

diferida y eventos cardiovasculares (CV) y hemorrágicos diferidos (6 meses). Se calcularon los índices AIMS65, Rockall y GBS. Se utilizó SPSS para realizar el análisis estadístico. El análisis univariante se realizó mediante test χ^2 o T Student según lo indicado. Se calculó el área bajo la curva (AUROC) para cada escala pronóstica y evolución.

Resultados

Se incluyeron 529 pacientes, 103 HDA varices (19,5%) y 426 (80,5%) no varices. Los pacientes con HDA varicosa presentaron mayor hábito tabáquico (32% vs.17,1%; $p=0,001$), hábito alcohólico (39,8% vs.16,1%; $p<0,001$), presentación con hematemesis (87,4% vs. 44,2%, $p<0,001$), necesidad de tratamiento endoscópico (64,1% vs. 34,5%, $p<0,001$), tasa de resangrado (24,8% vs. 15,2%, $p=0,023$), estancia hospitalaria (11,75 vs. 8,29 días, $p=0,015$), mortalidad aguda (17,5% vs. 7,7%, $p=0,003$), mortalidad diferida (18,8% vs. 10,1%, $p=0,022$), eventos hemorrágicos diferidos (26,5% vs. 17,2%, $p=0,049$). En este grupo de pacientes fue menos frecuente el consumo de AINEs (11,7% vs. 25,6%, $p=0,003$), antiagregantes (15,5% vs. 25,8%, $p=0,028$) y anticoagulantes (4,9% vs. 19,5%, $p<0,001$). Además, presentaron menos comorbilidades asociadas (51,5 % vs. 64,1%, $p=0,018$); menor edad (60,90 vs 65,03, $p=0,011$) y cifras de albúmina (2,9 vs. 3,23, $p<0,001$).

Por el contrario, no se encontraron diferencias en el sexo, eventos cardiovasculares diferidos, cifras de creatinina, hemoglobina o INR al ingreso y necesidad de transfusión.

Los pacientes con HDA de origen varicoso tuvieron mayor puntuación en las distintas escalas pronósticas (AIMS65, Rockall y GBS) de modo significativo. Dichas escalas mostraron mejor capacidad predictiva de mortalidad aguda (AUROC: GBS 0,766 vs. 0,659; AIMS65 0,766 vs. 0,690; Rockall 0,799 vs. 0,546) y diferida para los pacientes con HDA no varicosa (AUROC: GBS 0,713 vs. 0,610; AIMS65 0,743 vs. 0,657; Rockall 0,745 vs. 0,475) (Figuras 1 y 2).

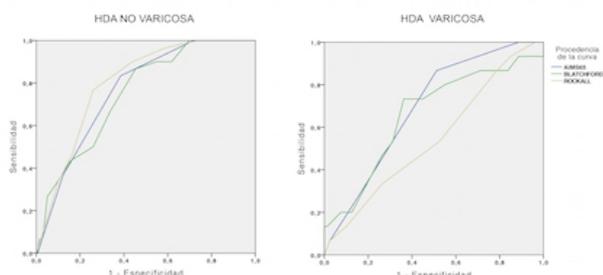


Figura 1 AUROC de las distintas escalas para mortalidad aguda.

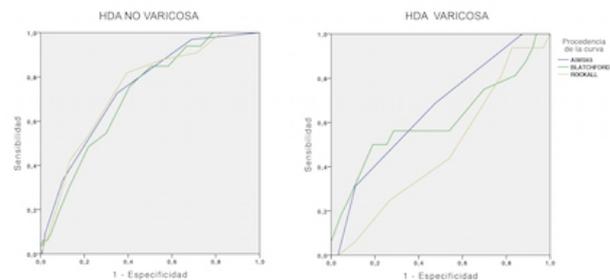


Figura 2 AUROC de las distintas escalas para mortalidad diferida (6 meses).

Conclusiones

Como podemos observar, los pacientes con HDA de origen varicoso y no varicoso son completamente distintos; presentando los pacientes del primer grupo un peor curso clínico con mayor necesidad de tratamiento endoscópico, mayor estancia hospitalaria, tasa de resangrado, mortalidad aguda y diferida.

Los pacientes con sangrado por varices presentaron mayor puntuación en las escalas pronósticas, sin embargo, la capacidad predictora de mortalidad aguda y diferida de todas ellas fue más pobre en estos pacientes (menor área bajo la curva), siendo la que mejor funciona y por lo tanto la que deberíamos emplear AIMS65.

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN IV

CO-25. DIVERTICULOTOMÍA PERORAL DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER CON LIGASURE TM BLUNT-TIP VS SB TYPE JR. VENTAJAS, INCONVENIENTES Y RESULTADOS EN NUESTRA EXPERIENCIA

GARCÍA FERNÁNDEZ, FJ; LEÓN MONTAÑÉS, R; RINCÓN GATICA, A; SOBRINO RODRÍGUEZ, S; LÓPEZ RUIZ, T; BOZADA GARCÍA, JM

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

La crico-faringo miotomía endoscópica del divertículo de Zenker con el sistemas de corte-sellado vascular laparoscópico (LigasureTM) ha demostrado ser un método seguro y eficaz, pero no es material específico para endoscopia. Implantamos este tratamiento en el 2015, realizando 5 casos con magníficos resultados, pero con algunos inconvenientes técnicos importantes. Decidimos utilizar el disector endoscópico especialmente diseñado para el Zenker (SBType Jr) en el resto de pacientes, comparar resultados y evaluar ventajas e inconvenientes.

Material y métodos

Desde julio de 2015 a abril de 2017 se trataron los primeros 5 pacientes (4 mujeres y 1 hombre) con Ligasure, en quirófano bajo IOT, edad media 79±6 años, disfagia escala de Mellow grado 3 y uno grado 4. Desde septiembre de 2017 a septiembre de 2018 hemos tratado 13 pacientes (4 mujeres y 9 hombres) con disector SBType Jr, en quirófano 9 bajo IOT, edad media 72±11 años, disfagia grado 3.

Todos tenían estudio EGD y endoscopia oral previa y se utilizó el diverticuloscoPIO de Cook®. Fue preciso el uso del endoscopio ultrafino en el tratamiento con Ligasure y el endoscopio oral convencional para el resto de los tratamientos. Todos los pacientes recibieron profilaxis antibiótica.

Resultados

Comparando ambos grupos (Grupo A: Ligasure; Grupo B: SBType Jr).

- Duración del procedimiento Grupo A: 41±16; Grupo B: 36±15 minutos.
- Tamaño medio de divertículo: Grupo A: 4±1 cm (3-5 cm); Grupo B: 3±2 cm (7-1,5 cm).
- En todos los pacientes se colocaron una media de 2 clips hemostáticos.
- Alivio de la disfagia fue prácticamente inmediato en ambos grupos.
- Estancia hospitalaria Grupo A: 32±13; Grupo B: 33±19 horas.
- Complicaciones inmediatas: ninguna en el Grupo A; Grupo B: 1 enfisema subcutáneo leve que se resolvió en 48 horas, divertículo de 5 cm, alta en 72 horas. 1 sangrado a las 24 horas resuelto con tratamiento hemostático + clip, divertículo de 7 cm, alta en 72 horas.
- Complicaciones diferidas: Grupo A: vértigo periférico intenso limitante de un mes de duración. Grupo B: ninguna.
- Recidiva: Grupo A: 1 recidiva tratada con SB Type Jr. Grupo B: ninguna.
- Media de seguimiento: Grupo A: 9 meses (3-24 meses); Grupo B: 6 meses (2-13 meses).

Conclusiones

Ambos tratamientos son igualmente eficaces, breves y seguras. Aunque subjetivamente preferimos utilizar el disector específico SBType Jr ya que permite utilizar un endoscopio estándar, poder lavar o tratar posibles complicaciones sobre la marcha, evita la hiperextensión del cuello, se usa con unidad electroquirúrgica

estándar y permite controlar con mayor precisión el límite de disección.

CO-26. LIGADURA ENDOSCÓPICA CON BANDAS ELÁSTICAS. UNA TÉCNICA SEGURA DE FORMA AMBULATORIA.

RAMÍREZ RAPOSO, R; VIEJO ALMANZOR, A; CARNERERO RODRÍGUEZ, JA; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

Valorar la seguridad de la ligadura endoscópica con bandas elásticas (LEBE) de varices esofágicas en nuestro medio tras cambiar el protocolo de hospitalización durante 24 horas a régimen ambulatorio.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de los casos de LEBE programadas realizadas en pacientes cirróticos en nuestro centro entre 01/09/2012 - 30/07/2018. Se analiza la etiología de la cirrosis, clasificación Child-Pugh, número de sesiones, número de bandas/sesión, indicación de LEBE, régimen de realización de la técnica, e incidencia de hemorragia inmediata (<24 horas) y diferida (antes de la siguiente sesión).

En un segundo análisis, se segmentan los datos obtenidos en dos grupos (ingresados vs. ambulatorios), analizando la presencia de hemorragia inmediata y diferida.

Resultados

Se realizaron un total de 165 LEBE de forma programada en 67 pacientes. La indicación fue: 16% profilaxis primaria y 84% profilaxis secundaria. La etiología de la cirrosis fue alcohol 9%, VHC 32%, mixta 6% y otras 13%, con una clasificación Child-Pugh de A 51%, B 39% y C 10% (Figura 1).

Finalizan el protocolo de ligadura 56 pacientes (84%). De los otros 11 pacientes, 4 están en proceso, 3 perdieron seguimiento y 4 fueron exitus, tres no relacionados con HDA y uno secundario a HDA diferida.

El número medio de sesiones hasta la erradicación de las varices fue 3 (1-8), colocándose de media 3,7 bandas por sesión (1-6).

Posteriormente se extraen dos grupos de LEBE programadas, ingresados vs. ambulatorios, que son comparables en relación a las variables analizadas (Tabla 1). No se identificaron diferencias en cuanto a las HDA inmediatas, siendo éstas inexistentes en ambos grupos. Respecto a las HDA diferidas, se registraron 7 episodios (5,4%), entre los días 7 y 26 post-ligadura. Cuatro episodios fueron en el grupo ambulatorio frente a 3 en el de ingresados, sin diferencias significativas (p 0,429) (Figura 2).

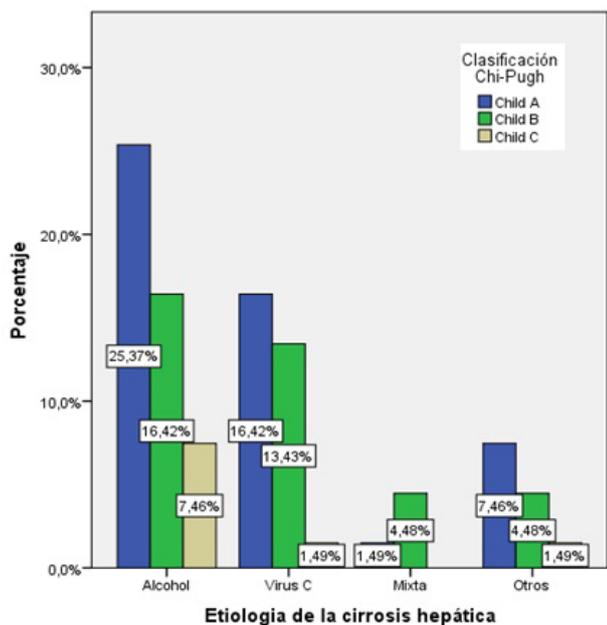


Figura 1
AUROC de las distintas escalas para mortalidad aguda.

Variables de interés	LEBE ambulatorio	LEBE con ingreso 24h	Diferencias entre grupos
Etiología	Alcohol	13	20
	Virus C	8	13
	Mixta	2	2
	Otros	5	4
Clasificación Child-Pugh	A	14	20
	B	12	14
	C	2	5
Indicación	Profilaxis 1ª	6	5
	Profilaxis 2ª	22	34
Número de sesiones media	2,89	3,11	P 0,331
Bandas por sesiones media	3,57	3,86	P 0,201
Finalización del protocolo de LEBE	22	34	P 0,348

Figura 2
AUROC de las distintas escalas para mortalidad aguda.

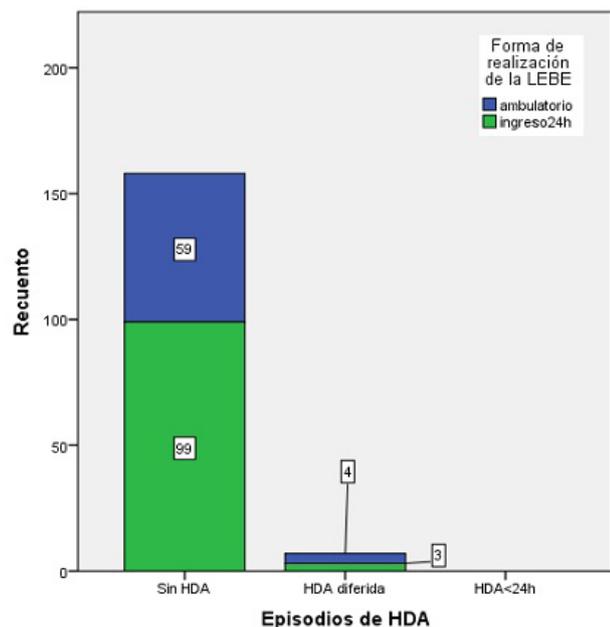


Figura 3
AUROC de las distintas escalas para mortalidad aguda.

Conclusiones

La LEBE de varices esofágicas es la técnica de elección en la profilaxis de la HDA por rotura de varices esofágicas, sin que esté estandarizado su régimen de realización. Clásicamente la realizamos con ingreso de 24 horas para vigilancia de la HDA inmediata. A la vista de los resultados, su realización de forma ambulatoria parece segura en nuestro medio. No se han identificado diferencias en las HDA frente a realizadas con ingreso de 24 horas, indistintamente de la etiología, la clasificación Child-Pugh o indicación. Además, se evitan ingresos innecesarios en paciente crónicos, mejorando tanto su satisfacción como la utilización de los recursos sanitarios disponibles.

CO-27. UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN DE NIVELES Y ANTICUERPOS ANTI-INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PRÁCTICA CLÍNICA

VALDÉS DELGADO, T¹; GUERRA VELOZ, MF¹; VILCHES ARENAS, Á²; MALDONADO PÉREZ, B¹; CASTRO LARIA, L¹; ARGÜELLES ARIAS, F¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²SERVICIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Los anti-TNF son el pilar en la terapia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sin embargo, un 20-30% de los pacientes tendrán un fallo primario, y un 30-40% un fallo secundario. La medición de niveles de fármaco y sus anticuerpos puede ayudar a personalizar el manejo posterior en estos pacientes. El objetivo de nuestro estudio es analizar la utilidad de la medición de niveles y anticuerpos de infliximab (IFX).

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional y prospectivo constituido por una cohorte de pacientes con EII en tratamiento con IFX entre julio 2016 a marzo 2018. Se realizaron entre 3-4 mediciones de los niveles valle del fármaco, en la mayoría de los casos se ajustó la terapia según el algoritmo del estudio TAXIT (rango terapéutico aceptado 3-7 µg/ml) y la clínica del paciente.



Figura 1
Algoritmo 1: Actitud terapéutica en pacientes con niveles en rango 27,5%

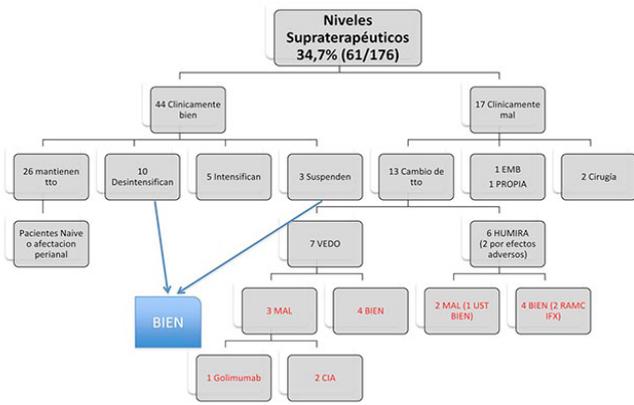


Figura 2 Algoritmo 2: Actitud terapéutica en pacientes con niveles supraterapéuticos 34,7%

En un 38,1% (67/176) los niveles estaban en rango infraterapéutico (1,1±0,9 µg/ml). De ellos, en 38 casos estaban en remisión clínica (14/38 continuaron con misma dosis de IFX), y en 53 pacientes se tomó alguna actitud terapéutica 10/53 intensificaron IFX, y 39/53 suspendieron IFX, 14 por curación mucosa y 20 cambiaron a otro tratamiento, 3/20 a vedolizumab, 9/20 a adalimumab, 3/20 ustekinumab y los 5/20 restantes se mantuvieron con inmunosupresores.

Conclusiones

La determinación de los niveles IFX añade a la práctica clínica habitual un parámetro objetivo para individualizar el ajuste de los tratamientos terapéuticos. En nuestro estudio en un 60% la actitud terapéutica ha estado guiada por los niveles.

CO-28. CARGA Y VARIABILIDAD EN EL MANEJO DE PACIENTES CON EHGNA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: HACIA CRITERIOS UNIFICADOS

PÉREZ PALACIOS, D; SÁNCHEZ-TORRIJOS, Y; AMPUERO, J; GALLEGO-DURÁN, R; PASTOR-RAMÍREZ, H; RATZIU, V; ROMERO-GÓMEZ, M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

Evaluar la prevalencia de la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) en la consulta ambulatoria de Enfermedades Digestivas y describir la utilización de los recursos de salud.

Material y métodos

Estudio prospectivo y observacional que incluyó a 403 pacientes atendidos en la consulta externa de Enfermedades Digestivas. Los pacientes con sospecha de enfermedad hepática fueron atendidos en tres meses al azar durante 2016. Analizamos la prevalencia general de EHGNA, la gravedad de la enfermedad, la heterogeneidad del diagnóstico final, el uso de los recursos de salud y sus respectivos costos.

Resultados

El principal motivo de consulta fue la hipertransaminasemia (42,9%, 173/403), seguido del anti-VHC positivo (28,5%, 115/403). EHGNA fue el diagnóstico definitivo en el 29,8% (120/403), de los cuales fueron remitidos por hipertransaminasemia el 69,2% (83/120) y debido a la esteatosis por ultrasonografía el 24,2% (29/120).

El manejo de pacientes con EHGNA incluyó perfil bioquímico en 116/120 (96,7%), ecografía abdominal en 106/120 (88,3%), serología viral en 95/120 (79,2%) y autoanticuerpos para descartar hepatitis autoinmune en 84/120 (70%). Sin embargo, la fibrosis por métodos no invasivos (elastometría, NAFLD Fibrosis Score o FIB-4) se evaluó en solo 15/120 (12,5%). En un análisis post-hoc, el 12,1% (17/120) tenían fibrosis avanzada por FIB-4. La ecografía hepática

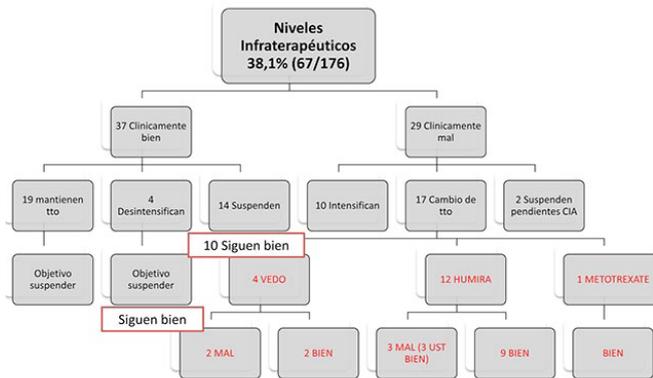


Figura 3 Algoritmo 2: Actitud terapéutica en pacientes con niveles infraterapéuticos 38,1%

Resultados

Se incluyeron 176 pacientes, un 57,4% (101/176) eran hombres con una edad media de 39,6±13,1 años. El 64,8% presentaban EC (101/176) y el 33,5% CU (59/176). El 63,6% (112/176) presentaban afectación perianal. En el 82,9% (146/176) se disponían de dos determinaciones.

En un 27,3% (48/176) los niveles estaban en rango terapéutico, media de 4,7±1,2 µg/ml. De ellos, 39 estaban en remisión clínica (26/39 continuaron con misma dosis de IFX) y en 22 pacientes se tomó alguna actitud terapéutica, 9/22 suspendieron IFX, 2 por curación mucosa y 5 cambiaron de tratamiento, 3/5 cambiando a vedolizumab y 2/5 a adalimumab.

En un 34,7% (61/176) los niveles estaban en rango supra-terapéutico (13,1±5 µg/ml). De estos, 43 estaban en remisión clínica (26/43 continuaron con misma dosis de IFX), y en 35 pacientes se tomó alguna actitud terapéutica 10/35 desintensificaron IFX, y 19/35 suspendieron IFX, 2 por curación mucosa y 13 cambiaron de tratamiento, 6/13 a vedolizumab, 5/13 a adalimumab, 1/13 a ustekinumab y 1/13 se mantuvo con azatioprina.

mostró hiperecogenicidad en 73/106 (65%) y características de enfermedad hepática crónica en 17/106 (15%). El tiempo promedio para el diagnóstico fue de 2,23±0,8 visitas. La terminología utilizada para definir el diagnóstico clínico fue heterogénea: a) esteatosis hepática 48,3% (58/120); b) esteatohepatitis no alcohólica 15% (18/120); c) hígado graso 15,8% (19/120); d) síndrome metabólico 13,3% (16/120); e) hepatopatía de origen mixto 7,5% (9/120). En 6 pacientes se indicó una intervención farmacológica, en 2 casos se realizó una biopsia hepática y 6 pacientes fueron remitidos a un especialista diferente. El costo promedio hasta el diagnóstico (incluidos analíticos, autoanticuerpos, serología viral y ecografía abdominal, con una media de 2,5 consultas) fue de 570,78€ por paciente, siendo el estudio más costoso el de anticuerpos antinucleares, con un gasto total en esta cohorte de 68.493,6€.

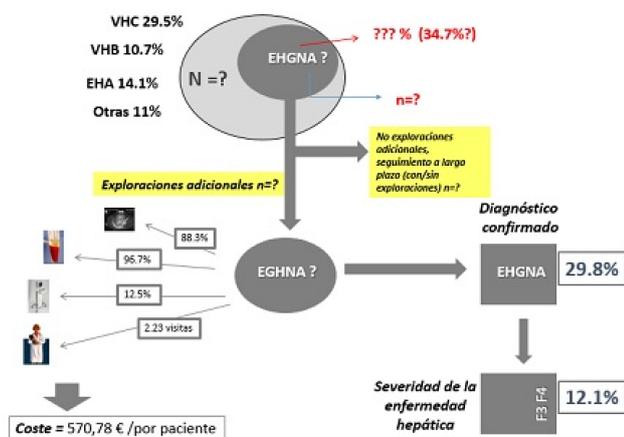


Figura 1 Prevalencia de la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) en la consulta ambulatoria de Enfermedades Digestivas.

Conclusiones

EGHNA es la causa más frecuente de hipertransaminasemia en la consulta de enfermedades hepáticas. Se detectó fibrosis hepática avanzada en 1 de cada 8 pacientes con hígado graso no alcohólico y debe explorarse de manera rutinaria mediante métodos no invasivos. Los programas educativos son obligatorios para mejorar la conciencia, el conocimiento y la gestión en el continuo cuidado de EGHNA.

CO-29. INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL EN EHGNA: ESTUDIO GENÉTICO Y FUNCIONAL DE FGF-21

GALLEGO-DURÁN, R¹; MARTÍN, F²; AMPUERO, J¹; DEL CAMPO, JA³; PASTOR-RAMÍREZ, H¹; PAREJA, MJ⁴; GIL-GÓMEZ, A¹; ÁLVAREZ-AMOR, L²; MONTERO-VALLEJO, R¹; RICO, MC¹; MILLÁN, R¹; ROJAS, A¹; MUÑOZ, R¹; MAYA, D¹; GATO, S¹; ARIAS-LOSTE, MT⁵; ABAD, J¹; CALLEJA, JL¹; ANDRADE, R⁶; CRESPO, J⁵; GARCÍA-MONZÓN, C⁷; ROMERO-GÓMEZ, M¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²LABORATORIO

ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA ³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. ⁴DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ⁵UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER ⁶UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA, MADRID

Introducción

Evaluar el papel de FGF21 en la enfermedad hepática por depósito de grasa no alcohólica (EGHNA).

Material y métodos

Este estudio incluyó:

(i) Evaluación de la expresión de FGF21 en hígado de pacientes (n=20, 10/20 NASH, 10/20 esteatosis simple) y en células mononucleares de sangre periférica (PBMC) (n=30).

(ii) Evaluación de FGF21 circulante en suero de 38 pacientes (n=38, 19/38 NASH, 19/38 esteatosis simple).

(iii) Análisis de un polimorfismo de nucleótido simple (SNP) localizado en el gen FGF21 (rs838133) en 225 pacientes, así como del SNP localizado en PNPLA3 (rs838409). La evaluación de daño hepático se realizó mediante Kleiner, analizando la fibrosis y el NAS score. La fibrosis significativa (F2- F3-F4) se evaluó de forma semicuantitativa.

(iv) Evaluación de acumulación intrahepática de fgf21 por inmunohistoquímica en un modelo de ratón C57BL/6J con dieta rica en grasa y deficiente en metionina y colina (HFD-MCD).

Resultados

(i) La expresión hepática de FGF21 se encontró sobre-expresada en NASH (3,45±4,0) vs esteatosis simple (0,63±0,90). Además, estaba asociada al índice de masa corporal (r=0,75; p=0,004) y a los valores de HOMA-IR (r=0,79, p=0,001). No se detectaron productos de PCR en PBMC.

(ii) Los pacientes con NASH (2,17±0,77 vs. 1,55±0,79; p=0,025) y degeneración balonzante (2,30±0,71 vs. 1,69±0,76; p=0,045) mostraron niveles incrementados de FGF21 en suero. Los niveles de FGF21 correlacionaron significativamente con la puntuación NAS Score (r=0,364, n=37, p=0,027). Ningún paciente presentó niveles de FGF21 por debajo del límite de cuantificación.

(iii) Tras el estudio multivariado, las variables asociadas de manera independiente con la fibrosis significativa fueron: Alelo A del SNP rs838133 de FGF21 [OR 3,91 (IC95% 1,09-14,06); p=0,006]; edad [OR 1,07 (IC95% 1,03-1,11); p=0,001]; diabetes mellitus tipo 2 [OR 4,08 (IC95% 1,51-10,97); p=0,005] y finalmente la ALT [OR 1,03

[IC95% 1,01-1,04]; p=0,000]. El AUROC obtenida para la predicción de fibrosis significativa fue de 0,89 [IC 95% CI 0,85-0,95].

(iv) Los niveles de expresión proteicos de fgf21 analizados por inmunohistoquímica se encontraron incrementados en hígados de ratones HFD-MCD vs controles (p<0,001).

Conclusiones

La expresión del gen de FGF21, tanto a nivel hepático como circulante, se encontró incrementada en pacientes con NASH. Ser portador del genotipo AA de FGF21 confiere susceptibilidad al desarrollo de fibrosis significativa, así como portar el genotipo GG de PNPLA3 al desarrollo de NASH. En el modelo animal la expresión de extractos proteicos de fgf21 se asoció a la presencia de lesión hepática. Agradecimientos: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PC-0148-2016-0148) e Instituto de Salud Carlos III (PI16/01842).

CO-30. UTILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN EL ESTUDIO DE INTESTINO DELGADO EN EL ÚLTIMO AÑO EN NUESTRO HOSPITAL

ORTEGA-SUAZO, EJ; ABELLÁN-ALFOCEA, P; MARTIN-RODRIGUEZ, MM; FERNÁNDEZ-CANO, MC; RODRÍGUEZ-SICILIA, MJ; SÁNCHEZ-CAPILLA, D

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

La cápsula endoscópica (CE) es un método útil en la identificación de patologías de intestino delgado (ID). Sus principales indicaciones son: sangrado de ID, enfermedad de Crohn (EC), tumores, dolor abdominal incierto, enfermedad celiaca, etc. Con nuestro estudio describimos los principales hallazgos encontrados, su utilidad en términos de si estos y su tratamiento específico, modifican la evolución de la enfermedad.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo que analiza las CE realizadas en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves entre el 01/01/17 al 01/01/18. Se obtuvieron datos demográficos como edad y sexo así como comorbilidades, tratamiento domiciliario, endoscopia digestiva alta/baja (EDA/EDB) y pruebas de imagen previas, indicaciones, hallazgos, tratamientos recibidos y complicaciones. Además determinamos qué porcentaje presentaba posible sangrado oculto (anemia ferropénica) vs. manifiesto (melenas/hematoquecia), y quienes de ellos sangrado agudo durante la prueba.

Resultados

N=59, 30,5% hombres. Edad media: 53 años. Comorbilidades más frecuentes: HTA (40,7%), DMII (28,8%) y Cardiopatía (n=15, 25,4%),

12 de ellos presentaban angiodisplasias. Tratamiento domiciliario: antiagregantes (11,9%), anticoagulantes (8,5%), AINES de forma continua (3,4%). La mayoría (86,4%) se realizó EDA/EDB previamente. Principales indicaciones: anemia ferropénica (39%), sospecha de EC (22%) y melenas/hematoquecia (16%). Hallazgo más frecuente: lesión inflamatoria (35,5%) y angiodisplasias (27,1%), 2 pacientes presentaron sangrado activo sin objetivar la causa. De los 59 pacientes, 8 presentaban lesiones con datos de sangrado agudo durante la prueba. De los 10 pacientes con sangrado manifiesto, 6 presentaban sangrado intestinal agudo y 7, lesiones que podían explicar la clínica. De los 23, con sangrado oculto, sólo 1 presentaba sangrado intestinal agudo y 15, lesiones que podían explicar dicha clínica. Se confirmó EC en 4 de los 13 pacientes con sospecha. Complicaciones: 1 paciente retención de la cápsula en cavidad gástrica y otro obstrucción intestinal que resolvió. El 30,5%, recibió tratamiento específico.

Número de pacientes	59
Sexo	Mujeres: 41 (69.5%). Hombres: 18 (30.5%)
Edad (media:±DS)	53 años±21.6
Comorbilidades	Cardiopatía: 15 (25.4%), Enfermedad renal crónica: 4 (6.8%), HTA: 24 (40.7%), DM II: 17 (28.8%)
Tratamiento domiciliario	Antiagregantes: 7 (11.9%), Anticoagulantes: 5 (8.5%), AINES: 2 (3.4%)
Endoscopia previa	EDA: 2 (3.4%), EDB: 2 (3.4%), EDA + EDB: 51 (86.4%)
Pruebas de imagen previas (Ecografía, TAC, RMN, Tránsito intestinal, PET-TAC, Angiografía.)	Ecografía abdominal: 20 (33.9%), Tránsito intestinal: 2 (3.4%), PET-TAC: 1 (1.7%), 2 pruebas de imagen: 8 (13.6%), 3 pruebas de imagen: 5 (8.5%), Ninguna: 23 (39%)
Indicaciones de la CE	Anemia ferropénica: 23 (39%) Melenas / Hematoquecia: 10 (16%) Sospecha de Enfermedad inflamatoria intestinal: 13 (22%) Dolor abdominal: 8 (13.6%) Diarrea crónica: 1 (1.7%) Síndrome constitucional: 4 (6.8%)
Hallazgos	Angiodisplasias:16 (27.1%) Pólipos: 3 (5.1%) Lesión inflamatoria: 21 (35.5%) Atrofia vellositaria: 3 (5.1%) Divertículo: 1 (1.7%) Lesión tumoral: 1 (1.7%) Sangrado activo sin objetivar causa: 2 (3.4%) Insatisfactoria: 2 (3.4%) Normal: 10 (16.9%)
Sangrado activo durante la prueba	8 (13.6%)
Tiempo de llegada al píloro (media:±DS)	35.6 ± 36.1
Tiempo de llegada al ciego (media:±DS)	333.58 ± 121.4
Tratamiento	Coagulación con argón: 5 (8.5%), Talidomida: 1 (1.7%), Mesalazina/corticoides: 7 (11.9%), Cirugía: 2 (3.4%), Embolización arterial: 1 (1.7%), Dieta sin gluten: 2 (3.4%), Otros: 5 (8.5%), Ninguno: 36 (61%)

Figura 1 Características basales de los pacientes y resultados.

Sospecha de sangrado	Presencia de sangrado intestinal activo	Ausencia de sangrado intestinal activo
Oculto (n=23)	1	22
Manifiesto (n=10)	6	4

Figura 2 Sangrado digestivo activo.

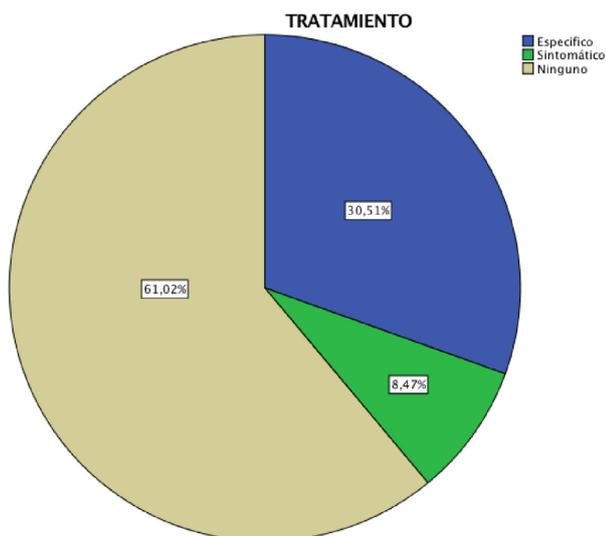


Figura 3 Tratamiento recibido.

Conclusiones

En nuestro estudio tanto en el sangrado oculto como manifiesto, el número de pacientes a los que se detectó una posible lesión causante fue considerable; independientemente si presentaba o no sangrado activo en ese momento. La CE motivó en aproximadamente un tercio de los pacientes a tratamiento específico, consiguiendo detectar lesiones en casi el 80%, modificando por tanto la conducta terapéutica. En el caso de anemia ferropénica con CE y resto de pruebas normales, nos ayuda a profundizar en el estudio de causas no digestivas y actuar en consecuencia. No olvidar la utilidad en el diagnóstico y seguimiento de otras enfermedades (EC, celiaquía, etc). Debido a esto y por su seguridad y no invasividad es una herramienta importante en el estudio de las patologías del ID.

CO-31. MANEJO CONSERVADOR DE COLECISTITIS AGUDA POR SOSPECHA DE COLEDOCOLITIASIS CONCOMITANTE: PUNTO DE CORTE DE BILIRRUBINA TOTAL AL INGRESO COMO PREDICTOR DE COLEDOCOLITIASIS E ÍNDICE DE REINGRESOS POR COMPLICACIONES BILIARES EN PACIENTES NO INTERVENIDOS

CADENA HERRERA, ML; LARA ROMERO, C; BELVIS JIMÉNEZ, M; ROMERO VÁZQUEZ, J; CORDERO RUÍZ, P; BELLIDO MUÑOZ, F; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Identificar el punto de corte de bilirrubina total al ingreso como predictor de la presencia de coledocolitiasis concomitante en pacientes con colecistitis aguda manejada conservadoramente, así como evaluar la tasa de reingresos por complicaciones biliares en estos pacientes.

Material y métodos

Se recogieron retrospectivamente los datos del periodo entre junio de 2015 a octubre de 2017 de pacientes admitidos con diagnóstico de colecistitis aguda según criterios de la Guía de Tokyo y sospecha de alto riesgo de coledocolitiasis de la American Association for Gastroenterology-ASGE: coledocolitiasis en ecografía, bilirrubina >4 mg/dL, bilirrubina >1,8 mg/dL con dilatación de la vía biliar y/o presencia de colangitis. Se excluyen menores de 18 años, estenosis de vía biliar, hepatopatía con pruebas de función hepática alteradas, cirugía hepatobiliar previa, gastrectomía y colecistostomía.

Resultados

Se incluyeron 88 pacientes en el estudio. La colecistectomía fue postergada en 64 pacientes (72,2%), se desestimó la intervención en 19 (21%) y sólo cinco (5,7%) se intervinieron en el episodio agudo. La presencia de coledocolitiasis se confirmó en 39,8% de los casos, sea mediante la visualización ecográfica o con colangiRMN (Tabla 1). En pacientes con vía biliar normal en ecografía, los valores de bilirrubina al ingreso y durante los tres primeros días fueron significativamente más elevados cuando se asociaba a coledocolitiasis. El corte del valor de bilirrubina al ingreso capaz de predecir la presencia de coledocolitiasis en estos pacientes fue de 7,1 mg/dL (sensibilidad 80%, especificidad 81,6%), OR 1,8 [(1,1-2,9); p=0,14] y AUC=0,87 [(0,75-0,98), p=0,008] (Tabla 2). La mediana de estancia hospitalaria fue de 9,5 días (IC 95% 8,77-14,28) y la mediana de tiempo entre el episodio y la colecistectomía programada, de 68 días (IC 95% 59,29-109,22) para los 44 pacientes intervenidos, 20 todavía estaban en espera a los 3 meses del ingreso. La tasa de reingresos por complicaciones biliares (nuevo episodio de colecistitis aguda, colangitis o pancreatitis aguda biliar) en los pacientes no intervenidos fue del 24,1%.

Población	N	%.
Sexo		
Hombres	52	59.1
Mujeres	36	40.9
Unidad de ingreso		
Cirugía	8	9.1
Digestivo	67	76.1
Otras	13	14.8
Hallazgos ecográficos al ingreso		
Vía biliar normal	43	48.9
Dilatación de colédoco	28	31.8
Evidencia de coledocolitiasis	17	19.3
ASA		
I	15	17
II	28	31.8
III	33	37.5
IV	12	13.6
Colecistectomía		
Urgente	5	5.7
Reglada	64	72.7
Desestimada	19	21.6
Reingreso por complicaciones biliares en tres meses		
Si	20/83	24.1
No	58/83	65.9
Cirugía urgente en reingreso		
Si	3	3.4
No	10	11.4
Total	88	100

Tabla 1

		Confirma coledocolitiasis				Descarta coledocolitiasis				(p)
		n	Min/máx	Me	p25-p75	n	Min-máx	Me	p25-p75	
Dilatación de vía biliar extrahepática	Bilirrubina T. Ingreso	13	2-8.8	3.6	4-7	15	2-10	5.2	4.7	0.363
	Bilirrubina T. Máxima		2.5-15.5	4.1	2.9-7.8		3-10	5.2	4.1-7.6	
Vía biliar extrahepática normal	Bilirrubina T. Ingreso	5	6.5-10.8	7.2	6.8-10.7	28	4-12	5.1	4.3-6.6	0.005
	Bilirrubina T. Máxima		6.5-10.8	9.6	6.9-10.6		4-12	5.53	4.6-6.8	

Tabla 2

Resultados: puntos de corte de bilirrubina.

Conclusiones

En la mayoría de pacientes ingresados con colecistitis aguda se postergó la colecistectomía ante la sospecha de coledocolitiasis concomitante; sin embargo, en menos del 40% de los casos llegó a confirmarse. Esto ha demostrado una tasa de reingresos por complicaciones biliares mayor al 20% en los pacientes tratados de forma conservadora.

El valor de bilirrubina al ingreso identificado como predictor de coledocolitiasis en aquellos pacientes con vía biliar normal en la ecografía, que resultan los más conflictivos en cuanto al manejo, fue mayor que el establecido en las guías de la ASGE.

CO-32. ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI CON CUÁDRUPLE TERAPIA CON BISMUTO EN NUESTRO MEDIO (PYLERA®): EFICACIA, SEGURIDAD Y TERAPIA DE RESCATE TRAS FALLOS DEL TRATAMIENTO

VALDÉS DELGADO, T; MORENO MÁRQUEZ, C; GÓMEZ RODRÍGUEZ, JB; CASTRO LARIA, L; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Recientemente se han dado cambios en los esquemas de tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*, recomendándose en la actualidad las cuádruples terapias desde la primera línea de tratamiento, para mejorar la eficacia de la erradicación.

Objetivos

Analizar los resultados del tratamiento con cuádruple terapia con bismuto (Pylera®) en nuestro medio.

Material y métodos

Se ha recogido de forma prospectiva desde febrero 2016 a febrero 2018 todos los pacientes tratados de forma consecutiva con Pylera® en consultas de Digestivo. Se han incluido 195 pacientes que habían completado todas las visitas de seguimiento.

El principal diagnóstico endoscópico fue de dispepsia funcional (79%), úlcera péptica (7,1%), anemia crónica (6,2%) y otros (7,7%).

Las principales características epidemiológicas se reflejan en la Tabla 1. Se han analizado: la eficacia global, el cumplimiento y la tolerancia al tratamiento (aparición de efectos secundarios), así como la terapia de rescate utilizada en los fallos erradicadores de Pylera®.

Nombre	Pie	Tipo	Previsualizar																					
Tabla 1	Características de los pacientes (n=195)	Tabla	<table border="1"> <tr> <td>Sexo</td> <td>126 Mujeres</td> <td>64,60%</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>50 +/- 15 años</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fumadores</td> <td>20</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>1ª Línea de tratamiento</td> <td>150</td> <td>76,90%</td> </tr> <tr> <td>2ª Línea de tratamiento</td> <td>30</td> <td>15,40%</td> </tr> <tr> <td>3ª Línea de tratamiento</td> <td>12</td> <td>6,20%</td> </tr> <tr> <td>4ª Línea de tratamiento</td> <td>3</td> <td>01,50%</td> </tr> </table>	Sexo	126 Mujeres	64,60%	Edad	50 +/- 15 años		Fumadores	20	10%	1ª Línea de tratamiento	150	76,90%	2ª Línea de tratamiento	30	15,40%	3ª Línea de tratamiento	12	6,20%	4ª Línea de tratamiento	3	01,50%
Sexo	126 Mujeres	64,60%																						
Edad	50 +/- 15 años																							
Fumadores	20	10%																						
1ª Línea de tratamiento	150	76,90%																						
2ª Línea de tratamiento	30	15,40%																						
3ª Línea de tratamiento	12	6,20%																						
4ª Línea de tratamiento	3	01,50%																						

Tabla 1

Características epidemiológicas.

Resultados

La eficacia erradicadora global de la terapia fue del 94,4% de los casos (n=184/195). Según la línea de tratamiento el éxito en primera línea fue del 96,5%, en segunda fue del 90%, en tercera 83% y en cuarta 66%. 11 pacientes no erradicaron: 2 abandonaron el tratamiento y 9 completaron (5 en primera línea, 1 en segunda, 2 en tercera y 1 en cuarta). En ellos se usaron terapias con quinolonas: cuádruples con levofloxacino y bismuto o triples con moxifloxacino como terapia erradicadora de rescate de forma satisfactoria.

La tolerancia del tratamiento fue buena, excepto en 5 pacientes (2,6%) refirieron no tolerarlo adecuadamente. La eficacia fue del 92,9% en pacientes con buena tolerancia, del 6% sí era regular y del 1,1% sí era mala (p=0,002).

La frecuencia de falta de cumplimiento completo de la terapia fue del 2,1% (4 pacientes). El éxito erradicador fue del 98,9% sí se completó el tratamiento comparado con el 1,1% sí se abandonaba antes de terminar (p=0,005).

Un 30% de pacientes presentaron efectos adversos (Tabla 2), predominando las náuseas y la diarrea.

Conclusiones

Según nuestros resultados la terapia cuádruple con bismuto es eficaz y segura con un 94,4% de tasa de éxito. La eficacia del tratamiento se asoció a un cumplimiento completo y buena tolerancia al mismo. La mayoría de los efectos secundarios son leves y no obligaron a suspender el tratamiento. La terapia de rescate óptima ante los fallos de la misma son regímenes con quinolonas de tercera generación.

COMUNICACIONES PÓSTER ÁREA ENDOSCOPIA

CP-001. ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA COMO TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA EN EL ESÓFAGO DE BARRETT. EXPERIENCIA LOCAL.

BELVIS JIMÉNEZ, M; GUERRA VELOZ, MF; CHAARO, D; HERGUETA, P; CAUNEDO, A; RODRIGUEZ-TÉLLEZ, M

DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El esófago de Barrett (EB) es el resultado de la lesión producida por la exposición crónica del epitelio del esófago al reflujo gastroesofágico, reemplazándose el epitelio escamoso estratificado que normalmente se encuentra en el esófago distal por un epitelio columnar metaplásico. Esto supone un factor de riesgo

para el desarrollo de adenocarcinoma esofágico. El objetivo del tratamiento con ablación por radiofrecuencia (RFA) es destruir el epitelio metaplásico que haya desarrollado displasia en la evolución con corriente eléctrica y estimular la reaparición del epitelio plano estratificado del esófago distal.

Objetivo

Analizar la eficacia del tratamiento con HALO en pacientes con EB y displasia remitidos a la Unidad de Endoscopias.

Material y métodos

Realizamos un estudio descriptivo en el que incluimos a todos los pacientes con EB con displasia tratados mediante RFA desde junio 2011 hasta octubre de 2018 en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

Resultados

Desde el 2011, se han tratado con RFA un total de 25 pacientes en nuestro centro, la mayoría de ellos varones (24/25), con una media de edad de 58 años (rango 41-84 años). La indicación de la realización del procedimiento fue: displasia de bajo grado (DBG) en el 80% (20/25), y displasia de alto grado (DAG) en el 20% (5/25). La longitud del EB osciló entre 2 y 14 cm (media 7 cm).

21 pacientes fueron tratados inicialmente con catéter circunferencial (HALO/Barxx 360º) y 4 con catéter focal (HALO/Barxx-90). Se realizó una media de 2 sesiones, con un máximo de 3 sesiones en cuatro pacientes. La endoscopia de control se realizó 12 semanas post-RFA.

Paciente	Sexo	Edad	Clasificación de Praga	Número sesiones	Tipo RFA	Indicación RFA	Control Histológico
1	H	55	C3M3	2	Halo 360 + 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
2	H	64	C4M5	3	Halo 360 + 90	DAG	no metaplasia, ni displasia
3	H	66	C1M2	2	Halo 360 + 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
4	H	62	C5M7	2	Halo 360 + 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
5	H	61	C2M5	1	Halo 360	DAG	Lesiones sobrelevadas/DAG
6	H	64	C2M4	1	Halo 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
7	H	68	C0M3	1	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
8	H	70	C3M4	3	Halo 90	DAG	EB con DBG
9	H	52	C3M5	2	Halo 360 + 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
10	H	41	C2M4	1	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
11	H	57	C3M5	3	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
12	H	43	C2M7	2	Halo 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
13	H	64	C11M11	3	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
14	H	84	C12M13	1	Halo 360	DAG	no metaplasia, ni displasia
15	H	55	C4M7	1	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
16	H	42	C10M10	2	Halo 360	DBG	EB sin displasia
17	H	55	C7M10	1	Halo 360	DBG	EB con DAG
18	H	75	C5M8	1	Halo 360	DBG	EB con DBG
19	H	41	C4M7	1	Halo 360	DBG	
20	H	51	C13M14	1	Halo 360	DBG	EB con DBG
21	H	50	C1M2	1	Halo 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
22	M	59	C4M8	1	Halo 360	DBG	
23	H	58	C8M8	1	Halo 360	DBG	extensa metaplasia intestinal
24	H	51	C4M6	1	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
25	H	70	C1M13	1	Halo 360	DAG	no metaplasia, ni displasia

Tabla 1
Pacientes HALO.