Department of Gastroenterology, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italy. <sup>m</sup>Experimental Hepatology and Drug Targeting (HEVEFARM), Biomedical Research Institute of Salamanca (IBSAL), University of Salamanca, Salamanca, Spain. <sup>n</sup>Department of Cancer Biology, Mayo Clinic Jacksonville, FL, USA. <sup>ñ</sup>Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA. <sup>o</sup>OWL Metabolomics, Derio, Spain.

**Introduction and objectives:** Cholangiocarcinoma (CCA) includes a heterogeneous group of biliary cancers with poor prognosis. Several conditions such as primary sclerosing cholangitis (PSC) are risk factors. Accurate non-invasive biomarkers for CCA or PSC are not available. In the last years, extracellular vesicles (EV) have emerged as an important tool in the search of biomarkers for different disorders as well as pathogenic players involved in disease development and progression. In this study, we investigate the po-

tential role of serum EV as carriers of protein biomarkers for PSC and CCA, as well as oncogenic proteins that might be involved in tumor growth and dissemination.

**Methods:** Serum EV were isolated from CCA (n = 13) or PSC (n = 9) patients and healthy individuals (n = 10) using well-established ultracentrifugation/filtration methods. In addition, EV were isolated from the culture medium of normal human cholangiocytes (NHC), SV-40 immortalized human cholangiocytes (H69) and two CCA human cell lines (i.e. EGI1 and TFK1). The characterization of EV was performed by transmission electron microscopy (TEM), nanoparticle tracking analysis (NTA) and immunoblot. The proteome of EV was determined by mass spectrometry-based proteomics.

**Results:** By using NTA, serum EV concentrations were found higher in CCA and PSC than in controls. Round morphology (by TEM), size (165 nm diameter by NTA) and markers (CD9, CD63 and CD81 by immunoblot) indicated that most serum EV were exosomes. Proteome profiles (by mass spectrometry) revealed 128, 121 and 43 proteins differentially expressed in CCA vs control, PSC vs control, and CCA vs PSC groups, respectively. These proteins showed high diagnostic values [maximum of 92.3% sensitivity (SEN), 90.0% specificity (SPE) and an area under the ROC curves (AUC) of 0.983 for CCA vs control, 100% SEN, 90.0% SPE and AUC of 0.967 for PSC vs control, and 83.3% SEN, 88.9% SPE and AUC of 0.898 for CCA vs PSC]. The proteomic analysis of EV isolated from CCA human cells in vitro revealed higher abundance of oncogenic proteins compared to EV released by NHC. Orthotopic implant of CCA human cells in the liver of immunodeficient mice resulted in the release of EV containing some similar human oncogenic proteins into the serum.

**Conclusions:** Novel proteomic signatures found in serum EV of CCA and PSC patients show potential usefulness as diagnostic and prognostic tools. CCA-derived EV contain increased concentration of oncogenic proteins that might participate in tumor progression.

### 168. CÁNCERES DE COLON POSCOLONOSCOPIA (POST-CCR). ¿HEMOS MEJORADO?

M.L. Ruiz Rebollo<sup>a</sup>, M.F. Muñoz Moreno<sup>b</sup>, M.C. Alonso García<sup>a</sup>, G. González Redondo<sup>a</sup>, B. Antolín Melero<sup>a</sup> y J.M. González Hernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción:** Los cánceres de colon post-colonoscopía (Post-CCR) son adenocarcinomas colorrectales (CCR) que aparecen en un corto periodo de tiempo tras una colonoscopia previa. Es de esperar que con la mejora en los equipos endoscópicos y la concienciación sobre los criterios de calidad de las colonoscopias, estas lesiones hayan disminuido con los años.

**Objetivos:** Comparar la tasa de Post-CCR y factores de riesgos en 2 periodos de tiempo: 1º periodo: marzo 2004-septiembre 2011, 2º periodo: octubre 2011- diciembre 2015.

**Métodos:** Pacientes diagnosticados de CCR en los dos periodos de estudio. Identificamos aquellos pacientes con una colonoscopia en los 5 años previos. Se recogieron variables demográficas y características de los tumores. Para cada periodo de estudio, comparamos el subgrupo de pacientes diagnosticados de CCR con colonoscopia previa (colonoscopia índice) con los que habían sido diagnosticados de CCR en su primera colonoscopia (CCR esporádicos-grupo control). Clasificamos la etiología de los Post-CCR en causas inherentes al procedimiento endoscópico (resección polipoidea incompleta, biopsia fallida, colonoscopia incompleta o CCR no detectado en la colonoscopia índice), o bien fueron considerados tumores de nueva aparición.

**Resultados:** Primer periodo: 675 pacientes diagnosticados de CCR, 24 (3,6%) con colonoscopia en los 5 años previos, 50% mujeres, 50% varones, edad media 72,4 años. El 62,5% de estos Post-CCR se localizaban en colon proximal (p < 0,001), presentaban menor

tamaño que los CCR esporádicos (3,2 vs 4,5 cm, p < 0,001), buena diferenciación histológica (87,5%) y tendencia a presentar un mejor estadio TNM (p = 0,053). En 58,4% de Post-CCR su origen fue atribuido a factores inherentes al procedimiento endoscópico: 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 CCR (41,7%) fueron considerados CCR de nueva aparición Segundo periodo: 575 pacientes diagnosticados de CCR; 25 (4,2%) con colonoscopia en los 5 años anteriores (56% varones, 44% mujeres, edad media 74,25). Los Post-CCR tenían localización principalmente proximal (68%, p < 0,001), buena diferenciación histológica (84%), tendencia a presentar menor tamaño (3.45 vs 4,46, p: 0,055) y mejor estadio TNM (p = 0,062) que los CCR esporádicos. Su origen fue atribuido a causas evitables en un 76%: 4 (16%) resección polipoidea incompleta y 15 (60%) se consideraron CCR no detectados en la colonoscopia previa, mientras que 6 (24%) Post-CCR se consideraron de novo.

**Conclusiones:** A diferencia de lo esperado, no hemos encontrado una disminución en la detección de Post-CCR en los dos periodos de estudio (3,6% vs 4,2%). Es más, la tasa de Post-CCR atribuidos a causas evitables, se ha incrementado (54,8% vs 76%) En ambos periodos los Post-CCR se localizaban principalmente en colon derecho, con tendencia a ser de menor tamaño, mejor diferenciación y TNM más precoz.

### 169. EXPERIENCIA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LAS PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES METÁLICAS (PAM) EN EL CÁNCER COLORRECTAL OBSTRUCTIVO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

I. Leyre Pinazo Martínez, M. Vilchez Jaimez, J. Mostazo Torres, E. Tenorio González, O. García Sánchez, M. Bocanegra Viniegra y E. Morcillo Jiménez

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** Las prótesis autoexpandibles metálicas (PAM) han supuesto una alternativa válida en el tratamiento de urgencia de la obstrucción maligna colorrectal. Su empleo permite, tanto la posibilidad de una cirugía diferida del tumor con menores tasas de morbilidad y mortalidad ("prótesis puente"), como su colocación definitiva paliativa en los casos no candidatos a cirugía.

**Objetivos:** Valorar nuestra experiencia con el empleo de las PAM para el tratamiento de la obstrucción maligna de colon analizando nuestros resultados sobre su eficacia y seguridad.

**Métodos:** Hemos realizado un estudio retrospectivo sobre registro informático sistemático de las PAM colocadas en nuestra Unidad de Endoscopia Digestiva desde enero del 2010 en el tratamiento de la obstrucción maligna de colon hasta noviembre 2016.

**Resultados:** Fueron incluidos 78 pacientes, con una edad media de 66,3 años. El éxito técnico se consiguió en el 91,7%. La zona más frecuente de localización de la obstrucción fue recto-sigma (en 56 pacientes) seguido de 18 casos en colon izquierdo y 4 en colon transversal. En todos los casos la PAM se colocó bajo control endoscópico y fluoroscópico combinado y fue del tipo Wallflex Colonica. No se observó ningún caso de mortalidad relacionado con la técnica. 51 de los pacientes (65,4%) la PAM permitió realizar cirugía diferida sin necesidad de colostomía temporal, mientras que en el 34,6% restante la prótesis resultó paliativa. Complicaciones: 3 perforaciones. 2 obstrucciones intestinales. 2 migraciones de la prótesis.

**Conclusiones:** El empleo de la PAM en casos de obstrucción maligna del colon es un procedimiento seguro y eficaz con muy baja morbilidad. En nuestra experiencia, los resultados obtenidos son comparables a los publicados por otros, y aportan información añadida sobre la utilidad de la técnica en el tratamiento de urgencia de la obstrucción aguda maligna de colon.

### 170. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LAS PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES METÁLICAS EN NEOPLASIAS ESOFÁGICAS

M. Vilchez Jaimez, C. González Arjona, J. Mostazo Torres, I.L. Pinazo Martínez, M. Bocanegra Viniegra, E. Morcillo Jiménez, E. Tenorio González, O. García Sánchez, L. Vázquez Pedreño y M. Jiménez Pérez

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.*

**Introducción:** El carcinoma de esófago ocupa el cuarto lugar dentro de las neoplasias digestivas. Mientras que la frecuencia del carcinoma epidermoide está en descenso, la del adenocarcinoma de la unión gastroesofágica se encuentra en franco avance. En la enfermedad localizada el tratamiento de elección es la resección radical, mientras que en la enfermedad localmente avanzada se suele recurrir a la quimioterapia o a la quimiorradioterapia como tratamientos neoadyuvantes. La disfagia constituye el síntoma principal, por lo que el tratamiento debe ir dirigido a restaurar la alimentación y a evitar las complicaciones derivadas de la estenosis neoplásica, como son la sialorrea, la aspiración y la aparición de fistulas. El método ideal de un tratamiento paliativo debería ser uno que solucione la disfagia rápidamente, en un solo intento y de forma permanente, que sea técnicamente simple y seguro de efectuar. La terapia con prótesis autoexpandible metálica cumple con la mayoría de los requisitos de un tratamiento paliativo ideal.

**Objetivos:** Analizar de forma retrospectiva los resultados de la colocación de una prótesis metálica autoexpandible cubierta tipo Wallflex (Boston Scientific) como método de paliación de la disfagia, fistulas o fugas esofágicas secundarias a patología maligna de esófago o unión gastroesofágica.

**Métodos:** Se estudiaron un total de 33 pacientes con patología maligna de esófago o unión gastroesofágica. La edad media de los pacientes fue de 67 años. 30 (90,9%) eran del género masculino y 3 (9,1%) femenino. En 23 pacientes (69,7%) la estenosis comprometía el esófago y en 10 (30,3%) la unión gastroesofágica. En 31/33 pacientes (94%), la indicación de la prótesis fue la disfagia, en 1 (3%) la presencia de fístula esófago-bronquial y en el paciente restante (3%), la presencia de fístula esófago-pleural.

**Resultados:** La prótesis se insertó sin incidentes en el 100% de los casos. La disfagia cedió en la totalidad de los enfermos. La evolución precoz fue satisfactoria en 17/33 pacientes (51,5%), siendo las complicaciones precoces más frecuentes el dolor torácico transitorio en 5 casos (15,2%) y el reflujo gastroesofágico presente en 10 pacientes (30,3%). Fallecieron precozmente 2 enfermos (6%). De los 31 restantes, en 5 (15,1%) se presentaron complicaciones tardías, siendo la más frecuente la recidiva de la disfagia (13%). Esta cifra es baja comparado con lo descrito en la literatura hasta el momento actual y fue debida a hiperplasia epitelial o crecimiento tumoral, pero en ningún caso por fractura o migración de otra complicación tardía registrada fue la hemorragia digestiva alta que se dio únicamente en un caso (3%) y no se pudo objetivar que fuese secundaria a la propia prótesis.

**Conclusiones:** Las prótesis metálicas autoexpandibles parcialmente recubiertas mejoran la disfagia de forma inmediata, segura y prolongada en las neoplasias malignas esofágicas y además son efectivas en el manejo de las fistulas.

### 171. ¿CUANTOS PÓLIPOS RESECAMOS EN LAS COLONOSCOPIAS DE REVISIÓN AL AÑO TRAS UNA COLONOSCOPIA DE CRIBADO?

R. Irisarri Garde<sup>a</sup>, C. Echeverría Pérez<sup>b</sup>, A. Esparza Nieva<sup>b</sup>, M. Mellado Ferreiro<sup>c</sup>, R. Armendariz Lezaun<sup>a</sup> y E. Borobio Aguilar<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Enfermería Endoscopias;

<sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital García Orcoyen, Estella.

**Introducción:** Los pacientes con CCR, adenomas de alto riesgo (Guía Europea; con  $\geq 5$  adenomas o al menos un adenoma con un tamaño  $\geq 2$  cm) o los pacientes con pólipos hiperplásicos de alto riesgo (2 o más ASS/AST  $\geq 10$  mm en cualquier localización, cualquier ASS/AST con displasia o sospecha de poliposis) deben realizarse una colonoscopia de control entorno al año.

**Métodos:** Se recoge de manera prospectiva y sucesiva todos los pacientes con hallazgos de pólipos de alto riesgo a los que se realizaba una colonoscopia dentro del programa de detección precoz de cáncer colorrectal en el área de Estella. Para cada paciente se incluye edad, sexo, hallazgos en la colonoscopia inicial (cribado) y el resultado de la colonoscopia al año. Se excluyen del estudio los pacientes que en la segunda colonoscopia no conseguían una preparación del colon buena o aceptable.

**Resultados:** Se recogen 62 pacientes (51 hombres y 11 mujeres) con una media de edad de 62,71 (52-71) Los hallazgos en la primera colonoscopia (cribado): CCR (incluyendo en este grupo pólipos con adenocarcinoma intramucoso) con o sin pólipos 21, pólipo  $\geq 2$  cm 11,  $\geq 5$  adenomas 22,  $\geq 5$  adenomas alguno de ellos  $\geq 2$  cm 7 e hiperplásico de alto riesgo 1. La segunda colonoscopia se realizaba como media a los 14 meses (4-24 meses). En la colonoscopia al año los resultados son: CCR (0 casos), sin pólipos 27 (43,5%), resección de adenomas 14 (22,5%), adenomas + pólipos hiperplásicos 15 (24,1%) y resección únicamente de pólipos hiperplásicos 6 (9,6%). De los 29 pacientes a quien se le reseca pólipos adenomatosos 20 de ellos son pólipos de bajo riesgo, 4 riesgo moderado y 5 de alto riesgo De los 21 pacientes que se les reseca pólipos hiperplásicos el tipo de pólipos son bajo riesgo < 10 mm en recto-sigma 8 1 a 3 pólipos < 5 mm proximal a sigma 2 medio/bajo > 3 pólipos hiperplásico proximal a sigma 3, 1 pólipo > 5 mm proximal a sigma 5, 1 pólipo hiperplásico  $\geq 1$  cm recto-sigma 0, 1 o 2 AAS < 10 mm 1 medio 1 AAS  $\geq 1$  cm 1 3 o más AAS/AST < 10 mm 1 alto riesgo 0.

**Conclusiones:** En las colonoscopias de revisión al año no se detecta ningún cáncer en nuestra muestra. A un 46,8% de los pacientes se les reseca algún adenoma, aunque la mayoría de ellos (el 69%) son de bajo riesgo. En el 33,7% de los pacientes se reseca algún tipo de pólipo hiperplásico, aunque el 90,4% de estos pólipos son de riesgo bajo o medio/bajo.

### 172. NEOPLASIAS INFILTRANTES SUPERFICIALES EN EL CONTEXTO DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL (PDPCCR) EN NAVARRA: CARACTERIZACIÓN ENDOSCÓPICA E HISTOLÓGICA

A. Elosua González<sup>a</sup>, M. Rullán Iriarte<sup>a</sup>, S. López López<sup>a</sup>, D. Oyón Lara<sup>a</sup>, J. Carrascosa Gil<sup>a</sup>, F. Estremera Arévalo<sup>a</sup>, S. Oquiñena Legaz<sup>a,b</sup>, A. Guerra Lacunza<sup>a,b</sup> y A. Pueyo Royo<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>b</sup>Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra, IdiSNA.

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo en Navarra la 2ª causa de mortalidad por cáncer en hombres y la 1ª en mujeres. Los programas de detección precoz han permitido la detección de un número elevado de tumores en estadios tempranos. Nuestro objetivo es evaluar las características endoscópicas e histopatológicas de las neoplasias infiltrantes superficiales (NIS) en el contexto del Programa de Detección Precoz de Cáncer Colo-Rectal (PDPCCR) en Navarra.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional que incluye 53 pacientes con NIS en el PDPCCR en los primeros 2 años. Variables analizadas: endoscópicas (Paris, localización, tamaño, tipo de resección) e histopatológicas (histología, grado de diferenciación, profundidad de la infiltración de la submucosa, infiltración linfocelular). El análisis estadístico se ha realizado con SPSS versión 20.

**Resultados:** De los 53 pacientes el 56,6% fueron hombres, siendo la mediana de edad  $61 \pm 6,01$  años. La localización de las NIS fue del 62% en colon izquierdo (31); el 22% en colon derecho (11) y el 16% rectal (8). La mediana de tamaño fue de  $25,1 \pm 18,3$  mm. La apariencia endoscópica según la Clasificación de Paris más frecuente es la Is- polipoideo sésil (39,6%), seguida de la Ip- polipoideo pediculado (27,3%). El 16% (9) se consideró irreseccable por lo que sólo se realizaron biopsias, el 61% se reseccó en bloque de forma completa y el 31,8% fue completa en fragmentos. La técnica de resección utilizada fue una resección endoscópica mucosa (REM) en el 36,4%, y polipectomía con asa sin inyección submucosa en el 63,8%. La histología fue de pólipos adenomatosos en el 75,5% (40), siendo el adenoma túbulo-velloso el más frecuente del grupo (23; 43,4% del total). El 3,8% (2) fueron pólipos serrados, en ambos un adenoma serrado tradicional. El 52,3% fueron adenocarcinomas bien diferenciados, 22,7% moderadamente diferenciados y 5,7% poco diferenciado, no siendo valorable en el 28,3%. La profundidad de afectación de la submucosa fue  $< 1.000 \mu$  en 4 (9%),  $1.001$  a  $2.000 \mu$  en 4 (9%),  $> 2.000 \mu$  16 (45,5%), no descrito en el informe (ND) en 16 (36%). La infiltración linfovascular se detecta en 8 (18%), no presente en 29 (66%) y ND en 7 (16%). En 7 pacientes (13,2%) se detecta afectación de la base, en 19 (35%) la base está libre y el 27 (50,9%) ND.

**Conclusiones:** En nuestra serie la localización de las NIS tiene un claro predominio izquierdo. La mayoría de las NIS se desarrollan sobre pólipos adenomatosos, en especial el túbulo-velloso. La técnica resectiva más frecuente es la polipectomía con asa, seguida de la REM. La valoración de las variables histopatológicas requiere de una adecuada resección endoscópica en un solo tiempo y en bloque.

### 173. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE EL HÁBITO TABÁQUICO Y LA EDAD DE PRESENTACIÓN DEL CARCINOMA GÁSTRICO

A. Borda<sup>a,b</sup>, C. Saldaña<sup>a</sup>, J.F. Juanmartiñena<sup>a</sup>, I. Fernández-Urién<sup>a</sup>, A. Guerra<sup>a</sup>, J.M. Zozaya<sup>a</sup> y F. Borda<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>b</sup>Instituto de Investigaciones Sanitarias de Navarra.

**Introducción:** Se acepta que el consumo de tabaco es un factor de riesgo para el desarrollo de un cáncer gástrico, pero no disponemos de datos suficientes sobre su relación con la edad de presentación del tumor.

**Objetivos:** Analizar las posibles diferencias en cuanto a edad de presentación del tumor, según el hábito tabáquico del paciente. Comparar la frecuencia de casos  $\leq 55$  años (edad de indicación de gastroscopia en la dispepsia no investigada) entre los pacientes fumadores y no fumadores.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de 255 carcinomas gástricos, diagnosticados consecutivamente. Clasificamos a los pacientes como no fumadores (nunca fumaron), exfumadores (llevaban al menos 1 año sin fumar) y fumadores. Adicionalmente, los exfumadores se subdividieron según llevaran  $< 10$  y  $\geq 10$  años sin fumar. Comparamos (test de Student) la edad del diagnóstico del tumor entre los diferentes grupos. Analizamos (test de  $\chi^2$ ) la frecuencia de casos  $\leq 55$  años entre los pacientes fumadores y los no fumadores, determinando la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC).

**Resultados:** Fumadores: 39/255 casos (15,3%), ex-fumadores: 66 (25,9%) y no fumadores: 150 (58,8%). Edad media global:  $72,3 \pm 11,7$  años. La edad de presentación del tumor en los fumadores fue significativamente menor:  $61,7 \pm 11,8$  con respecto a los no fumadores:  $74,5 \pm 10,9$  ( $p < 0,001$ ) y exfumadores:  $71,4 \pm 8,9$  ( $p < 0,001$ ). Registramos una menor edad en los ex-fumadores con  $< 10$  años sin fumar:  $69,7 \pm 10,1$  versus los exfumadores de  $\geq 10$  años:  $74,1 \pm 8,9$

( $p < 0,026$ ). No encontramos diferencias en cuanto a la edad de presentación del cáncer entre los exfumadores de  $< 10$  años y los no fumadores ( $p = 0,620$ ). La frecuencia de casos  $\leq 55$  años fue superior en el grupo de fumadores: 33,3% frente a los no fumadores: 7,3% [ $p < 0,001$ ; OR = 6,04; IC = (2,25-14,90)].

**Conclusiones:** 1. La edad de presentación del cáncer gástrico resulta significativamente inferior en los pacientes fumadores con respecto a los exfumadores y los no fumadores. 2. Tras un periodo de abstinencia tabáquica de 10 años, desaparecen las diferencias de edad con los pacientes que nunca fumaron. 3. En los fumadores, el riesgo de presentar cáncer gástrico con  $\leq 55$  años es 6 veces superior al de los no fumadores, por lo cabría reconsiderar la edad de indicación de una gastroscopia en los pacientes con dispepsia no investigada que fuman.

### 174. RENTABILIDAD DE LA PRIMERA COLONOSCOPIA DE VIGILANCIA EN POBLACION CON PÓLIPOS AVANZADOS DE COLON/MULTIPLICIDAD PROCEDENTES DE UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL (PCPCCR)

L. Carot<sup>a</sup>, M. González<sup>a</sup>, M. Batlle<sup>a</sup>, J. Vila<sup>b</sup>, S. Pérez-Fernández<sup>b</sup>, A. Burón<sup>c</sup>, X. Bessa<sup>a</sup>, M. Andreu<sup>a</sup> y C. Álvarez-Urturi<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Digestología, Parc de Salut Mar, Barcelona.

<sup>b</sup>Departamento de Estadística, Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas, Barcelona. <sup>c</sup>Departamento de Epidemiología y Evaluación, Parc de Salut Mar, Barcelona.

**Introducción:** La implantación del PCPCCR ha generado un incremento de colonoscopias de vigilancia. No obstante, el grupo de riesgo intermedio-alto comprendiendo las lesiones avanzadas por tamaño  $\geq 10$  mm, componente velloso o displasia de alto grado o bien multiplicidad de 3 o más pólipos, presenta una incidencia baja de lesiones metacrónicas de riesgo cuando se realiza la colonoscopia a los 3 años según las recomendaciones vigentes. Identificar los factores predictivos de metacronía permitiría optimizar las estrategias de vigilancia.

**Objetivos:** Conocer la rentabilidad de la primera colonoscopia de vigilancia y los factores predictivos de nuevas lesiones avanzadas en la colonoscopia de vigilancia a los 3 años en individuos con riesgo intermedio-alto de lesiones avanzadas y/o multiplicidad detectados en la colonoscopia basal durante la primera ronda del PCPCCR (2010-2011) de Barcelona (Ciutat Vella-Sant Martí).

**Métodos:** Se seleccionaron todos los casos con pólipos avanzados y/o multiplicidad diagnosticados en la colonoscopia basal y colonoscopias adicionales realizadas durante el primer año hasta asegurar la completa resección de los pólipos, realizadas en el Hospital del Mar y con indicación de una colonoscopia de vigilancia a los 3 años según las guías basadas en la evidencia científica. Se recopilaron los datos demográficos, ambientales y antecedentes patológicos de todos los individuos, así como los datos morfológicos de todos los pólipos. Para el estudio estadístico se realizó un análisis bivariado y regresión logística.

**Resultados:** De los 638 casos identificados, el 66,2% eran hombres con edad media de 64 años. El 23,8% requirió más de una colonoscopia para la resección completa de los pólipos. Se realizó una colonoscopia completa de vigilancia a los 3 años en 518 casos (82%) con un tiempo de vigilancia medio de 38 meses [15-75]. La media de hemoglobina fecal fue de 440 ng/ml. El 51,8% tenía hipertensión arterial, el 15% diabetes mellitus, el 46,5% dislipemia y el 12,3% EPOC. El 45,8% presentaba sobrepeso y el 34,7% obesidad. La colonoscopia de vigilancia resultó normal o con pólipos de bajo riesgo en 420 casos (80,1%); en 98 casos (18,9%) se identificaron pólipos avanzados y/o multiplicidad: 73 AA en 59 casos (11,4%),  $\geq 3$  adenomas en 62 casos (11,9%),  $\geq 3$  adenomas y/o serrados en 71 casos (13,7%). La presencia de  $\geq 3$  adenomas y/o pólipos serrados

fue la única variable que se asoció de forma significativa al diagnóstico de lesiones adenomatosas o serradas avanzadas en la colonoscopia de vigilancia ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En individuos con pólipos avanzados y/o multiplicidad la incidencia de metacronías de riesgo avanzado a los 3 años es baja. Asegurar una colonoscopia basal de calidad con resección completa de los pólipos podría permitir aumentar el intervalo de vigilancia, manteniendo y asegurando el cumplimiento de la vigilancia a los 3 años en los casos con multiplicidad en la colonoscopia basal.

### 175. ANÁLISIS DEL COCIENTE PLAQUETAS/LINFOCITOS PRETRATAMIENTO EN EL CÁNCER GÁSTRICO. ¿TIENE VALOR PRONÓSTICO INDEPENDIENTE SOBRE LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO?

A. Borda<sup>a,b</sup>, C. Saldaña<sup>a</sup>, J.F. Juanmartiñena<sup>a</sup>, J.J. Vila<sup>a</sup>, A. Guerra<sup>a</sup>, J.M. Zozaya<sup>a</sup> y F. Borda<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>b</sup>Instituto de Investigaciones Sanitarias de Navarra.

**Introducción:** El cociente plaquetas/linfocitos circulantes (P/L) forma parte de la respuesta inflamatoria sistémica frente al tumor, estando en discusión su valor pronóstico en el cáncer gástrico y careciendo de datos en países occidentales.

**Objetivos:** Analizar el posible valor pronóstico del P/L, determinado en el momento del diagnóstico del cáncer gástrico, sobre la supervivencia a largo plazo de los pacientes.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de 257 carcinomas gástricos, diagnosticados sucesivamente y con un seguimiento mínimo de 5 años. Quedaron excluidos los casos fallecidos en el post-operatorio. Determinamos el P/L al diagnóstico del tumor, considerando elevados los valores  $\geq 180$  (curvas ROC). Comparamos las curvas de supervivencia, tanto global (fallecidos por cualquier causa) como específica (fallecimientos debidos directamente al tumor), entre los casos con  $P/L < 180$  y  $\geq 180$ . Para ello efectuamos un análisis univariante (Kaplan-Meier, log rank) y multivariante (modelo de Cox, stepwise), incluyendo los siguientes parámetros: sexo, edad  $> 70$  años (curvas ROC), comorbilidad (puntuación ASA al diagnóstico dicotomizada en 1-2 versus 3-4), tipo macroscópico (infiltrante/resto de casos), localización (proximal/resto de casos); grado de diferenciación (bien-moderadamente diferenciado/poco diferenciado-indiferenciado); estadio TNM clínico (AJCC 7<sup>a</sup> ed) y resección tumoral R0 (sí/no). Determinamos la hazard ratio (HR) con su intervalo de confianza del 95% (IC) y consideramos estadísticamente significativos los valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La mediana del seguimiento clínico fue de 11 meses para los fallecidos y de 72 meses para los supervivientes. La mortalidad a los 5 años del diagnóstico fue: mortalidad específica por el tumor = 64,2%; mortalidad global = 73,2%. 106/257 casos (41,2%) presentaron un P/L "elevado" ( $\geq 180$ ). Las curvas de supervivencia fueron superiores en los casos con  $P/L < 180$ , tanto para la supervivencia específica: [ $p < 0,001$ ; HR = 2,07; IC = (1,52-2,81)], como para la supervivencia global: [ $p < 0,001$ ; HR = 1,90; IC = (1,42-2,53)]. El análisis multivariante confirma la mayor supervivencia del grupo con  $P/L < 180$ : supervivencia específica: [ $p < 0,004$ ; HR = 1,67; IC = (1,18-2,35)]; supervivencia global: [ $p < 0,006$ ; HR = 1,57; IC = (1,14-2,17)].

**Conclusiones:** 1. Un cociente plaquetas/linfocitos  $< 180$ , determinado en el momento del diagnóstico del cáncer gástrico, se sigue de una significativa mayor supervivencia a largo plazo, tanto específica del tumor como global. 2. Este pronóstico más favorable es independiente del sexo, grupo de edad y comorbilidad del paciente y del tipo macroscópico, localización, grado de diferenciación, estadio TNM clínico del tumor y resección R0 del tumor.

### 176. ANÁLISIS DE LOS RASGOS DIFERENCIALES Y DE LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS

A. Borda<sup>a,b</sup>, C. Saldaña<sup>a</sup>, B. González de la Higuera<sup>a</sup>, I. Fernández-Urién<sup>a</sup>, J.M. Zozaya<sup>a</sup>, A. Guerra<sup>a</sup> y F. Borda<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>b</sup>Instituto de Investigaciones Sanitarias de Navarra.

**Introducción:** El cáncer gástrico se presenta más frecuentemente en pacientes de edad avanzada, discutiéndose si presenta rasgos clínicos o histológicos diferenciales en los ancianos, así como la influencia de la edad en el pronóstico del tumor.

**Objetivos:** Estudiar la presencia de posibles rasgos diferenciales y la supervivencia del cáncer gástrico en los pacientes mayores de 80 años.

**Métodos:** Revisamos una serie de 264 cánceres gástricos diagnosticados consecutivamente, con evolución clínica controlada. Mediante los tests de  $\chi^2$  y Fisher, comparamos la frecuencia de las siguientes variables entre el grupo de pacientes  $> 80$  años y el resto de casos: sexo, obesidad (IMC  $> 29$ ), puntuación ASA, localización y tipo macroscópico tumoral, tamaño  $> 5$  cm, grado de diferenciación, estadio TNM (AJCC) y resección R0. Efectuamos un análisis multivariante (regresión de Cox, stepwise) de la supervivencia específica por el tumor, incluyendo en el modelo la edad  $> 80$  años, la puntuación ASA y el TNM. Finalmente, en los cánceres con resección R0, comparamos las curvas de supervivencia entre los pacientes  $> 80$  años y el resto, determinando en ambos grupos la probabilidad de supervivencia a 1, 3 y 5 años de la resección tumoral.

**Resultados:** 77/264 (29,2%) de los pacientes fueron  $> 80$  años. Estos casos presentaron mayor frecuencia del sexo femenino: 48,1% versus 28,3% [ $p = 0,002$ ; OR = 2,34; IC95% = (1,30-4,20)], puntuación ASA más elevada: 1 = 0%; 2 = 15,6%; 3 = 76,6% y 4 = 6% versus 1 = 11,8%; 2 = 41,7%; 3 = 46% y 4 = 0,5% ( $p < 0,001$ ); mayor proporción de tamaño tumoral  $> 5$  cm: 63,6% versus 49,7% [ $p = 0,039$ ; OR = 1,77; IC95% = (1,03-3,05)]; peor estadio TNM: I = 14,3%; II = 31,4%; III = 31,4% y IV = 22,9% versus I = 24,9%; II = 15,7%; III = 33% y IV = 26,5% ( $p = 0,027$ ) y menor resección R0: 32,5% versus 61,5% [ $p < 0,001$ ; OR = 3,32; IC95% = (1,83-6,06)]. Las variables con valor predictivo sobre la supervivencia fueron el TNM ( $p < 0,001$ ) y la resección R0 ( $p < 0,001$ ), mostrando la edad  $> 80$  años y la puntuación ASA una  $p > 0,05$ . En los pacientes con resección R0 no se registraron diferencias entre las curvas de supervivencia específica por el tumor entre los  $> 80$  años y el resto de casos ( $p = 0,430$ ). La probabilidad de supervivencia tras la resección R0 fue:  $> 80$  años: 1 año = 80%; 3 años = 61,5% y 5 años = 56,4% frente a: 1 año = 88,6%; 3 años = 61,5% y 5 años = 56,4% del resto de casos.

**Conclusiones:** 1. El CG en pacientes  $> 80$  años presenta una significativa mayor frecuencia de sexo femenino, tamaño tumoral  $> 5$  cm, tipo histológico intestinal, estadio TNM más avanzado y menor resección R0. 2. La edad  $> 80$  años no mantiene un valor pronóstico independiente sobre la supervivencia, ya que esta viene dada por un peor estadio TNM y una menor frecuencia de resección R0 en los pacientes de mayor edad. 3. En el grupo de cánceres tratados con resección R0, la supervivencia específica tumoral es similar entre los pacientes  $> 80$  años y el resto de casos.

### 177. LA HIPOALBUMINEMIA TIENE VALOR PREDICTIVO SOBRE LA DURACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA EN EL CÁNCER GÁSTRICO CON METÁSTASIS

A. Borda<sup>a,b</sup>, C. Saldaña<sup>a</sup>, B. González de la Higuera<sup>a</sup>, J.J. Vila<sup>a</sup>, A. Guerra<sup>a</sup>, J.M. Zozaya<sup>a</sup> y F. Borda<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>b</sup>Instituto de Investigaciones Sanitarias de Navarra.

**Introducción:** En el cáncer gástrico con metástasis está muy poco estudiado el significado pronóstico de las características clínico-biológicas del paciente o del tumor, careciendo de datos acerca de la utilidad de la albuminemia sobre la supervivencia de estos pacientes.

**Objetivos:** Pretendemos analizar el posible valor predictivo de la albúmina pre-tratamiento sobre la duración de la supervivencia en el cáncer gástrico metastatizado.

**Métodos:** Estudio de cohorte histórica de 65 casos diagnosticados de modo sucesivo de cáncer gástrico con metástasis, sin indicación quirúrgica y evolución clínica controlada. Comparamos las curvas de supervivencia (tests de Kaplan Meier y log-rank), determinando el hazard ratio (HR) y su intervalo de confianza al 95% (IC) entre los casos con albúmina "normal" ( $\geq 3,5$  g/dl) y "patológica" ( $< 3,5$  g/dl) en el momento del diagnóstico. Realizamos un análisis multivariante de la supervivencia (regresión logística de Cox, stepwise) incluyendo en el modelo, además de la albúmina, las siguientes variables de ajuste: sexo; edad  $\geq 75$  años; puntuación ASA, dicotomizada en 1-2 versus 3-4; localización proximal del tumor; tipo histológico de Lauren; grado indiferenciado versus resto de casos y tipo de tratamiento recibido. Determinamos la probabilidad de supervivencia a los 3 y 6 meses de los casos que presentasen variables con valor predictivo significativo.

**Resultados:** La mediana de la supervivencia fue de 7 meses, rango intercuartílico: (3-12). Los casos con albúmina  $< 3,5$  mostraron una curva de supervivencia inferior: [p = 0,004; HR = 2,11; IC = (1,21-3,69)]. En el análisis multivariante, tanto la hipoalbuminemia como la edad  $\geq 75$  años presentaron una sobrevida más corta: [p = 0,002; HR = 2,56; IC = (1,40-4,67)] y [p < 0,001; HR = 3,21; IC = (1,70-6,06)], respectivamente. Tan solo un 18,2% de los pacientes con hipoalbuminemia y edad  $\geq 75$  años alcanzó los 3 meses de supervivencia y ninguno de ellos sobrevivió más de 6 meses, tras el diagnóstico de su cáncer gástrico con metástasis.

**Conclusiones:** 1. La presencia de una albuminemia  $< 3,5$  g/dl en el momento del diagnóstico de un cáncer gástrico con metástasis se acompaña de una duración significativamente menor de la supervivencia del paciente, siendo este peor pronóstico independiente del resto de las variables analizadas. 2. En nuestra serie, si la edad del paciente con hipoalbuminemia es  $\geq 75$  años, su probabilidad de supervivencia a los 3 meses es del 18% y nula a los 6 meses del diagnóstico, lo que podría orientar a limitar el esfuerzo terapéutico en estos casos.

#### 178. UTILIDAD DEL ENDOCUFF VISION EN LA DETECCIÓN DE PÓLIPOS EN EL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL DE LA PROVINCIA DE CASTELLÓN. ESTUDIO RETROSPECTIVO

F. Sábado Martí, J. Pitarch García, A. García Bolós, M.P. Silva Pomarino, V. Martínez Tormo y J.A. Peris Trías

*Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.*

**Introducción:** La detección de adenomas y su extirpación es el objetivo principal de la colonoscopia de cribado de cáncer colorrectal. La presencia de lesiones no visualizadas en la exploración puede dar lugar al cáncer de intervalo, existiendo en la actualidad diversos dispositivos cuya utilidad es mejorar la visión del colon. En el cribado de cáncer colorrectal (CCR) se realiza colonoscopia a aquellos pacientes con test de sangre oculta en heces positiva con la intención de detectar el mayor número de lesiones premalignas y extirparlas. Endocuff Vision es un dispositivo que se acopla en la punta del colonoscopio y cuya utilidad es ayudar a detectar pólipos en zonas de peor acceso y difícil visualización.

**Objetivos:** Valorar la utilidad del Endocuff Vision para la detección de pólipos en las colonoscopias realizadas en el plan de cribado de cáncer colorrectal en la provincia de Castellón.

**Métodos:** Se han analizado de forma retrospectiva los datos de colonoscopias del plan de cribado de cáncer colorrectal realizadas por tres endoscopistas durante 23 meses de forma consecutiva, habiendo utilizado endocuff visión o el procedimiento estándar, cumpliendo los criterios de calidad. Se ha utilizado el software estadístico IBM SPSS v22 para la realización de los cálculos, el nivel de significación utilizado ha sido del 0,05 bilateral. Han participado un total de 983 pacientes sometidos a colonoscopias de cribado, de los que 565 (57,5%) eran hombres y 418 (42,5%) mujeres. La media de edad fue de 60,8 años (rango: 50-72 años, DE 5,7 años).

**Resultados:** En el grupo de endocuff se incluyeron 587 pacientes y en el grupo de colonoscopia estándar 396. En total se encontraron 1.350 pólipos en 615 pacientes. La tasa de detección de pólipos (TDP), número de pacientes en que se encontró al menos un pólipo, aumentó un 6,3% para el grupo endocuff respecto al grupo estándar (65,1% vs 58,8%, p = 0,047). En el grupo de endocuff el número medio de pólipos encontrados (media: 1,48; DE 2,02), fue también ligeramente mayor que en el grupo estándar (media: 1,21; DE 1,79) con valores estadísticamente significativos (p-valor: 0,027). Al realizar el análisis por segmentos colónicos, las medias de pólipos encontrados fueron discretamente mayores en el grupo de endocuff respecto al grupo estándar; ciego (0,05 vs 0,04, p = 0,445), colon ascendente (0,25 vs 0,18, p = 0,070), transversal (0,2 vs 0,12, p = 0,014), descendente (0,28 vs 0,24, p = 0,413), sigma (0,44 vs 0,39, p = 0,334) y recto (0,27 vs 0,23, p = 0,310). En lo que respecta a la intubación hasta ciego, se consiguió en el 97,8% de los casos, no observando en los que no se llegó una prevalencia mayor para el endocuff (p-valor: 0,347).

**Conclusiones:** El uso de Endocuff Vision en la colonoscopia de cribado de cáncer colorrectal aumenta significativamente la tasa de detección de adenomas, lo cual podría ayudar a disminuir el cáncer colorrectal de intervalo.

#### 179. EVALUACIÓN DE LOS LINFOMAS GASTROINTESTINALES EN EL ÁREA DE SALUD DE LEÓN

N. Reyes Campos, G. Molina Arriero, R. Quiñones Castro, L. Montesión Ron, M. Jiménez Palacios, D. Viso Vidal, C. Villar Lucas, L. Vaquero Ayala, F. Jorquera Plaz y S. Vivas Alegre

*Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Introducción:** Los linfomas del tubo digestivo constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias poco frecuentes. El estómago, el intestino delgado y la región ileocecal son las localizaciones más frecuentes. Es fundamental su adecuada identificación, dado que su tratamiento varía según la extensión y localización de la lesión, siendo diferente al resto de neoplasias del tracto gastrointestinal. El diagnóstico depende, en gran medida, de un alto índice de sospecha clínica, y debe confirmarse mediante examen histológico e inmunohistoquímico. La mayoría corresponden a linfomas no Hodgkin extranodales de estirpe celular B. El pronóstico es también muy variable.

**Objetivos:** Evaluar las características de los pacientes con linfomas gastrointestinales de los últimos 12 años en la población del Área de Salud de León.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo. Se realizó una búsqueda en el Registro de Banco de Tumores de los linfomas gástricos e intestinales diagnosticados en los últimos 12 años. Se recogieron edad, sexo, antecedentes de enfermedades autoinmunes y tratamiento inmunosupresor, infección por *Helicobacter pylori*, localización del tumor, tipo histológico, estadio del tumor y la supervivencia.

**Resultados:** Se revisaron 227 linfomas, de los cuales 33 (15%) eran gastrointestinales (22 gástricos y 11 intestinales). 18 pacien-

tes de sexo masculino (54%) y media de edad de  $64 \pm 18,229$  años. Los tipos histológicos más frecuente fueron en el 54% linfoma de células B grandes, en el 18% tipo Burkitt y en el 15% el linfoma de tejido linfoide asociado a mucosa (MALT). De los gástricos el 36% presentaban infección por *Helicobacter pylori*. Solo 1 caso estaba con tratamiento inmunosupresor al diagnóstico de linfoma. La mortalidad global fue del 39%, en los de origen gástrico alcanzó el 50%. Los tipos plasmoblástico y Burkitt se asociaron a mayor mortalidad, 100% y 66% respectivamente; mientras que los del Manto y el tipo MALT presentaron mayor supervivencia.

**Conclusiones:** Los linfomas son tumores infrecuentes en el tubo digestivo, siendo el estómago la localización más afectada. El de células de B grandes es el tipo histológico más frecuente en nuestra área. Siendo el plasmoblástico y el Burkitt los más agresivos. Aproximadamente un tercio de los gástricos se presentan coinfectados por *Helicobacter pylori*.

## Páncreas y vías biliares

### 180. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO Y PATRÓN DE RESISTENCIAS ANTIBIÓTICAS EN PACIENTES CON COLANGITIS AGUDA EN NUESTRO MEDIO

J. Millastre<sup>a,b</sup>, E. Alfaro<sup>a</sup>, C.J. Gargallo<sup>a</sup>, P. Carrera<sup>b,c</sup>, A. Cecilio<sup>d</sup> y A. Lanás<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>b</sup>ISS Aragón. <sup>c</sup>CIBEREHD. <sup>d</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

**Introducción:** La colangitis aguda (CA) es la inflamación del sistema ductal biliar por una infección, habitualmente en el contexto de una obstrucción. Las bacterias pueden alcanzar el tracto biliar por vía ascendente desde el duodeno, tras una instrumentación, o menos frecuentemente, por vía hematogena.

**Objetivos:** Describir el patrón microbiológico y resistencias antibióticas en la CA en nuestro medio. Valorar la utilidad del tratamiento empírico vs dirigido por antibiograma.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de todos los ingresos por CA identificados en nuestro centro entre ene-2014 y nov-2016, extrayendo los datos microbiológicos más relevantes.

**Resultados:** Se identificaron 179 ingresos por CA. Se realizó hemocultivo (HC) en 112/179 (62,6%), de los que 64/112 (57,1%) fueron positivos y 15/112 (13,4%) polimicrobianos. 115/179 fue-

ron HC negativos o no realizados, de los cuales 76/115 (66%) recibieron tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam y/o amoxicilina-clavulánico. La estancia media en este grupo fue de 8,9 días, y sólo 1 paciente falleció. Entre los HC positivos, 35/64 (54,7%) modificaron el tratamiento antibiótico empírico en función del antibiograma. En este grupo, la estancia media fue de 16,9 días ( $p < 0,05$ ) y fallecieron 3 pacientes (8,82%). El 54,2% de los cultivos fueron monomicrobianos, en el 5% crecieron 2 gérmenes y en el 3,4% 3 o más gérmenes. *E. coli* fue el germen más frecuente seguido por *K. pneumoniae*. Curiosamente *P. aeruginosa* fue el segundo más habitual en cultivos polimicrobianos. La tabla muestra los gérmenes y resistencias antibióticas más frecuentes.

**Conclusiones:** La evolución fue peor en los pacientes con CA que precisaron modificar la antibioterapia empírica, mayor estancia media y mortalidad. *E. coli* fue el germen más frecuente y *P. aeruginosa* el segundo más frecuente en cultivos polimicrobianos. *E. coli* resultó resistente a quinolonas en el 40%. No se identificaron gérmenes BLEE entre *K. pneumoniae*. Enterococo fue poco frecuente.

### 181. ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON COLANGITIS AGUDA EN NUESTRO MEDIO

E. Alfaro<sup>a</sup>, J. Millastre<sup>a,b</sup>, C.J. Gargallo<sup>a,b</sup>, P. Carrera<sup>b,c</sup>, A. Cecilio<sup>d</sup> y A. Lanás<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>b</sup>ISS Aragón. <sup>c</sup>CIBEREHD. <sup>d</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

**Introducción:** La colangitis aguda (CA) es la inflamación del sistema ductal biliar por una infección, habitualmente en el contexto de una obstrucción. Se trata de una entidad potencialmente mortal, que puede requerir drenaje biliar urgente.

**Objetivos:** Analizar los principales datos clínicos y microbiológicos de la CA en nuestro medio e identificar posibles factores de riesgo o predictores de mala evolución.

**Métodos:** Estudio transversal retrospectivo que incluyó todos los ingresos por CA identificados en nuestro centro en los últimos 3 años (ene 2014-nov 2016).

**Resultados:** Se incluyeron 149 pacientes que ingresaron en el periodo establecido por CA en nuestro hospital, 75 fueron hombres (50,3%) y la edad media fue  $72,7 \pm 16,2$  años (mediana 77, rango 18-95). Generaron un total de 179 ingresos, de los que 38 fueron recidivas (15,5% de los pacientes reingresaron generando 21,2% de los ingresos). Etiología: 64,2% coledocolitiasis, 10,6% estenosis benignas (EB), 9,5% estenosis malignas, 7,4%(11) alteraciones secun-

Tabla P-180

	n (%)	Amp	Piper-tazo	Amox-clav	Cefal 3 <sup>a</sup>	Tobra	Quinolo	Tige
<i>Escherichia coli</i>	42 (42,4%)	30 (71,4%)	5 (12%)	14 (33%)	4 (10,8%)	5 (12,5%)	17 (40,5%)	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	12 (12,1%)	12 (100%)	0	0	0	0	0	0
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	9 (9,1%)	-	4 (44%)	-	1 (11,1%)	4 (44,4%)	1 (11,1%)	7 (77,7%)
<i>Enterococcus faecalis</i>	7 (7,1%)	0	-	-	-	5 (71,4%)	3 (42,8%)	3 (42,8%)
<i>Enterococcus faecium</i>	5 (5,1%)	5 (100%)	-	1 (20%)	-	2 (40%)	5 (100%)	-
<i>Klebsiella oxytoca</i>	3 (3%)	3 (100%)	0	0	0	0	0	0
<i>Enterobacter cloacae</i>	3 (3%)	3 (100%)	0	3 (100%)	0	0	0	0
Otros	18 (18,2%)	-	-	-	-	-	-	-
Total	99							

Amp: Ampicilina; Piper-tazo: piperacilina-tazobactam; Amox-clav: amoxiclavulánico; Cefal 3<sup>a</sup>: cefalosporinas de tercera generación; Tobra: tobramicina; Quinolo: Quinolonas; Tige: Tigeciclina.

darias a cirugía de trasplante hepático (TOH) y 8,3% otras causas. La estancia media fue  $10,6 \pm 8,6$  días. La etiología más frecuente en las recidivas fue la coledocolitiasis (44,7%), seguida por la EB (28,9%). Entre los pacientes TOH, las recidivas fueron frecuentes (27,3%) y su estancia media algo superior (12 días,  $p > 0,05$ ), pero no falleció ningún paciente y en su mayoría se resolvieron por CPRE (8/11). Microbiología: Se realizaron hemocultivos en 62,6% de los ingresos (112/179), siendo positivos en 57,1% (64/112), y polimicrobianos en el 13,4% (15/112). La colangitis polimicrobiana (CP) fue más frecuente en los casos con coledocolitiasis (53,3%) y EB (26,7%). El 33,3% de las CP fueron recidiva de episodio previo de CA (5/15). Mortalidad: 4,7% (7/149) de los pacientes fallecieron (edad media: 85,7, rango 65-91). En 5 pacientes la CA fue secundaria a coledocolitiasis, en 1 a EB y 1 a colangitis esclerosante primaria. La mortalidad fue mayor, aunque no de forma significativa, en las recidivas vs los casos no recidivantes (5,3% vs 3,5%) y en los casos con CP vs no polimicrobiana (13,3% vs 3%). La estancia media fue mayor, aunque no de forma significativa, en los ingresos que tuvieron desenlace fatal ( $22,6 \pm 27,4$  vs  $10,1 \pm 6,7$  días). No hubo diferencias significativas en cuanto a mortalidad en función de la forma de drenaje biliar [0,9% (1/115) de los pacientes con drenaje CPRE, 4,8% con drenaje quirúrgico, y 7,7% con intervencionismo].

**Conclusiones:** En nuestro medio, la CA afecta a pacientes añosos sin diferencia entre sexos. La causa más habitual es la coledocolitiasis y la recidiva no es infrecuente. La CA genera ingresos prolongados y presenta una mortalidad global no despreciable, sobretudo en pacientes muy añosos. Parece existir una tendencia a peor evolución en las recidivas, la CP, y los casos no resueltos mediante CPRE (posible sesgo de selección). Las CA en pacientes con TOH tienen estancias medias superiores y más riesgo de recidiva.

## 182. DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

A. Razquin Garisoain, N. Gendive Martín, I. Arteagoitia Casero, E. Muga Ibarreche, M. Arosa Pérez, A. Torralba Gallego, C. Gil García-Ollauri y E. Martínez-Moneo

Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo.

**Introducción y objetivos:** La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio potencialmente reversible, en el que predomina un estado de hipercatabolismo. Como parte del tratamiento, en la mayoría de los casos se instaura dieta absoluta en las primeras horas, a la que sigue una dieta oral progresiva. La mayoría de los casos, son de severidad leve, si bien es cierto, que un pequeño porcentaje son moderados/graves y se acompañan de un importante síndrome de respuesta inflamatoria similar a la que se produce en la sepsis. Nuestro objetivo es valorar si existe desnutrición en los pacientes ingresados por pancreatitis aguda.

**Métodos:** Estudio prospectivo de pacientes ingresados con diagnóstico de pancreatitis aguda en el periodo comprendido entre 1/7/2016-30/10/2016.

**Resultados:** Se incluyen en el estudio un total de 37 pacientes, 51,4% hombres y 48,6% mujeres con una mediana de edad de 65 años. La etiología predominante fue patología biliar 59,5%, seguida de idiopática en el momento del alta 24,3%, alcohólica 5,4%, secundaria a hipertriglicéridemia 2,7% y otros 8,1%. La mayoría de los casos fueron leves 89,2%, siendo el resto de severidad moderada (Atlanta modificada) La mediana de estancia fue de 6 días. El tiempo medio de introducción de tolerancia oral fue 2 días. Con respecto al estado nutricional en el momento del ingreso el 16,2% presentaba sobrepeso y el 21,6% obesidad. En la analítica realizada a las 24 horas de ingreso se evidenciaba: déficit de prealbúmina (75%), déficit de proteína fijadora de retinol (58,3%), así como de vitamina A (29,7%). La elastasa se encontraba  $< 200$  en 8 pacientes (7 leves/1 moderada). El 71,4% de los pacientes presentó pérdida de peso

durante el ingreso, siendo la mediana de 1,9 kilogramos. Tras un mes del episodio agudo, los pacientes no habían recuperado el peso perdido, sin embargo, únicamente 3 pacientes (2 gravedad moderada/1 leve) no habían recuperado los parámetros analíticos alterados.

**Conclusiones:** La pancreatitis aguda independientemente de su severidad produce un estado hipercatabólico que unido al ayuno produce una notable desnutrición y pérdida de peso en muy poco tiempo. Es necesario valorar si una actuación precoz a nivel nutricional puede influir en la evolución natural de estos pacientes, tanto en lo que a gravedad como a complicaciones se refiere.

## 183. DENSIDAD MINERAL ÓSEA, NIVELES DE VITAMINA D, ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y FUNCIÓN PANCREÁTICA EXOCRINA EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA

A. López-Serrano<sup>a</sup>, P. Latorre<sup>a</sup>, A. Pascual<sup>a</sup>, A. Polanco<sup>a</sup>, M.J. Suárez<sup>a</sup>, C. Amurrio<sup>a</sup>, A. Martínez<sup>b</sup> y E. Moreno-Osset<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Digestiva; <sup>b</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia. <sup>c</sup>Universitat de Valencia.

**Introducción:** En la pancreatitis crónica (PC), factores como el déficit en vitamina D, la insuficiencia pancreática exocrina (IPE) y un índice de masa corporal (IMC) bajo se asocian a una densidad mineral ósea (DMO) baja y a un mayor riesgo de fracturas óseas.

**Objetivos:** Conocer la relación entre la función exocrina, niveles de vitamina D, IMC y la DMO en pacientes con PC de nuestro medio.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes con PC desde febrero-2015 a julio-2016. Se recogieron datos demográficos y se determinó la concentración sérica de vitamina D. La función pancreática exocrina se estudió mediante pruebas no invasivas: elastasa pancreática fecal-1 (EF-1) y test de aliento mediante 13C-triglicéridos Mixtos (Pancreo-kit®). La DMO se midió mediante absorciometría dual de rayos X (DXA) a nivel lumbar y femoral. Se estimó la correlación entre las variables estudiadas. Se calculó la curva ROC (IC95%) para valorar la utilidad de los parámetros para detectar la presencia de una DMO disminuida (T-score y/o Z-score  $< -1$ ).

**Resultados:** Se incluyeron 34 pacientes: 28 (82,4%) hombres; edad media (DE): 58,4 (7,5) años; etiología alcohólica, 30 (88,2%); mediana (IQR) desde el diagnóstico de la PC: 29 (12-63) meses; tabaquismo, 30 (88,2%). Antecedentes de fracturas por fragilidad, 8 (23,5%) pacientes. El IMC fue menor de 18,5 kg/m<sup>2</sup> (delgadez) en 5 (14,7%) pacientes. La vitamina D fue baja ( $< 30$  ng/ml) en 27 (79,4%) pacientes. La EF-1 fue  $< 200$  µg/g en 17 (50%) pacientes. Pancreokit® fue patológico en 16 (47%). Hubo osteopenia en 22 (65%) y osteoporosis en 7 (21%) pacientes. Hubo una correlación significativa ( $p < 0,05$ ) entre Pancreo-kit® y vitamina D, EF-1, IMC y Z-score a nivel femoral; además, el IMC se correlacionó con DXA a nivel lumbar y femoral (coeficiente correlación de Pearson). El área bajo la curva ROC (IC95%) de vitamina D, EF-1, Pancreokit® e IMC para detectar una DMO baja fue 0,566 (0,33-0,801), 0,548 (0,258-0,839), 0,497 (0,219-0,775) y 0,807 (0,645-0,969). Un IMC de 23 kg/m<sup>2</sup> presentaba una sensibilidad y una especificidad de 100% y 65%, respectivamente.

**Conclusiones:** Los pacientes con PC de nuestro medio presentan frecuentemente déficit de vitamina D y una DMO baja. El cálculo del IMC puede ser útil para sospechar la presencia o no de una DMO baja.

## 184. CARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR EN NUESTRO MEDIO. EPIDEMIOLOGÍA, SUPERVIVENCIA Y MANEJO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL. ¿TENEMOS MARGEN DE MEJORA?

E. Alfaro<sup>a</sup>, C. Sostres<sup>a,b,c</sup>, M. Lázaro<sup>d</sup>, M.A. Trigo<sup>e</sup>, C. Almajano<sup>f</sup>, P. Sanz<sup>g</sup>, G. Muñoz<sup>h</sup>, A. Lanás<sup>a,b,c,i</sup> y A. Lué<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>b</sup>Fundación IIS Aragón. <sup>c</sup>CIBERhd. <sup>d</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>e</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>f</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza. <sup>g</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Royo Villanova, Zaragoza. <sup>h</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>i</sup>Universidad de Zaragoza.

**Introducción:** El cáncer de vesícula es la neoplasia maligna biliar más frecuente, suponiendo entre un 80-95% de los cánceres biliares, y ocupando el sexto lugar en frecuencia dentro de las neoplasias gastrointestinales. El diagnóstico inicial suele realizarse en fases avanzadas conllevando una supervivencia muy limitada. El diagnóstico incidental de esta patología no es infrecuente y conlleva una modificación del manejo terapéutico de estos pacientes. No disponemos de datos reales sobre incidencia, manejo y supervivencia de esta patología en nuestro medio.

**Objetivos:** Calcular la tasa de incidencia del cáncer de vesícula y describir el manejo clínico real de estos pacientes en nuestra comunidad.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, retrospectivo, en el que incluimos todos los pacientes diagnosticados de cáncer de vesícula entre enero de 2006 y diciembre de 2015 en los Sectores de Salud Zaragoza II y III, detectados a través de registros hospitalarios de Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y bases de datos de Anatomía Patológica (PAT-Win®). Calculamos la tasa de incidencia ajustada por edad (IAE) (casos/100.000 personas/año) sobre el total de la población diana (n = 711.139). Evaluamos variables clínicas y relacionadas con el tratamiento. Se realizó un estudio univariante de supervivencia. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS (versión 22.0).

**Resultados:** Se detectaron 148 casos de cáncer de vesícula en la población a estudio, el 75% (111/148) en mujeres, con edad media de 77 ± 10 años. La IAE fue de 1,08 (IC95%: 0,91-1,26) en el total de la población, 0,65 (IC95%: 0,44-0,85) en hombres y 1,42 (IC95%: 1,15-1,68) en mujeres. El 52% (76/148) de los pacientes se diagnosticaron en estadios avanzados (IVa y IVb). Se realizó tratamiento quirúrgico en un 52,5% (77/148) de los pacientes. Se administró tratamiento quimioterápico a un 11% (16/148) de los pacientes. La mediana de supervivencia fue de 6,12 (IC95%: 4,19-8,05) meses. El 33,8% (50/148) de los pacientes se diagnosticó de forma incidental tras colecistectomía por patología biliar benigna [0,6% del total de colecistectomías (n = 8.333)]. Se reintervino únicamente el 34% (17/50) de los casos incidentales. Los estadios precoces al diagnóstico (p < 0,001), el tratamiento quirúrgico electivo (p < 0,001) y ser reintervenido tras diagnóstico incidental (p = 0,02) se asociaron de manera significativa a una mayor supervivencia.

**Conclusiones:** El cáncer de vesícula es significativamente más frecuente en mujeres de edad avanzada. En un porcentaje considerable de los pacientes se diagnostica en estadios avanzados, donde no es posible realizar tratamiento quirúrgico. En un tercio de los casos el diagnóstico es incidental y la mayoría de estos pacientes posteriormente no se manejan de forma adecuada. El pronóstico vital es limitado siendo el estadio de la enfermedad y el tratamiento adecuado los factores que más influyen en la supervivencia.

### 185. CULTIVO BILIAR EN DUODENOPANCREATECTOMÍA CON PRÓTESIS BILIAR PREOPERATORIA. ANÁLISIS DEL PERFIL MICROBIANO Y PATRÓN DE SENSIBILIDAD

A. Rico Cano, I. Mirón Fernández, F.J. León Díaz, J.L. Fernández Aguilar, B. Sánchez Pérez, J.A. Pérez Daga, J. Santoyo Santoyo y M. Jiménez Pérez

Hospital Regional Universitario de Málaga.

**Objetivos:** Evaluar la utilidad de los cultivos de bilis intraoperatoria en pacientes con prótesis biliar preoperatoria sometidos a duodenopancreatectomía para identificar crecimiento bacteriano y la sensibilidad a antibióticos.

**Métodos:** Analizamos mediante un estudio observacional retrospectivo los pacientes sometidos a duodenopancreatectomía cefálica en nuestro hospital entre abril de 2014 y diciembre de 2015. Se evaluaron 21 pacientes con ictericia obstructiva subsidiaria de drenaje biliar preoperatorio: 12 casos (57%) con prótesis metálica por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), 6 casos (29%) con prótesis plástica por CPRE, 3 casos (14%) con drenaje percutáneo transparietohepático. La muestra se extrajo en el momento de la sección de la vía biliar mediante aspiración y a continuación es transportada en contenedor estéril con tapa de rosca al laboratorio. El cultivo de la muestra e identificación de bacterias se realizó de acuerdo al protocolo habitual del servicio de Microbiología. La sensibilidad de los microorganismos aislados se identificó mediante el uso de discos antimicrobianos, en base a la tinción de Gram inicial de los cultivos positivos.

**Resultados:** De los pacientes estudiados el 71% de los casos fueron varones con una media de edad 67,4 ± 9,9 años (rango entre 58-83 años). Entre los diagnósticos anatomopatológicos de la pieza quirúrgica encontramos 12 casos (57%) con adenocarcinoma de páncreas, 8 casos (38%) por ampuloma y 1 caso (5%) de colangiocarcinoma distal. El 95% (20 casos) de las intervenciones fueron duodenopancreatectomías cefálicas y 1 caso de duodenopancreatectomía total. El cultivo de bilis fue positivo en el 52,4% de los casos. Si este dato lo comparamos con los pacientes intervenidos de duodenopancreatectomía sin colocación de prótesis biliar preoperatoria en el mismo periodo la cifra se reduce al 22,7% (p = 0,04). Entre los gérmenes aislados más frecuentes se encuentran *Escherichia coli* (52,4% del total de individuos), Enterococos (47,6%), *Klebsiella pneumoniae* (28,6%) y Enterobacterias (23,8%). Destacar que el 57,1% de los pacientes con aislamiento de gérmenes en el cultivo de bilis presentan resistencia a amoxicilina-clavulánico, antibiótico utilizado como profilaxis quirúrgica según nuestro protocolo hospitalario.

**Conclusiones:** Los pacientes con colocación de prótesis biliar preoperatoria presentan aislamiento de gérmenes en el cultivo de bilis significativamente mayor que aquellos que no han sido sometidos a dicho procedimiento. Además, estos microorganismos presentan resistencias a los antibióticos utilizados como profilaxis de forma estándar en la duodenopancreatectomía en un porcentaje no asumible. Tras dichos resultados, hemos modificado nuestra terapia antibiótica en este escenario.

### 186. DRENAJE BILIAR PREOPERATORIO: ANÁLISIS DE SU IMPACTO EN LA MORBIMORTALIDAD DE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA

H. Flores Moreno, I. Mirón Fernández, F.J. León Díaz, J.L. Fernández Aguilar, B. Sánchez Pérez, J.A. Pérez Daga, J. Santoyo Santoyo y M. Jiménez Pérez

Hospital Regional Universitario de Málaga.

**Objetivos:** Evaluar la incidencia de complicaciones en pacientes con prótesis biliar preoperatoria sometidos a duodenopancreatectomía.

**Métodos:** Analizamos mediante un estudio observacional retrospectivo los pacientes sometidos a duodenopancreatectomía en nuestra unidad entre enero 2010 y marzo de 2014. La indicación de drenaje biliar fue pacientes con bilirrubina total ≥ 15 mg/dl y tiempo de espera quirúrgico ≥ 7 días. Se evaluaron 67 pacientes, de los cuales 27 (40,3%) presentan algún tipo de prótesis biliar: 14 casos (51,9%) con prótesis metálica por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), 8 casos (29,6%) con prótesis plástica por CPRE, 4 casos (14,8%) con drenaje percutáneo transparietohepático.

co y 1 caso (3,7%) con drenaje quirúrgico previo mediante tubo de Kehr frente a 40 pacientes (59,7%) que no presentaban drenaje biliar. Se analizaron variables preoperatorias (edad, sexo, obesidad, hipertensión, riesgo anestésico, diabetes, albúmina, ASA), intraoperatorias (técnica quirúrgica, duración, pérdidas sanguíneas estimadas, transfusión de hemáties) y postoperatorias (estancia en cuidados intensivos y hospitalaria, mortalidad, complicaciones quirúrgicas y de índole infecciosa, en especial las relacionadas con el sitio quirúrgico). La profilaxis antibiótica administrada era amoxicilina-clavulánico 2 g/200 mg vía intravenosa y nueva dosis de 1 g/200 mg a las tres horas de la dosis inicial.

**Resultados:** La edad media de los casos sin prótesis biliar fue de  $57,3 \pm 13$  años frente a los  $60,1 \pm 12,6$  años en el grupo con drenaje biliar. No existen diferencias entre las variables preoperatorias e intraoperatorias de ambos grupos. La mortalidad fue mayor en el grupo con drenaje 7,4% vs 2,5%;  $p > 0,05$ . En relación con las complicaciones postoperatorias: el grupo con prótesis presentaba complicaciones mayores (Clavien  $\geq 3$ ) en un 33,9% frente al 22,5% del grupo sin prótesis ( $p > 0,05$ ). Diferencias estadísticamente significativas aparecieron en complicaciones como el retraso de vaciamiento gástrico en el grupo con drenaje biliar (33,3% frente a 2,5%;  $p = 0,001$ ). Las complicaciones infecciosas fueron mayores en el grupo con prótesis biliar (40,7% frente a 30%;  $p > 0,05$ ), siendo del 7,4% vs 2,5% las respiratorias, 3,7% vs 0% las del tracto urinario y 14,8% vs 12,5% las secundarias a catéter venoso. La infección del sitio quirúrgico fue del 29,6% en el grupo con prótesis biliar frente a 27,5% en los no drenados, siendo la superficial del 7,4% vs 10% y la profunda del 22,2% vs 17,5%, ninguna con significación estadística.

**Conclusiones:** Los pacientes con colocación de prótesis biliar preoperatoria que van a ser sometidos a duodenopancreatectomía presentan mayor mortalidad y número de complicaciones graves, en especial de carácter infeccioso. Según los resultados obtenidos en nuestro estudio, la indicación de drenaje biliar antes de una duodenopancreatectomía debe restringirse a casos muy seleccionados.

## 187. ANÁLISIS DE LOS ABSCESOS HEPÁTICOS PIOGÉNICOS EN UN PERIODO DE 10 AÑOS

E. Barreiro Alonso, M. Curieses Luengo, M. Izquierdo Romero, I. Pérez Valle, R. García López, E. Fernández Ruiz, P. Varela Trastoy, A. Mancebo Mata, M. Pipa Muñiz, A.C. González Bernal y F.J. Román Llorente

Hospital de Cabueñes, Gijón.

**Introducción:** Los abscesos hepáticos piogénicos (AHP) suceden con mayor predisposición en inmunodeprimidos. Revisamos las características de los AHP en nuestro medio.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, tratamiento y estancia hospitalaria de los AHP en el Hospital de Cabueñes durante 10 años. Se comparan los AHP de las tres causas más frecuentes. Para el análisis estadístico, empleamos STATA.

**Resultados:** 99 pacientes, 62 (62,6%) hombres, con edad  $\geq 65$  años (72,7%). La etiología más frecuente fue: biliar (40%), posquirúrgicos (15%) y origen intestinal (11%). Se muestran sus características en las tablas 1 y 2. Analíticamente destacó: VSG  $\geq 30$  y/o PCR  $\geq 30$  (83,8%), colestasis (71,7%) y leucocitosis ( $\geq 12.000$ ) (59,6%). Se confirmó germen responsable en un 63% (62 casos), con solo hemocultivos positivos: 30,6% (19 casos), con solo cultivos AHP positivos: 51,6% (32 casos) y ambos positivos: 17,7% (11 casos) (fig.). Todos fueron tratados con antibioterapia, junto con drenaje percutáneo (DP) un 44,4% (44 casos) (61,7% en AHP único  $> 5$  cm ( $p = 0,019$ ), con predominio de LHD (57,4%) ( $p = 0,34$ )); y drenaje quirúrgico (DQ) un 12,1% (12 casos) (50% (6 casos) en AHP único  $> 5$  cm ( $p = 0,13$ ) y 75% localizados en LHI ( $p = 0,004$ )). La estancia media global fue de 23,1 días sin diferencias significativas entre los tratados con DP o DQ.

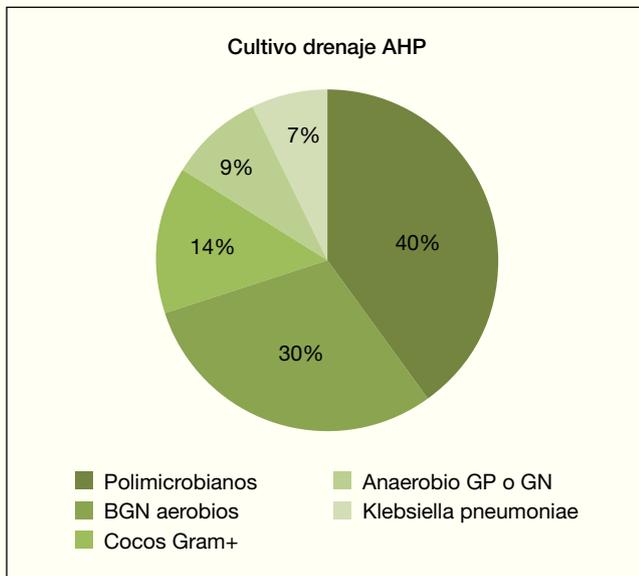
**Conclusiones:** Los AHP predominan en pacientes  $\geq 65$  años. Los AHP biliares son los más frecuentes, diagnosticados a una edad ma-

Tabla P-187-1. Características basales y clínica de los AHP más frecuentes

	Biliares	Complicaciones posquirúrgicas	Origen intestinal	p
	Media (DE)/%	Media (DE)/%	Media (DE)/%	
Edad al diagnóstico (años)	73,8 (12,2)	70,5 (14,9)	57,4 (19)	0,005
Sexo (varón)	58,97	23,08	17,95	0,962
Diabetes	20,51	20	9,09	0,679
Fiebre	76,92	73,33	63,64	0,675
Dolor abdominal	92,31	46,67	72,73	0,001
Náuseas	48,72	20	9,09	0,019
Síndrome general	23,08	26,67	27,27	0,939

Tabla P-187-2. Distribución y localización de los AHP

	Biliares	Complicaciones posquirúrgicas	Origen intestinal	p	
	n (%)	n (%)	n (%)		
Distribución AHP	Único $> 5$ cm	12 (30,77%)	10 (66,67%)	5 (45,45%)	0,231
	Único $< 5$ cm	8 (20,51%)	2 (13,33%)	2 (18,18%)	
	Múltiples	19 (48,71%)	3 (20,0%)	4 (36,36%)	
Localización AHP	LHD	14 (35,90%)	11 (73,33%)	7 (63,64%)	0,07
	LHI	19 (48,72%)	2 (13,33%)	2 (18,18%)	
	Ambos lóbulos	6 (15,38%)	2 (13,33%)	2 (18,18%)	



yor que los intestinales ( $p = 0,005$ ). La clínica característica en los AHP biliares fue dolor y náuseas con diferencias significativas respecto a los demás AHP. El tratamiento se basa en antibioterapia y DP, especialmente en los AHP único > 5 cm ( $p = 0,019$ ) y eventualmente, DQ en 12% casos, especialmente en los localizados en LHI ( $p = 0,004$ ). No hay diferencias en la estancia hospitalaria entre los tratados con DP o DQ.

#### 188. EXPERIENCIA EN CPRE EN PACIENTES DE EDAD MENOR A 18 AÑOS EN UN SERVICIO DE ADULTOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

J. Mostazo Torres, M. Vélchez Jaimes, I. Leyre Pinazo Martínez, E. Tenorio González, O. García Sánchez, M. Bocanegra Viniegra y E. Morcillo Jiménez

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.*

**Introducción:** La CPRE es una reconocida herramienta diagnóstica y terapéutica cuyo uso en las dos primeras décadas de la vida es cada vez más común, existiendo pocos datos sobre la seguridad y utilidad de este procedimiento en ellos.

**Objetivos:** Revisar la experiencia en CPRE en niños y adolescentes en un hospital de tercer nivel.

	Mujeres	Hombres
Sexo	9	4
Edad media (años)	12,7 años	15,6 años
Porcentaje	69%	31%

Indicación	Número	Porcentaje
Fístula biliar	1	7,7%
PAR (doble esfinterotomía)	1	7,7%
Par P. divisum	4%	30,8%
Coledocolitiasis	5	38,4%
P. aguda + coledocolitiasis	2	15,4%

**Métodos:** Desde marzo 2012 hasta noviembre 2016 se han realizado en nuestro hospital 13 CPRE en menores de 18 años. Hemos analizado las características demográficas de los pacientes, las indicaciones, sus hallazgos, los procedimientos terapéuticos realizados, así como los resultados obtenidos en la eficacia y seguridad de la técnica.

**Resultados:** Nueve pacientes son mujeres, y cuatro hombres, con una media de 14 años. 12 se realizaron bajo anestesia general. En tres casos se utilizaron duodenoscopios laterales pediátricos. En tres ocasiones hubo fallo de canulación de la vía biliar, consiguiéndolo al segundo intento. Las indicaciones fueron: una fístula biliar poscolecistectomía en el que se realizó esfinterotomía biliar; una pancreatitis aguda recurrente (PAR), realizándose esfinterotomía biliar y pancreática; cuatro casos PAR secundarios a páncreas divisum realizando esfinterotomía de papila menor y colocación de prótesis plástica (2 casos al segundo intento con leve reacción pancreática posterior), cinco casos de ictericia obstructiva por coledocolitiasis realizándose esfinterotomía biliar y extracción de cálculos; dos pancreatitis aguda biliar con coledocolitiasis haciéndose esfinterotomía y extracción de barro biliar. Únicas complicaciones las pancreatitis agudas leves en los páncreas divisum resuelta en 48 horas.

**Conclusiones:** La CPRE es una técnica eficaz y segura, en el manejo de la patología biliopancreática en las dos primeras décadas de la vida, cuando es realizada por endoscopistas bien entrenados y dedicados a ella, recomendando realizarla siempre bajo sedación controlada por anestesiista.

#### 189. INCIDENCIA DE EVENTOS BILIARES TRAS LA ESFINTEROTOMÍA ENDOSCÓPICA (EE) EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA BILIAR (PAB) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Becerro González, R. Herranz, J. Mendoza Jiménez-Riduejo, J.A. Moreno Monteagudo y C. Santander

*Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.*

**Introducción:** Los beneficios de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en pacientes con PAB y colangitis asociada o con obstrucción de la vía biliar de origen litiasico son bien conocidos. Además, la CPRE profiláctica con EE está recomendada como tratamiento definitivo en pacientes no candidatos a colecistectomía, al reducir el riesgo de PAB.

**Objetivos:** Evaluar la incidencia y el tipo de eventos biliares tras la realización de una EE en pacientes con PAB en un centro hospitalario de tercer nivel.

**Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados de PAB y a los que se realizó una EE durante el ingreso, recogidos del registro de endoscopias de nuestro hospital entre 2011 y 2015. Se recogieron variables demográficas y clínicas, así como el tiempo de seguimiento desde la EE, tiempo hasta el episodio biliar y antecedente de colecistectomía previa. Se detallaron el tipo y el número de eventos biliares presentados durante el seguimiento.

**Resultados:** Se incluyeron 114 pacientes, 74 mujeres (65%) con edad media de 70,3 años ( $DE \pm 18,2$ ), y con un tiempo medio de seguimiento de 36 meses ( $DE \pm 17,7$ ). 13 (11,5%) tenían colecistectomía previa. En un 26,3% la indicación de la EE fue como profilaxis de PAB y en un 73,7% por sospecha de coledocolitiasis y/o de colangitis asociada a la PAB. En el 85% se halló coledocolitiasis en la CPRE. 26 pacientes (22,8%) presentaron eventos biliares durante el tiempo de seguimiento tras la EE. El evento biliar más frecuente fue el cólico biliar (9,6%), seguido por la colecistitis aguda (7%), coledocolitiasis (3,5%), colangitis (1,8%) y por último PAB (0,9%), con un tiempo medio hasta la aparición del evento de 7,46 meses. 2/13 (15,38%) pacientes con colecistectomía previa presentaron eventos biliares tras la EE (1 = coledocolitiasis, 1 = PAB).

**Conclusiones:** 1. La incidencia global de eventos biliares tras EE fue del 22,8%. 2. La incidencia de PAB tras la EE en nuestra serie es muy baja (0,9%). 3. La EE parece proteger de la PAB, no así de otros eventos biliares.

### 190. EL IMPACTO DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA COMORBILIDAD EN EL PRONÓSTICO DE LA PANCREATITIS AGUDA. RESULTADOS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO DE PANCREATITIS AGUDA

G. García Rayado<sup>a</sup>, R.A. Morán<sup>b</sup>, F. Bolado<sup>c</sup>, E. Martínez Moneo<sup>d</sup>, A. Viejo Almazor<sup>e</sup>, M.L. Ruiz Rebollo<sup>f</sup>, J.A. Rodríguez Oballe<sup>g</sup>, I. Pascual Moreno<sup>h</sup>, J. Hinojosa Guadix<sup>i</sup>, A. del Val<sup>j</sup>, A.I. Hernando Alonso<sup>k</sup>, V.K. Singh<sup>b</sup> y E. de-Madaria<sup>l</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>b</sup>Johns Hopkins Hospital, Baltimore, EEUU. <sup>c</sup>Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>d</sup>Hospital Universitario de Cruces, Bilbao. <sup>e</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. <sup>f</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>g</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>h</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>i</sup>Hospital Costa del Sol, Marbella. <sup>j</sup>Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. <sup>k</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>l</sup>Hospital General Universitario de Alicante.

**Introducción:** El impacto de la comorbilidad no ha sido bien definido en una cohorte extensa de pacientes con pancreatitis aguda (PA).

**Objetivos:** Evaluar la asociación del índice de masa corporal (IMC) y de la comorbilidad con la mortalidad y el fallo orgánico (FO) en PA.

Tabla 1. Modelos de Cox multivariantes para la predicción de mortalidad en pancreatitis aguda

Variable clínica	HR	IC95%	p
<b>Modelo A</b>			
<b>Edad</b>			
< 55	1,00		
55 a < 85	2,25	0,97-5,20	0,058
≥ 85	4,79	1,80-12,75	0,002
Obesidad o sobrepeso (IMC ≥ 25)	1,69	0,89-3,22	0,11
<b>Componentes del Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC)</b>			
Cardiopatía isquémica	2,4	1,04-5,54	0,04
Insuficiencia cardiaca congestiva	1,79	0,80-3,99	0,156
Enfermedad pulmonar crónica	2,31	1,25-4,26	0,008
Enfermedad vascular periférica	1,77	0,84-3,71	0,131
Demencia	3,07	1,38-6,81	0,006
<b>Modelo B</b>			
<b>Edad</b>			
< 55	1,00		
55 a < 85	2,58	1,11-5,97	0,027
≥ 85	6,06	2,34-15,65	0,000
Obesidad o sobrepeso (IMC ≥ 25)	1,75	0,93-3,30	0,083
<b>ICC scores</b>			
ICC = 0	1,00		
ICC = 1	1,73	0,87-3,42	0,115
ICC = 2-3	2,47	1,26-4,84	0,009
ICC ≥ 4	3,73	1,74-8,00	0,001

Tabla 2. Modelos de Cox multivariantes para la predicción de fallo orgánico en pancreatitis aguda

Variable clínica	HR	IC95%	p
<b>Modelo C</b>			
<b>Edad</b>			
< 55	1,00		
55 a < 85	0,99	0,66-1,47	0,944
≥ 85	1,41	0,82-2,41	0,213
<b>IMC</b>			
< 25	1,00		
25 a < 30	1,96	1,26-3,05	0,003
≥ 30	2,69	1,69-4,31	0,000
<b>Componentes del Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC)</b>			
Cardiopatía isquémica (CI)	2,11	1,22-3,65	0,007
Insuficiencia cardiaca congestiva	2,41	1,46-3,96	0,001
Enfermedad hepática crónica	1,85	1,15-2,97	0,011
Enfermedad renal crónica	3,09	1,98-4,81	0,000
Interacción entre CI e insuficiencia cardiaca congestiva	0,32	0,09-1,08	0,066
<b>Modelo D</b>			
<b>Edad</b>			
< 55	1,00		
55 a < 85	0,99	0,66-1,47	0,944
≥ 85	1,41	0,82-2,41	0,213
<b>IMC</b>			
< 25	1,00		
25 a < 30	1,92	1,24-2,99	0,007
≥ 30	2,63	1,64-4,20	0,000
<b>ICC scores</b>			
ICC = 0	1,00		
ICC = 1	1,83	1,21-2,77	0,004
ICC = 2-3	2,10	1,38-3,19	0,001
ICC ≥ 4	3,33	2,07-5,35	0,000

**Métodos:** Estudio multicéntrico prospectivo de pacientes ingresados consecutivamente por PA entre enero de 2014 y febrero de 2015. La comorbilidad se definió mediante el índice de comorbilidad de Charlson (ICC), y categorizado en: ICC 0-1, ICC 2-3 y ICC ≥ 4. Las variables de resultado fueron la mortalidad y la aparición de FO. Se utilizó el modelo de Cox para comparar los factores asociados con FO y mortalidad y el coeficiente D de Somers para comparar los modelos de Cox.

**Resultados:** En el período de estudio 1.660 pacientes ingresaron con PA. La mediana (P25-P75) de edad fue 66,2 años (50,5-79,2), la mediana (P25-P75) del ICC fue 0 (0-1) y 895 (53,92%) pacientes fueron varones. Hubo 70 fallecidos, 120 pacientes desarrollaron FO persistente y 113 FO transitorio. El 45,3% de los pacientes tenían sobrepeso y el 23,5% eran obesos. Dos modelos de Cox se diseñaron para evaluar el impacto de la comorbilidad y del IMC en la mortalidad. El Modelo A incluyó la edad, los componentes individuales del ICC y el IMC, y el Modelo B incluyó la edad, el ICC categorizado y el IMC (tabla 1). La edad y la comorbilidad se asociaron a mortalidad, no un IMC elevado. No hubo diferencias significativas entre modelos (Modelo A vs Modelo B, p = 0,937). De forma similar, se diseñaron

ron dos modelos de Cox para evaluar el impacto en el FO (tabla 2). En este caso, un IMC elevado y la comorbilidad se asociaron a FO, no la edad. No hubo diferencias significativas entre modelos (Modelo C vs Modelo D,  $p = 0,971$ ).

**Conclusiones:** La edad y la comorbilidad son determinantes de mortalidad en PA, y el IMC y la comorbilidad están asociados con FO. Estos resultados tienen implicaciones en los scores predictivos y las clasificaciones de gravedad en PA.

### 191. ASOCIACIÓN ENTRE DIABETES Y CÁNCER DE PÁNCREAS EN UNA COHORTE DEL REGISTRO ESPAÑOL DE CÁNCER DE PÁNCREAS (EPIPANCREAS)

L. Bujanda<sup>a</sup>, M. Francisco<sup>b</sup>, J. Cubiella<sup>b</sup>, M. García Cougil<sup>b</sup>, E. Martínez Moneo<sup>c</sup>, E. Garabitos<sup>d</sup>, M. Martos<sup>a</sup> y M. Herrerros-Villanueva<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Donostia, San Sebastián. <sup>b</sup>Complejo Hospitalario Universitario Ourense. <sup>c</sup>Hospital de Cruces, Barakaldo.

<sup>d</sup>Complejo Hospital San Pedro, Logroño.

**Introducción:** La interacción entre diabetes mellitus (DM) y cáncer de páncreas (CP) es compleja. Diferentes estudios demuestran que existe una asociación bidireccional entre ambas entidades.

**Objetivos:** Establecer la prevalencia de DM en una cohorte de pacientes diagnosticados con CP y establecer si existe correlación con características clínico-patológicas.

**Métodos:** Estudio prospectivo a partir de Registro EPIPANCREAS. Este registro es un estudio prospectivo que recoge de forma sucesiva los pacientes diagnosticados de CP desde 1 de abril de 2016 en varios hospitales españoles. En el periodo comprendido del 1 de abril al 30 de noviembre de 2016 se registraron 62 casos, de 4 centros, recogiendo datos clínico-patológicos, historia familiar y de diagnóstico y pronóstico. Además, en el estudio se integra la posibilidad de recolectar muestras biológicas en los biobancos de los hospitales participantes. Los datos de referencia para la diabetes fueron los obtenidos del estudio epidemiológico Di@bet.es en España.

**Resultados:** Un 29% (18 de 62) de los pacientes presentaron DM al diagnóstico del CP. 50% (9 de 18) de los pacientes eran insulino-dependientes y el tiempo medio desde el diagnóstico de DM hasta el desarrollo del CP fue de 5 años. Solo 1 de los pacientes de este grupo presentaba IMC < 20 Kg/m<sup>2</sup>. La prevalencia de DM en pacientes diagnosticados con CP fue similar a la encontrada en población general en el estudio Di@bet.es (el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones comprendidos entre 61 y 75 años de edad presentan DM tipo 2). No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con DM y sin DM en función de la edad, el sexo, los hábitos tóxicos, estadio, niveles de CA19.9 ni pronóstico de la enfermedad.

**Conclusiones:** La prevalencia de DM en los pacientes con CP es similar a la encontrada en población general española. No se encontraron diferencias en las características del CP en función de la presencia o no de DM.

### 192. EL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE CORTA DURACIÓN EN EL POSTOPERATORIO REDUCE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CON DRENAJE BILIAR PREOPERATORIO

A. Rico Cano, I. Mirón Fernández, F.J. León Díaz, J.L. Fernández Aguilar, B. Sánchez Pérez, J.A. Pérez Daga, J. Santoyo Santoyo y M. Jiménez Pérez

Hospital Regional Universitario de Málaga.

**Objetivos:** Evaluar la incidencia de complicaciones infecciosas tras la administración de tratamiento antimicrobiano de corta duración (TACD) en pacientes con prótesis biliar preoperatoria sometidos a duodenopancreatectomía.

**Métodos:** Analizamos mediante un estudio observacional retrospectivo pacientes con prótesis biliar preoperatoria sometidos a duodenopancreatectomía en nuestro hospital entre enero-2010 y diciembre-2015. La indicación de drenaje biliar fue bilirrubina total  $\geq 15$  mg/dl y tiempo de espera quirúrgico  $\geq 7$  días. Se evaluaron 48 pacientes: 26 casos (54,2%) prótesis metálica por CPRE, 14 casos (29,2%) prótesis plástica por CPRE, 7 casos (14,6%) drenaje percutáneo transparietohepático y 1 caso (2,1%) con drenaje quirúrgico previo mediante tubo de Kehr. Diferenciamos dos grupos: 27 pacientes (56,2%) intervenidos entre enero-2010 y marzo-2014 con profilaxis con amoxicilina-clavulánico 2 g/200 mg vía intravenosa y nueva dosis de 1/200 mg a las tres horas de la inicial y otro grupo con 21 pacientes (43,8%) intervenidos entre abril-2014 y diciembre-2015 con piperacilina-tazobactam 4 g/0,5 g cada 8 horas vía intravenosa durante siete días comenzando el día de la cirugía. Se analizaron variables preoperatorias (edad, sexo, obesidad, diabetes, albúmina, ASA), intraoperatorias (técnica quirúrgica, duración, pérdidas sanguíneas estimadas, transfusión de hematies) y postoperatorias (estancia en cuidados intensivos y hospitalaria, complicaciones quirúrgicas e infecciosas, en especial relacionadas con el sitio quirúrgico).

**Resultados:** La edad media de los casos en el primer periodo fue de  $60,1 \pm 12,6$  años frente a  $67,4 \pm 9,9$  años en el segundo,  $p > 0,05$ . No existen diferencias entre variables preoperatorias e intraoperatorias. La mortalidad fue menor con TACD (0% vs 7,4%;  $p > 0,05$ ). Sobre las complicaciones postoperatorias: el grupo con profilaxis presentaba complicaciones mayores (Clavien  $\geq 3$ ) en un 33,3% frente al 23,8% del grupo con TACD ( $p > 0,05$ ). Las complicaciones infecciosas fueron similares (40,7% frente a 38,1%;  $p >$

Tabla P-191

	Diabetes (n = 18)	No diabetes (n = 44)
Edad	67 (52-86)	68 (41-89)
Sexo	10 varones (55,6%)/8 mujeres (44,4%)	28 varones (63,6%)/16 mujeres (36,4%)
Fumador-Exfumador	9 (50%)	18 (40,9%)
Alcohol activo	4 (22,2%)	8 (18,2%)
TNM (clínico)	III-2,8 (I-IV)	III-3,39 (I-IV)
CA19.9 (U/ml)	2.054 (< 0,8-19.510)	5.618 (< 0,8-122.988)
Peso (Kg)	70,83 (44-112)	70,93 (48-112)
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	26 (19-37)	25,5 (18-35)
Mortalidad (6 meses)	22,2%	22,7%

0,05). Individualizando estos datos por subgrupos, la TACD presentó menor incidencia de infecciones: las respiratorias fueron del 0% vs 7,4%, las del tracto urinario 0% vs 3,7%, las secundarias a catéter venoso 4,8% vs 14,8% y las bacteriemias sin foco 4,8% vs 22,2%; no estadísticamente significativas. Esta tendencia a favor de TACD se mantiene en la infección del sitio quirúrgico (ISQ): 29,6% en el grupo con profilaxis frente a 23,8% en TACD. A nivel de ISQ superficial fue mayor en grupo con TACD 14,3% vs 7,4% con profilaxis;  $p > 0,05$ . La ISQ profunda se redujo con la TACD del 22,2% al 9,5%;  $p > 0,05$ .

**Conclusiones:** El tratamiento antimicrobiano de corta duración en pacientes portadores de prótesis biliar preoperatoria sometidos a duodenopancreatectomía disminuye la mortalidad, complicaciones graves postoperatorias y secundarias a infección. El antibiótico dependerá de los gérmenes aislados en bilis y la política hospitalaria.

### 193. EVALUACIÓN DE LOS PREDICTORES DE GRAVEDAD EN LA PANCREATITIS AGUDA SOBRE UNA COHORTE DE 699 PACIENTES DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE ATLANTA REVISADA

R. Piqué Becerra, F.J. García Alonso, F. Bermejo, F. García Durán, M. Hernández Tejero, A. Granja Navacerrada y P. Bernal Checa

*Hospital Universitario de Fuenlabrada.*

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) es la causa digestiva de hospitalización más frecuente. Su mortalidad llega al 20-40% de los casos graves. Se han propuesto varios predictores para identificarlos. La mayoría de los trabajos publicados se basan en la clasificación de Atlanta de 1992. Existen pocos estudios que evalúen su efectividad de acuerdo a la revisión de 2012. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad los predictores de gravedad hasta ahora propuestos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo donde se identificaron todos los casos de PA atendidos en nuestro centro durante 6 años (2010-2015). Se excluyeron los pacientes con un diagnóstico previo de pancreatitis crónica, con otro diagnóstico principal al ingreso y aquellos con PA en los 6 meses previos. La gravedad y las complicaciones locales se definieron de acuerdo a los criterios de Atlanta revisados. Las comorbilidades se definieron según la escala de Charlson. Se evaluaron las siguientes escalas pronósticas: APACHE II, BISAP, HAPS2 y los siguientes índices: PCR a las 48 horas, hematocrito y nitrógeno ureico en sangre (BUN) al ingreso y evolución del hematocrito y del BUN en las primeras 24h.

**Resultados:** Se identificaron un total de 817 casos, de los cuales se incluyeron 699 en el análisis tras aplicar los criterios de exclusión. La mediana de edad 57,5 años (45,1-72,7), 57,4% varones. El 53,9% fueron litiásicas, 14,3% alcohólicas, 10% otras causas y el 21,8% idiopáticas. La mediana de duración del ingreso fue de 7 días (5-10) y la mortalidad global fue del 2,4% (1,5-3,9%). El 16% eran diabéticos, el 8,6% presentaban cardiopatía isquémica y el 7,7% EPOC. Un 6% (4,5-8%) del total fueron casos graves, con una mortalidad del 35,7% (23-50,8%). Se presentaron complicaciones locales en el 20% (17,2-23,2%), 9,4% (7,5-11,9%) con necrosis pancreática o peripancreática. En los pacientes con necrosis, se alcanzó el diagnóstico de posible infección local en el 34,3% (26,8-42,6%) y de infección confirmada en el 8,6% (4,9-14,6%). Los mejores predictores de gravedad fueron el BUN ingreso (AUC: 0,89; 0,86-0,91) y la escala BISAP (AUC: 0,87; 0,84-0,89). Los más sensibles fueron las escalas HAPS (92,9%; 81-97,5%) y APACHE II (87,8%; 74,5-94,7%) pero con especificidades menores del 50%. Los más específicos fueron la escala BISAP (94,2%; 92,2-95,8%) y la PCR al ingreso (89,3%; 86,5-91,5%), aunque a costa de bajas sensibilidades. Sin embargo, un BUN > 20 mg/dl al ingreso presentó una sensibilidad del 88,1% (75-94,8%) y una especificidad del 70,1% (66,5-73,5%). No se identificaron buenos predictores de necrosis; el mejor fue la PCR a las 24 horas con un AUC: 0,75 (0,71-0,79).

**Conclusiones:** La modificación de la clasificación de Atlanta condiciona una disminución en la proporción de pancreatitis definidas como graves, con una elevada mortalidad respecto a la clasificación previa. El BUN al ingreso, un parámetro fácilmente disponible presenta una elevada precisión diagnóstica para identificarlos.

### 194. UTILIDAD DE LA INDOMETACINA RECTAL EN LA PREVENCIÓN DE LA PANCREATITIS AGUDA POSTCPRE

A. Delayne Polanco Jiménez, A. López Serrano, C.A. Amurrio Gonzalez, A. Pascual Romero, M.J. Suárez Dávalos, I. Ortiz Polo, P. Latorre Año, C. García Orts, J. Hervas Martín y E. Moreno Osset

*Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.*

**Introducción:** La pancreatitis aguda es la complicación más frecuente de la CPRE. Diversos estudios, incluyendo las últimas guías de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE), apoyan el uso de 100 mg de indometacina rectal para prevenir esta complicación; sin embargo, existe controversia acerca de su beneficio en la prevención de la pancreatitis aguda postCPRE (PAP).

**Objetivos:** Realizar un estudio evaluando la eficacia de la Indometacina rectal en la prevención de la PAP en nuestro centro.

**Métodos:** Evaluación retrospectiva de las CPRE llevadas a cabo en nuestro centro hospitalario desde octubre-2012 a junio-2016, realizando una comparación entre los procedimientos realizados antes y después de la implantación generalizada de la profilaxis con supositorios de 100 mg de indometacina rectal inmediatamente después de finalizar la exploración. Se excluyen los pacientes con esfinterotomía previa.

**Resultados:** Se analizaron 396 CPRE realizadas en 382 pacientes, 205 (53,7%) mujeres, con una edad media (DE) de 74 (14) años. La coledocolitiasis fue la principal indicación de CPRE en 248 (62,6%) exploraciones. Hubo canulación biliar en 351 (88,6%) casos, siendo ésta dificultosa en 102 (25,7%) casos, con introducción de guía en páncreas en 95 (23,9%), uso de canulación con "técnica de doble guía" en 62 (15,6%) y precorte de papila en 25 (6,3%) casos. Se realizó profilaxis con Indometacina en 162 (40,9%) casos. Posteriormente hubo 18 (4,5%) PAP, 6 en el grupo Indometacina y 12 en el resto ( $p = NS$ ). En caso de canulación dificultosa, hubo 5/38 (13,2%) PAP en el grupo Indometacina frente a 4/64 (6,3%) en el resto ( $p = NS$ ).

**Conclusiones:** En nuestro estudio, la indometacina rectal no es útil en la prevención de la PAP, incluso en las CPRE con canulación compleja.

## Trastornos funcionales digestivos

### 195. MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFICAZ: UNA CONDICIÓN RELACIONADA CON LA FUNCIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR

M. Rullán Iriarte, F. Estremera Arévalo, I. Aresté Anduaga, A. Zúñiga Ripa, C. Saldaña Dueñas y R. Iglesias Picazo

*Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.*

**Introducción:** Según la clasificación de Chicago 3.0, los trastornos de hipomotilidad esofágica se dividen en motilidad esofágica ineficaz (MEI) y peristalsis fragmentada. Se desconoce si la MEI tiene algún impacto sobre la función esofágica y si es un trastorno primario o secundario a otras patologías. Hipótesis: la hipomotilidad esofágica es un mecanismo adaptativo del esfuerzo esofágico a la baja resistencia de la unión esofágo gástrica.

**Objetivos:** 1. Evaluar si existen diferencias entre la relajación (IRP4s) y la presión basal (PB) del esfínter esofágico inferior (EEI) en pacientes diagnosticados de MEI frente a pacientes con manometría normal. 2. Valorar si existe correlación entre las cifras de PB e IRP 4s y el número de ondas fallidas en estos pacientes.

**Métodos:** Estudio observacional analítico retrospectivo de personas a las que se les ha realizado una Manometría de Alta Resolución (MAR, MMS® 22 canales, perfusión con agua) con diagnósticos de MEI y manometría normal entre junio de 2015 y diciembre de 2016. Variables: edad, sexo, diagnóstico MAR, PB del EEI, hipotonía de EEI (PB  $\leq$  8 mmHg), IRP4s, IRP4s baja ( $\leq$  4 mmHg). Análisis estadístico: test  $\chi^2$ , t Student y coeficiente de correlación de Pearson.

**Resultados:** Se analizaron los resultados de 351 pacientes (222 MAR normal, 129 con MEI). El 61,3% eran mujeres y la edad media fue de 53 años (DE: 14). La media de PB fue de 21,2 mmHg (3-68) en las manometrías normales y de 15,9 (0-79) en las diagnósticas de MEI, obteniendo diferencias significativas al comparar ambos grupos ( $p < 0,001$ ). El 9% de las MAR normales presentaba hipotonía del EEI, frente al 29% con MEI ( $p < 0,001$ ). En cuanto a la media de IRP4s fue de 6,3 mmHg (0-14,8) en pacientes con MAR normal y de 4,2 (-6,4 a 14,4) en pacientes con MEI, hallando diferencias entre ambos grupos ( $p < 0,001$ ). También, si dividimos los valores de IRP4s en  $> 0 < 4$  mmHg, obtenemos un IRP4s  $\leq 4$  mmHg en el 48% con MAR normales, frente a un 64% con MEI; encontrándose también diferencias significativas ( $p = 0,001$ ). Finalmente, existe una correlación inversa entre el número de ondas fallidas y el valor de la PB del EEI ( $r = -0,27$ ,  $p < 0,001$ ) y del IRP4s ( $r = -0,28$ ,  $p < 0,001$ ) en pacientes con MEI. Sin embargo, esta correlación no se reproduce si tenemos únicamente en cuenta las exploraciones normales ( $p > 0,2$ ).

**Conclusiones:** La PB del EEI y el valor del IRP4s son inferiores en pacientes con diagnóstico de MEI frente a pacientes con MAR normales. A su vez, el número de ondas fallidas tiene una correlación inversa con la PB del EEI únicamente en pacientes con MEI. Por este motivo, concluimos que la hipomotilidad esofágica podría ser un mecanismo adaptativo del esfuerzo esofágico a la menor resistencia de la unión esófago gástrica.

## 196. ¿ES EL REFLUJO ÁCIDO EN LA SIESTA PEOR QUE DURANTE EL SUEÑO NOCTURNO?

C. Teruel Sánchez-Vegazo y M.J. de Higes Ruiz

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

**Introducción:** El reflujo en decúbito se asocia a mayor riesgo de padecer lesiones esofágicas (esofagitis grave y esófago de Barrett). El único estudio que ha evaluado el reflujo en la siesta sugiere que éste es más intenso que el que ocurre en el sueño nocturno.

**Métodos:** Se seleccionaron entre febrero 2015 y noviembre 2016 todos los pacientes que durante una pHmetría durmieron siesta en decúbito, además de durante el decúbito nocturno, y que tuvieron un resultado patológico (deMeester  $> 14,72$ ). Se descartaron aquellos pacientes con cirugía esofagogástrica, con apnea del sueño, tratados con hipnóticos o que presentaran más de dos periodos de decúbito. Todas las pHmetrías se realizaron sin tratamiento antisecretor. Se compararon el número de reflujos, el número de reflujos por hora, la duración media del reflujo y el porcentaje de exposición ácida registrados en el decúbito de la siesta y en el decúbito nocturno. Se evaluó la correlación entre el tiempo entre el final de la ingesta y el inicio del decúbito, y el porcentaje de exposición ácida, tanto en la siesta como en el sueño nocturno. Los valores de las variables con distribución normal se dan como media  $\pm$  desviación estándar, y como mediana y rango los de las de distribución no normal. Se usaron tests de comparación para muestras no independientes, paramétricas o no paramétricas según correspondiera.

**Resultados:** Se seleccionaron 32 pacientes: 59,4% mujeres, edad media  $51,31 \pm 14,59$  años, IMC mediano  $26,48 \text{ kg/m}^2$  (rango 21,63-

38,71), 42,9% con hernia hiatal y 14,3% con esofagitis en la endoscopia. La indicación era por síntomas atípicos en el 68,8% y por atípicos en el resto. En la manometría previa el 65,6% tenía motilidad normal y el 28,1% peristalsis ineficaz, y la presión mediana del esfínter esofágico inferior era 8 mmHg (1-24). El tiempo de siesta fue menor que el del sueño nocturno: 108 min (30-275) vs 454 min (240-593) ( $p = 0,00$ ), así como el tiempo entre el fin de la ingesta y el decúbito: 30,5 min (4-185) vs 110,5 min (9-247) ( $p = 0,00$ ). El número de reflujos fue mayor durante el sueño nocturno: 2,5 (0-67) vs 13,5 (0-208) ( $p = 0,00$ ). El número de reflujos por hora, la duración media de cada reflujo y el porcentaje de exposición ácida fue similar: 1,71 reflujos/hora (0-26,5) vs 1,85 (0-12,8) ( $p = 0,75$ ), 0,8 min (0-15,33) vs 1,3 (0-11,2) ( $p = 0,45$ ), 1,55% (0-61) vs 5,9% (0-36,1) ( $p = 0,57$ ), respectivamente. La siesta supuso el 19,2% del tiempo de decúbito total, y en ella ocurrió el 13% de todo el reflujo ácido ocurrido en decúbito. No hubo correlación significativa entre el porcentaje de exposición ácida y el tiempo entre el fin de la ingesta y el inicio del decúbito nocturno o el de la siesta.

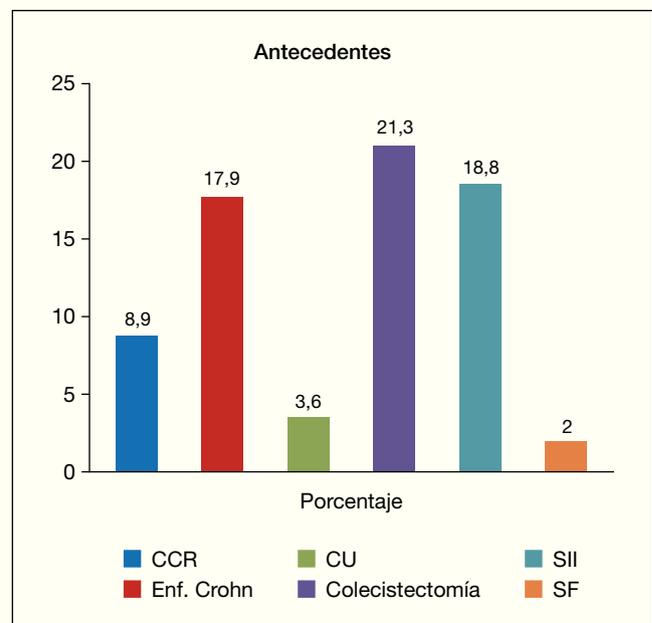
**Conclusiones:** El decúbito de la siesta no se asocia a más reflujo ácido, a pesar de asociarse a un tiempo post-ingesta menor, que el registrado durante el decúbito nocturno. Este resultado no apoya una recomendación específica en contra de hacer siesta a los pacientes con enfermedad por reflujo.

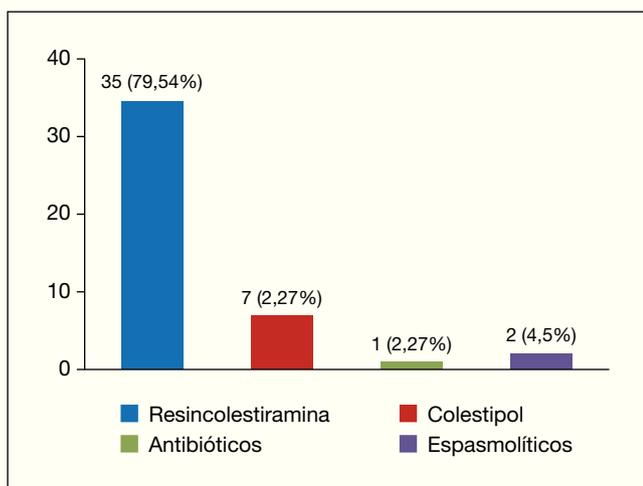
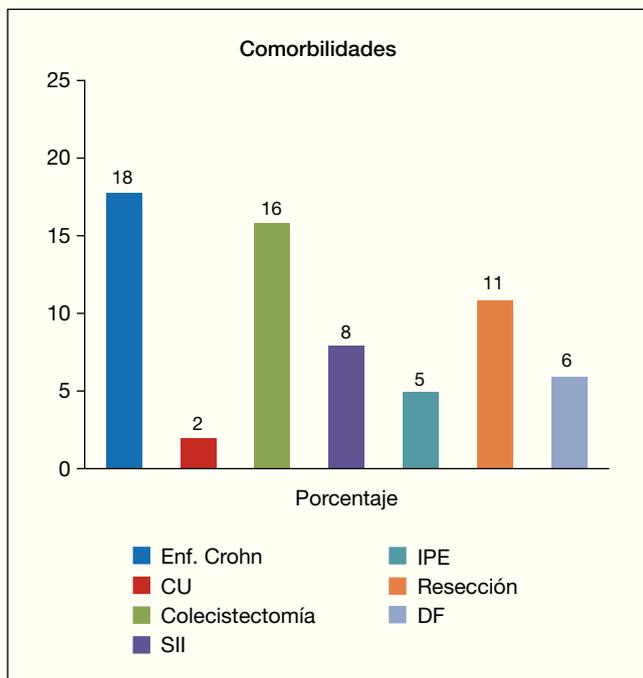
## 197. DIARREA CRÓNICA POR MALABSORCIÓN DE ÁCIDOS BILIARES: CÓMO LA DIAGNOSTICAMOS Y TRATAMOS. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Martos Plasencia<sup>a</sup>, P. Olivencia Palomar<sup>a</sup>, R. Salmoral Luque<sup>a</sup>, C. Verdejo Gil<sup>a</sup>, M. Sánchez Alonso<sup>a</sup>, M.P. Talavera<sup>b</sup> y J. Olmedo Camacho<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Servicio de Medicina Nuclear, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

**Introducción:** La diarrea crónica por malabsorción de ácidos biliares (MAB) es una entidad infradiagnosticada. Hasta un 30% de los síndromes de intestino irritable (SII) presentan MAB. La técnica de SeHcat es de elección para el diagnóstico, aunque no se encuentra disponible en todos los centros. El tratamiento con resinas de intercambio, es de elección, no obstante, no están definidas las dosis ni la duración y su tolerancia suele ser pobre.





**Métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo del diagnóstico de diarrea crónica por MAB con SeHcat entre los años 2012 y 2016. Se incluyen pacientes con diarrea de más de 6 semanas sin otra causa y un grupo con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) sin actividad. El test se define positivo cuando la absorción de ácidos biliares es menor del 10%. Describimos los tratamientos y la respuesta a los mismos de los pacientes con resultado positivo.

**Resultados:** Entre 2012 y 2016, 112 pacientes se sometieron al test. 72 mujeres (64,3%), edad media 52,88 (DT 17,20 (18-89)). En la figura 1 se reflejan los antecedentes personales. Las comorbilidades que presentaban fueron resección íleon 15 casos (13,3%) e insuficiencia pancreática exocrina (IPE) 8 (7,1%). De los 15 con resección, 9 por enfermedad de Crohn. 58 pacientes (51,8%) obtuvieron test positivo, valor medio de 3,9% de absorción. Las comorbilidades se reflejan en figura 2. De las resecciones de íleon, 4 por enfermedad de Crohn y 7 por diversas causas: GIST intestinal, endometriosis... 44 recibieron tratamiento, en la figura 3 se refleja la distribución. Los pacientes con EII, 5 mejoraron con tratamiento para esta. Los tratados con resinas: 20 (57,14%) respuesta completa, 5 (14,28%) parcial y 9 (25,71%) no respondieron. 5 (14,28%) no

respondieron por mala tolerancia (náuseas y vómitos). En 6 casos no se documentó la respuesta.

**Conclusiones:** La diarrea por MAB es frecuente en patología ileal y tras una colecistectomía. Son necesarios estudios aleatorizados para estudiar la eficacia.

### 198. LINACLOTIDA EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE TIPO ESTREÑIMIENTO: RESULTADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

F. Geijo Martínez, A. Sánchez Garrido, H. Marcos Prieto, M.C. Piñero López, A.B. Prieto Bermejo, A. Álvarez Delgado, A. Velasco Guardado y A. Rodríguez Pérez

Hospital Universitario de Salamanca.

**Introducción:** El síndrome de intestino irritable tipo estreñimiento (SII-E) es un trastorno funcional digestivo en el que el estreñimiento es la alteración deposicional predominante, junto con dolor abdominal recurrente e hinchazón. Es una patología muy prevalente en la población y de consulta en Aparato Digestivo. Disminuye la calidad de vida relacionada con la salud y tiene unos elevados costes sanitarios y sociales. La linaclotida ha sido aprobada de forma reciente para el tratamiento del SII por los resultados en los ensayos clínicos controlados. Existen muy pocos datos de los resultados en la práctica clínica real.

**Objetivos:** Evaluar la efectividad, seguridad y satisfacción en condiciones de vida real de los pacientes con SII-E.

**Métodos:** Prospectivo no intervencional en un único centro. Pacientes > 18 años con SII-E grave y refractario. Uso de Linaclotida 290 µg/día. Se realizaron visitas: 1 mes, 3, 6, 12, 18 meses. Se recogieron las variables en un diario que se entregó al paciente. Se valoró la eficacia del tratamiento mediante el registro del número de deposiciones/semana y el registro de la frecuencia e intensidad de los síntomas (dolor e hinchazón), usando una escala numérica y visual de 11 niveles (0-10). El paciente evaluó el grado de mejoría y de satisfacción con el tratamiento. Además, se registraron la frecuencia e intensidad de los efectos adversos para valorar la seguridad y la tolerabilidad del tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes. Edad: media 52,22 ± 10,43 años (32-72); 23 (100%) mujeres. Tiempo de seguimiento 14 ± 6,49 meses (3-22). Puntuación basal: nº deposiciones/sem 0,87 ± 0,54 (0-2); dolor 5,96 ± 1,80 e hinchazón 6,61 ± 1,28. En total, puntuación en el seguimiento estaba disponible en 23 (100%) pacientes al mes 1 y 3, en 17 (73,91%) al mes 6, en 16 (69,56%) al mes 12 y en 11 (47,82%) al mes 18. En el primer mes hubo 18 (78,26%) pacientes que mejoraron con linaclotida, 15 (65,22%) de forma global, 3 (13,04%) de forma parcial (dolor e hinchazón). De los 18 pacientes que siguieron tomando linaclotida, 15 (83,33%) continúan con el tratamiento por mantener la mejoría clínica y 3 (16,66%) lo han suspendido por disminución de la eficacia. Un nº deposiciones/sem ≥ 4 al mes, se asoció de forma significativa (p < 0,001) con la mejoría a largo plazo. Aparecieron efectos adversos en 5 (21,74%) pacientes; diarrea en 3 (13,04%) y dolor abdominal en 2 (8,70%; 1 suspensión), la mayoría en las primeras semanas del tratamiento.

**Conclusiones:** Linaclotida es efectiva en reducir los síntomas principales del SII-E en la práctica clínica real. El perfil de seguridad es alto, con una baja tasa de efectos secundarios graves.

### 199. EFECTO DE LA PALATABILIDAD DE LA COMIDA SOBRE LAS SENSACIONES POSPRANDIALES

T. Pribic<sup>a</sup>, L. Hernández<sup>a</sup>, A. Nieto<sup>a</sup>, A. Accarino<sup>a,b</sup> y F. Azpiroz<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>b</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (Ciberehd).

<sup>c</sup>Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona.

**Introducción y objetivos:** Se ha demostrado que la palatabilidad de una comida influye en la sensación de saciedad y en la cantidad consumida; nuestro objetivo fue determinar el efecto de la palatabilidad sobre las sensaciones cognitivas y hedónicas postprandiales.

**Métodos:** En 22 hombres sanos no obesos, se realizó un estudio cruzado, comparando las respuestas postprandiales a una comida convencional (combinación de crema de patata y queso seguida de una crema de vainilla) versus una comida no convencional (la mezcla de las dos cremas) con idéntica composición, pero con distinta palatabilidad. La crema de vainilla se ajustó mediante un colorante y espesante de forma que las características físicas (color, textura, consistencia, temperatura) de las tres cremas fueron iguales. Las respuestas cognitivas (saciedad, plenitud) y hedónicas (bienestar digestivo) se midieron mediante escalas de 10 cm antes y durante los 60 minutos del periodo postprandial.

**Resultados:** Como se esperaba, la comida no convencional resultó de palatabilidad inferior que la comida convencional ( $-1,8 \pm 0,4$  score la mezcla vs  $2,8 \pm 0,1$  score y  $3,0 \pm 0,2$  de las dos cremas por separado;  $p < 0,001$  para los dos). La comida no convencional de menor palatabilidad indujo mayor saciedad ( $2,1 \pm 0,3$  score vs  $2,7 \pm 0,3$  score;  $p = 0,065$ ) y sensación de plenitud ( $3,8 \pm 0,4$  score vs  $2,7 \pm 0,3$  score;  $p = 0,003$ ), pero una respuesta hedónica significativamente menos satisfactoria ( $0,1 \pm 0,3$  score vs  $2,4 \pm 0,2$  score de bienestar digestivo;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La palatabilidad de la comida influye en la experiencia postprandial: la palatabilidad tiene una relación directa con la sensación de satisfacción/bienestar digestivo y una relación indirecta con la sensación de saciedad/plenitud.

## 200. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII): PREVALENCIA DE SUBTIPOS, ASOCIACIÓN CON OTROS SÍNTOMAS DIGESTIVOS E IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA (CV)

E. Rey<sup>a</sup>, A. Balboa<sup>b</sup>, B. Serrano<sup>a</sup> y F. Mearin<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense de Madrid.

<sup>b</sup>Clínica Teknon, Barcelona.

**Introducción:** El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia (P) de los subtipos de SII en la población general española, evaluar las diferencias entre ellos en su asociación con síntomas intestinales que no forman parte de su definición y con trastornos esófago-gástricos, y evaluar su impacto sobre la CV.

**Métodos:** Se realizó una encuesta telefónica a una muestra aleatorizada de 1500 personas de la población española, estratificadas por edad, sexo y provincia, utilizando cuestionarios validados para diagnosticar trastornos funcionales digestivos (Roma III) y CV genérica (SF-12). Se definió el SII y sus subtipos. Se definió ERGE como

la presencia de pirosis o regurgitación ácida al menos semanal en el último año, dispepsia funcional según los criterios Roma III e incontinencia fecal como el escape de heces al menos una vez al mes. Se estimaron las P con intervalo de confianza del 95%, se compararon las P de síntomas entre subgrupos mediante  $\chi^2$  y se comparó la CV entre subgrupos con ANOVA-test de Dunnett para comparaciones múltiples.

**Resultados:** La P de SII en la población española es de 8,3% (IC95%: 6,9-9,7%). Atendiendo a los subtipos, la P es de 1,9% (1,2-2,6%) para el SII estreñimiento, 1,3% (0,8-1,9%) para el SII diarrea, 0,3% (0,0-0,5%) para el SII mixto y 4,9% (3,8-6,0%) para el SII no especificado. La asociación de los subtipos con otros síntomas digestivos se muestra en la tabla. Los pacientes con SII mostraron una disminución de la calidad de vida genérica, comparado con la población sin trastornos funcionales intestinales, tanto en el componente físico ( $51,3 \pm 8,3$ ) vs  $47,1 \pm 11,0$ ) como en el componente mental ( $52,9 \pm 9,6$ ) vs  $45,7 \pm 11,3$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los subtipos de SII en el impacto sobre CV.

**Conclusiones:** La P de SII en la población española es 8,3%. La asociación con otros síntomas digestivos es muy frecuente en todos los subgrupos. El SII impacta sobre la CV, sin diferencias entre los subgrupos.

## 201. RELACIÓN ENTRE HALITOSIS Y TRASTORNOS FUNCIONALES DEL APARATO DIGESTIVO

F. Estremera Arévalo<sup>a</sup>, A. Zúñiga Ripa<sup>a</sup>, I. Aresté Anduaga<sup>a</sup>, V. Fernández de Pinedo<sup>b</sup>, S. Ezquer Iturbide<sup>b</sup>, M. Rullán Iriarte<sup>a</sup> y R. Iglesias Picazo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>b</sup>Enfermería, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

**Introducción:** La halitosis se ha asociado de manera inconsistente en algunos estudios a trastornos del aparato digestivo como la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Es un motivo de consulta ocasional y a su vez forma parte de otros cuadros sindrómicos.

**Métodos:** Recogimos el síntoma "halitosis" en una anamnesis general en pacientes que acudieron a la realización de Manometría de Alta Resolución (MAR, MMS<sup>®</sup> 22 canales, perfusión con agua) en el contexto de estudio de molestias digestivas altas. Se estudió el deMeester y el porcentaje de alcance proximal de reflujo hallado en pH o impedanciometría de 24 horas mediante la prueba U de Mann Whitney para muestras independientes. La asociación con otros cuadros sintomáticos se estudió mediante tablas de contingencia (test de Chi cuadrado).

**Resultados:** La halitosis está presente en 109 de los 475 pacientes estudiados (20,8%). El 14,8% de los hombres presentó halitosis

Tabla P-200

	SII-E	SII-D	SII-M	SII-NE
Colecistectomía	7,1%	20%	0%	4,1%
Incontinencia ( $\geq 1$ vez al mes)	10,7%	30%	0%	9,6%
Distensión ( $\geq 3$ días al mes)*	85,7%	65%	100%	57,5%
ERGE	25%	25%	0%	21%
Dispepsia	50%	40%	50%	64%
SF12-CF	47,9 $\pm$ 10,4	42,1 $\pm$ 10,9	42,2 $\pm$ 10,5	48,3 $\pm$ 11,0
SF12-CM	43,5 $\pm$ 13,6	43,2 $\pm$ 9,4	40,5 $\pm$ 13,3	47,5 $\pm$ 10,7

Distribución de comorbilidades, síntomas intestinales, esófago-gástricos y CV en los subtipos de SII. \* $p < 0,05$ . SII-E: SII con estreñimiento; SII-D: SII con diarrea; SII-M: SII mixto; SII-NE: SII no especificado

vs el 24,8% de mujeres, siendo estas diferencias significativas. En cuanto a la asociación con ERGE, no encontramos diferencias entre la media de deMeester en pHmetría ni en impedanciometría (no halitosis 24,5 vs 25,9 en halitosis). Tampoco se hallaron diferencias en el alcance proximal de reflujo en impedanciometría (19,6% no halitosis vs 15,6% halitosis) ni en pHmetría (0,69% en no halitosis vs 0,4% en halitosis). La presión basal del EEl tampoco fue inferior en pacientes con halitosis vs sin halitosis (19,9 vs 18,3 mmHg). La Halitosis está presente en 20,2% de los pacientes diagnosticados de ERGE y en el 24,6% de los pacientes en el que se descartó ERGE. Sin embargo, la prevalencia de síntomas atípicos relacionados con ERGE fue del 67,9% en pacientes con halitosis comparado con el 55,7% en pacientes sin halitosis ( $p = 0,024$ ). El grupo Halitosis presentaba dispepsia funcional en el 61,5% de los casos vs el 38,8% en los pacientes sin halitosis ( $p = 0,00$ ). La prevalencia del SII fue del 28,4% en paciente con halitosis y del 11,2% en pacientes sin halitosis, con diferencias significativas ( $p = 0,00$ ). En 22 pacientes diagnosticados de acalasia se objetivo halitosis en 4 de ellos, no obteniendo diferencias significativas con la prevalencia de halitosis en el resto de la muestra ( $p = 0,598$ ).

**Conclusiones:** La halitosis es un síntoma frecuente en pacientes estudiados por diferentes molestias digestivas que afecta predominantemente a mujeres. No se asocia a mayor exposición esofágica al ácido ni a un mayor alcance proximal del reflujo en pH/impedancia de 24 horas, tampoco a menor presión basal del EEl. La prevalencia de halitosis fue mayor en pacientes con síntomas atípicos potencialmente relacionados con ERGE. Se describe la misma asociación positiva para otras enfermedades funcionales como la dispepsia funcional y el SII. En los pacientes con alteración del vaciamiento esofágico (acalasia u obstrucción funcional del esfínter esofágico inferior) no se ha constatado un aumento de prevalencia de halitosis.

## 202. LA EFICACIA DIAGNÓSTICA DEL TEST DE ALIENTO DE LACTOSA VARÍA CONSIDERABLEMENTE EN FUNCIÓN DE LOS SUSTRATOS Y EL TIEMPO POST-INGESTA ANALIZADOS

G. Valldosera, R. Serrano, P. Bayo y J. Serra

*Unidad de Pruebas Funcionales Digestivas, Hospital Univeristario Germans Trias i Pujol, Badalona.*

**Introducción:** Los test de aliento representan una herramienta diagnóstica válida y no invasiva para el diagnóstico de diversas patologías gastrointestinales. El test de hidrógeno (H<sub>2</sub>) espirado se basa en que parte del gas producido por la fermentación bacteriana en el colon, se difunde en la sangre y se elimina con la respiración. Sin embargo, al no disponer de suficiente evidencia científica, hay muchas diferencias en cuanto a la metodología a seguir durante la prueba según el centro.

**Objetivos:** Comparar la tasa de resultados positivos del test de aliento con lactosa si se analiza hidrógeno durante 3 horas o hidrógeno y metano (CH<sub>4</sub>) durante 5 horas.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de todos los test de hidrógeno espirado con lactosa realizados los años 2014 y 2015 en nuestra Unidad. Los estudios se realizaron con ingesta de 25 g de lactosa y análisis del H<sub>2</sub> y CH<sub>4</sub> espirado durante 5 horas. Se compararon los resultados positivos y negativos obtenidos con el análisis de H<sub>2</sub> y de CH<sub>4</sub> espirado los 180 y 300 minutos. Considerándose como resultado positivo un incremento > 10 ppm por encima del nivel basal en dos determinaciones consecutivas.

**Resultados:** Se realizaron 354 test de lactosa en 96 hombres y 258 mujeres (edad 10-84 años). En total se obtuvieron 150 resultados positivos a las 5 horas, 31 en hombres y 119 en mujeres. De estos, el 69% fueron positivos con H<sub>2</sub>, 16% con CH<sub>4</sub> y 15% con ambos gases. Cuando se analizaron los resultados a los 180 minutos, 124/150 resultados positivos (83%) lo fueron a las 3 horas, mientras que 26 pacientes (17%) se positizaron entre los 180 y 300 min. Si sólo consideráramos los pacientes que fueron positivos en el análisis del hidrógeno durante 180 minutos, únicamente 105 (70%) de los pacientes que fueron positivos con el análisis combinado de H<sub>2</sub> y CH<sub>4</sub> a los 300 min hubieran sido diagnosticados como positivos, mientras el 30% restante no hubieran sido detectados.

**Conclusiones:** La capacidad diagnóstica de la intolerancia a la lactosa con test de aliento aumenta considerablemente si se analizan simultáneamente hidrógeno y metano durante 5 horas.