

# XXVIII | Societat CONGRÉS | Catalana de Digestologia

24 al 26 de gener 2019  
Palau de Congressos de Tarragona

24<sup>è</sup> CURS DE FORMACIÓ  
EN DIGESTOLOGIA

4<sup>t</sup> TALLER VIDEOFÒRUM  
D'ENDOSCÒPIA

4<sup>t</sup> CURS EN INVESTIGACIÓ BÀSICA I  
TRANSLACIONAL EN DIGESTOLOGIA



**SESSIONS  
DE COMUNICACIONS  
ORALS  
I PÒSTERS**

Organitza



Societat  
Catalana de  
Digestologia

**SESSIONS  
DE COMUNICACIONES  
ORALS**

# SESSIÓ DE COMUNICACIONS I (1-8)

**Conclusions:** La toma de biopsias intrabiliares es factible en un porcentaje muy alto de pacientes. Independientemente de la etiología de la estenosis biliar el orden de la toma de muestras (primero citología y luego biopsia o al revés) no altera la tasa de acierto diagnóstico. La sensibilidad y la exactitud diagnóstica se incrementa sustancialmente cuando por se asocian ambas técnicas (citología+biopsia).

## 1 Estudio comparativo de citología-biopsia en estenosis biliar extrahepática (EBE) mediante CPRE. ¿Qué es mejor hacer primero? (CITBIOP vs BIOPCIT)

**Autores:** Miñana Calafat, Josep Maria 1; Figa Francesch, Monserrat 2; Vargas García, Alba 2; Domper Arnal, Maria José 1; Torres Vicente, Gisela 1; Miguel Salas, Isabel 1; Reñé Espinet, Josep Maria 1; González-Huix Lladó, Ferrán 1,2  
**Institución:** 1 Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, 2 Clínica Girona

**Introducción:** El diagnóstico anatomopatológico de las EBE con citología y biopsia es del 60%. Se desconoce si el orden de la toma de muestras (CITBIOP vs BIOPCIT) puede mejorar la precisión diagnóstica en función del tipo de estenosis (benigna; colangiocarcinoma o tumor pancreático).

**Objetivo:** Determinar la precisión de la citología y biopsia y del orden en la toma de muestras mediante CPRE en el diagnóstico de EBE.

**Material y método.** Estudio prospectivo bicéntrico controlado y aleatorizado. Incluye 130 pacientes con EBE (Enero/2015-Abril/2018). Toma aleatoria de muestras mediante citología-biopsia vs biopsia-citología. Se evalúan variables demográficas y calidad de la muestra: impresión del endoscopista/enfermera, nº pases, diagnóstico citológico/histológico, capacidad de paso de pinza de biopsia pediátrica (BostonScientific), diagnóstico acertado (por AP, evolución clínica: seguimiento 6 meses).

**Resultados:** Se incluyeron 130 pacientes (54.6% hombres; edad  $72.5 \pm 13.84$ ). Se consiguió pasar la pinza en 93.1%. Un 63.1% de las EBE fueron malignas (vía biliar: 48.8%; páncreas: 48.8%; otros: 0.2%). Se acertó el 95.8% de los casos de estenosis benignas y el 79.3% de malignas. No hubo diferencias significativas en orden de toma de muestras (benignas/malignas o colangioCa/páncreas), número de biopsias ni en la impresión endoscopista/enfermera. La especificidad y VPN de citología y biopsia fue del 100%; la sensibilidad fue: citología=62.7% y biopsia=63.7% con un aumento hasta el 78% al combinar ambas técnicas. La exactitud diagnóstica fue 76.1% en citología, 76.9% biopsia y del 85.4% en ambas.

## 2 Paper de l'antitrombina a les trombosis venoses esplàcniques

**Anna Baiges Aznar 1; ME Morena-Barrio 2; Fanny Turon 1; JA Ferrusquía 1; Marta Magaz 1; Claudia Berbel 1; Virginia Hernández-Gea 1; Juan Carlos Reverter 3; Javier Corral 2; Juan Carlos García-Pagán 1**

*1 Barcelona Hepatic Hemodynamic Laboratory, Liver Unit, Hospital Clínic de Barcelona, Spain, 2 Centro Regional de Hemodonacion. Servicio de Hematología y Oncología Médica, Hospital Universitario, 3 Department of Haemotherapy and Haemostasis, Hospital Clínic de Barcelona, Spain*

Les causes de trombosis esplàcniques (TVE) són alteracions trombofíliques i processos inflamatoris locals, però en 30% dels casos no s'identifica causa subjacent. No identificar una trombofília condicional que no s'administrés tractament anticoagulant incrementant el risc retrombòtic.

El dèficit d'antitrombina (AT), la trombofília més greu, és causada per mutacions al gen SERPINC1. Recentment s'ha suggerit l'existència de dèficits d'AT transitoris provocats per la combinació d'alteracions moleculars i factors ambientals. També s'han identificat alteracions de la N-glicosilació causants de dèficit d'AT.

No obstant, únicament es determina l'activat antiFXa per al cribatge d'AT.

La incidència de TVE entre pacients amb dèficit d'AT no està ben establerta.

**Objectiu:** Avaluar incidència de TVE en el dèficit d'AT i el paper de l'anàlisi molecular d'AT a les TVE.

**Mètodes:** S'analitzà la incidència de TVE entre 715 pacients amb dèficit d'AT. A més, s'estudiaren 89 pacients amb TVE en els que per mètodes convencionals s'havia exclòs dèficit d'AT. S'analitzaren paràmetres funcionals i antigènics d'AT així com seqüenciació i MLPA del gen SERPINC1.

**Resultats:** 14 dels 715 pacients amb dèficit d'AT desenvoluparen TVE(2%).

4 dels 89 pacients amb TVE presentaven alteracions d'AT: una provocada per trastorns de glicosilació (TVE associada a pancreatitis que no s'anticoagulà, presentant 2 anys més tard un TEP) i 3 per mutacions heterozigotes de SERPINC1.

Dels pacients amb mutació de SERPINC1, un pacient amb factor local tenia una variant no descrita prèviament (p.Gly199Arg; c.595G>A) potencialment patogènica. El pacient no s'anticoagulà ni presentà recurrència trombòtica (seguiment 9 anys). Els altres 2 pacients desenvoluparen TVE secundàriament a neoplàsies mieloproliferatives (NMP): en un s'identificà el canvi c.438C>T (p.Ala156Ala), descrit amb molta baixa freqüència a la població general, la trombosi progressiva malgrat anticoagulació; l'últim pacient tenia el canvi c.89T>A (p.Val30Glu) que facilita la pèrdua transitòria d'activitat anticoagulant en condicions d'estrès. S'anticoagulà per la NMP i no presentà nous episodis de trombosi (seguiment 7 anys).

**Conclusió:** la incidència de TVE en pacients amb dèficit d'AT és destacada (2%). L'estudi molecular de SERPINC1 en pacients amb TVE podria identificar casos en els que l'AT estaria implicada en l'event trombòtic, de forma aïllada o en sinèrgia amb altres factors. Detectar aquestes alteracions influenciarà l'estratègia terapèutica per evitar futurs events trombòtics.

### 3 Caracterització clínica i molecular dels pacients amb càncer gàstric menor de 50 anys. Anàlisi d'un estudi multicèntric nacional

**Autors:** Anna Pocurull 1; Sabela Carballal 1,5,6; Miriam Cuatrecasas 1; Marta Garcia-Guix 2; Ana Cristina Alvarez 3; Teresa Ocaña 1,5,6; Ariadna Sánchez 1,5,6; Liseth Rivero 1,5,6; María Pellisé 1,5,6; Antoni Castells 1,5,6; Luis Bujanda 4,6; Leticia Moreira 1,5,6

**Institucions:** 1 Hospital Clínic de Barcelona, 2 Hospital Universitario de Bellvitge, 3 Hospital del Mar de Barcelona, 4 Hospital Universitario de Donostia, 5 IDI-BAPS, 6 CIBERehd

**Antecedents:** L'adenocarcinoma gàstric (CG) és un tumor freqüent amb elevada morbi-mortalitat. Un 10% dels pacients tenen antecedents familiars (AF) de CG i en el 5% existeix una causa genètica subjacent. Només un 7% es presenta abans dels 50 anys. Les característiques del CG jove han estat poc estudiades.

**Objectiu:** establir les característiques clíniques, histològiques i moleculars del CG jove (<50 anys).

**Mètodes:** estudi multicèntric retrospectiu nacional de pacients amb CG jove diagnosticats entre 1999-2018. Registre de la història clínica personal i familiar. Anàlisi immunohistoquímic (IHQ) de les proteïnes del sistema reparador del ADN (MLH1, MSH2, MSH6 i PMS2) en tumor parafinat. Anàlisi genètic germinal en pacients que compleixen criteris d'alguna síndrome hereditària.

**Resultats:** es van incloure 224 pacients: 93 (42%) dones, amb mediana d'edat al diagnòstic de 43 (rang 17-50) anys. Els tumors es localitzaven principalment al cos i antre, 55% i 25% respectivament. A nivell histològic: 75% eren difusos, 17% intestinals i 18% mixtes o inclassificables. Un 78% es va diagnosticar en estadi III/IV. Entre els factors de risc ambientals destaquen: tabaquisme en 51/127 (40%), consum d'alcohol en 51/105 (20%) i infecció per *Helicobacter pylori* en

16/56 (28%) casos.

En 15/108 (13,8%) existia AF de CG i 4/108 (5%) complien criteris de CG familiar. Es va realitzar IHQ de les proteïnes del sistema reparador del ADN en 88/224 (39%) tumors: 3/88 (3,4%) van presentar pèrdua del gen MLH1/PMS2, sense trobar mutació germinal. Dels 15 anàlisis genètics realitzats en 3 (20%) es va detectar una mutació germinal: 2 casos amb mutació patogènica en el gen BRCA2 i 1 cas amb mutació en el gen TP53.

**Conclusions:** la majoria dels CG d'aparició precoç són difusos i diagnosticats en estadi avançat. En aquest subgrup de pacients l'alteració del sistema de reparació de l'ADN és un esdeveniment infreqüent i per tant probablement poc útil. Tot i així, fins a un 13% presenten AF de CG i el 20% dels pacients que compleixen criteris d'estudi genètic, es troba alguna mutació germinal associada (BRCA2, TP53). Aquests resultats reforcen la importància de realitzar una història familiar completa i valorar l'ús emergent de panells multigen.

### 4 Desenvolupament i validació d'un índex de ressonància magnètica simplificat (MaRIAs) per a l'avaluació de la malaltia de Crohn

**Autors:** Ingrid Ordás 1; Jordi Rimola 1; Sonia Rodríguez 1; Jesús Castro-Poceiro 1; Agnès Fernández-Clotet 1; Marta Gallego 1; Àngel Giner 1; Anna M Ramírez-Morros 1; Rebeca Barastegui 1; Maica Masamunt 1; Elena Ricart 1; Julià Panés 1

**Institucions:** Ingrid Ordás 1; Jordi Rimola 1; Sonia Rodríguez 1; Jesús Castro-Poceiro 1; Agnès Fernández-Clotet 1; Marta Gallego 1; Àngel Giner 1; Anna M Ramírez-Morros 1; Rebeca Barastegui 1; Maica Masamunt 1; Elena Ricart 1; Julià Panés 1

**Introducció:** El MaRIA (Magnetic Resonance Index of Activity) és l'índex de ressonància magnètica (RM) més ben caracteritzat per l'avaluació de la malaltia de Crohn (MC). No obstant, té una sèrie de limitacions.

**Objectiu:** Desenvolupar i validar un índex simplificat de RM (MaRIAs) per avaluar de forma precisa l'activitat inflamatòria i la resposta terapèutica a la MC.

**Mètodes:** Per derivar el MaRIAs es van reanalitzar 98 RM de pacients inclosos a dos estudis prospectius on l'endoscòpia va ser el patró de referència (CDEIS). Per avaluar la capacitat de resposta i fiabilitat del MaRIAs es van reanalitzar 37 RM d'una cohort independent de pacients sotmesos a RM i endoscòpia abans i després d'una intervenció terapèutica. Es va comparar el rendiment diagnòstic entre el MaRIA original i el MaRIAs per detectar lesions actives i greus.

**Resultats:** L'anàlisi de regressió logística va identificar el gruix de la paret intestinal (>3mm), l'edema mural, les úlceres i l'estratificació del greix perienteric com a predictors independents d'activitat i es van utilitzar per tant com a descriptors del MaRIAs. La sensibilitat i especificitat del MaRIAs (per segment) per detectar malaltia activa mitjançant un punt de tall  $\geq 1$  va ser del 90% i 81%, respectivament (AUC 0.91, IC 95%: 0,88-0,94). Un punt de tall  $\geq 2$  va demostrar una elevada precisió diagnòstica per la identificació de lesions greus (úlceres), amb una

sensibilitat i especificitat de 85% i 92%, respectivament (AUC 0.94, IC 95%: 0.91-0.96). La correlació entre el MaRIAs i el CDEIS / MaRIA va ser excel·lent ( $R=0,82$  i  $R=0,91$ ;  $P<.001$ ). No hi va haver diferències pel que fa al rendiment diagnòstic entre el MaRIAs i el MaRIA original per detectar malaltia activa ( $P=0,7$ ) ni greu ( $P=0,5$ ). El MaRIAs va detectar de forma precisa els canvis en la gravetat de les lesions en resposta a una intervenció terapèutica (correlació canvis CDEIS-MaRIAs  $R=0.75$ ,  $P<.0001$ ) i va ser tan fiable com l'endoscòpia per a l'avaluació de la curació mucosa.

**Conclusió:** L'índex MaRIAs permet una avaluació més senzilla de l'activitat inflamatòria en la MC mantenint una elevada precisió tant pel diagnòstic com per l'avaluació de la resposta terapèutica.

## 5 Diagnòstic endoscòpic de *Helicobacter pylori* mediante el patró de vénulas colectoras gástricas

**Autors:** Garcés Durán R 1; García-Rodríguez A 1; Córdova H 1; Ginès A 1; González-Suárez B 1; Araujo I 1; Llach J 1; Cuatrecasas M 2; Fernández-Esparrach G 1  
**Institucions:** 1 Unitat d'Endoscòpia. ICMDiM. Hospital Clínic. IDIBAPS. CIBER-REHD. Universitat de Barcelona. Barcelona, 2 Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Barcelona

**Introducció:** La infecció por *Helicobacter pylori* (Hp) es una de las causas principales de gastritis crónica y lesiones premalignas gástricas. La presencia de vénulas colectoras regulares (RAC) se asocia a la ausencia de Hp en población asiática

**Objectiu:** Evaluar el patró RAC como método diagnòstico de infección por Hp en nuestro medio

**Mètodes:** Estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva de las gastroscopias realizadas en nuestro centro entre febrero 2017 y mayo 2018

**Criterios de inclusión:** 1. Edad > 18 años 2. Ausencia de toma de IBPs en los últimos 10 días 3. Ausencia de antecedentes de gastrectomía, linfoma gástrico o hipertensión portal

**Criterios de exclusión:** presencia de residuos alimentarios o hemorrágicos gástricos

Las gastroscopias fueron realizadas con endoscopios de alta definición sin magnificación por 3 endoscopistas y bajo sedación

La presencia de RAC (RAC+) se definió como un punteado regular de puntos rojos en estrella de mar a nivel de la parte inferior de la curvatura menor gástrica

La determinación de Hp se realizó por biopsia gástrica mediante estudio histológico y / o test de ureasa

Se consideró como hallazgos endoscòpicos significativos la presencia de lesiones erosivas gastroduodenales, pólipos gástricos o signos de gastritis crónica atrófica o metaplasia intestinal

**Resultats:** Se incluyeron 140 pacientes. La prevalencia de Hp fue del 31% y 47 de los 140 pacientes (34%) eran RAC+. 13 de los 23 pacientes previamente erradicados de Hp eran RAC+. Los pacientes RAC+ fueron más jóvenes (44,4 vs. 52,4 años,  $p = 0.004$ ) y presentaban menos hallazgos endoscòpicos (9 vs. 38 pacientes,  $p = 0,017$ ). El sexo, la toma de AINEs, antiagregantes o anticoagulantes orales y los antecedentes de erradicación Hp no se asociaron a diferencias en el patró RAC. Todos los pacientes RAC+ fueron Hp- en las biopsias y la ausencia de RAC se asoció a Hp+ en el 44,7% de los pacientes, obteniendo una sensibilidad y un VPN de 100%.

**Conclusió:** La presencia de RAC por endoscopia de alta definición a nivel de la pequeña curvatura gástrica permite descartar con seguridad la infecció por Hp

## 6 Mesura de la qualitat de l'assistència dels pacients cirròtics a consultes externes. HI ha marge de millora ?

**Autors:** Silvia Salord ; Xavier Xiol ; Alberto Amador ; Rosa Rota ; Alba Cachero ; Carme Baliellas ; Valeria Perez-Campuzano ; José Castellote  
**Institució:** Hospital Universitari de Bellvitge

**Introducció:** S'han descrit uns indicadors que permeten valorar la qualitat assistencial dels pacients cirròtics. El seu compliment als escassos estudis publicats varia entre el 40 i el 80%.

**Objectiu:** Estudiar la qualitat de l'assistència als cirròtics a Consultes Externes d'un hospital terciari valorant el grau de compliment dels diferents indicadors, en general i en funció de l'experiència del metge.

**Material i Mètodes:** Estudi observacional unicèntric. S'han revisat històries clíniques dels pacients diagnosticats de cirrosi hepàtica (codificacions 571.2, 571.5, 571.6, 070.54 i 571.49) visitats a Consultes Externes al segon semestre del 2017. S'han recollit dades generals, categoria del metge encarregat, i 13 indicadors relacionats amb cinc àrees de qualitat assistencial: etiologia de la cirrosi i valoració de la gravetat, cribatge d'hepatocarcinoma, profilaxi de l'hemorràgia per varices esofàgiques i vacunes administrades.

**Resultats:** S'han revisat 591 pacients, dels que s'han analitzat 324 (exclusions per absència de cirrosi, trasplantament hepàtic, hepatocarcinoma, no visitats a l'Hospital). L'etiologia de la cirrosi consta al 92% dels pacients, la valoració de la gravetat i indicació de trasplantament hepàtic al 75% i 78% respectivament. L'ecografia abdominal semestral s'ha realitzat al 90% dels pacients (9% sol·licitada i no programada, 1% no sol·licitada), i només el 67% tenen fetes totes les ecografies dels últims 3 anys. La gastroscòpia inicial s'ha realitzat al 97% dels pacients, i la profilaxi de l'hemorràgia s'ha iniciat al 98% dels casos indicats. La dosi de blocadors-beta consta al 53% dels pacients,

sense poder valorar si és adequada al 56%. S'ha vacunat al 71% dels pacients del VHA, 49% del VHB i 42.9% del pneumococ.

S'han trobat diferències estadísticament significatives entre adjunts i residents, aquests últims especifiquen amb més freqüència l'etiologia, la gravetat de la cirrosi, i la dosi de blocadors-beta, però els adjunts tenen millor taxa de realització de l'ecografia semestral.

**Conclusions:** Els nostres resultats són excel·lents en la profilaxi de l'hemorràgia, bons en el cribatge de l'hepatocarcinoma i pitjors en les vacunacions. Hi ha diferències segons l'experiència del metge, amb bona qualitat assistencial per part dels residents. És important conèixer el grau de compliment dels indicadors de qualitat assistencial per establir plans de millora.

**Resultats:** L'estrès oxidatiu provoca dany mitocondrial i potencia la mitofàgia. Les LSEC disfuncionants (in vitro e in vivo) presenten un augment de ROS i una acumulació de mitocondries danyades degut a una reducció en els nivells mitofàgics. La inhibició gènica de l'autofàgia en LSEC (siAtg7) ocasiona una acumulació de mitocondries disfuncionants i un augment d'estrès oxidatiu. La potenciació de la mitofàgia mitjançant espermidina millora la resposta endotelial al estrès oxidatiu, augmentant la viabilitat, reduint ROS contribuint tot a una milloria del fenotip endotelial.

**Conclusió:** El tractament amb espermidina millora la resposta endotelial al estrès oxidatiu mitjançant l'eliminació de mitocondries danyades i millora el fenotip endotelial podent ser una nova estratègia antifibròtica.

## 7 Paper de la mitofàgia endotelial durant la disfunció endotelial i la fibrosi hepàtica.

**Autors:** Maria Ruat 1; Nuria Suárez-Herrera 1; Genís Campreciós 1,2; Claudia Berbel 1,2; Anna Baiges 1,2; Juan Carlos Garcia-Pagán 1,2; Virginia Hernández-Gea 1,2

**Institucions:** 1 *Barcelona Hepatic Hemodynamic Laboratory, Liver Unit, Hospital Clínic-IDIBAPS. UB.* 2 *Centro de Investigación Biomédica Red de enfermedades hepáticas y digestivas*

**Introducció:** El manteniment del fenotip de la cèl·lula endotelial (LSEC) és essencial per aconseguir una resposta cel·lular adequada front el dany hepàtic. La pèrdua d'aquest fenotip conegut com disfunció endotelial (DE) és clau en l'inici i la progressió de la fibrosi. L'autofàgia coordina la resposta endotelial al estrès mantenint el fenotip endotelial. Defectes en l'autofàgia endotelial exacerben la DE i empitjoren la fibrosi degut, al menys en part, a una resposta antioxidant ineficient i l'acumulació de mitocondries disfuncionants que agreugen l'estrès oxidatiu. La mitofàgia és un procés que elimina de forma selectiva les mitocondries disfuncionants i el seu paper en la DE i la fibrosi hepàtica és desconegut. La nostra hipòtesi és que la potenciació de la mitofàgia milloraria el fenotip endotelial i la fibrosi hepàtica.

**Mètodes:** Es van aïllar LSEC de rates control i es va induir disfunció in vitro cultivant-les fins 48 hores i es van aïllar LSEC disfuncionants in vivo de rates cirròtiques per CCl4. Es va estimar la mitofàgia mitjançant marcadors de la via de senyalització PINK1/Parkin i l'estrès oxidatiu mitjançant els nivells de ROS. Adicionalment es va induir estrès oxidatiu en LSEC mitjançant l'addició de H2O2 i es va avaluar el seu impacte en la mitofàgia. En LSEC amb inhibició gènica de l'autofàgia (siAtg7) i en LSEC en les que es potencia aquesta, mitjançant el tractament amb espermidina, es va avaluar la funcionalitat mitocondrial, l'estrès oxidatiu, la viabilitat endotelial i l'activitat mitofàgica.

## 8 Història natural de la recurrència postquirúrgica (RPQ) a llarg termini en pacients amb un primer control endoscòpic normal sota prevenció amb tiopurines.

**Autors:** Míriam Mañosa 1; Maria Puig 1; Paola F Torres 1; Fiorella Cañete 1; Margalida Calafat 1; Eduard Cabré 1; Eugeni Domènech 1

**Institucions:** 1 *Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona), CibereHD.*

**Introducció:** La recurrència postquirúrgica endoscòpica (RPQe) a la malaltia de Crohn (MC) es desenvolupa entre un 30-50% després de resecció intestinal amb anastomosi sota tractament preventiu en els primers 6-12 mesos després de la cirurgia. No es coneix la història natural d'aquells pacients que no presenten RPQe a l'any de la cirurgia ni està establert quin seguiment cal fer. Objectiu: Avaluar la història natural de la RPQ en aquells pacients que no presenten RPQe en el primer control endoscòpic.

**Mètodes:** A partir d'un registre prospectiu dels pacients amb MC sotmesos a resecció amb anastomosi en el nostre centre des de 1998, s'identificaren aquells amb un primer control endoscòpic normal (índex de Rutgeerts £i1) després de la cirurgia i amb un mínim d'un control endoscòpic posterior. Es definí RPQe per un índex de Rutgeerts <sup>3</sup>i2, RPQ clínica (RPQc) com l'aparició de simptomatologia requerint canvis del tractament per la MC i recurrència quirúrgica (RPQq) com la necessitat de nova resecció. Es definí una variable combinada (VC) que recollia el requeriment de biològics, desenvolupament de RPQc i/o RPQq durant el seguiment.

**Resultats:** Dels 291 pacients amb resecció i anastomosi ileo-còlica, 84 pacients (29%) tenien una primera endoscòpia post-cirurgia amb un índex de Rutgeerts £i1. En relació als factors de risc de RPQ: 52% patró penetrant, 48% fumadors en la cirurgia (46% durant el seguiment), 12% reseccions prèvies i 22% malaltia perianal. 21% dels pacients reberen metronidazol en els primers 3 mesos postop.

La mediana de seguiment fou de 84 (RIQ 49-156) mesos. 37%

presentaren RPQe (mediana de 45 [RIQ 30-60] mesos), 14% RPQc i 3,6% RPQq. La probabilitat acumulada de presentar RPQe durant el seguiment fou de 0%, 16%, 40% i 50% als 1, 3, 5 i 10 anys, mentre que la probabilitat acumulada de presentar VC fou del 1%, 2,5%, 12% i 19% als 1, 3, 5 i 10 anys. No s'identificaren factors associats a RPQe.

**Conclusió:** El risc de RPQ en pacients sense lesions significatives en un primer control endoscòpic sota prevenció tiopurínica és relativament baix però es manté constant en el temps, fent aconsellable la monitorització de forma indefinida

# SESSIÓ DE COMUNICACIONS II (9-16)

## 9 Colonoscopia de Luz Blanca de Alta Definición vs Cromoendoscopia para la vigilancia del Síndrome de Lynch. Estudio Multicéntrico, Aleatorizado, Controlado y Paralelo (Estudio Endolynch)

**Autors:** Liseth Rivero Sánchez 1,2,17; Coral Arnau-Collell 2; Jesús Herrero 3; David Remedios 3; Victoria Alvarez 4; Eduardo Albéniz 5; Patricia Calvo 5; Jordi Gordillo 6; Ignasi Puig 7; Jorge López-Vicente 8; Alain Huerta 9; María López-Cerón 10; Inmaculada Salces 10; Beatriz Peñas 11; Sofía Parejo 11; Maite Herraiz 12; Esteban Saperas 14; Cristina Alvarez 16; Lorena Moreno 2; Cristina Rodríguez de Miguel 1; Mireia Diaz 2; Teresa Ocaña 1; Leticia Moreira 1,2,17; Miriam Cuatrecasas 15; Sabela Carballeda 1,2,17; Ariadna Sánchez 1,2,17; Josep Llach 1; Francesc Balaguer 1,2,17; María Pellisé 1,2,17; Oswaldo Ortiz 1

**Institucions:** 1 Hospital Clínic de Barcelona. Departamento de Gastroenterología. Barcelona. Catalunya. España, 2 Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Barcelona. Catalunya. España, 3 Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Departamento de Gastroenterología. Ourense. España, 4 Complejo Hospitalario de Pontevedra, Departamento de Gastroenterología. Pontevedra. España, 5 Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio de Aparato Digestivo. Pamplona. España, 6 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Unidad de Gastroenterología. Barcelona. Catalunya. España, 7 Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Servicio de Aparato Digestivo. Manresa. España, 8 Hospital Universitario de Móstoles. Servicio de Aparato Digestivo. Móstoles. España, 9 Hospital Galdakao-Usansolo. Departamento de Gastroenterología. Galdakao. España, 10 Hospital Universitario 12 de Octubre. Servicio de Aparato Digestivo. Madrid. España, 11 Hospital Ramón y Cajal. Departamento de Gastroenterología. Madrid. España, 12 Clínica Universitaria de Navarra. Servicio de Aparato Digestivo. Pamplona. España, 13 Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Aparato Digestivo. Tenerife. España, 14 Hospital General de Catalunya. Servicio de Aparato Digestivo. Sant Cugat del Vallès. España, 15 Hospital Clínic de Barcelona. Departamento de Anatomía Patológica. Barcelona. España, 16 Hospital del Mar, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona, Catalunya, España, 17 Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD)

**Introducción:** Los adenomas en el síndrome de Lynch (SL) tienen una progresión acelerada a cáncer colorrectal (CCR). Las guías recomiendan el uso de Alta-Definición y pan-cromoendoscopia (CE) en la vigilancia del SL con bajo nivel de evidencia.

**Objetivos y métodos:** hipotetizamos que la colonoscopia con Luz Blanca (LB) de Alta-Definición es igualmente efectiva que la CE para detectar adenomas en pacientes con SL. Realizamos un estudio multicéntrico, aleatorizado y paralelo con endoscopistas expertos en condiciones de alto-riesgo de CCR con alta tasa de detección de adenomas (TDA). Pacientes con mutación confirmada en genes reparadores del ADN fueron aleatorizados prospectivamente 1:1 a LB o CE. El outcome principal fue la TDA. 244 sujetos fueron necesarios para demostrar no-inferioridad de la LB comparada con CE (margen de no inferioridad del 15%; potencia 80%; abandono 10%; nivel de significación de .025).

**Resultados:** Se incluyeron 256 pacientes en 14 centros españoles. Las características basales (demográficas, historia médica, genotipo) fueron similares entre ambos grupos. La TDA para LB vs CE fue 28.1% (IC 95% 21.1%-36.4%) vs 34.4% (26.4%-43.3%) respectivamente (p=0.281). La tasa de detección de lesiones en el grupo LB vs CE fue la siguiente: pólipos 50.0% vs 57.7% (p=0.004), lesiones serradas 23.4% vs 37.5% (p=0.015), lesiones serradas proximales 10.2% vs 11.7% (p=0.689), lesiones serradas sésiles 5.5% vs 3.9% (p=0.554) y adenomas avanzados 7.8% vs 3.9% (p=0.183) respectivamente. La media (desviación estándar) de lesiones por paciente con LB vs CE fue la siguiente: adenomas 1.04 (1.37) vs 0.86 (1.04) (p=0.670), pólipos 2.36 (1.77) vs 2.67 (2.29) (p=0.004) lesiones serradas 0.67 (0.89) vs 1.04 (1.38) (p=0.004), lesiones serradas proximales 0.25 (0.56) vs 0.25 (0.61) (p=0.426), lesiones serradas sésiles 0.10 (0.31) vs 0.11 (0.67) (p=0.660) respectivamente. El tiempo total de procedimiento y de retirada (en minutos) fueron superiores en el brazo CE en comparación a LB: 30.67±12.84 vs 22.42±8.72 (p<0.001) y 18.37±7.57 vs 13.5±5.63 (p<0.001) respectivamente.

**Conclusiones:** En un escenario con endoscopistas expertos, la LB de Alta-Definición es una técnica endoscópica óptima y eficiente para la vigilancia de pacientes con SL. La CE prolongó el tiempo del procedimiento sin aumentar la detección de lesiones relevantes.

## 10 Les subpoblacions limfocitàries T de memòria CD8 $\alpha 4\beta 7$ + i CD8 $\beta 7$ + circulants com biomarcadors pre-coços de resposta clínica a vedolizumab colitis ulcerosa

Autors: María González Vivo 1; Minna K Lund Tiirikainen 2; Carmen de Jesús Gi 2; Ester Ruiz-Romeu 2; Lidia Sans 2; Lidia Canillas 1; Montserrat Andreu 1; Lluís F Santamaria-Babí 2; Lucía Márquez 1

Institucions: 1 Servei d'Aparell Digestiu, Hospital del Mar, IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute), 2 Immunologia Traslacional. Parc Científic de Barcelona (PCB/UB), Universitat de Barcelona

### INTRODUCCIÓ

Vedolizumab (VDZ) es un anticòs monoclonal anti-integrina  $\alpha 4\beta 7$  utilitzat com tractament a la colitis ulcerosa (CU). Fins ara no s'han identificat biomarcadors predictors de resposta clínica al fàrmac.

### OBJECTIUS

Identificar si subpoblacions limfocitàries T de memòria CD4+ i CD8+ circulants son predictors de resposta clínica a VDZ en pacients amb CU.

### MATERIAL I MÈTODES

Estudi prospectiu, 15 pacients amb CU activa (Ulcerative Colitis Disease Activity Index (UCDAI)  $>3$ , Mayo endoscopic subscore  $> 1$ , calprotectina fecal  $>250$  mcg/g) i fracàs previ a tractament anti-TNF- $\alpha$ , que comencen tractament amb VDZ 300mg iv (pauta d'inducció estàndard).

Extracció de sang previ al inici del tractament per purificació de cèl·lules T de memòria (CD45RO+) circulants i determinació simultània de subpoblacions limfocitàries CD4+ i CD8+ ( $\alpha 4\beta 7$ +/-, HLA-DR+/-, CD25+/-, IL23R+/-, CCR9+/-, IL17A+/-, IL-23R+/-, IL-9+/-,  $\beta 7$  +/-) mitjançant citometria de flux.

Avaluació de la resposta i remissió clínica (UCDAI clínic), i nivells de calprotectina fecal a setmana 6 i 14 del inici del tractament.

### RESULTATS

8 dones, edat  $46 \pm 16$  anys, extensió (Montreal E1: 2 casos, E2: 8 casos, i E3: 5 casos), 7 colitis greus (UCDAI  $> 9$ ). A setmana 6:

9 pacients tenien resposta clínica, 7 remissió clínica i 8 nivells de calprotectina fecal  $<250$  mcg/g. A setmana 14: 10 pacients mantenien resposta clínica, 8 remissió clínica i 10 nivells de calprotectina fecal  $<250$ mcg/g.

Els pacients amb resposta clínica, remissió clínica i nivells de calprotectina fecal  $< 250$ mcg/g a setmana 6; i remissió clínica i nivells de calprotectina fecal  $< 250$ mcg/g a setmana 14, presentaven uns valors absoluts tant de limfòcits T de memòria CD8  $\alpha 4\beta 7$ + com CD8 $\beta 7$ + basals significativament més alt comparats amb els pacients que no responien a VDZ (Taula 1). No es van identificar diferències segons la gravetat del brot o l'extensió de la malaltia.

No es van identificar diferències estadísticament significatives a les altres subpoblacions limfocitàries incloses al estudi.

### CONCLUSIÓ

Els valors absoluts de limfòcits T de memòria circulants CD8  $\alpha 4\beta 7$ + i CD8  $\beta 7$ + abans d'iniciar tractament amb VDZ podrien ser un factor predictiu de resposta clínica que permetria identificar aquells pacients que tenen una major probabilitat de respondre al fàrmac.

## 11 L'ús d'una nova signatura bacteriana fecal per a la personalització del seguiment de la síndrome de Lynch

Autors: Marta Malagón 1,2,3; Sara Ramió-Pujol 1; Marta Serrano 1; Mariona Serra-Pagès 1; Joan Amoedo 1,3; Lia Oliver 1; Anna Bahí 2; Jordi Guardiola 5; Matilde Navarro 7; Virginia Piñol 3,4; Marta Pineda 6,7; Gabriel Capellà 5,7; Antoni Castells 8; Jesús Garcia-Gil 1,3; Xavier Aldeguer 1,2,3,4; Joan Brunet 6,7

Institucions: 1 GoodGut, 2 Institut d'Investigació Biomèdica de Girona, 3 Universitat de Girona, 4 Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, 5 Hospital Universitari de Bellvitge, 6 Institut Català d'Oncologia de Girona, 7 Institut Català d'Oncologia de Bellvitge, 8 Hospital Clínic

### Introducció

El seguiment dels portadors de la síndrome de Lynch (LS) es realitza a través de colonoscòpies i en intervals d'un màxim de dos anys. Les colonoscòpies permeten una visualització directa de tot el còlon, però presenta diferents inconvenients com que requereix d'un buidatge intestinal, de sedació del pacient, risc de perforació intestinal, consumeixen temps del pacient i, a més, tenen associats alts costos.

L'objectiu principal d'aquest estudi pilot és desenvolupar una eina no invasiva, anomenada RAID-LS, basada en una signatura bacteriana fecal, que permet discriminar entre LS sans i LS que presenten lesions neoplàsiques intestinals.

### Materials i Mètodes

S'ha reclutat un total de 66 portadors de LS que s'han realitzat una colonoscòpia de seguiment en dos hospitals catalans. Els pacients han aportat una mostra de femta congelada presa abans de la preparació per la colonoscòpia. Finalment, s'ha analitzat l'abundància relativa de 13 marcadors bacterians, 9 associats al càncer colorectal i 4 relacionats amb les malalties inflamatòries intestinals.

### Resultats



G. morbillorum és l'únic marcador bacterià que presenta diferències significatives en la seva abundància quan es comparen LS sans i amb lesions tumorals ( $p=0.032$ ). Tot i que la sensibilitat d'aquest bacteri per la detecció de LS sans és elevada (90%), es necessita un marcador que permeti detectar-los amb un 100% de sensibilitat.

A partir de la combinació de tres marcadors bacterians (Eubacteris, B46 i E. coli) s'ha dissenyat un algoritme (RAID-LS) que permet diferenciar ens dos grups de LS amb una sensibilitat del 100%, una especificitat del 72%, un valor predictiu positiu del 42% i un valor predictiu negatiu del 100% (AUC=0.859, 95% CI (0.754-0.964)). Aquests resultats porten una taxa de falsos positius de només un 23%, el que comportaria una reducció del 60% de colonoscòpies blanques que es realitza en aquesta població.

#### Conclusions

El RAID-LS permet discriminar de forma eficient entre els LS amb lesions tumorals i els sans. L'ús d'aquesta eina podria suposar un avenç en el seguiment dels portadors de LS, ja que millorarien en qualitat de vida ampliant el temps entre les colonoscòpies de seguiment.

2-Lipotoxicitat (+75% en la peroxidació lipídica) i mort cel·lular (+6-vegades TUNEL; +300% caspasa-3-cleaved; +90% transaminases).

3-Inflamació hepàtica (+65%, +133% i +200% en la infiltració de macròfags CD68, CD163 i neutròfils, respectivament).

4-Fibrosi hepàtica (+47% i +15% en la expressió proteica o deposició de Col·lagen I respectivament) i activació de la cèl·lula hepàtica estrellada (+500% expressió proteica de  $\alpha$ -SMA i +10% en desmina).

5. Hipertensió portal (+50% en la pressió portal [13.26±0.8 vs. 8.77±0.4 mmHg] degut a l'increment en la resistència vascular hepàtica [12.7±2.3 vs. 5.1±0.7 mmHg·min·mL<sup>-1</sup>·g].

L'anàlisi transcriptòmic va demostrar que el BarNa model avançat comparteix les principals vies involucrades en la fisiopatologia de la malaltia humana incloent: resistència a la insulina, metabolisme lipídic, mort cel·lular, inflamació, fibrosi, disfunció endotelial i disfunció mitocondrial.

#### Conclusió:

El present estudi defineix un model pre-clínic de NASH que mimetitza l'ampli espectre de la fisiopatologia humana.

## 12 BarNa model: nou model murí per a l'estudi de la fisiopatologia del NASH

Autors: Raquel Maeso-Díaz 1; Zoe Boyer-Díaz 2; Carmen Peralta 3; Jaime Bosch 1,2,4; Jordi Gracia-Sancho 1,2,4

Institucions: 1 Liver Vascular Biology Research Group, Barcelona Hepatic Hemodynamic Lab. IDIBAPS, CIBEREHD, Unvers, 2 Barcelona Liver Bioservices, Barcelona, Spain., 3 IDIBAPS CIBEREHD, Barcelona, Spain., 4 Hepatology, Department of Biomedical Research, University of Bern, Switzerland

#### Antecedents:

La manca de models de NASH adequats suposa una limitació per a l'estudi de la fisiopatologia i la recerca de noves dianes terapèutiques. En un estudi anterior vam descriure el desenvolupament d'un model pre-clínic d'esteatosi moderada en rates seguint un nou protocol experimental anomenat "BarNa model" durant 10 setmanes. El principal objectiu del present estudi fou re-formular el procediment per aconseguir un espectre més ampli i sever de la malaltia.

#### Mètodes:

Rates Wistar mascles van ser sotmeses a un protocol de 24 setmanes del BarNa model: 8 setmanes de inhalació amb CCl<sub>4</sub>+fenobarbital, seguit de 16 setmanes de dieta rica en greixos i colesterol+CCl<sub>4</sub>. El BarNa model va ser comparat a rates control d'edat equivalent (n=6/grup). Van ser avaluats: esteatosi i síndrome metabòlica, lipotoxicitat, mort cel·lular, inflamació, fibrosi hepàtica, hipertensió portal. A més, el transcriptoma hepàtic fou seqüenciat i comparat amb dos cohorts de pacients amb NASH mitjançant anàlisis d'enriquiment de vies.

#### Resultats:

En comparació als animals controls, les rates BarNa van exhibir ( $p<0.05$ ):

1-Esteatosi i síndrome metabòlica (+45% pes corporal i greix; -19% pes hepàtic relatiu; +45% greix hepàtic; NAS Score de 9.3, intolerància a la glucosa; +110% en la insulina plasmàtica).

## 13 Lligadura amb banda sense resecció de tumors submucosos de mida petita (estudi prospectiu multicèntric BANDING-TSM): Resultats preliminars a curt-mig termini

Autors: Francesc Bas-Cutrina 1; Carme Loras 2; Xavi Andújar 2; Carlos Huertas 3; Marc Albert 3; Raquel Ballester 4; Ferran González-Huix 4; Carles Guarnier-Argente 5; Albert Pardo 6; Joan B. Gornals 1

Institucions: 1 Hospital Universitari de Bellvitge - IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, 2 Hospital Universitari Mútua de Terrassa, 3 Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, 4 Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, 5 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, 6 Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

**INTRODUCCIÓ:** L'abordatge de les tumoracions submucoses (TSM) mitjançant autoamputació, amb ús de lligadura amb banda sense resecció (LBSR), complementada amb biòpsia single-incision-needle-knife (SINK), és una opció poc descrita a la literatura.

**OBJECTIUS:** Avaluació prospectiva de l'eficàcia de la LBSR en el tractament de TSM≤15mm, l'èxit tècnic i clínic, rendibilitat diagnòstica de la biòpsia i efectes adversos associats.

**MATERIALS I MÈTODES:** Estudi prospectiu multicèntric. Pacients amb TSM ≤15mm, identificació per USE, aplicació de LBSR i en mateix acte biòpsia SINK. Control clínic a les 6-24h, telefònic en 24-48h i 7-dies. USE control a les 4-6 setmanes; si persistència TSM, aplicació de segona sessió LBSR (rescat). Planificació de control USE a 1-any. Registre ClinicalTrials.gov: NCT03247231.

**RESULTATS:** Anàlisi intermedi. Sis centres participants, 59-casos (40% del càlcul mostral); control 4-6 setmanes n=48. Esòfag n=2; Estómac n=46: antre n=21, cos n=18, fundus n=7; Duodè n=10; Recte n=1. Mida mitjana TSM: 9,6 mm (4,5-15 mm). Èxit tècnic LBSR: 88% (n=52/58). Èxit clínic 4-6 setmanes: 91,7% (n=44/48), 80% èxit clínic global (n=44/55). Subanàlisi TSM≤10-mm vs >10-

mm: èxit-tècnic 100% vs 70%; èxit-clínic 97% vs 55%. Subanàlisi dependència de capes superficials vs profundes: èxit-tècnic 95% vs 75%; èxit-clínic 89% vs 63%. Rendiment biòpsia: 61,7% (29/47), no diferències entre mida-TSM, capa-TSM, ni nombre de biòpsies. Coincidència orientació-diagnòstica USE i resultat anatomopatològic: 79%. 2 esdeveniments adversos lleus (3%): hemorràgia intraprocediment controlada per endoscòpia, 2-nits hospitalització; epigastràlgia profusa post-procediment, 1-nit hospitalització. Incidències: epigastràlgia (6-24h: 33%; 24-48h: 24%; 7-dies: 12%; 4-6 setmanes: 2%). Subanàlisi pàncrees ectòpic (n=8) vs altres entitats (n=50): epigastràlgia 7-dies 37,5% vs 8%.

**CONCLUSIONS:** Els resultats preliminars a curt-mig termini indiquen que la LBSR de TSM de mida petita, complementada amb biòpsia SINK, és una tècnica endoscòpica factible i segura. Les limitacions tècniques i l'èxit clínic semblen associar-se a la mida i dependència de capes profundes del TSM.

**Resultats:** L'estimulació de TRPA1 amb CIN-Zn redueix la severitat de penetracions i aspiracions (PAS:  $4.00 \pm 1.48$  vs  $3.19 \pm 1.81$ ,  $p=0,009$ ) i la prevalença de les penetracions (61.9% vs 47.6% $p=0.039$ ). L'estimulació amb CIN-Zn o CIT redueix el temps de tancament del vestíbul laringi (CIN-Zn  $401.9 \pm 168.0$  ms vs  $336.0 \pm 144.2$  ms,  $p=0.002$ ; CIT  $457.1 \pm 155.7$  ms vs  $405.7 \pm 117.5$  ms,  $p=0.023$ ) i el d'obertura de l'esfínter esofàgic superior (CIN-Zn  $291.4 \pm 138.1$  ms vs  $238.0 \pm 132.0$  ms,  $p=0.007$ ; CIT  $310.5 \pm 113.8$  ms vs  $272.4 \pm 88.2$  ms,  $p=0.035$ ). CIN-Zn també redueix la latència del pic P2 dels ERP ( $374.0 \pm 45.0$  ms vs  $332.8 \pm 44.1$  ms,  $p=0.005$ ). No es van registrar efectes adversos.

**Conclusions:** L'estimulació de TRPA1 amb CIN-Zn o CIT millora la resposta deglutòria, que, en el cas de CIN-Zn, està associada amb la millora significativa de l'activació cortical y de la seguretat de la deglució. Aquests resultats són la base per al desenvolupament de nous tractaments farmacològics per a la disfàgia basats en els agonistes del receptor TRPA1.

## 14 Efecte terapèutic dels agonistes TRPA1 i TRPM8 sobre la funció deglutòria en pacients amb disfàgia orofaríngia

**Autors:** Tomsen, N 1,2; Alvarez-Berdugo, D 1,2; Rofes, L 1,2; Bolivar-Prados, M 2; Arreola, V 2; Nascimento, W 2; Martin, A 2; Ortega, O 1,2; Cabib, C 2; Gosoniu, L 3; Clavé, P 1,2; Michlig, S 3  
**Institucions:** 1 CIBERehd, Instituto de Salud Carlos III, Barcelona, Espanya, 2 Laboratori de Fisiologia Digestiva, Hospital de Mataró, CSdM, Mataró, Espanya, 3 Nestlé Research Center, Lausanne, Switzerland

**Introducció:** Els tractaments per a la disfàgia (DO) estan evolucionant de les estratègies de compensació (increment de la viscositat del bolus) a tractaments actius per a millorar la funció deglutòria. Un d'aquests tractaments actius és l'estimulació sensorial faríngia amb agonistes dels receptors TRP.

**Objectiu:** Avaluat l'eficàcia i la seguretat dels agonistes TRPA1 i TRPM8 com a tractament de la DO en pacients amb malalties neurològiques o ancians.

**Material i mètodes:** Es van incloure 58 pacients amb disfàgia com a conseqüència de l'envelliment, ictus o malaltia neurodegenerativa en un assaig clínic doble-cec aleatoritzat (NCT02193438). Mitjançant videofluoroscòpia, es van registrar els signes d'alteració de la seguretat i l'eficàcia, la seva severitat mitjançant l'escala de penetració-aspiració (PAS) i la cinemàtica de la resposta deglutòria durant la deglució d'un bolus de 5ml de viscositat nèctar ( $181.92 \pm 1.75$  mPa·s) amb un espessidor de goma-xantana suplementat amb: a)  $756.6$  mM cinnamaldehyd i  $70$  mM zinc (CIN-Zn); b)  $1.6$  mM citral (CIT); o c)  $1.6$  mM citral i  $1.3$  mM isopulegol (CIT-ISO). Mitjançant electroencefalograma, es va avaluar l'efecte sobre els potencials evocats sensorials faríngis (ERP).

## 15 Fetge gras no alcohòlic a pacients candidats a cirurgia bariàtrica: descripció i avaluació dels marcadors sèrics de fibrosi

**Autors:** Diana Horta 1; Noelia Pérez-Romero 2; Clarissa Gonzalez 3; Javier Osorio 2; Joaquín Rodríguez de Santiago 2; Xavier Tarroch 3; Pablo Ruiz 1; Agnès Raga 1; Laura Hernández 2; Ares Pedrerol 4; Montserrat Forné 1  
**Institucions:** 1 Servei de Digestiu, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, 2 Servei de Cirurgia, Hospital Universitari Mútua Terrassa, 3 Servei d'Anatomia Patològica, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, 4 Servei de Radiologia, Hospital Universitari Mútua Terrassa.

**Antecedents:** El fetge gras no alcohòlic (FGNA) és freqüent en obesos. Comprèn l'esteatosi hepàtica i l'esteatohepatitis (NASH); que s'associa a inflamació i pot evolucionar a fibrosi. Per mesurar l'estat inflamatori hi ha marcadors sistèmics com les citoquines que són cares i difícils de determinar. La fibrosi és el factor pronòstic clau per a la progressió del FGNA. Els marcadors no invasius de fibrosi poden no ser útils en els obesos.

**Objectius:** 1) Descriure la prevalença i els factors de risc de NASH a pacients amb obesitat mòrbida 2) Valorar si hi ha relació entre els marcadors inflamatoris de la sèrie blanca i NASH 3) Avaluat els marcadors sèrics de fibrosi i la concordança.

**Mètodes:** S'incloueren 89 pacients amb obesitat mòrbida candidats a cirurgia bariàtrica des d'octubre 2017 fins setembre 2018. S'excloueren si presentaven altres causes de malaltia hepàtica. Es recolliren les dades clíniques, analítiques i ecogràfiques pre-cirurgia i es calcularen els índexs de la sèrie blanca (índex neutròfil/limfòcit (INL), limfòcit/monòcit (ILM), plaquetes/limfòcit (IPL)) i els marcadors de fibrosi (APRI, FIB-4 i NAFLD score). Es realitzà una biòpsia hepàtica intraoperatòria.

**Resultats:** S'incloueren 89 pacients (65% dones, 97% caucàsics) amb edat i IMC de  $48 \pm 9.4$  anys i  $45.8 \pm 6.3$  kg/m<sup>2</sup>. 49% (44) eren

hipertensos, 27% (24) diabètics, 43.8% (39) tenien resistència a la insulina i 32% (28) síndrome metabòlica. La prevalença de FGNA per ecografia fou del 74% (63/85) i per histologia del 67.4% (60/89): 51.6% (46/89) amb esteatosi i 15.7% (14/89) amb NASH. Un pacient era cirròtic (1.1%) i 4 presentaven algun grau de fibrosi (4.5%). Els factors associats a NASH foren la diabetis ( $p=0.002$ ), la síndrome metabòlica ( $p=0.006$ ), la glicèmia basal ( $p=0.001$ ) i els triglicèrids ( $p=0.041$ ). INL s'associà a NASH ( $p=0.014$ ) però els índexs ILM i IPL no. APRI i FIB-4 scores presentaren un grau moderat de concordança respecte a la histologia ( $k=0.48$ ). NAFLD classificà erròniament com a fibrosi evolucionada un 37.3% (31/83) dels pacients amb un grau de concordança molt dolent ( $k=0.03$ ) (test McNemar  $p<0.005$  vs. FIB-4 i APRI).

**Conclusions:** El FGNA és freqüent en els pacients amb obesitat mòrbida. INL s'associa a NASH. NAFLD score no és un bon marcador de fibrosi a l'obesitat mòrbida.

**Resultats:** Els tres grups van ser similars respecte de les característiques basals. El tractament amb simvastatina 40 mg/dia es va associar amb nivells de AST i ALT significativament més alts (191 [ $\pm 27$ ] i 96 [ $\pm 14$ ] UI/L) en comparació amb el tractament amb simvastatina 20 mg/dia (48 [ $\pm 29$ ] i 27 [ $\pm 15$ ] UI/L) o placebo (61 [ $\pm 27$ ] i 35 [ $\pm 15$ ] UI/L), ( $p<0.05$  per totes les comparacions). La simvastatina 40 mg/dia es va associar amb nivells de creatin quinasa significativament més alts (1160 UI/L [ $\pm 285$ ]) en comparació amb la simvastatina 20 mg/dia o placebo (156 [ $\pm 303$ ] i 151 [ $\pm 292$ ]) ( $p<0.05$  per a tots dos). Tres dels 16 pacients del grup de simvastatina 40 mg/dia varen presentar un augment dels nivells de CK  $>5$  vegades el límit superior de la normalitat i van tenir rabdomiòlisi clínic. Cap pacient del grup de 20 mg/dia va presentar un augment de CK  $> 5x$  o rabdomiòlisi.

**Conclusió:** A la cirrosi descompensada, el tractament amb simvastatina 40 mg/dia més rifaximina s'associa amb un augment significatiu dels nivells d'enzims hepàtics i musculars, en comparació amb simvastatina 20 mg/dia més rifaximina o placebo. A més, la dosi de 40 mg/dia s'associa amb una alta taxa de rabdomiòlisi. Aquests resultats suggereixen que la simvastatina 20 mg/dia hauria d'utilitzar-se en lloc de 40 mg/dia en els assajos clínics que investiguin els efectes de les estatinas en pacients amb cirrosi descompensada.

Financiació pel projecte europeu H20/20 731875(LIVERHOPE)

## 16 Assaig clínic de seguretat, doble cec, de comparació de dues dosis de simvastatina, associada amb rifaximina, vs. placebo dels dos fàrmacs en pacients amb cirrosi descompensada: Liverhope Safety Trial

Autors: Elisa pose 1; Laura Napoleone 1; Ahmed Amin 2; Daniela Campion 4; César Jiménez 10; Salvatore Piano 3; Olivier Roux 8; Koos de Wit 7; Franck Erhard Uschner 5; Giacomo Zaccherini 6; Paolo Angeli 3; Carlo Alessandria 4; Rajeswar p Mookerjee 2; Víctor Vargas 10; Jonel Trebicka 5; Paolo Caraceni 6; Ulrich Beuers 7; François Durand 8; Judit Pich 9; María Joyera 9; Gemma Domenech 9; Georgina Casanova 9; Ferrán Torres 9; Juan Ferrero 11; Pere Ginès 1

Institucions: 1 Liver Unit, Hospital Clínic de Barcelona, 2 Liver Unit, University College of London, 3 Liver Unit, Hospital of Padova, 4 Liver Unit, Città della Salute e della Scienza di Torino, 5 Liver Unit, Universitäts Klinikum Bonn, 6 Liver Unit, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna, 7 Liver Unit, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, 8 Liver Unit, Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, 9 Statistics Unit, Hospital Clínic de Barcelona, 10 Liver Unit, Hospital Vall d'Hebron, 11 European Clinical Research Infrastructure Network

**Antecedents:** Diverses línies d'evidència suggereixen que les estatinas poden tenir efectes beneficiosos en la cirrosi. No obstant, no hi ha estudis específics sobre la seguretat de les estatinas en la cirrosi descompensada. L'objectiu del present estudi és investigar la seguretat de dues dosis de simvastatina combinada amb rifaximina en pacients amb cirrosi descompensada.

**Mètodes:** El LiverHope Safety Trial és un assaig clínic multicèntric en 9 països europeus. Es van aleatoritzar 44 pacients (34 Child B/10 Child C) en tres grups; simvastatina 20mg/d amb rifaximina 1.200mg/d, simvastatina 40 mg/d amb rifaximina 1.200 mg/d o placebo dels dos fàrmacs durant 12 setmanes. Les variables principals d'avaluació van ser toxicitat hepàtica o muscular, mesurades pels canvis dels nivells d'enzims.

# SESSIÓ DE COMUNICACIONS III (17-24)

## 17 Seguretat, viabilitat i efectivitat d'un nou protocol de vigilància per a la síndrome de poliposi serrada: resultats d'un estudi prospectiu de cohort internacional a 5 anys

Autors: Sabela Carballal 1,2; Gerhard Jung 1,2; Arne G.C. Bleijenberg 3; Joep E.G. IJsspeert 3; Yasmijn J. van Herwaarden 4; María Pellisé 1,2; Tanya M. Bisseling 4; I.D. Nagtegaal 4; ME van Leerdam 5; N. van Lelyveld 6; Xavier Bessa 7; Francisco Rodríguez-Moranta 8; B.A.J. Bastiaansen 3; W. de Klaver 3; Liseth Rivero-Sánchez 1,2; M.C.W. Spaander 9; J.J. Koornstra 10; Luis Bujanda 2,11; Evelien Dekker 3; Francesc Balaguer 1,2

Institucions: 1 Hospital Clínic de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), 2 Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), 3 Amsterdam University Medical Center, Amsterdam, Holanda, 4 Radboud University Medical Center, Nijmegen, Holanda, 5 Netherlands Cancer Institute, Amsterdam, Holanda, 6 St. Antonius Hospital, Nieuwegein, Holanda, 7 Hospital del Mar, IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigaciones Médicas), Barcelona, 8 Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, 9 Erasmus Medical Center, Rotterdam, Holanda, 10 Centro Médico Universitario de Groningen, Universidad de Groningen, Groningen, Holanda, 11 Instituto Biodonostia, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián

**Antecedents i objectius:** la síndrome de poliposi serrada (SPS) s'associa amb alt risc de càncer colorectal (CCR). Les guies de pràctica clínica internacionals recomanen realitzar colonoscòpies anuals a tots els pacients, encara que aquesta vigilància podria ser excessiva. Es va avaluar un protocol de vigilància amb l'objectiu de reduir de forma segura la càrrega de colonoscòpies sense augmentar el risc de CCR.

**Mètodes:** entre 2013 i 2018, es van reclutar prospectivament 271 pacients amb criteris diagnòstics de SPS I i/o III (OMS 2010) en 9 hospitals espanyols i holandesos. La vigilància endoscòpica es va realitzar mitjançant un protocol basat en les troballes de la colonoscòpia prèvia. Es va definir neoplàsia avançada (NA) com: CCR, adenoma avançat o pòlip serrat avançat. Es va indicar vigilància

anual si es detectaven pòlips d'alt risc o  $\geq 5$  pòlips de baix risc, i biennal a la resta (figura 1).

Es va calcular la incidència acumulada (IA) als 5 anys de CCR i NA.

**Resultats:** dos pacients van desenvolupar CCR durant la vigilància (IA de CCR als 5 anys: 1,3%; IC 95% 0,0-3,2%). La IA de neoplàsia avançada als 5 anys va ser de 44% (IC 95% 37-52%) i va ser menor en pacients amb criteri III (26%) que en aquells amb criteri I (53%) o I+III (59%) ( $p < 0,001$ ). Després de la 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> i 3<sup>a</sup> colonoscòpia de vigilància, es va indicar seguiment biennal en el 52%, 63% i 71% dels casos, respectivament. Es va detectar NA en el 41% de les colonoscòpies indicades a l'any, comparat amb el 19% de les indicades en 2 anys (OR 0,33, IC 95% 0,19-0,58). Cap pacient va requerir cirurgia per irreseccabilitat o poliposi no controlable.

**Conclusió:** l'aplicació d'aquest nou protocol de vigilància endoscòpica en pacients amb SPS basat en l'estratificació del risc, permet reduir el nombre de colonoscòpies de vigilància sense augmentar el risc de CCR. Els pacients amb SPS tenen una alta incidència de neoplàsia avançada durant la vigilància, encara que és molt menor en aquells que només desenvolupen lesions de baix risc. Els pacients que només compleixen el criteri III d'SPS representen un grup de baix risc que podria beneficiar-se d'una vigilància menys intensiva.

## 18 Utilitat de l'estudi de les subpoblacions limfocitàries en biòpsies duodenals en el diagnòstic de Malaltia Celiaca en pacients que segueixen dieta sense gluten

Autors: Carolina Lozano Campoy 1,4; Xavier Gabaldó 2; Alberto Vicente Quesada 3; Gemma Castillejo 3; Josep Maria Simó 2; Francisco José Martínez Cerezo 1

Institucions: 1 Servei d'Àpares Digestiu. Hospital Universitari Sant Joan de Reus, 2 Laboratori de Referència SUD, 3 Servei de Pediatria. Hospital Universitari Sant Joan de Reus, 4 Servei de Medicina Interna. Hospital Sant Joan de Reus

A la pràctica clínica habitual és freqüent que pacients sense diagnòstic definitiu de celiaquia estiguin fent Dieta Sense Gluten (DSG) i siguin remesos per a confirmar diagnòstic.

**Objectiu:** valorar la utilitat de l'estudi de les subpoblacions limfocitàries de biòpsies duodenals mitjançant citometria de fluxe per l'estudi de pacients que estant fent DSG.

**Mètodes:** S'han inclòs pacients adults remesos a endoscòpia que ja seguïen DSG. S'han recollit els nivells previs d'Anticòssos antitransglutaminassa-IgA (AcTg, +  $>9$  U/ml., + dèbil 3-9 U/ml.). A tots els pacients se'ls ha recollit 4 biòpsies de Zona porció duodenal i 2 de bulb per estudi histològic i addicionalment una biòpsia per l'estudi citomètric que va ser processada en un màxim de 2 h. després de la seva obtenció.

S'ha considerat Patró Celiac Complert (PCC) la presència de CD3-, CD103+  $<10,1\%$  i TCR  $\gamma\delta > 8,5\%$ , Patró Celiac Incomplert (PCI) la presència de CD3-, CD103+  $<10,1\%$  amb TCR  $\gamma\delta$  normals i Patró No Compatible (PNC) la resta de combinacions. Resultats: S'han inclòs 28 pacients, 23 dones i 5 homes, edat mitjana 38,68 a. (D.std.11,93). Sis pacients presentaven histologia Marsh I i un Marsh

3b. Set pacients presentaven nivells previs de AcTg + i un positiu dèbil (7,9 U/ml).

Presentaven un PCC 8 pacients (4 Marsh I i 1 Marsh 3b, 7 amb pic previ de Ac TG + i 3 amb positivitat al moment de l'endoscòpia) PCI 2 pacients (2 Marsh I) i PNC 18 pacients (tots Marsh 0, 1 amb un AcTg + dèbil previ al moment de l'endoscòpia). En 8 pacients amb PNC es va arribar al diagnòstic de Sensibilitat no celiaca al gluten després de fer una prova de reintroducció.

**Conclusions:** L'estudi de les subpoblacions limfocitàries en biòpsia duodenal és una tècnica útil per al diagnòstic de pacients que ja estan fent DSG. Una proporció alta dels pacients que al moment de l'estudi estaven fent DSG no tenen cap patologia relacionada amb el gluten. La normalització de la subpoblació TCR  $\gamma\delta$  s'ha constatat en una baixa proporció de pacients amb diagnòstic definitiu de celiaquia

## 19 La integración de datos transcriptómicos y metabolómicos en muestras de pacientes con hipertensión portal idiopática (HPI) identifica nuevas vías reguladoras de su fisiopatología

**Autores:** Claudia Berbel 1; Juanjo Lozano 1; Susana Seijo 1; Alba Díaz 1; María Ruart 1; José Ferrusquía 1; Manuel Romero-Gómez 2; Virginia Hernández-Gea 1; Juan Carlos García-Pagan 1  
**Instituciones:** 1 Hospital Clínic, Barcelona, 2 Hospital Nuestra Señora de Valme, Sevilla

**INTRODUCCIÓN:** La HPI es una enfermedad rara caracterizada por aumento de la presión portal de causa desconocida. Poco se conoce sobre su evolución y fisiopatología por lo que no disponemos de tratamientos capaces de limitar su progresión o revertirla, su manejo se limita al control de las descompensaciones de la hipertensión portal (HTP). El análisis transcriptómico de muestras hepáticas de pacientes con HPI y la integración de datos con análisis del metaboloma sérico mediante biología de sistemas podría identificar vías moleculares funcionalmente desreguladas, y mecanismos moleculares implicados en su desarrollo. Ello permitiría la identificación de dianas terapéuticas.

**OBJETIVO:** identificación de vías reguladoras diferencialmente expresadas en HPI respecto a pacientes con cirrosis y sujetos sanos.

**MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes con HPI en base a signos inequívocos de HTP, ausencia de cirrosis y de trombosis esplénica, biopsia hepática compatible con HPI. Se analizó RNAextraído de tejido hepático paraafinado sobrante de 18pacientes con HPI. Como grupo control se identificaron de forma retrospectiva biopsias de 22pacientes con cirrosis con HTP y 14pacientes con hígado sano y ausencia de tratamientos hepatotóxicos. Para el análisis metabómi

co se utilizó suero de 30pacientes con IPH, 34 con cirrosis y 33 sanos. Los datos se analizaron mediante Weighted Gene Correlation Network Analysis(WGCNA), functional enrichment analysis y Network enriched analysis.

**RESULTADOS:** WGCNA identificó que los pacientes con HPI presentan módulos de genes regulados conjuntamente en un patrón diferencial respecto a pacientes cirróticos y sanos. El estudio metabolómico, identificó un conjunto de 29metabolitos diferencialmente expresados en pacientes con HPI, mayoritariamente glicerolípidos. La integración de datos transcriptómicos y metabolómicos identificó las vías de la cascada de la coagulación, inflamación del endotelio y homeostasis lipídica como principales reguladoras su fisiopatología. Las alteraciones encontradas son similares a las descritas en la fisiopatología de la arteriosclerosis.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes con HPI tienen un perfil transcriptómico y metabolómico propio y diferente de los pacientes con cirrosis y los sujetos sanos basado en la desregulación de la hemostasia y la inflamación endotelial. La fisiopatología de la HPI se asemeja a la de la aterosclerosis, sugiriendo la base racional para el estudio de fármacos anti-aterosclerosis en su manejo.

## 20 Intervención educativa telefónica por la enfermera de endoscopia digestiva. Impacto en la incomparecencia de la colonoscopia ambulatoria

**Autores:** Carlos Pérez 1; Xènia Font 1; Rocio Pérez 1; Marco Antonio Alvarez 1; Miguel Pantaleón 1; Faust Riu 1; Josep María Dedeu 1; Luis Barranco 1; Carlos Fernando Enriquez 1; Xavier Bessa 1; Ines Ibañez 1; Agustín Seoane 1

**Instituciones:** 1 Unidad de Endoscopia Digestiva. Parc de Salut Mar. Hospital del Mar

### Introducción:

El impacto del papel educativo de la enfermera de endoscopia sobre la calidad de la colonoscopia no está bien valorado.

### Objetivos:

Principal: Estudio de la incomparecencia de la colonoscopia ambulatoria tras una intervención educativa telefónica estandarizada realizada por enfermería de endoscopia digestiva.

Secundarios: Estudio de 1) necesidad de reprogramación por mal cumplimiento de protocolos establecidos para la colonoscopia (antiagregación/anticoagulación, necesidad de anestesia, limpieza del colon) y 2) satisfacción del paciente.

### Material y métodos:

Ensayo clínico aleatorizado. Inclusión consecutiva de pacientes ambulatorios referidos para colonoscopia entre diciembre 2017 y mayo 2018. Dos grupos, uno de los cuales recibe llamada telefónica educativa de forma añadida a información médica desde el CAP y a recordatorio administrativo desde el Hospital. Cálculo muestral para reducir un 5% la incomparecencia. Se realizó análisis por intención de tratamiento (APIT) y análisis por protocolo (APP).

### Resultados:

767 pacientes en cada grupo. Se incluyeron finalmente 747 en el grupo control (GC) y 738 en el grupo intervención (GI). Contacto telefónico en 613 (83%). Edad media 60,1 (DE 15,7) años. Sexo 48%

hombres y 52% mujeres.

Se observó disminución significativa de la incomparecencia en el GI, tanto con APIT [8,4%, OR 1,8 (IC95% 1,30-2,53), p=0,0001] como con APP [4,4%, OR 3,6 (IC95% 2,35-5,61), p=0,0001] en relación con el GC [14,3%].

La necesidad de reprogramación fue mayor en el GC [2,3%] comparada con el GI, tanto con APIT [0,4%,p=0,003] como con APP [0,3%,p=0,003]. Se observó menor cumplimiento de los protocolos de limpieza del colon en el GC [dieta correcta 95,3%, fraccionamiento 89,8%] en comparación con el GI, tanto con APIT [dieta correcta 97,9%,p=0,01; fraccionamiento 91,8%,p=0,002] como con APP [dieta correcta 98,3%,p=0,01; fraccionamiento 92,6%,p=0,002]. No se encontraron diferencias entre los grupos en el grado de limpieza [adecuada según escala de Boston: GC 90,4%; GI APIT 92,4%,p=0,1; GI APP 93,2%,p=0,08].

La información recibida fue calificada como excelente o muy buena en menor porcentaje en el GC [64,9%] comparado con el GI, tanto con APIT [85%,p=0,0001] como con APP [84,9%,p=0,0001].

### Conclusiones:

Una intervención telefónica educativa estandarizada disminuye la incomparecencia y la necesidad de reprogramación de la colonoscopia ambulatoria, mejorando la satisfacción del paciente.

## 21 Correlació entre plasma i mucosa intestinal de l'activitat biològica relacionada amb la corticorefractarietat a la colitis ulcerosa

Autors: Violeta Lorén 1,2; Arce García-Jaraquemada 1; Juan Naves 1; Eduard Cabré 1,2; Cristina Segú 3; Mireia Coma 3; Eugeni Domènech 1,2; Josep Manyé 1,2

Institucions: 1 Grup de Recerca en MII, Hospital i Institut de recerca Germans Trias i Pujol, Barcelona, 2 CIBER, Madrid, 3 Anaxomics Biotech SL, Barcelona.

Prèviament vam emprar biòpsies rectals de malalts amb colitis ulcerosa (CU) activa i diferent resposta al tractament amb glucocorticoides, per generar una estratègia computacional basada en Biologia de Sistemes. Contrastant els perfils d'expressió intestinals (mRNA i miRNAs) amb informació molecular actualitzada relativa a CU i als glucocorticoides es va identificar un mecanisme d'acció (MoA) associat a la corticorefractarietat a la CU (Annex\_1A). Actualment, amb l'objectiu de traslladar aquests resultats a la pràctica clínica, vam voler explorar el reflexa de l'activitat biològica de la mucosa intestinal a plasma. Per això, van analitzar mitjançant seqüenciació els perfils de miRNAs en ambdós grups de pacients i mitjançant criteris estadístics estàndards es van identificar els miRNAs diferencials entre pacients responedors i no-responedors i que amb més probabilitat afectarien el MoA anteriorment descrit. Amb els miRNAs plasmàtics resultants (pmiRNAs) es van fer les següents correlacions (Annex\_1B): a) pmiRNAs versus miRNAs diferencials de biòpsies (bmiRNAs); b) molècules dianes de pmiRNAs vs. les dels bmiRNAs; c) molècules dianes de pmiRNAs vs. proteïnes codificades pels mRNA diferencials de mucosa; d) molècules dianes de pmiRNAs vs. les proteïnes clau del MoA. Tots els pmiRNA diferencials identificats (miR-194-5p, miR-145-5p, miR-216a-5p, miR-224-5p) es van relacionar amb les troballes en biòpsies, ja sigui a través de les mateixes proteïnes diana amb els bmiRNA diferencials o per la seva relació amb proteïnes clau dels MoA descrits en

mucosa. El miR-145-5p i miR-224-5p tindrien més rellevància, ja que a més de compartir dianes amb bmiRNAs, el miR-145-5p té com a diana VEGFA (proteïna clau del MoA) i CDK4, una proteïna sobre-exprèsada a nivell de mRNA en pacients no-responedors; i el miR-224-5p perquè es va trobar diferencial a la mucosa intestinal, i té com a diana CXCR4 (sobre-exprèsat el mRNA als no-responedors) i NCOA6 (co-activador del receptor dels glucocorticoides). Finalment trobarem un 5è miRNA diferencial en ambdós tipus de teixits (hsa-miR-487a-3p), sobre-exprèsat en biòpsies i suprimit en plasma dels no-responedors. Podem concloure que existeix un reflexa en plasma del MoA implicat en la corticorefractarietat en la CU, fent interessants aquestes molècules com a biomarcadors o possibles targets terapèutics moduladors de la resposta als corticosteroides.

## 22 Impacte a llarg termini de la curació del VHC amb règims orals en l'hemodinàmica sistèmica i pulmonar en pacients amb hipertensió portal clínicament significativa

Autors: Sabela Lens 1; Edilmar Alvarado 2; Isabel Blanco 3; Zoe Mariño 1; Tanya Orizaga 2; Luis Ibañez 5; X Torras 2; Anna Baiges 1; Fanny Turon 1; Virginia Hernández-Gea 1; Rafael Bañares 5; Angela Puenta 4; Jaume Bosch 1; Joan Albert Barbera 3; Cándid Villanueva 2; Xavier Forns 1; Juan Carlos García-Pagán 1

Institucions: 1 Servicio de Hepatología, Hospital Clinic, Barcelona. Universidad de Barcelona. IDIBAPS. CIBEREHD., 2 Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. CIBEREHD., 3 Servicio de Neumología, Hospital Clinic, Barcelona. Universidad de Barcelona. IDIBAPS. CIBERES., 4 Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Valdecilla, Santander. CIBEREHD., 5 Servicio de Hepatología, Hospital Gregorio Marañón. Madrid. CIBEREHD.

**Antecedents:** No hi ha dades sobre l'impacte a llarg termini de la curació del VHC (RVS) a l'hemodinàmica cardiopulmonar en pacients amb hipertensió portal clínicament significativa (HPCS, GPP  $\geq$  10 mmHg). Algunes sèries suggereixen l'associació del tractament amb antivirals directes amb hipertensió pulmonar (HP, PAP  $\geq$  25 mmHg) (Renard, Chest 2016).

**Mètodes:** Estudi prospectiu multicèntric de pacients amb cirrosi per VHC i HPCS basal (BL) que van obtenir RVS amb antivirals orals. Els pacients amb HPCS a les 24 setmanes es van sotmetre a una nova avaluació hemodinàmica a les 96 setmanes (RVS24 i RVS96, respectivament). Es presenten dades de 84 pacients amb cateterisme cardiopulmonar BL, RVS24 i RVS96.

**Resultats:** La majoria dels pacients (79%) eren Child-A; 84% tenien varius esofàgiques i 31% descompensació hepàtica prèvia. El BL-GPP era de 15.5 (13-18) mmHg. En global, el GPP va baixar

2 $\pm$ 3.2 mmHg a RVS24 i -4.1 $\pm$ 3.6 mmHg a RVS96 (tots dos, p < .01) tot i que el 76% dels pacients encara tenien HPCS a RVS96. A l'hemodinàmica sistèmica es va observar un augment de la pressió arterial mitjana (+7%, p = .07) i de la resistència vascular sistèmica (+12%, p < .05) però una reducció de la despesa cardíaca (-9%, p < .01). A la hemodinàmica pulmonar es va observar un augment significatiu (p < .05) de la pressió arterial pulmonar (PAPm: 16 $\pm$ 5 a 19 $\pm$ 6 mmHg, +12%) i de la resistència vascular pulmonar (RVPu: 98 $\pm$ 52 a 110 $\pm$ 58 Dyn/s/cm<sup>5</sup>, +10%) així com de la pressió capil·lar pulmonar (PCP: 10 $\pm$ 4 a 11 $\pm$ 4 mmHg, +20%). A nivell basal, 7(8%) pacients presentaven HP sense criteri de HPP. A RVS96, 4/7 pacients seguien amb HP i aquesta es va desenvolupar en 12 pacients més (3 tenien RVPu elevada (>240) i 1 complia criteri de HPP. Dos pacients presentaven RVPu elevada sense HP significativa en repòs (PAP 22 i 21 mmHg). Ni el tipus de tractament, la persistència de HPCS en RVS96 o la descompensació prèvia van influir en la resposta hemodinàmica.

**Conclusions:** La RVS després d'antivirals orals s'associa a una millora dels paràmetres hemodinàmics sistèmics en pacients amb HPCS a llarg termini. No obstant això, s'ha detectat un augment de la prevalença d'hipertensió pulmonar després de la RVS tot i que aquesta és predominantment d'origen post-capil·lar.

## 23 Característiques clíniques, requeriments terapèutics i evolució dels pacients amb malaltia de Crohn i afectació del tracte digestiu alt (estudi CROHNEX).

Autors: E.Sainz 1; Y. Zabana 2; I. Míguel 3; A. Fernández 4; M.Casanova 5; M.Martin 6; M.D. Picó 7; F. Gomollón 8; I. Rodríguez 9; F. Muñoz 47; M. Domínguez 10; E. Iglesias 11; D. Busquets 12; A.Gutiérrez 13; F. Cañete 14; L. Nuñez 15; C. Taxonera 16; B. Beltrán 17; B. Camps 18; X. Calvet 19; P. Navarro 20; M. Calafat 21; R. Ferreiro-Iglesias 48; C. González 22; B. Sicilia 23; C. Rodríguez 49; A.Y.Carbajo 24; M. van Domselaar 25; R. Vicente 26; M. Piñeras 27; M.C. Muñoz 28; A. Abad 29; A. Algaba 30; P. Martínez 31; M. Vela 32; B. Antolín 33; J.M. Huguet 34; L. Bujanda 35; Rufo H. Lorente 36; P. Almela 37; M.J. García 38; P. Ramírez 39; R. Pajares 40; I. Pérez-Martínez 41; Alfredo J. Lucendo 42; O. Merino 43; J. Legido 44; I. Vera 45; V.J. Morales 46

Institucions: 1 Hospital Sant Joan de Déu Althaia-Manresa, 2 Hospital Mútua de Terrassa, 3 Hospital Arnau de Vilanova Lleida, 4 Hospital Clínic de Barcelona, 5 Hospital de la Princesa Madrid, 6 Hospital La Paz Madrid, 7 HGU de Eliche, 8 Hospital Clínico Lozano Blesa Zaragoza, 9 Hospital Galdakao, 10 Hospital San Jorge Huesca, 11 Hospital Reina Sofía Córdoba, 12 Hospital Dr. Josep Trueta Girona, 13 HGU de Alicante, 14 HU Germans Trias i Pujol Badalona, 15 Hospital Ramón y Cajal Madrid, 16 Hospital Clínico San Carlos Madrid, 17 Hospital La Fe Valencia, 18 HU de Bellvitge Barcelona, 19 Hospital Parc Taulí Sabadell, 20 Hospital Clínic de Valencia, 21 Hospital Son Llàtzer Mallorca, 22 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Barcelona, 23 Complejo Hospitalario de Burgos, 24 Hospital Río Hortega Valladolid, 25 Hospital de Torrejón, 26 Hospital Miguel Servet Zaragoza, 27 Consorci Sanitari de Terrassa, 28 Hospital de Basurto, 29 Hospital de Viladecans, 30 Hospital de Fuenlabrada, 31 Hospital 12 de Octubre, 32 Hospital Nuestra Señora de la Candelaria Santa Cruz de Tenerife, 33 Hospital Clínico Universitario de Valladolid, 34 HGU de Valencia, 35 Hospital de Donostia, 36 Hospital General de Ciudad Real, 37 Hospital General de Castellón, 38 Hospital Marqués de Valdecilla Santander, 39 HU de Árabia, 40 Hospital Infanta Sofía Madrid, 41 HU Central de Asturias, 42 Hospital General de Tomelloso, 43 Hospital de Cruces, 44 Hospital General de Segovia, 45 HU Puerta de Hierro Madrid, 46 Hospital General de Granollers, 47 HU de Salamanca, 48 HU de Santiago, 49 Complejo Hospitalario de Navarra

tractaments, requerint fàrmacs biològics de segona línia. L'anèmia ferropènica crònica en absència de troballes a l'endoscòpia digestiva alta/baixa hi ha de fer pensar. Cal plantejar una estratègia de diagnòstic i tractament específica per aquests pacients que passi per un alt índex de sospita amb signes guia i escalada terapèutica ràpida.

**INTRODUCCIÓ:** S'ha suggerit que els pacients amb malaltia de Crohn (MC) alta (L4) i difusa d'intestí prim (L1+L4) poden presentar un curs més agressiu i refractari a tractaments però la informació és molt limitada. Les guies clíniques no ofereixen indicacions específiques sobre el seu maneig.

**OBJECTIUS:** Identificar característiques clíniques, requeriments terapèutics i complicacions que de forma independent s'associïn a l'afectació del tracte digestiu alt a la MC.

**MÈTODES:** Estudi retrospectiu de casos i controls aparellats (1: 2) per sexe i edat en pacients amb MC (L4 o L1+L4: casos; L1 o L3: controls) de la base ENEIDA (46 hospitals). L'intestí prim es va valorar amb una prova d'imatge i es va excloure la malaltia perianal complexa. Variables clíniques: patró, gravetat, anèmia, hemorràgia; complicacions: estenosi, fístula, abscess, perforació i hemorràgia; requeriments terapèutics: ús d'antiTNF, biològics de segona línia, 1 o més biològics, ferro iv, transfusions, nutrició enteral, tractaments endoscòpics/radiològics, cirurgies i ingressos. S'ha realitzat una anàlisi de regressió logística amb aquelles variables significatives a l'anàlisi univariante (SPSS).

**RESULTATS:** S'identificaren 919 casos i 1839 controls. L'anàlisi multivariante mostrà que els casos s'associaren de manera independent a patró estenosant al debut (OR: 1,2 (IC 95%: 1-1,5), p = 0,048), anèmia ferropènica (OR: 2,3 IC 95%: 1,6-3,4), p <0,0001), a afectació més extensa (> de 30cm) (OR: 2,7 (IC 95%: 2,3-3,3), p <0,0001), i a l'ús de biològics de segona línia durant el seguiment (OR 1,6 IC 95% 1-2,4 p=0,04). En canvi, presenten menys abscessos (OR: 0,6 (IC 95%: 0,5-0,8), p = 0,001) i tenen menys antecedents familiars de malaltia inflammatòria intestinal (OR 0,7 IC 95% 0,6-0,9 p=0,008).

**CONCLUSIÓ:** En la sèrie més extensa reportada d'afectació del tracte digestiu superior per MC es demostra que presenten malaltia més evolucionada al diagnòstic, suggerint que aquests pacients es diagnostiquen tard. Conseqüentment, són més refractaris als

## 24 Impacte de la implementació del codi-hda en els pacients que acudeixen a urgències amb una hemorràgia digestiva alta no varicosa.

Autors: Iris Márquez 1; Laura Ruiz 1; Xavi Andújar 1; Jorge C. Espinós 1; Vicenç Mayor 1; Fernando Fernández-Bañares 1; Maria Esteve 1; Carme Loras 1

Institucions: 1 Hospital Universitari Mutua de Terrassa. Servei Aparell Digestiu. Grup CIBEReh

**Introducció:** L'hemorràgia digestiva alta (HDA) és una patologia freqüent a Urgències, amb elevada morbiditat i mortalitat. No obstant això, no hi ha evidència a la literatura de l'impacte de la implementació d'un protocol d'actuació urgent (Codi-HDA) pel seu maneig.

**Objectiu:** 1) Avaluació l'impacte de la incorporació del Codi-HDA en els pacients amb HDA-no varicosa (HDA-NV) que consulten a Urgències. 2) Identificar quines variables s'associen de forma independent amb l'èxit final de l'hemorràgia. 3) Estudi de costos.

**Mètodes:** Estudi de cohorts observacional amb una cohort retrospectiva (CR) i una cohort prospectiva (CP), abans i després d'implementar el Codi-HDA. S'inclouen els pacients majors d'edat que van acudir a urgències amb HDA-NV durant 2014 (CR) i 2016 (CP). Anàlisi univariante i multivariante per a determinar l'impacte de la implementació del Codi-HDA i les variables associades a l'èxit final (no mortalitat, no re-sagnat o re-sagnat controlat per endoscòpia) en els pacients amb hemorràgia.

**Resultats:** S'inclouen 66 pacients a la CR (edat 68±1,87; 30,3% dones) i 89 pacients a la CP (edat 69±1,65; 42,7% dones). L'anàlisi multivariante mostra que el Codi-HDA redueix el número de concentrats d'hematies administrats (OR: 1,840; IC95% 1,066-3,175; p=0,028) i la necessitat d'ingrés hospitalari (OR: 4,729; IC95% 1,306-17,114; p=0,018). No es van trobar diferències a l'èxit final (93,9% vs. 87,6%; p=0,190) entre les dues cohorts de pacients. Un

índex de Blatchford <12 (OR: 4,460; IC95% 1,366-14,568; p=0,013) i l'endoscòpia realitzada de forma no emergent (> 6 hores) (OR: 5,449; IC95% 1,133-26,209; p=0,034) s'associen de forma independent amb l'èxit final. L'estudi de costos mostra un estalvi de 24.780 euros per cada 100 pacients des de la implementació del Codi-HDA, en relació a l'estalvi de transfusions i la reducció d'ingressos hospitalaris.

**Conclusions:** La implementació del Codi-HDA és un procés cost-efectiu que permet reduir el número de concentrats d'hematies administrats i els ingressos hospitalaris. Es confirma que el Blatchford és un bon índex pronòstic de l'evolució de l'HDA-NV. L'associació entre una endoscòpia precoç i una mala evolució de l'hemorràgia, obliga a plantejar la necessitat d'un estudi prospectiu per avaluar el moment idoni per la realització d'una endoscòpia en aquesta situació.

## 25 Incidència de carcinoma hepatocelular tras AAD en pacients con hepatopatía avanzada. Resultados de un programa prospectivo de cribado.

**Autors:** Marco Sanduzzi Zamparelli 1,2; Sabela Lens 3; Víctor Sapena 1,2; Neus Llarch 1,2; Anna Pla 3; Gemma Iserte 1,2; Concepció Bartres 3; Ramón Vilana 4,5; Luis Bianchi 4,5; Isabel Nuñez 6; Anna Darnell 4,5; Ernest Belmonte 4,5; Carmen Ayuso 4,5; Angeles García-Criado 4,5; María Alba Díaz 7,8; Carla Fuster 7,8; Ferran Torres 9,10; Jordi Bruix 1,2; Xavier Forns 3; María Reig 1,2; Zoe Mariño 3

**Institucions:** 1 *Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) Group, Liver Unit, Hospital Clinic Barcelona*, 2 *CIBERehd, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona.*, 3 *Liver Unit, Hospital Clinic Barcelona, CIBERehd, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona.*, 4 *Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) Group. Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clinic Barcelona*, 5 *IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona.*, 6 *Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clinic Barcelona, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona.*, 7 *Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) Group. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clinic Barcelona, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona.*, 9 *Estadística Médica, IDIBAPS, Hospital Clinic Barcelona, Spain*, 10 *Unidad de bioestadística, Facultad de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain*

**Introducción:** La eliminación del VHC con agentes antivirales directos (AAD) disminuye el riesgo de progresión de la hepatopatía complicaciones de la cirrosis, pero el impacto sobre el riesgo de desarrollar carcinoma hepatocelular(CHC) es controvertido.

**Objetivos:** Estimar la incidencia de CHC por medio de un programa prospectivo de cribado de CHC (SECH) en pacientes con hepatopatía avanzada por VHC curados con AAD.

**Métodos:** Estudio unicéntrico y prospectivo entre la Unidad de Hepatitis Víricas y de Oncología Hepática del Hospital Clínic de Barcelona. Se incluyeron pacientes con cirrosis o F3 (ET pre-AA-D >=9.5Kpa), sin historia de CHC, con RVS con AAD y con ecografía realizada <=30 días previos a inclusión que excluyera CHC/nódulos hepáticos no-caracterizados. Se realizó seguimiento por enfermería,

valoración analítica/clínica y ecográfica cada 6 meses. Los pacientes se siguieron hasta Sep/2018 o desarrollo de CHC. La incidencia de CHC se expresó en 100/pacientes-año; intervalo de confianza(PY; IC95%). La adherencia al programa se estableció por ecografías realizadas/teóricas.

**Resultados:** 275 pacientes firmaron consentimiento informado, 90 fueron excluidos y 185 fueron analizados [34% F3 (ET 11.5[10.1-12.1]KPa) y 65.9% cirróticos (ET 18[14.3-26.6]Kpa)]. De ellos, 87.7% Child-A, 40.9% con varices, 39.3% con ET >=21Kpa pre-AAD. La adherencia al programa fue del 98.4% y se diagnosticaron 7 CHC (todos en pacientes cirróticos). La mediana de seguimiento radiológico y tiempo entre SVR/CHC fue 23.9 meses y 24.5 meses, respectivamente. La incidencia de CHC en toda la cohorte, en cirróticos y en cirróticos con ET basal >=21KPa fue de 2.01/100PY[IC95%: 0.9-4.2], 3.04/100PY[IC95%: 1.4-6.3] y 5.93/100PY[IC95%: 2.9-11.8]; respectivamente. Los 7 pacientes [BCLC-0 (n=3)/A(n=3)/C(n=1)] recibieron tratamiento específico [percutáneo(n=4), cirugía(n=1), TACE(n=1) y sorafenib(n=1)] y 2 de ellos presentaron recurrencia/progresión.

**Conclusiones:** En pacientes cirróticos con RVS post-DAA y sin nódulos no-caracterizados en la ecografía basal se mantiene la incidencia de CHC pero no se observa 'asociación temporal' entre el inicio de AAD/ desarrollo de CHC. En esta cohorte no se ha observado casos de CHC en pacientes F3 aunque el número de pacientes fue limitado. Por ello la utilidad de la ecografía de cribado en esta población requiere estudios en cohortes prospectivas mayores y seguidas durante más tiempo.

## 26 Incidència de la síndrome d'intestí irritable post-infecciosa i de trastorns funcionals digestius després d'un brot de gastroenteritis per Norovirus

**Autors:** Katja Serra 1; Gerard Surís 1; Claudia Arajol 1; Judit Orobitg 1; Blau Camps 1; Lorena Rodríguez-Alonso 1; Alexandra Ruiz-Cerulla 1; Francisco Rodríguez-Moranta 1; Jordi Guardiola 1

**Institucions:** 1 *Hospital Universitari de Bellvitge*

### INTRODUCCIÓ

Les infeccions intestinals bacterianes i parasitàries són factors de risc ben coneguts pel desenvolupament de la síndrome d'intestí irritable post-infecciosa (PI-SII). En canvi, la història natural de les infeccions gastrointestinals víriques és poc coneguda. Al maig del 2017 es va declarar un brot de gastroenteritis (GE) per Norovirus a l'Hospital de Bellvitge que va afectar a 250 treballadors. Per tal de conèixer la incidència i factors de risc de trastorns funcionals digestius (TFD) després d'una GE per Norovirus, vam dur a terme aquest estudi de cohorts prospectiu amb grup control.

### MÈTODES:

Mitjançant e-mail, durant les 4 setmanes posteriors al brot, es va convidar a participar a tots els professionals de l'hospital, tant als casos afectats com als que no (controls). Se'ls hi van enviar qüestionaris avaluant els símptomes digestius mitjançant els criteris de Roma IV per a SII i dispèpsia funcional (DF) en el moment basal i als 6 i 12 mesos. També es va avaluar la gravetat de l'episodi de GE mitjançant l'escala de Vesikari.

### RESULTATS:

Van respondre als qüestionaris 71 casos i 84 controls. Les característiques basals de casos i controls foren similars. Prèviament a l'episodi infecciós la prevalença de SII i DF fou idèntica en els 2 grups (SII: 6% i 6% respectivament; DF: 17% i 17% respectivament, p=0,9).



Excloent els individus amb TFD previs, als 6 mesos de la GE la proporció d'individus que havia desenvolupat SII o DF era superior en el grup de casos que en el de controls (SII: 14% i 5% respectivament, P=0,06; DF: 18% i 3% respectivament, p= 0,006). Als 12 mesos, no es van observar diferències en la prevalença de SII ni DF entre els casos i controls (SII: 5% i 4% respectivament, P=0,7; DF: 9% i 6% respectivament, p= 0,5). Els factors predictius independents de TFD van ser la gravetat de la GE avaluada mitjançant l'escala de Vesikari (OR 1,32 IC95%(1,05-1,65), p=0,017) i el tabaquisme (OR 3,9 IC95%(1,01-14,9), p=0,048).

#### CONCLUSIONS:

Els trastorns funcionals digestius són freqüents després d'una gastroenteritis per Norovirus però sovint són transitoris. El risc ve determinat per la gravetat de l'episodi infecciós.

IMMR (p=0,48). La taxa de MMR en infeccions comunitàries fou del 13,33% i del 20,55% la resta (p=0,52). Els MMR més freqüents foren enterobactèries productores de betalactamases d'espectre estès (BLEEs, n=9) i *Enterococcus faecium* (n=6). La mortalitat per infecció fou superior (41% enfront 10%, p=0,002) i la taxa de resolució de la infecció significativament menor (97% enfront 65% p=0,001) en les IMMR. En l'anàlisi univariada, les IMMR s'associaren significativament a l'antecedent d'insuficiència renal, ingrés hospitalari els 3 mesos previs, assistència a hospital de dia, descompensació prèvia, puntuació MELD i puntuació Child avançades. En l'anàlisi multivariada, l'únic factor predictiu independent d'IMMR fou l'antecedent d'insuficiència renal (p=0,016; OR 5,22; IC95% 1,36-19,98).

**Conclusions:** Les IMMR representen una cinquena part de les infeccions del cirròtic en el nostre medi, essent l'antecedent d'insuficiència renal l'únic factor que s'hi associà. Tot i que més de 2 terços de les infeccions en els cirròtics en el nostre medi foren nosocomials o ASS, aquest fet no s'hi associà

## 27 Caracterització i factors de risc de les infeccions bacterianes per microorganismes multiresistents en pacients cirròtics.

**Autors:** Ariadna Aguilar 1; Ignacio Iborra 1; Ariadna Clos 1; Alba Ardèvol 1; Ramon Bartoli 2,3; Marga Sala 4; RM Morillas 1,2,3; Helena Masnou 1,2  
**Institucions:** 1 Unitat Hepatologia. Servei Aparell Digestiu Hospital Germans Trias i Pujol., 2 Institut de recerca Germans Trias i Pujol., 3 CIBEREHD, 4 Servei Aparell Digestiu Hospital Josep Trueta de Girona

**Introducció:** Les infeccions bacterianes són una complicació freqüent del cirròtic i n'empijora el pronòstic. S'ha observat un augment d'infeccions per microorganismes multiresistents (IMMR), que comporta una aproximació terapèutica diferent i que hauria d'adaptar-se a l'epidemiologia local d'aquestes.

**Objectiu:** caracteritzar microbiològicament les infeccions bacterianes que presenten els pacients cirròtics en el nostre medi i identificar factors associats a IMMR.

**Mètodes:** s'avaluaren tots els episodis d'infeccions bacterianes que presentaren els cirròtics ingressats entre desembre 2017 i octubre 2018. Es registraren dades epidemiològiques, clíniques i microbiològiques de cada infecció.

**Resultats:** Durant el període d'estudi, s'enregistraren 226 ingressos en 136 pacients, dels quals en el 27% (61 ingressos) es produí com a mínim una infecció (18% una i 9% més d'una). Finalment, s'avaluaren 88 episodis d'infecció. Les infeccions urinàries (n=30, 34%), respiratòries (n=14, 16%), PBE (n=14, 16%) i cutànies (n=8, 9%) foren les més freqüents. De totes elles, 15 (17%) foren comunitàries, 31 (35%) associades al sistema sanitari (ASS) i 42 (48%) nosocomials. S'identificà algun microorganisme en 66% dels episodis (n=57) dels quals, en el 30% fou MMR. El 88% de les IMMR (n=15) foren nosocomials o ASS i 75% en no

## 28 Pròtesis d'aposició luminal en el drenatge biliar de patologia biliopancreàtica maligna irreseccable: experiència en centre terciari.

**Autors:** Albert Garcia-Sumalla 1; Francesc Bas-Cutrina 1; Julio Velásquez 1; Claudia F. Consiglieri 1; Lluís Secanella 2; Núria Peláez 2; Mariona Calvo 3; Berta Laquente 3; Manuel Puga 4; Joan B. Gornals 1  
**Institucions:** 1 Unitat d'Endoscòpia Digestiva, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge - IDIBE, 2 Unitat de Cirurgia Hepato-biliopancreàtica, Servei de Cirurgia General i de l'Aparell Digestiu, Hosp. 3 Servei d'Oncologia Mèdica, Hospital Universitari de Bellvitge - IDIBELL / Institut Català d'Oncologia, 4 Unidad Endoscopia Digestiva, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense

**Introducció:** El drenatge biliar transmural guiat per USE (USE-DB) mitjançant pròtesi d'aposició luminal (PAL) és una nova opció en indicacions paliatives.

**Objectiu:** Determinar la freqüència d'ús de PAL en el drenatge biliar de patologia biliopancreàtica maligna irreseccable en centre de referència oncològic. Anàlisi d'eficàcia i seguretat.

**Materials i mètodes:** Inclusió prospectiva i consecutiva. Període: maig 2015 - octubre 2018 (41 mesos). Inclusió: tots els casos de drenatge biliar en casos de patologia biliopancreàtica maligna irreseccable o inoperable i CPRE fallida. Exclusió: patologia benigna, càncer borderline, pacient crític, coagulopatia severa, altres pròtesis. Èxit tècnic: correcte desplegament de PAL entre colèdoc i duodè visualitzat per USE. Èxit clínic: descens bilirubina 30% al 7è dia. Anàlisi descriptiva retrospectiva i unicèntrica.

**Resultats:** Dotze casos (0,65% respecte global de CPRE / període inclòs), suposant el 11,4% de casos de patologia biliar irreseccable. Edat mitjana 71 anys, 4 homes (33%). Indicació: icterícia (75%), colangitis (25%), bilirubina mitjana: 232umol/L. Etiologia principal: adenocarcinoma de pàncrees (92%). CPRE prèvia fallida en tots els

casos, ja sigui per fracàs en canulació (84%) o obstrucció duodenal tumoral (16%). Combinació CPRE i USE-DB en la mateixa sessió 7 casos (58%). USE-DB reprogramat en 3 casos (2-7 dies). Diàmetre colèdoc: mitjana 16mm (rang 13-23mm). Combinació USE-PAAF i USE-DB, en 4 casos. Combinació amb pròtesis enteral (n-2, 16%). Tècnica: accés amb agulla 19G-guía (n-9) o freehand (n-3), ostomia transduodenal amb sistema cistotom (Endocut, 80-100W). Model de pròtesi d'aposició luminal (PAL, Hot-AXIOS): 6x8mm (n-10, 84%), 8x8mm (n-2, 16%). Pròtesi plàstica pig-tail 58% (10 o 7Fr x 5cm). Èxit tècnic 100%. Èxit clínic 75%, descens mitjà bilirubina: 71umol / L. Seguretat: 16% efectes adversos greus immediats (1 perforació, 1 hemorràgia). Colangitis (n-2; 16%); obstrucció tumoral (135 dies, PAL + pigtail); obstrucció alimentària (54 dies, PAL sense pig-tail).

**Conclusions:** El drenatge transmural guiat per USE de la via biliar (tipus coledocoduodenostomia) amb PAL, és una opció de rescat en la patologia biliopancreàtica maligna irrecsectable i CPRE fallida. Ateses les complicacions associades, el seu ús ha de limitar-se en casos seleccionats.

Todos lograron una respuesta virología sostenida. No se detectaron cambios significativos tras el seguimiento ni del GIM ( $0.65 \pm 0.10$  mm frente a  $0.63 \pm 0.09$  p=240) ni de las placas (65.9% vs. 71.8%, p = 0.063). Estos resultados se confirmaron en subgrupos por factores de riesgo cardiovascular y gravedad de la enfermedad hepática. No se observó modificación en la composición de las placas ni en el territorio vascular afecto (p>0.05), solo un aumento sérico en el perfil lipídico tras un año de finalizar la terapia (p<0.001).

**Conclusión:** la erradicación del VHC por AAD no mejora la ateromatosis subclínica ni varía la composición de las placas en pacientes con hepatitis crónica por VHC con o sin factores de riesgo metabólico. El impacto de esto debería ser controlado a largo plazo valorando si es preciso otros tratamientos para mejora los resultados cardiovasculares.

## 29 Ateromatosis subclínica tras la erradicación del virus de la hepatitis C con antivirales de acción directa

**Autors:** Tamara Revuelto Artigas 1,4; Hernán F. Serpa Santamaría 1; Gisela Torres Vicente 2; Natividad Zaragoza Velasco 2,4; Miquel Miralbes Lluelles 1; Juan Buenestado García 2,4; Jordi Garreta Mesegue 1; Angels Betriu Bars 3; Josep Maria Reñe Espinet 2,4,5

**Institucions:** 1 Servicio de aparato digestivo del Hospital Universitario Santa Maria, Lleida, 2 Servicio de aparato digestivo del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, 3 Unidad de detección y tratamiento de enfermedades aterotrombóticas (UDETMA) HUAV, 4 Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida), 5 Universitat de Lleida (UdL)

**Antecedentes y objetivos:** La infección crónica por virus hepatitis C (VHC) es un factor de riesgo independiente de ateromatosis subclínica. Según la composición de las placas de ateroma, pueden ser más vulnerables al tratamiento o a provocar eventos cardiovasculares. Por el momento, se desconoce el posible efecto de la eliminación del VHC sobre estas placas ahora que los nuevos antivirales consiguen tasas de curación superiores al 95%. Nuestro objetivo es analizar si tras 12 meses de la erradicación del VHC por antivirales de acción directa (AAD) mejora la ateromatosis subclínica y examinar la modificación en la composición de estas placas.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional que incluye 85 pacientes con infección crónica por VHC con diferentes estados de fibrosis que fueron sometidos a AAD de acuerdo con las directrices del ICS/AEEH. Se excluyeron pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular, diabetes y enfermedad renal. Se realiza ecografía arterial (carótidas y femorales) para diagnosticar placa (definidas como un grosor íntimo medio GIM  $\geq 1.5$  mm) y se analiza su composición (porcentaje de lípidos, fibrosis y calcio con el software HEMODYN 4) al inicio del estudio y tras 12 meses de finalizar la terapia.

**Resultados:** Al inicio del estudio, la media de GIM fue de  $0.65 \pm 0.10$  mm y el 65.9% tenían placas en territorio carotídeo y/o femoral.

## 30 Micro-RNAs com a nous biomarcadors per a la progressió neoplàstica en la malaltia inflamatòria intestinal

**Autors:** Gerhard Jung 1,2,3; Isabel Quintanilla 2,3; Mireya Jimeno 2; Juan José Lozano 2; Jordi Camps 2; Sabela Carballal 1,2,3; Luis Bujanda 4; Maria Isabel Vera 5; Enrique Quintero 6; Marta Carrillo 6; Montserrat Andreu 7; **Institucions:** 1 Hospital Clínic de Barcelona, Servei de Gastroenterologia, 2 Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi I Sunyer (IDIBAPS), 3 Centro de Investigación Biomédicas en Red, Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), 4 Hospital Universitario de Donostia, Servicio de Gastroenterología, 5 Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Servicio de Gastroenterología, 6 Hospital Universitario de Canarias, Servicio de Gastroenterología, 7 Hospital Universitario del Mar, Barcelona, Servicio de Gastroenterología, 8 Hospital Clínic de Barcelona, Servei de Anatomia Patològica

**Antecedents i objectius:** El càncer colorectal (CCR) és una complicació infreqüent però greu de la malaltia inflamatòria intestinal de llarga evolució. Actualment, l'únic marcador de risc és la displasia detectada per colonoscòpia, però aquesta té limitacions importants. MiRNAs són reguladors epigenètics importants que s'han demostrat implicats en varies vies de senyalització del CCR. El seu rol en el CCR associat amb la MMI és menys conegut. L'objectiu d'aquest estudi va ser identificar miRNAs que estaven expressats diferencialment i específics per a la displasia i el càncer associats a la MMI.

**Mètodes:** A la fase de descobriment, es va analitzar la expressió de 96 miRNAs en 50 biòpsies de casos (18 mucosa normal, 20 displasia i 12 CCRs associats a la colitis ulcerosa) i 50 biòpsies de controls (11 mucosa normal, 20 adenomas esporàdics i 19 CCRs esporàdics) utilitzant Custom TaqMan Array Cards. A la fase de validació, es va analitzar la expressió de vuit miRNA deregulats mitjançant qRT-PCR individual en una cohort independent de 50 casos i 46 controls.

**Resultats:** Vam identificar 48 miRNAs que demostraven una expressió diferencial al llarg de la seqüència de càncer associat a la colitis (CAC), dels quals vuit es van seleccionar per a la validació degut a la seva capacitat de distingir acuradament displasia de mucosa normal, a la seva deregulació consistent al llarg de la seqüència CAC i el seu diferent nivell d'expressió comparat amb el càncer esporàdic. En aquest sentit vam poder confirmar que els miRNAs miR-20b, -31, -106a i -135b estaven deregulats significativament entre mucosa normal i displasia (tots amb  $p < 0.05$ ), amb una bona corva ROC (0.73, 0.77, 0.92 i 0.78, respectivament) així com al llarg de la seqüència CAC (tots amb  $p < 0.01$ ).

**Conclusió:** El CCR associat a la colitis i el CCR esporàdic tenen un perfil d'expressió de miRNAs diferent. MiRNAs canvien la seva expressió amb un patró específic durant la carcinogènesi (mucosa normal – displasia – càncer) i tenen potencial com a biomarcadors. Basat en aquests resultats, futurs assajos haurien d'avaluar en una escala més gran el seu ús a la pràctica clínica.

**Resultats:** Es van incloure 100 pacients (edat  $63,8 \pm 9,3$ , homes 68%, etiologia enòlica 63%, MELD  $9,0 \pm 2,5$  i AF  $5,4 \pm 1,5^\circ$ ). Durant un seguiment de  $21,1 \pm 5,9$  mesos, el 30% dels pacients va precisar hospitalització, el 23% va presentar caigudes i el 15% va morir. En l'anàlisi multivariant van ser factors predictius d'hospitalització: l'AF  $\leq 4,6^\circ$  i el grau de comorbiditat (Charlson) (HR 3,787, IC95% 1,437-9,984,  $p=0,007$ , i HR 1,713, IC95% 1,038-2,828,  $p=0,035$ , respectivament), de caigudes: l'AF  $\leq 4,6^\circ$  (HR 4,755, IC95% 1,831-12,343,  $p=0,001$ ), i de mortalitat: el sodi plasmàtic i l'AF  $\leq 4,6^\circ$  (HR 0,728, IC95% 0,606-0,876,  $p=0,001$  i HR 9,165, IC95% 1,894-44,349,  $p=0,006$ , respectivament). Els pacients amb un AF  $\leq 4,6^\circ$  ( $n=31$ ) van presentar una major probabilitat d'hospitalització, caigudes i mortalitat als dos anys que els pacients amb AF  $> 4,6^\circ$  ( $n=69$ ) (36% vs 11%,  $p=0,002$ ; 44% vs 11%,  $p < 0,001$ ; i 25% vs 3%,  $p=0,001$ , respectivament).

**Conclusions:** L'angle de fase és un factor predictiu d'hospitalització, caigudes i mortalitat en els pacients amb cirrosi ambulatoris.

## 31 L'angle de fase determinat per bioimpedància elèctrica és un factor predictiu d'hospitalització, caigudes i mortalitat en els pacients amb cirrosi

**Autors:** Eva Román<sup>1,2,7,9</sup>; Maria Poca<sup>3,7,9</sup>; Gerard Amorós<sup>4,10</sup>; Xavier Rosell-Ferrer<sup>8</sup>; Cristina Gely<sup>2</sup>; Berta Cuyàs<sup>3</sup>; Silvia Vidal<sup>5,7</sup>; Eulalia Urgell<sup>6</sup>; Elvira Hernández<sup>1,7</sup>; Rosalia Santesmases<sup>1,7</sup>; Carlos Guarner<sup>3,7,9</sup>; Germán Soriano<sup>3,7,9</sup>

**Institucions:** 1Escola Universitària d'Infermeria EUJ-Sant Pau; 2Institut de Recerca IIB-Sant Pau; 3Servei de Patologia Digestiva, Hospital de Sant Pau; 4Servei de Cardiologia, Hospital de Sant Pau; 5Servei d'Immunologia, Hospital de Sant Pau; 6Servei de Bioquímica, Hospital de Sant Pau; 7Universitat Autònoma de Barcelona; 8Departament d'Enginyeria Electrònica, Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelona; 9CIBERehd. Instituto de Salud Carlos III, Madrid; 10CIBERCV. Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

**Introducció:** Els pacients amb cirrosi sovint presenten alteracions en la composició corporal, com disminució de la massa muscular i òssia, i excés d'aigua i greix. La mesura de l'angle de fase (AF) és un mètode ràpid per l'avaluació de la composició corporal ja que es calcula a partir de la resistència (vinculada a l'estat d'hidratació dels teixits) i la reactància (vinculada a la massa cel·lular). S'ha demostrat l'elevada capacitat pronòstica de l'AF en diferents situacions però les dades en pacients amb cirrosi son encara escasses.

**Objectiu:** Analitzar el valor pronòstic de l'AF per predir events relacionats amb la fragilitat (ingressos hospitalaris, caigudes i mortalitat) en pacients amb cirrosi.

**Pacients i mètodes:** S'han inclòs de forma consecutiva pacients amb cirrosi ambulatoris als que es va determinar l'AF mitjançant l'anàlisi de la composició corporal per bioimpedància elèctrica amb el sistema BIA 101 (Bodygram TM 1.31). La mesura es va realitzar després de 10 minuts en decúbit supí, amb 4 elèctrodes convencionals: 2 en el dors de la mà i 2 en el dors del peu contralateral. Es va fer un seguiment prospectiu per determinar la incidència d'hospitalitzacions, caigudes i mortalitat.

## 32 Resultats de la colonoscòpia amb sedació administrada per infermeria i supervisada per metge endoscopista

**Autors:** Marco Albuquerque Miranda<sup>1,2</sup>; Antonella Smarrelli<sup>1</sup>; Julio Chevarria Montesinos<sup>3</sup>; Sergi Ortega Carreño<sup>1</sup>; Ana Zaragoza Fernandez<sup>1</sup>; Alba Vargas García<sup>1,2</sup>; César Ledezma Frontado<sup>1</sup>; Lluís Vidal Plana<sup>1</sup>; Monserrat Figa Francesc<sup>2,4</sup>; Ferran Gonzalez-Huix Lladó<sup>2,5</sup>

**Institucions:** 1Hospital de Palamós; 2Clínica Girona; 3Beaumont Hospital, Dublin; 4Hospital Universitari Josep Trueta, Girona; 5Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

L'eficàcia i seguretat de la sedació en endoscòpia administrada per infermeria i supervisada per l'endoscopista (SAI) han estat àmpliament documentades; no obstant això, no existeix informació que avaluï el resultat de l'endoscòpia quan l'endoscopista té la tasca addicional de supervisar la sedació.

**Objectiu:** Determinar l'equivalència de la taxa de detecció d'adenomes (TDA) en colonoscòpies del programa de cribratge de càncer colorectal (PCCCR) realitzades amb SAI i les realitzades amb sedació administrada per anestesista (SAA).

**Mètode:** Estudi d'equivalència prospectiu, 2014-2017. Pacients: del PCCCR. Intervenció: Assignació 1:1 a colonoscòpia amb SAI o SAA. Els pacients van ser assignats per la secretaria del PCCCR d'acord a l'ordre d'arribada del PDSOF+, disponibilitat del pacient amb la data/hora programades i disponibilitat d'espais lliures de cada dietari (SAI o SAA). Objectiu primari: Determinar l'equivalència de la TDA en colonoscòpies del PCCCR amb SAI i amb SAA.

**Resultats:** S'inclouen 315 pacients per grup, edat:  $59.76 \pm 5.81$  anys; dones: 40,5%. Van participar 2 endoscopistes (E1 i E2) amb experiència en el PCCCR  $> 1$  any. La taxa d'intubació cecal (TIC) va ser del 97%, preparació adequada (PA): 81.8%, temps de retirada  $> 6$ min (TR6m): 98.7% i temps global d'exploració (TE): 24.25

$\pm 8.86\text{min}$  (8 – 70min). La TDA va ser 62.9%, TDA avançats (TDAav): 37.3%, TDA serrats sèssils (TDAss): 5.2% i la mitjana d'adenomes per pacient (MAP):  $1.53 \pm 1.75$ . Taxa de complicacions (TC): 0.6%. Excloent les colonoscòpies amb una preparació inadequada i incompleta, no hi va haver diferències per grup (SAI vs. SAA) en TR6m, TE, TDA, TDAav, TDAss ni MAP; però sí, entre endoscopistes. E1 en menor TE ( $23.63 \pm 8.07$  vs  $26.09 \pm 9.61\text{min}$ ,  $p=0.02$ ) va aconseguir una TDA (64.48 vs 54.08,  $p=0.04$ ) i MAP ( $1.62 \pm 1.83$  vs  $1.12 \pm 1.39$ ,  $p=0.01$ ) superiors.

La TDA va ser equivalent entre els dos tipus de sedació: SAI: 64.1% vs. SAA: 61.94%, diferència ( $\Delta\text{TDA}$ ): 2.54; per a un IC95% $\Delta\text{TDA}$ : -0.09 – 0.07. No hi va haver diferència en la TC (SAI: 0.76% vs. SAA: 0.81%,  $p=0.66$ ).

**Conclusió:** La TDA en colonoscòpies del PCCCR realitzades amb SAI és equivalent a la de les realitzades amb SAA. No existeix diferència en la taxa de complicacions.

# PÒSTERS

# PÒSTERS (33-137)

## 33 Papel de la secuenciación masiva (NGS) en el diagnóstico de neoplasias mieloproliferativas en pacientes con trombosis venosas esplácnicas (TVE)

Autors: Marta Magaz<sup>1</sup>; Alberto Álvarez-Larrán<sup>1</sup>; Dolors Colomer<sup>1</sup>; Mónica López-Guerra<sup>1</sup>; Gabriel Mezzano<sup>1</sup>; Lara Orts<sup>1</sup>; Claudia Berbel<sup>1</sup>; Francisco Cervantes<sup>1</sup>; José Ferrusquía<sup>1</sup>; Anna Baiges<sup>1</sup>; Fanny Turon<sup>1</sup>; Virginia Hernández-Gea<sup>1</sup>; Juan Carlos García-Pagán<sup>1</sup>  
Institució: <sup>1</sup>Hospital Clínic, Barcelona.

**INTRODUCCIÓN:** Las neoplasias mieloproliferativas (NMP) son la causa más frecuente de TVE. Su diagnóstico reside en hemograma, histología de médula y mutaciones en JAK2, CALR o MPL. La mutación más frecuente es JAK2V617F, se sugiere que en pacientes sin esta mutación, la mutación JAK2 en exón 12 (Exón12) o en posición 515 de MPL aumentaría el diagnóstico de NMP. Un estudio europeo fue incapaz de detectar Exón12 ni MPL mediante secuenciación Sanger en pacientes con TVE y NMP, podría justificarse por la baja sensibilidad de dicha técnica. NGS ayudaría a identificar mutaciones en genes asociados a NMP cuando la carga mutacional es baja y permitiría el diagnóstico de NMP en pacientes considerados idiopáticos que a su vez tendría un impacto tanto en el tratamiento como en su pronóstico.

**OBJETIVO:** Análisis mediante NGS en 2 grupos sin marcador molecular por técnicas convencionales (un grupo con TVE asociada a NMP y otro con TVE idiopática o solamente factor local).

**MÉTODOS:** Análisis 44 pacientes (4 TVE-NMP triple negativa y 40 con TVE idiopática/local) de las que disponíamos muestras sanguíneas. Se empleó un panel de secuenciación masiva que incluye diferentes genes asociados a patología mielóide (MyeloidSolutionTMSOPHIA GENETICS). Se evaluó específicamente Exón12 y MPL. El análisis de las variantes detectadas se realizó mediante software SOPHIA DDM®

considerándose aquellas variantes no sinónimas con frecuencia de alelo variante (VAF) superior al 2%.

**RESULTADOS:** En 2/4 pacientes (50%) con TVE-NMP triple negativa se identificó la mutación en la región "hotspot" del Exón12 [p.H538\_K539delinsL; VAF 6%] y [p.N542\_E543del; VAF 7%].

En 2/40 (5%) de las TVE idiopáticas/locales se objetivó en ambos Exón12 en la posición [p.H538\_K539delinsL; VAF 6% y VAF del 2%] respectivamente. No se detectó ningún caso con MPL.

**CONCLUSIONES:** El estudio NGS ha detectado Exón12 no detectado previamente mediante secuenciación Sanger, ya que las frecuencias alélicas de estas mutaciones son inferiores a la sensibilidad de la técnica. La introducción de NGS en pacientes con TVE, facilita el diagnóstico de NMP, permite realizar simultáneamente análisis de las mutaciones de JAK2, MPL y CALR y reduciría la necesidad de estudios adicionales y el número de biopsias.

## 34 Factors predictius de mortalitat dels pacients cirròtics amb hemorràgia varicosa Child B

Autors: Alberto Amador<sup>1</sup>; Gerard Surís<sup>1</sup>; Alba Cachero<sup>1</sup>; Silvia Salord<sup>1</sup>; Rosa Rota<sup>1</sup>; Carme Baliellas<sup>1</sup>; José Castellote<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Unitat d'Hepatologia. Servei d'Aparell Digestiu. Hospital Universitari de Bellvitge

**INTRODUCCIÓ:** els factors pronòstics de mortalitat en el subgrup de pacients Child B amb hemorràgia varicosa no són ben coneguts. Aquests factors són importants a l'hora d'indicar l'ús del TIPS preventiu.

**OBJECTIU:** identificar els factors de risc de mortalitat a 6 setmanes i actuarial dels pacients Child B amb hemorràgia varicosa.

**MÈTODES:** estudi de cohorts de pacients cirròtics Child B amb hemorràgia varicosa i criteris de TIPS preventiu admesos de forma consecutiva entre 2006 - 2017. Els pacients s'han tractat segons guies clíniques del moment. S'ha realitzat una anàlisi univariant i multivariant dels factors predictius de mortalitat a 6 setmanes i una anàlisi actuarial de supervivència.

**RESULTATS:** s'han estudiat 300 pacients Child B amb hemorràgia varicosa, excloent 69 no candidats a TIPS preventiu i 11 pacients amb TIPS de rescat. Dels 220 pacients inclosos, 104 (47%) presentaven ascites a l'ingrés, en 62 (28.3%) s'observà sagnat actiu a l'endoscòpia inicial i 24 (11%) tenien MELD $\geq$ 19. El sagnat actiu no va ser un factor pronòstic (13% vs 9%, p=0.454). La mortalitat a 6 setmanes va ser del 10%. L'anàlisi univariant mostrà que la presència d'infecció, l'ascites a l'ingrés, el fracàs de tractament i el MELD  $\geq$ 19 eren factors predictius de mortalitat a 6 setmanes. A l'anàlisi multivariant, el MELD  $\geq$ 19, l'ascites i el fracàs van resultar factors predictius independents de mortalitat. Els pacients amb MELD  $\geq$ 19

presentaren una mortalitat de 29% a 6 setmanes, 5 vegades superior als pacients amb MELD < 19 (OR 4.84 [1.8-13.8]). Es va definir un grup de 107 pacients (48.6% del total) amb bon pronòstic (MELD<19 i sense ascites) que presentaven una mortalitat baixa a 6 setmanes (3.7% vs 15.9%, p=0.003). La supervivència als 12 mesos va ser del 59% als pacients amb MELD ≥19, 68% als pacients amb MELD<19 i ascites, i 82.9% del grup de baix risc (MELD<19 i sense ascites).

**CONCLUSIONS:** La presència de MELD ≥19 defineix un grup amb alta mortalitat a 6 setmanes. Els pacients amb MELD <19 sense ascites tenen un pronòstic excel·lent. El sagnat actiu al moment agut no s'ha de considerar com a factor de mal pronòstic.

3 mesos que als 12 sí que ho foren presentaven amb major freqüència estadi histològic I (100% vs 50%, p=0,01) i bilirubina inferior (0,75 [0,6-0,9] vs 1,2 [0,8-1,3] mg/dl, p=0,04), més freqüentment < 1mg/dL (87,5% vs 40%, p=0,02), sense altres diferències clíniques, analítiques o histològiques.

**Conclusió:** Els criteris de resposta bioquímica aplicats als tres mesos tenen una bona especificitat i sensibilitat. Una excepció són els no responedors als tres mesos amb malaltia molt inicial que cal avaluar a l'any.

## 35 UTILITAT DELS CRITERIS DE RESPOSTA BIOQUÍMICA A L'ÀCID URSODEOIXICÒLIC ALS TRES MESOS D'INICI DEL TRACTAMENT EN LA COLANGITIS BILIAR PRIMÀRIA

**Autors:** Laura Patricia Llovet<sup>1</sup>; Anna Reig<sup>1</sup>; Oswaldo Ortiz<sup>1</sup>; María Carlota Londoño<sup>1</sup>; Albert Parés<sup>1</sup>  
**Institucions:** 1Servei Hepatologia, Hospital Clínic Barcelona. CIBERehd. IDI-BAPS. Universitat de Barcelona. Barcelon

**Introducció:** La resposta al tractament amb àcid ursodeoxicòlic (AUDC) en malalts amb colangitis biliar primària (CBP) s'avalua amb diversos criteris bioquímics validats en els darrers anys que permeten identificar els pacients que es beneficiarien de l'addició d'altres fàrmacs al tractament. Malgrat això, aquests criteris s'han estudiat als 12 i 24 mesos del tractament, pel que seria interessant saber la seva utilitat de manera més precoç. L'objectiu de l'estudi és avaluar la sensibilitat i especificitat dels criteris de resposta a AUDC als tres mesos de tractament.

**Mètodes:** Estudi retrospectiu unicèntric on s'avaluen els criteris de Barcelona, Paris I, Toronto i Paris II als tres mesos en pacients amb CBP que segueixen tractament amb AUDC en monoteràpia almenys un any i la comparació amb els validats als dotze mesos, excepte Toronto als 24 mesos.

**Resultats:** S'inclouren 95 pacients amb CBP (edat de 53 (44-65) anys) i fosfatasa alcalina (FA) 1,45 (1,1-2,9) vegades el límit superior de la normalitat (LSN). A l'any, la resposta a AUDC fora: Paris I 74,5%, Barcelona y Paris II 57,9% i Toronto 78,6%. Als tres mesos, la sensibilitat (S) i especificitat (E) dels diferents criteris van ser: Barcelona 72,7% S i 82,5% E, Paris I 88,6% S i 83,3% E, Toronto 100% S i 64,7% E, Paris II 80% S i 87,5% E. A l'excloure els pacients amb FA<1,5 LSN, l'especificitat va augmentar >80% en tots els criteris als tres mesos però amb una disminució de la sensibilitat < 70% excepte en Paris I amb S 77,5%. Els pacients no responedors als

## 36 Estudi descriptiu dels pacients cirròtics ingressats per descompensació clínica: prevalència d'insuficiència hepàtica crònica aguditzada, característiques clínico-analítiques

**Autors:** Marc Galindo<sup>1</sup>; Edgar Castillo-Regalado<sup>1</sup>; Daniel Luna<sup>1</sup>; Ariadna Clos<sup>1</sup>; Alba Ardèvol<sup>1</sup>; Ramon Bartoli<sup>2,3</sup>; Rosa M Morillas<sup>1,2,3</sup>; Helena Masnou<sup>1,2</sup>  
**Institucions:** 1Unitat Hepatologia. Servei Aparell Digestiu. Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona); 2Institut de Recerca Germans Trias i Pujol; 3Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD)

### INTRODUCCIÓ:

La insuficiència hepàtica crònica aguditzada (IHCA) és l'agudització d'una hepatopatia crònica, associada a fallada de diferents òrgans i a una mortalitat elevada a curt termini. Afecta al voltant del 30% dels pacients ingressats per complicacions de la cirrosi.

### OBJECTIUS:

Descriure les característiques clínic-epidemiològiques així com la mortalitat intrahospitalària, als 28 i 90 dies en els pacients cirròtics ingressats per descompensació clínica.

### MATERIAL I MÈTODES:

S'avaluaren els pacients cirròtics ingressats per descompensació de gener 2015 fins desembre 2016. Es recolliren retrospectivament característiques demogràfiques, comorbilitats, descompensacions prèvies, tractament concomitant, dades clíniques i analítiques de l'episodi d'ingrés. En els pacients que desenvoluparen IHCA es recolliren dades clíniques i analítiques al diagnòstic i als 3-7 dies. S'avaluà la mortalitat intrahospitalària, als 28 i 90 dies així com factors associats al desenvolupament d'IHCA.

### RESULTATS:

S'incloueren 212 pacients, que generaren 237 ingressos, dels quals 59 (24,9%) presentaren IHCA (69,5% en el moment de l'ingrés. El 59% grau I, 34% grau II i 7% grau III al diagnòstic. Es detectà un factor precipitant en el 76% dels casos d'IHCA, essent els més freqüents la infecció bacteriana (49%) i hemorràgia digestiva (22%).

Aquells pacients amb descompensacions prèvies presentaren més freqüentment IHCA respecte aquells que no s'havien descompensat (31% enfront 14%;  $p=0,004$ ). No s'observaren diferències en l'edat, enolisme actiu ni en els paràmetres inflamatoris (leucòcits i PCR). No s'identificaren factors de risc independents d'IHCA. La mortalitat intrahospitalària global fou del 19,8% i del 45,8 % en el subgrup que desenvoluparen IHCA ( $p=0,001$ ). Les taxes de mortalitat als 28 i 90 dies fou 33% i 45% en el grup que desenvoluparen IHCA enfront al 8,9% i 15,2% del subgrup que no la desenvoluparen ( $p=0,001$ ). Els factors associats a mortalitat intrahospitalària foren: IHCA, carcinoma hepatocel·lular i bilirubina (OR 5,4, 1,2 i 4,3 respectivament)

#### CONCLUSIONS:

Una quarta part dels pacients cirròtics ingressats desenvoluparen IHCA, (69,5% el presentaven ja en el moment de l'ingrés), essent la infecció bacteriana i l'hemorràgia digestiva els principals factors precipitants identificats. La IHCA s'associa a una mortalitat intrahospitalària, als 28 i 90 elevada.

La presència d'IHCA, carcinoma hepatocel·lular i la bilirubina s'associa independentment a mortalitat intrahospitalària.

## 37 Dèficit de micronutrients en pacients amb cirrosi descompensada

Gemma Llibre1; Alba Lira1; Mercedes Vergara1,2; Mireia Miquel1,2; Meritxell Casas1,2; Blai Dalmau1,2; Valentí Puig-Diví1; Gemma Solé3; Josep Maria Barradas4; Núria Nava4; Noemí Martínez4; Montse Ortega4; Estefanía Martínez4; Montserrat García4; Antònia Humanes5; Laia Grau-López6; Jordi Sánchez-Delgado1,2

1Servei d'Aparell Digestiu. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació I3PT; 2Centro de Investigación Biomédica y en Red Enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd). Instituto; 3Servei de Laboratori. UDIAT. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació I3PT; 4Infermeria. Servei d'Aparell Digestiu. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació I3PT; 5Infermeria del Servei d'Endocrinologia i nutrició. Parc Taulí Hospital Universitari.; 6Servei de Neurologia. HG TiP. Badalona. Estadística aplicada.

**Objectiu:** Valoració del dèficit de micronutrients (vitamines i oligoelements) en pacients ingressats per cirrosi descompensada.

**Material i mètodes:** Estudi prospectiu, unicèntric en població amb cirrosi hepàtica (CH) de qualsevol etiologia que ingressaren per descompensació des d'octubre del 2017 a l'octubre del 2018. S'analitzaren dades demogràfiques, etiologia de CH, presència de diabetes, Child-Pugh i MELD, motiu de l'ingrés (descompensació ascític-edematosa (DAE), infecció, encefalopatia hepàtica (EH), hepatitis alcohòlica, insult renal agut (AKI) i hemorràgia per hipertensió portal (HDaxHTPo). Es realitzà anàlisi amb determinació d'oligoelements (calci, fòsfor, magnesi, Zenc i Coure) i vitamines (A, B1, B6, B12, C, D, E, K i àcid fòlic).

**Resultats:** Es van incloure 87 pacients. Edat mitja  $63 \pm 10,8$  anys, 80% homes. L'etiologia va ser l'alcohol en el 87,4% amb consum actiu un 60%. Classificació de Child A/B/C de 10,3%/50,6%/39,1% respectivament. MELD mig de  $16,7 \pm 6,74$ . Un 39,1% eren diabètics. El motiu de l'ingrés va ser: DAE/Infecció/EH/hepatitis OH/AKI/HDaxHTPo amb un 85,1%/41,4%/21,8%/17,2%/21,8%/13,8% respectivament. Els dèficits de micronutrients detectats van ser: Vit

## 38 Factors clínics i analítics associats a mortalitat al primer, tercer i sisè mes en una cohort de pacients amb cirrosi descompensada

Alba Lira1; Gemma Llibre1; Mercedes Vergara1; Mireia Miquel1; Meritxell Casas1; Blai Dalmau1; Valentí Puig-Diví1; Gemma Solé1; Josep Maria Barradas1; Núria Nava1; Noemí Martínez1; Montse Ortega1; Estefanía Martínez1; Montserrat García1; Antònia Humanes1; Laia Grau-López2; Jordi Sánchez-Delgado1  
1CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ; 2HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL

#### Objectiu

Determinació dels factors demogràfics, clínics i analítics relacionats amb la mortalitat en una cohort de pacients ingressats per cirrosi descompensada al primer, tercer i sisè mes post hospitalització.

#### Material i mètodes

Estudi prospectiu, unicèntric en població amb cirrosi hepàtica (CH) de qualsevol etiologia que ingressaren per descompensació des d'octubre del 2017 a l'octubre del 2018. Es van analitzar dades demogràfiques, etiologia de CH, presència de diabetes, puntuació de Child-Pugh i MELD, motiu de l'ingrés (descompensació ascític-edematosa (DAE), infecció, encefalopatia hepàtica (EH), hepatitis alcohòlica, insult renal agut (AKI) i hemorràgia per hipertensió portal (HDaxHTPo). Les dades analítiques analitzades van ser l'hemograma, perfil renal i hepàtic, perfil nutricional, valors d'oligoelements i vitamines hidrosolubles i liposolubles i dades antropomètriques (plec tricentral i perímetre muscular del braç).

#### Resultats

Es van incloure 87 pacients. Edat mitja  $63 \pm 10,8$  anys, 80% homes, consum actiu 60%. L'etiologia de la cirrosi va ser alcohol en el 87,4%. Classificació de Child A/B/C de 10,3%/50,6%/39,1% respectivament. MELD de  $16,7 \pm 6,74$ . Un 39,1% eren diabètics. El motiu de

A (93,17%), Vit B6 (57,6%), Vit C (52,3%), Vit D (90,7%), Zenc (92,9%), Fòsfor (39%), Magnesi (25%) i Ferro (40%). Els dèficits de Vit B1, Vit E, Vit K i àcid fòlic van ser de 2,5%/14,9%/2,9%/6,3% respectivament. Els pacients Child C tenien, en relació als Child A i B, valors més baixos de Vit A ( $p<0,001$ ), Zenc ( $p<0,001$ ), i valors més alts de Fe ( $p=0,015$ ), Ferritina ( $p=0,05$ ) i Vit B12 ( $p<0,001$ ) i Els pacients amb valors de MELD més elevats tenien valors més baixos de Vit A ( $p<0,001$ ), Vit E ( $p<0,001$ ), Mg ( $p=0,021$ ) i Zenc ( $p=0,001$ ) i valors més alts de Fe ( $p=0,013$ ), Ferritina ( $p=0,004$ ) i Vit B12 ( $p<0,014$ )

**Conclusions:** Els dèficits de micronutrients són freqüents a la cirrosi descompensada. Les vitamines més freqüentment deficitàries són la A, B6, C i D. El dèficit de Zenc és universal en aquesta població. La insuficiència hepàtica greu es correlaciona amb nivells més baixos de Zenc i Vit A i més alts de Vit B12, Fe i ferritina. L'impacte de la suplementació de microelements deficitaris de forma sistemàtica s'hauria d'explorar en posteriors estudis.



l'ingrés va ser: DAE/Infecció/EH/hepatitis OH/AKI/HDaxHTPo amb un 85,1%/41,4%/21,8%/17,2%/21,8%/13,8% respectivament. La mortalitat al mes va ser del 3,44 % (3/87), al tercer mes del 14,28 % (10/70) i del 23,63% (13/55) al sisè mes. Els factors relacionats amb la mortalitat al mes van ser: la puntuació de Child ( $p=0,021$ ), de MELD ( $p=0,035$ ), la hipoproteïnèmia ( $p=0,004$ ), la hipocalcèmia ( $p=0,023$ ); LDL baixa ( $p=0,03$ ); DM2 ( $p=0,028$ ); ingrés per hepatitis alcohòlica ( $p=0,021$ ); AKI 2-3 ( $p=0,003$ ). Als tres mesos els factors associats a la mortalitat van ser els punts de Child i de MELD, els nivells baixos d'hemoglobina i l'ingrés per hepatitis alcohòlica. La mortalitat als 6 mesos es va relacionar amb els punts de Child i de MELD i l'ingrés per hepatitis alcohòlica.

#### Conclusions

La puntuació de Child i el MELD a l'anàlisi d'ingrés com a mesura de grau d'insuficiència hepàtica i l'hepatitis alcohòlica com a motiu d'ingrés són els factors relacionats de forma més directa amb la mortalitat dels pacients amb cirrosi hepàtica descompensada a curt i mig termini.

En el subgrupu de pacients con estudio de coagulación, 10/48(21%) tuvieron retrombosis. Los niveles factor V (siendo el mejor punto de corte por Youden el valor del 91%) y el número de pacientes con factorVIII $\geq$ 150% (valor asociado a recurrencia de trombosis en otros territorios) fueron significativamente mayores en los pacientes que tuvieron retrombosis.

Así, la incidencia de retrombosis esplácnica fue del 4.8% en los pacientes con factor V<91% y factorVIII <150% a los 10 años y del 44.5% en los pacientes con factorV $\geq$ 91% o factor VIII $\geq$ 150% ( $P<0.01$ ).

Siete tuvieron además trombosis extraesplácnica (5 habían tenido también retrombosis esplácnica) así, un total de 12 pacientes tuvieron el "endpoint" compuesto de retrombosis y/o trombosis extraesplácnica. Un factor VIII $\geq$ 150% junto a un factor V $\geq$ 91% confirmaron su capacidad predictiva de nuevos fenómenos trombóticos.

**CONCLUSIONES:** La retrombosis en pacientes con TVE-Idiop/local sin tratamiento anticoagulante no es excepcional. Los niveles de factorV $\geq$  91% y factorVIII $\geq$ 150% pueden ayudar a seleccionar a pacientes con alto riesgo de retrombosis que podrían beneficiarse de tratamiento anticoagulante a largo plazo.

## 39 Los factores V y VIII de la coagulación predicen el riesgo de retrombosis esplácnica en pacientes con trombosis portal no cirrótica de etiología desconocida (TVE)

Marta Magaz1; Bogdan Procopet1; Gilberto Silva-Junior1; Elba Llop2; Luis Téllez3; Anna Darnell1; Ángeles García-Criado1; Fanny Turon1; Anna Baiges1; José Luis Calleja2; Agustín Albillos3; Juan Carlos Reverter1; Jaime Bosch1; Virginia Hernández-Gea1; Juan Carlos García-Pagán1  
1Hospital Clínic, Barcelona; 2Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.; 3Hospital Ramón y Cajal

**INTRODUCCIÓN:** No se recomienda la anticoagulación en TVE idiopáticas/factor local aislado no asociada a cirrosis (TVE-Idiop/local) a no ser que haya signos de isquemia intestinal o antecedente de retrombosis. No obstante, el riesgo de retrombosis no es nulo y no existen factores que permitan predecir su ocurrencia.

**OBJETIVO:** Describir factores predictivos de retrombosis en una cohorte de pacientes con TVE-Idiop/local (no anticoagulados).

**MÉTODOS:** Incluimos 64 pacientes consecutivos (registro REHE-VASC) con TVE-Idiop/local no anticoagulados y con pruebas de imagen (angioTAC/angioRMN) durante el seguimiento para descartar/identificar potenciales retrombosis asintomáticas. Los pacientes se censuraron en el momento de la retrombosis o a fecha del último estudio de imagen. Además, 48 de estos pacientes disponían en el Biobanc de muestra sanguínea recogida al diagnóstico de TVE, se realizó un estudio exhaustivo de coagulación.

**RESULTADOS:** Durante un seguimiento mediano de 97(10-206) meses, 14/64 (22%) pacientes presentaron retrombosis (50% asintomática) con una incidencia de 1.6%, 8.4%, 17.4% y 27.3% a los 1, 2, 5 y 10 años respectivamente. Ningún parámetro clínico, bioquímico ni de imagen tuvo capacidad predictiva de retrombosis.

## 40 Valor de la detección de mutaciones hemopoéticas no habituales en el estudio etiológico de las trombosis venosas portales (TVE) idiopáticas

Marta Magaz1; Alberto Álvarez-Larrán1; Dolores Colomer1; Mónica López-Guerra1; Gabriel Mezzano1; Fanny Turon1; Anna Baiges1; José Ferrusquía1; Michel Blé1; Lara Orts1; Claudia Berbel1; Francisco Cervantes1; Virginia Hernández-Gea1; Juan Carlos García-Pagán1  
1Hospital Clínic, Barcelona

#### INTRODUCCIÓN

Conocer la etiología subyacente en TVE posee gran relevancia clínica en cuanto al tratamiento y pronóstico. Sin embargo, a pesar de realizar un estudio etiológico exhaustivo, en 30-40% de las TVE no se logra identificar un factor responsable o exclusivamente se identifica un factor local transitorio (TVEidiop/locales). El empleo de next generation sequencing (NGS), permite el análisis simultáneo de múltiples genes, que han sido implicados en patología clonal mielóide y/o en generar un estado proinflamatorio.

#### OBJETIVO

Identificar mediante NGS nuevos factores etiológicos que pudieran estar implicados en el desarrollo de TVE.

#### MÉTODOS

Se analizaron muestras de ADN de 40 pacientes con TVE idiopática/local, (por ello sin tratamiento anticoagulante), utilizando un panel de secuenciación masiva de genes asociados a patología mielóide incluyendo TET2, ASXL1, CSF3R, RUNX1, TP53 y NRAS entre otros (Myeloid Solution™ SOPHiA GENETICS®). El análisis de las variantes detectadas se realizó mediante el software SOPHiAADDm® considerando aquellas variantes no sinónimas con frecuencia de alelo variante (VAF)>2%.

## RESULTADOS

En 13/40 pacientes (32,5%) se identificaron mutaciones significativas: 4 ASXL1 (2 asociadas a mutación TET2), 4 CSF3R (1 asociada a TET2) y en 5 TET2 aislada.

En los 27 restantes no se identificaron mutaciones significativas. Cuatro pacientes presentaron retrombosis durante el seguimiento. La incidencia de retrombosis fue superior en aquellos con mutaciones significativas 3/13 (23%; 1 mutación ASXL1 y 2 CSF3R) vs 1/23 (4,3%) pacientes sin mutaciones significativas ( $p=0.08$ ). El tiempo seguimiento en pacientes con y sin mutaciones fue 608(414-933) vs 718(424-1022) meses respectivamente.

## CONCLUSIÓN

El estudio por NGS identifica en un tercio de pacientes con TVEidiop/ locales diferentes mutaciones clonales que se han relacionado con clonalidad mielóide y/o con un estado proinflamatorio. Nuestros datos preliminares sugieren que el riesgo de retrombosis podría verse aumentado en los pacientes que presentan este tipo de mutaciones. La confirmación de estos hallazgos, en series más amplias, recomendaría el estudio por NGS de aquellos pacientes con TVEidiop/local y en aquellos casos positivos sugeriría iniciar anticoagulación a largo plazo para prevenir la retrombosis.

no dels anticossos HK1 i KLP. Tampoc varen observar-se diferències en la resposta a l'AUDC pels criteris (Barcelona, París I, París II i Rotterdam) i barems Global PBC i UK-PBC. 24 pacients van descompensar-se i 34 van morir o ser trasplantats. El temps fins a descompensació i fins a mortalitat de causa hepàtica o trasplantament va ser inferior en pacients anti-HK1 ( $p=0.038$ ,  $p=0.039$ ) i anti-sp100 positius ( $p=0.001$ ,  $p=0.01$ ). No es van evidenciar diferències en relació a la positivitat dels anticossos anti-KLP, anti-gp210, ni AMA.

**Conclusions:** Els anticossos anti-HK1 o KLP són presents en el 40% dels pacients amb CBP seronegatius pels anticossos específics convencionals i poden ser útils pel diagnòstic de malaltia. La variació seqüencial d'aquests nous anticossos és escassa i els anticossos anti-HK1 es relacionen amb pitjor pronòstic.

## 41 Els nous anticossos anti-hexokinasa 1 (HK1) s'associen a pitjor pronòstic a la colangitis biliar primària.

Anna Reig 1; Silvia Ruiz-Gaspà2; Mila Garcia2; Zakera Shums3; Chelsea Bentow3; Michael Mahler3; Maria Antonia Romera2; Odette Viñas2; Gary L. Norman3; Albert Parés1  
1Unitat d'Hepatologia, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERehd, Universitat de Barcelona.; 2Centre biomèdic de diagnòstic, Hospital Clínic, Barcelona.; 3INO-VA Diagnostics, San Diego, EUA.

**Introducció i objectius:** Recentment els anticossos anti-hexokinasa 1 (HK1) i anti-kelch-like 12 (KLP) s'han descrit com a marcadors serològics de la colangitis biliar primària (CBP), però no hi ha informació sobre la variació d'aquests anticossos al llarg del temps ni la relació amb el pronòstic de la malaltia.

**L'objectiu** ha estat determinar la prevalença dels anticossos anti-HK1, KLP, sp100 i gp210 de manera seqüencial al llarg del temps i analitzar-ne l'associació amb la presentació i pronòstic de la CBP.

**Mètodes:** 254 pacients (93,3% dones, edat  $50,7 \pm 12,3$  anys) a qui s'han determinat els anticossos antimitocondrials (AMA), anti-gp210, anti-sp100, anti-HK1 i anti-KLP. 169 pacients varen avaluar-se dues i 48 tres vegades ( $7,3 \pm 3,6$  anys entre determinacions). Es va analitzar la presentació, i resposta al tractament amb àcid urso-desoxicòlic (AUDC) i les descompensacions, trasplantament i mort de causa hepàtica.

**Resultats:** Anti-HK1 es van detectar en 46,1%, anti-KLP en 22,8%, AMA en 93,7%, anti-sp100 en 26,4% i anti-GP210 en 21,3%. Els Anti-HK1 o anti-KLP foren positius en 57,1%, i 37,5% pacients AMA negatius i 40% en seronegatius per els anticossos convencionals (AMA, gp210 i sp100). El 13,3% dels HK1 i 5,5% dels KLP-p, van canviar en el curs de la CBP, majoritàriament esdevenint positius. No es van detectar diferències en la presentació segons la presència o

## 42 La elevada prevalença de comorbiditats autoimmunitàries extrahepàtiques no s'associa a mal pronòstic a la colangitis biliar primària.

A. Reig1; L.P. Llovet1; M.Romero-Gómez2; A. Albillos3; F.Sáez-Royuela4; E.Fábrega5; J.Salmerón6; A.Gallego7; D.Horta8; J.A. Carrión9; R.Andrade10; M.Sala11; A.Castaño12; E.Gómez-Domínguez13; I.Conde14; M.Hernández-Conde15; N.Chahri16; P.Estévez17; M.Diago18; J.M.Gonzalez19; ColHai (Registre Espanyol de Malalties Colestàtiques i Autoimmunes Hepàtiques)20; A.Parés1

1Unitat d'Hepatologia, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, CIBERehd, IDIBAPS. Barcelona.; 2Hospital Universitario Virgen del Rocío, CIBERehd. Sevilla.; 3Hospital Ramón y Cajal. Madrid.; 4Hospital Universitario de Burgos.; 5Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.; 6Hospital Universitario San Cecilio. Granada.; 7Hospital Santa Creu i Sant Pau.; 8Hospital Mútua de Terrassa.; 9Hospital del Mar, IMIM. UAB. Barcelona.; 10Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.; 11Hospital Germans Trias i Pujol, CIBERehd. Badalona.; 12Hospital Universitario central de Asturias.; 13Hospital 12 de octubre. Madrid.; 14Hospital de la Fe. Valencia.; 15Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda.; 16Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.; 17Hospital Álvaro Cunqueiro (Pontevedra).; 18Consortio Hospital General. Valencia.; 19Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.; 20Registro ColHai de la AEEH y del CIBERehd.

**Introducció i objectius:** La colangitis biliar primària (PBC) és una malaltia hepàtica lentament progressiva que evoluciona a cirrosi i s'associa a malalties autoimmunitàries que poden ser més agressives. Estudis previs de un únic centre han reportat que la presència de comorbiditats autoimmunitàries no implica canvis en el pronòstic, però no s'ha analitzat el impacte en la resposta al tractament ni s'ha valorat la prevalença en el nostre medi. L'objectiu ha estat avaluar l'impacte en la supervivència i resposta terapèutica de UDCA segons la comorbiditat autoimmunitària a Espanya.

**Mètodes:** 1508 pacients de 31 centres recollits mitjançant el registre ColHai. 91,6% eren dones, d'edat mitja de  $54,3 \pm 12,7$  anys, diagnosticats entre juny de 1979 i juliol de 2017, amb un seguiment de  $8,7 \pm 6,7$  anys. Es van excloure pacients amb síndrome de solapament

amb hepatitis autoimmunitària. En 1224 es va obtenir informació sobre malalties autoimmunitàries extrahepàtiques concomitants. Segons el període de diagnòstic es van dividir en 4 grups amb similar número de pacients cada grup. Es van analitzar les característiques demogràfiques, resposta a tractament i supervivència lliure de trasplantament.

**Resultats:** 477 (39%) pacients (40,3% dones i 21,3% homes) tenien malalties autoimmunitàries concomitants, mantenint-se un prevalença similar en els diferents períodes diagnòstics. La malaltia tiroïdal va ser la més prevalent (32,1%) seguida de la síndrome de Sjögren (20,5%), la síndrome de Raynaud (12,8%), l'esclerodèrmia o CREST (8,9%), psoriasis (4,4%), artritis reumatoide (3,6%) i lupus eritematos (2,6%). Un 7,6% van presentar altres malalties autoimmunitàries

La síndrome de Sjögren va disminuir significativament (19,5%, 13,2%, 8,8% i 5,6%;  $p < 0.001$ ) mentre que la incidència de les altres comorbiditats es va mantenir similar en els diferents períodes analitzats. Durant el seguiment 24 pacients van morir i 11 van ser trasplantats. Presentar comorbiditats autoimmunitàries extrahepàtiques no es va associar a canvis en la supervivència lliure de trasplantament ni en els barems Global PBC i UK-PBC i tampoc en els criteris de resposta terapèutica (Barcelona, Paris I, Paris II i Rotterdam).

**Conclusions:** Les comorbiditats autoimmunes en la colangitis biliar primària son comunes arribant a un 39%. Presentar comorbiditat autoimmunitària no s'associa a pitjor pronòstic ni diferent resposta al tractament amb àcid ursodeoxicòlic.

freqüent en pacients amb AKI-NoACLF (32% vs 25%,  $p < 0.001$ ). La resolució de l'AKI es va observar en 89% dels casos en el grup AKI-NoACLF en comparació amb el 54% del grup AKI-ACLF ( $p < 0.001$ ). D'altra banda, la progressió de l'AKI va ser més freqüent en el grup AKI-ACLF (28% vs 4%,  $p < 0.001$ ). La mortalitat dels grups AKI-ACLF i AKI-NoACLF va ser marcadament diferent, tant al final de la hospitalització (38% vs 4%,  $p < 0.001$ ) com als 3 mesos (49% vs 14%,  $p < 0.001$ ). Els nivells de biomarcadors renals, en especial NGAL urinari, va tenir relació amb el pronòstic. En l'anàlisi multivariada, l'existència de ACLF i el NGAL varen ser factors predictius independents de mortalitat als 3 mesos.

**Conclusió:** Les característiques i pronòstic de l'AKI depenen en gran mesura de la presència de ACLF. L'AKI associat a ACLF té mal pronòstic en relació a la recuperació de la funció renal. La presència d'ACLF i els nivells de NGAL són factors predictius independents de mortalitat.

Aquest estudi està finançat per mitjà del projecte FIS PI16/00043 i del projecte europeu H20/20 731875 (LIVERHOPE).

## 43 APLICACIÓ DELS CRITERIS AKI (ACUTE KIDNEY INJURY) A PACIENTS AMB INSUFICIÈNCIA HEPÀTICA AGUDA SOBRE CRÒNICA (ACLF). CARACTERITZACIÓ I IMPLICACIÓ PRONÒSTICA.

Laura Napoleone<sup>1,2,3</sup>; Cristina Solé<sup>1,2,3</sup>; Elisa Pose<sup>1,2,3</sup>; Marta Carol<sup>1,2,3</sup>; Adrià Juanola<sup>1</sup>; Patricia Huelín<sup>1,2,3</sup>; Glòria de Prada<sup>1,2,3</sup>; Marta Cervera<sup>1,2,3</sup>; Martín Bonacci<sup>1,2,3</sup>; Núria Fabrellas<sup>1,2,3,4</sup>; Isabel Graupera<sup>1,2,3</sup>; Elsa Solà<sup>1,2,3</sup>; Pere Ginès<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Servei d'Hepatologia, Hospital Clinic, Universitat de Barcelona; <sup>2</sup>Institut d'Investigacions Biomèdiques Agust Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona; <sup>3</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD); <sup>4</sup>Escola Universitària d'Infermeria, Universitat de Barcelona

**Antecedents:** La definició de ACLF valora la funció renal amb un valor fixe de creatinina però no utilitza els criteris AKI, considerats el mètode d'elecció per definir insuficiència renal. Per això, la relació entre insuficiència renal definida per criteris AKI i ACLF es desconeix.

**Objectius:** Investigar les característiques de l'AKI en pacients amb i sense ACLF i la relació amb el pronòstic.

**Mètodes:** Anàlisi prospectiva de 639 ingressos consecutius en 518 pacients amb cirrosi descompensada, classificats en 4 grups: 1) NoAKI-NoACLF(265); 2)NoAKI-ACLF(18); 3)AKI-NoACLF(142); 4) AKI-ACLF(214). Es varen analitzar variables clíniques i analítiques i biomarcadors renals (NGAL, IL-18 i albúmina).

**Resultats:** La prevalença de AKI va ser de 56% i la de ACLF 36%. L'estadi AKI-1A va ser més freqüent en el grup AKI-NoACLF respecte del AKI-ACLF (53% vs. 12%,  $p < 0.001$ ), mentre que l'estadi AKI3 va ser més freqüent en el AKI-ACLF (16% vs 1%,  $p < 0.001$ ). Respecte de la causa d'AKI, la necrosi tubular aguda va ser més freqüent en pacients amb AKI-ACLF respecte dels AKI-NoACLF (13% vs 0%,  $p < 0.001$ ). Contràriament, la síndrome hepatorenal fou més

## 44 Comparació d'una pauta descendent ràpida de corticoides amb la pauta estàndard en l'hepatitis alcohòlica greu

Berta Cuyàs Espi<sup>1</sup>; Elida Obilitas Susanibar<sup>1</sup>; Marc Batlle Garcia<sup>2</sup>; Gerard Suris Marin<sup>3</sup>; Alberto Amador Navarrete<sup>3</sup>; Margarita Sala Llinas<sup>4,5</sup>; Helena Masnou Ridaura<sup>4</sup>; José Castellote Alonso<sup>3</sup>; Nuria Cañete Hidalgo<sup>2</sup>; Eva Román Abal<sup>5,6</sup>; Carlos Guamer Aguilar<sup>1,5</sup>; Germán Soriano Pastor<sup>1,5</sup>; Maria Poca Sans<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Servei de Patologia Digestiva, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, UAB, Barcelona; <sup>2</sup>Secció d'Hepatologia, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital del Mar, IMIM, UAB, Barcelona; <sup>3</sup>Unitat d'Hepatologia, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge, UB, IDIBELL; <sup>4</sup>Unitat d'Hepatologia, Servei de Digestiu, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; <sup>5</sup>CIBERehd; <sup>6</sup>Escola Universitària d'Infermeria EUI-Sant Pau

**Introducció:** El tractament amb corticoides redueix la mortalitat en els pacients amb hepatitis alcohòlica (HA) greu. La pauta estàndard recomanada és prednisolona 40mg/dia durant 4 setmanes seguit d'una pauta descendent. Una pauta més curta de corticoides amb un descens ràpid podria ser tan eficaç com la pauta estàndard però amb menys complicacions del tractament.

**Objectiu:** Comparar la mortalitat dels pacients amb HA greu tractats amb una pauta descendent ràpida de corticoides vs els tractats amb la pauta estàndard.

**Pacients i mètodes:** S'han revisat retrospectivament els casos d'HA greu (Maddrey $\geq$ 32 i/o encefalopatia hepàtica), responedors segons l'índex de Lille, que van rebre una pauta descendent ràpida de corticoides (prednisolona 40mg/d durant 7 dies seguit de disminució de 10mg/setmana) en el període 2009-2017 al nostre centre. S'han comparat amb una cohort externa de característiques similars, de 3 centres de la mateixa àrea, tractats amb pauta estàndard. S'han avaluat: característiques basals, tractaments concomitants, infeccions i mortalitat.

**Resultats:** S'han inclòs 27 casos tractats amb la pauta descendent ràpida i 52 amb la pauta estàndard (MELD  $22\pm 2$  vs  $23\pm 2$ , respectivament,  $p=0,21$ ). La durada de la corticoteràpia fou significativament més curta en el primer grup ( $34\pm 9$  vs  $45\pm 13$  dies,  $p<0,001$ ). El 77,8% dels casos amb pauta descendent ràpida vs 44,2% dels de pauta estàndard van rebre antibiòtic profilàctic ( $p=0,004$ ) i no s'observaren diferències en l'ús de suplementos nutricionals, nutrició enteral ni en l'abstinència als 180 dies entre ambdós grups. La probabilitat de mortalitat amb la pauta descendent ràpida vs estàndard fou del 0% vs 3,8% als 30 dies ( $p=0,30$ ), 0% vs 7,8% als 90 dies ( $p=0,14$ ), 7,4% vs 11,8% als 180 dies ( $p=0,53$ ) i del 7,4% vs 33% a l'any ( $p=0,02$ ). Es registrà infecció al moment del diagnòstic de l'HA en el 33,3% vs el 32,7% ( $p=0,95$ ). El 29,6% vs 40,4% van presentar infecció un cop iniciats els corticoides ( $p=0,34$ ).

**Conclusions:** Una pauta descendent ràpida de corticoides per l'HA no s'associa a un pitjor pronòstic respecte la pauta estàndard. Aquesta nova pauta podria ser una estratègia adequada en aquests pacients, però caldrien estudis clínics aleatoritzats que la comparessin amb la pauta estàndard.

difusió CLA/Cp mitjana: 76.9% [21.1-161.5%]. El 63.6% dels pacients i ocasions (7/11) de CLA es troben per sota de 1 mg/L les primeres 36h de tractament.

**CONCLUSIONS:** l'exposició d'ertapenem al plasma és adequada, encara que la ratio de difusió és baixa en comparació als malats sense cirrosi. En més del 50% de les mesures, les CLA d'ertapenem no assoleixen valors per sobre de la CMI màxima, i fins al 63.6 % dels pacients tenen CLA inferior a la CMI durant > 50% del temps de l'interval d'administració dins de les primeres 36h de tractament; tot i que per sobre de les CMI dels bacteris aïllats. Les dades farmacocinètiques mostren que les concentracions de l'ertapenem a l'ascites podrien ser insuficients pels gèrmens sensibles als carbapenems però amb CMI elevades.

## 45 FARMACOCINÈTICA DE L'ERTAPENEM A PLASMA I ASCITES EN PACIENTS AMB CIRROSI HEPÀTICA I PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÀNIA

Alberto Amador<sup>1</sup>; Sara Cobo<sup>2</sup>; Ariadna Padullés<sup>2</sup>; Fe Tubau<sup>3</sup>; Inmaculada C. Grau<sup>5</sup>; Raúl F. Rigo<sup>4</sup>; Albert Garcia-Sumalla<sup>1</sup>; Nuria Padullés<sup>2</sup>; José Castellote<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unitat d'Hepatologia, Servei Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge; <sup>2</sup>Servei de Farmàcia, Hospital Universitari de Bellvitge; <sup>3</sup>Servei de Microbiologia, Hospital Universitari de Bellvitge.; <sup>4</sup>Servei d'Anàlisis Clíniques, Hospital Universitari de Bellvitge.; <sup>5</sup>Servei de Malalties Infeccioses, Hospital Universitari de Bellvitge.

**INTRODUCCIÓ:** la peritonitis bacteriana espontània (PBE) per gèrmens multiresistents és un repte terapèutic. Es desconeix l'exposició dels carbapenèmics en plasma i ascites en pacients cirròtics.

**OBJECTIUS:** estudiar si les concentracions de l'ertapenem en l'ascites (CLA) i plasma (Cp) es troben per sobre de les concentracions mínimes inhibidores (CMI) de les principals bacteries involucrades.

**MÈTODES:** estudi prospectiu unicèntric de pacients cirròtics amb PBE nosocomial o relacionada amb el sistema sanitari. S'han recollit dades demogràfiques, característiques basals, de l'episodi, i CLA i Cp el dia 1, 2 i 5 de tractament. Es defineix C50 com la concentració per sobre de la CMI assolida durant > 50% del temps de l'interval d'administració, considerant una CMI màxima de 1 mg/L (EUCAST).

**RESULTATS:** entre l'abril 2017 i l'octubre 2018 s'han diagnosticat 74 episodis de PBE, dels quals s'han inclòs 20. El 81% dels episodis estan curats al cinquè dia de tractament, sent la mortalitat intrahospitalària del 11%. No hi ha fracassos terapèutics. El 55% dels episodis presenten cultiu positiu, amb una CMI mitjana per l'ertapenem de 0.1mg/L [0.01-0.25]. Dels 20 pacients es van obtenir 70 determinacions (45 Cp i 25 CLA). Únicament el 48% de les CLA assoleixen C50, tot i que el 86% de les Cp lliureassoleixen la C50. La ratio de

## 46 LA IMPORTÀNCIA DE LA RESPOSTA AL TRACTAMENT IMMUNOSUPRESSOR I LA UTILITAT DELS CRITERIS DE BAVENO VI EN LA CIRROSI PER HEPATITIS AUTOIMMUNE

Laura Patricia Llovet<sup>1</sup>; Oswaldo Ortiz<sup>1</sup>; Montserrat Garcia-Retortillo<sup>2</sup>; Raquel Vinuesa<sup>3</sup>; Judith Gómez<sup>3</sup>; Maria Garcia-Eliz<sup>4</sup>; Diana Horta<sup>5</sup>; Conrado Fernández<sup>6</sup>; Ana Gómez Outomuro<sup>7</sup>; Carmen A. Navascués<sup>7</sup>; Albert Parés<sup>1</sup>; Maria Carlota Londoño<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servei Hepatologia, Hospital Clínic Barcelona, CIBERehd, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona.; <sup>2</sup>Departament d'Hepatologia i Gastroenterologia, Hospital del Mar, IMIM, Barcelona.; <sup>3</sup>Servei de Gastroenterologia i Hepatologia, Hospital Universitari de Burgos, Burgos.; <sup>4</sup>Hospital Universitario La Fe, Universitat de Valencia, CIBERehd, Valencia.; <sup>5</sup>Servei de Gastroenterologia, Hospital Universitari La Mútua de Terrassa, Terrassa.; <sup>6</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.; <sup>7</sup>Servei Aparell Digestiu, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

**Introducció:** Existeix escassa informació sobre el diagnòstic i pronòstic dels pacients amb cirrosi d'etiologia autoimmune (CH-HAI). Els objectius de l'estudi foren: 1) descriure les característiques i pronòstic dels pacients amb CH-HAI, 2) avaluar la utilitat de l'elastografia (FS) pel diagnòstic de CH-HAI i 3) determinar la validesa dels criteris de Baveno VI per determinar la presència de varius esofàgiques (VE) en aquesta població.

**Mètodes:** Estudi de cohorts retrospectiu i multicèntric. S'inclouren 112 pacients amb CH-HAI (criteris ecogràfics i/o histològics). S'analitzaren variables clíniques, analítiques, histològiques, i la rigidesa hepàtica mitjançant FS. S'avaluaren els criteris de Baveno VI i Baveno VI ampliat per l'estudi de VE en 63 pacients amb 95 gastroscòpies disponibles. Es va definir hipertensió portal (HTP) per criteris ecogràfics, analítics i/o presència de VE.

**Resultats:** La majoria dels pacients eren dones (n=71, 63,4%) amb una mediana de 56 anys (42-65). El 73% presentava fibrosi avançada al diagnòstic (F3-F4). Catorze pacients (15%) no van

respondre al tractament habitual i 7 necessitaren tractament de segona línia. La mediana de FS al diagnòstic fora de 12,2kPa (7,4-17,3), amb 59% i 51% dels malats amb un FS inferior als punts de tall habituals (14 i 12,5, respectivament) per al diagnòstic de cirrosi. Després d'una mediana de 3,9 anys, 52 (46%) malats presentaren signes d'HTP, més freqüentment en no responedors al tractament (71,4% vs 43%, p=0,05). Setze pacients (16%) tenien varius susceptibles a tractament. El valor predictiu negatiu de Baveno VI i Baveno VI ampliat fora de 100% podent-se evitar un total de 35% i 52% de les gastroscòpies respectivament. Durant una mediana de seguiment de 6,9 anys (3,8-14,5), 24 pacients (21%) presentaren alguna descompensació (mes freqüents en no responedors; 42% vs 13%, p=0,01), 1 (1%) pacient hepatocarcinoma, 3 (3%) necessitaren trasplantament hepàtic i 5 (5%) moriren.

**Conclusions:** Els pacients amb CH-HAI es diagnostiquen en una fase avançada de la malaltia. Aquells sense resposta al tractament habitual presenten una pitjor evolució clínica. L'elastografia sembla no tenir una bona correlació amb el grau de fibrosi en HAI. Tot i això, els criteris de Baveno VI són útils, podent-se evitar un nombre important d'endoscòpies.

(NES:1.68,p<0.01 vs. NES:0.8, p<0.01). Les KCs procedents de fetges cirròtics presenten menor resposta al LPS comparat amb les aïllades de fetge control. La capacitat fagocítica "in vivo" de les KCs va resultar reduïda en pacients amb cirrosi comparat amb el grup control evidenciat per la disminució de la incorporació hepàtica de 99mTc-phytate (ratio hígado/bazo+ médula ósea 1.3 (0.9-1.7) vs. 0.5 (0.3-0.7), p=0.004). A més, una menor capacitat fagocítica de les KCs condiciona un major risc d'infeccions en pacients amb cirrosi descompensada.

**Conclusions:** Les KCs dels pacients amb cirrosi tenen una funcionalitat alterada evidenciada per una reducció en la resposta pro-inflamatòria i una deficient capacitat fagocítica, que comporta un augment del risc d'infeccions. La restauració de la resposta immunològica de les KC pot ser una bona estratègia per prevenir infeccions a la cirrosi.

## 47 L'anàlisi transcriptòmic i funcional de les cèl·lules de Kupffer en pacients amb cirrosi revela una resposta immunològica deficient que s'associa a un augment del risc d'infeccions

elisa pose mendez1; mar coll2; isabel graupera1; javier pavía1; david fuster1; pau sancho-bru3; pere ginès1  
1hospital clinic de barcelona; 2CIBEREHD, Barcelona.; 3IDIBAPS; 4Servei d'Hepatologia, Hospital Clinic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERhd

**Antecedents i Objectius:** Els pacients amb cirrosi descompensada presenten molt sovint infeccions greus d'origen bacterièmic. En circumstàncies normals, els macròfags residents al fetge o cèl·lules de Kupffer (KCs) juguen un paper clau en la fagocitosis dels bacteris circulants. L'objectiu d'aquest estudi va ser caracteritzar el perfil transcriptòmic i funcional de les KCs a la cirrosi i la seva relació amb les infeccions.

**Mètodes:** Es van aïllar KCs de fetges de pacients amb cirrosi (n=5) i controls (n=5) i se'n va determinar el perfil transcriptòmic mitjançant seqüenciació del RNA. El fenotip i vies moleculars alterades de les KCs aïllades es va analitzar mitjançant GSEA i GO. Es va avaluar la resposta pro-inflamatòria in vitro amb LPS de KCs aïllades de pacients amb cirrosi (n=5) i controls (n=5) així com la capacitat fagocítica in vivo de les KCs mitjançant SPECT amb 99mTc-phytate en pacients amb cirrosi descompensada (n=13), compensada (n=5) i en un grup control (n=5).

**Resultats:** El perfil d'expressió de les KCs és diferent segons resideixin en un fetge cirròtic o control. L'anàlisi GO va revelar que les vies diferencialment expressades en les KCs aïllades de fetge cirròtic estan implicades en la resposta immunològica. El GSEA va mostrar com les KCs aïllades de pacients amb cirrosi presenten sobre-expressió dels marcadors M1 respecte dels M2

## 48 CANVIS A LES CAUSES DE MORTALITAT PER MALALTIA HEPÀTICA CRÒNICA A ESPANYA: ANÀLISI DE DEFUNCIONS DE 2002-2016

Matthew Keys1; Miquel Serra1; Isabel Graupera2; Elisa Pose2; Elsa Solà2; Sabela Lens2; Zoe Mariño2; Pere Ginès2  
1Center for Research in Health Economics, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Catalunya, Spain; 2Liver Unit, Hospital Clínic, University of Barcelona, Barcelona, Catalunya, Spain Institut d'Inves

**Antecedents:** Les malalties hepàtiques cròniques (MHC) suposen una càrrega de malaltia significativa a nivell mundial. L'objectiu de l'estudi és estimar la mortalitat per cadascuna de les 4 etiologies més freqüents de malaltia hepàtica crònica, alcohol (ALC), fetge gras no alcohòlic (FGNA), virus de la hepatitis C (VHC) i virus de la hepatitis B (VHB) a Espanya en el període 2002-2016.

**Mètodes:** Es van recollir les dades del registre de mortalitat del Instituto Nacional de Estadística espanyol durant el període 2002-2016 i es van incloure en l'anàlisi els individus que tenien una MHC per ALC, FGNA, VHC o VHB com a causa primària de mortalitat segons els codis ICD-10. Es van obtenir les taxes de mortalitat ajustades per edat mitjançant l'anàlisi de tendència. Les morts sense especificació etiològica es van distribuir proporcionalment entre les 4 etiologies.

**Resultats:** Es van incloure un total de 91.664 defuncions, el que representa una mortalitat anual agregada estandarditzada per edat de 14,5 per 100.000 durant el període 2002-2016. La mortalitat per ALC es va mantenir estable en 8.4 morts per cada 100.000 persones de 2002 a 2008, va augmentar un del 3% anual entre 2009-2011, disminuint a 7,5 morts per cada 100.000 persones fins 2016. La mortalitat relacionada amb el VHC va arribar al seu punt màxim al 2004 amb

un 6,8 per cada 100.000 persones i va disminuir lentament un 2,6% anual fins el 2014. Del 2014 al 2016, la mortalitat pel VHC es va reduir un 19,2%. La mortalitat pel VHB es va reduir un 50% de 0,89 a 0,44 per cada 100.000 habitants. La mortalitat per FGNA va augmentar un 297% entre 2002-2016, però es va mantenir baixa en termes absoluts i en comparació a les altres etiologies.

#### Conclusions

Els resultats de l'anàlisi poblacional de mortalitat per etiologia de la MHC a Espanya mostren que la ALC continua essent la principal causa de mort, seguida pel VHC, VHB i FGNA. La mortalitat per VHC ha disminuït considerablement en el context de la introducció de les noves teràpies antivirals. La MFGNA, tot i encara ser la última causa de mortalitat és la que més ha augmentat en aquest període

l'original (60±14 vs. 49±12).

La discriminació del CLIF-C ACLF original fou bona a 28-90 dies: AUROC 0,831 i 0,804. El model recalibrat fou millor amb AUROC 0,858 (28d) i 0,845 (90d). El calibratge d'ambdós models a 28-90 dies fou bona (H-L ns).

Un CLIF-C ACLF score ≥70 (proposat actualment per a futilitat) s'observà en 21 pacients, dels quals 20 van morir (28-90 dies). En el model recalibrat, valors >76 (49 pacients) i >74 punts (61 pacients) associaren una mortalitat 100% a 28 i 90 dies, respectivament.

**Conclusió:** El tipus de fracàs d'òrgan té un pes pronòstic diferencial en l'ACLF. La recalibració del CLIF-C ACLF score ponderada pel tipus de fracàs d'òrgans i pel TIPS millorà la seva capacitat predictiva i els límits per definir futilitat.

## 49 RECALIBRACIÓ DEL CLIF-C ACLF SCORE PEL TIPUS DE FRACÀS D'ÒRGANS I LA PRESÈNCIA DE TIPS EN PACIENTS AMB ACUTE-ON-CHRONIC LIVER FAILURE

Adrià Carpio<sup>1</sup>; Enric Reverter<sup>1</sup>; Pol Olivàs<sup>1</sup>; Adrià Juanola<sup>1</sup>; Gerhard Jung<sup>1</sup>; Gabriel Mezzano<sup>1</sup>; Julieta Emilse Santillán<sup>1</sup>; Karina Alejandra Botana<sup>1</sup>; María Hernández-Tejero<sup>1</sup>; Fátima Aziz<sup>1</sup>; Àngels Escorsell<sup>1</sup>; Javier Fernández<sup>1</sup>  
*1UCI Hepàtica i Digestiva, Servei d'Hepatologia, Hospital Clínic de Barcelona.*

**Introducció:** El fracàs hepàtic agut sobre crònic (ACLF) té una alta mortalitat a curt termini. El CLIF-C ACLF score és l'índex pronòstic més precís, incloent les variables leucòcits, edat, i els fracassos d'òrgan definits pel CLIF-SOFA. El model pondera per igual cada òrgan malgrat alguns tenen diferent pes. El nostre estudi avalua, en una cohort contemporània d'ACLF, la millora del CLIF-C ACLF ponderant el pes de cada òrgan i incorporant altres variables.

**Mètodes:** Inclusió retrospectiva (2008-16) de 344 pacients ingressats a UCI amb ACLF. Es recalibraren els coeficients del CLIF-C ACLF score (dia 3) mitjançant anàlisi de supervivència a 28-90 dies (trasplantament=esdeveniment competitiu). S'estudiaren altres variables pronòstiques no incloses al model original. S'estudiaren les prediccions del model original amb les del recalibrat: discriminació (ROC, DeLong test) i calibratge (Hosmer-Lemeshow).

**Resultats:** un 25% dels pacients tenien ACLF grau 1, 41% grau 2 i 34% grau 3. L'etiologia alcohòlica fou predominant (66%) i la sèpsia (35%) i hemorràgia (21%) els principals precipitants de l'ACLF. El recalibratge del CLIF-C ACLF mostrà diferents coeficients a cada òrgan: fetge 0,529, coagulació 0,515, circulació 0,490, respiració 0,417, ronyó 0,296 i cervell 0,295. Les variables del CLIF-C ACLF, sodi, ALT i TIPS foren factors pronòstics: l'anàlisi multivariada només mantingué el TIPS (HR 0,260, p=0,001) junt a les variables del CLIF-C ACLF. Els valors mitjans del nou model foren superiors a

## 50 Caracterització de la resposta immune a la cirrosi amb tècniques d'alta resolució: paper clau dels limfòcits T activats i relació amb el pronòstic

Elsa Solà<sup>1,2,3,4,5</sup>; Elisa Pose<sup>2,4,5</sup>; Adrià Juanola<sup>2</sup>; Delia Blaya<sup>4</sup>; Alana McSween<sup>1</sup>; Julie Wilhelmy<sup>1</sup>; David Louis<sup>1</sup>; Marta Carol<sup>2,3,4,5</sup>; Cristina Solé<sup>2,4,5</sup>; Pau Sancho Bru<sup>4,5</sup>; Pere Ginès<sup>2,3,4,5</sup>; Mark M Davis<sup>1</sup>  
*1Institute for Immunity, Transplantation and Infection, Stanford University School of Medicine (USA); 2Servei d'Hepatologia, Hospital Clínic de Barcelona; 3Universitat de Barcelona; 4Institut d'Investigació Biomèdica August Pi i Sunyer (IDIBAPS); 5Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd)*

La progressió de la cirrosi associa a una alteració de la resposta immune. No obstant, no s'ha realitzat una caracterització detallada de la resposta immune amb tècniques d'alta resolució.

**Objectiu:** realitzar una caracterització multiparamètrica del fenotip i la funció de la resposta immune en la progressió de la cirrosi amb tecnologia d'alta resolució.

**Mètodes:** anàlisi de cèl.lules mononuclears perifèriques de pacients amb cirrosi en diferents estadia de la malaltia: cirrosi compensada(n=6) i descompensada(AD), amb i sense acute-on-chronic liver failure (ACLF)(n=12/grup). Anàlisi mitjançant citometria de masses(CytoF), amb 40 marcadors a nivell de cèl.lula única. Per major caracterització de les cèl.lules T es va seqüenciar el receptor dels limfòcits T(TCR). L'anàlisi es va realitzar mitjançant algoritmes específics de clustering no supervisat i regressió.

**Resultats:** els pacients amb AD presenten augment significatiu de limfòcits T amb fenotip activat (CD69+/HLA-DR+CD38+), independentment de l'ACLF, comparat amb pacients amb cirrosi compensada. A més, en AD s'observa un augment marcat de limfòcits T PD1+TIM3+ i expansió de les cèl.lules T reguladores, suggerint progressió a l'extenuació immune. No obstant, l'activitat citotòxi-

ca de les cèl·lules T (producció in vitro IFN i IL-2) està mantinguda i significativament elevada en AD comparat amb cirrosi compensada. L'única diferència significativa entre els pacients amb i sense ACLF és que l'ACLF presenta augment dels monòcits amb reducció marcada en expressió d'HLA-DR i augment de PD-L1, compatible amb un fenotip supressor. La seqüenciació del TCR mostra que els limfòcits T activats en la cirrosi, independentment de l'estadi de la malaltia, presenten marcada expansió clonal comparat amb controls sans (48%vs.11% en cirrosi vs controls;p<0.05). Entre els TCR s'identifiquen clusters de seqüències provinents de diferents pacients que comparteixen especificitat, suggerint que l'activació dels limfòcits T és antígen-depenent. L'anàlisi de supervivència mostra que l'augment de limfòcits CD8+ actius i CD8+TIM3+ s'associa a un augment de la mortalitat.

**Conclusions:** l'anàlisi multidimensional de la resposta immune a la cirrosi revela un paper clau de l'activació dels limfòcits T en la progressió de la malaltia, que s'associa a un pitjor pronòstic.

#### RESULTATS:

Es van incloure un total 132 episodis procedents de 108 pacients (74,3% homes, edat mediana 60 anys (RIQ 53-68). El 30% dels episodis (39/132) complien criteris de ACLF en el moment de l'ingrés, 56% ACLF-1, 26% ACLF-2, i 18% ACLF-3. L'abús d'alcohol va ser l'etiologia més freqüent de la cirrosi (62%). En el 82% dels episodis d'ACLF es va identificar un factor precipitant, sent la infecció bacteriana i l'hemorràgia digestiva alta els factors més freqüents (33% i 31% respectivament), seguits de l'hepatitis aguda alcohòlica (16%). Els pacients amb ACLF tenien una mediana de Child-Pugh i MELD superior als pacients sense ACLF (6 vs 9, p<0,05 i 26,5 vs 14, p<0,05 respectivament). No es van trobar diferències entre els pacients que presentaven ACLF dels que no en quan a edat, sexe, etiologia de la cirrosi ni factor precipitant de la descompensació. La mortalitat global va ser del 17% (20% dels pacients sense ACLF; 67% amb ACLF-1, 50% ACLF-2 i 100% ACLF-3).

#### CONCLUSIÓ:

Els resultats obtinguts en el nostre centre mostren una prevalença de ACLF similar a la descrita en la literatura. Són necessaris estudis prospectius per a una millor caracterització del síndrome de ACLF per tal de permetre'n una major identificació i un adequat tractament.

## 51 INCIDÈNCIA I CARACTERÍSTIQUES DELS PACIENTS CIRRÒTICS DESCOMPENSATS AMB ACUTE-ON-CHRONIC LIVER FAILURE EN UN HOSPITAL TERCIARI

Albert M1; Serra I1; Sala M1; Lopez C1; Peries L1; Gutiérrez L1; Oliveras B1; Piñol V1; Fort E1; Aldeguer X1  
1Hospital Universitari de Girona Dr Josep Trueta  
Temàtica:

#### INTRODUCCIÓ:

L'anomenat Acute-on-Chronic Liver Failure (ACLF) es defineix com una descompensació de la cirrosi amb l'associació de fracàs d'un o més òrgans que comporta una elevada mortalitat a curt termini. L'any 2014 l'estudi CANONIC va permetre la validació dels seus criteris diagnòstics a través d'un estudi multi cèntric a nivell europeu, observant que la seva prevalença es trobava al voltant del 30%.

#### OBJECTIU:

Estudi de la prevalença de ACLF en l'hospital de referència de la província de Girona així com les característiques sociodemogràfiques i la mortalitat dels pacients afectats.

#### MÈTODE:

Anàlisi descriptiu dels pacients ingressats per descompensació de la cirrosi des del gener 2017 fins l'octubre 2018 al departament d'hepatology d'un hospital terciari. Es van recollir dades epidemiològiques, clíniques, etiologia de la cirrosi, motiu de l'ingrés, dades analítiques pel càlcul dels índex de Child-Pugh, MELD i la supervivència global.

## 52 En pacients amb cirrosi hepàtica per VHC tractats amb antivirals orals, el risc de desenvolupar trombosi portal persisteix, però no augmenta, després d'assolir resposta viral sostinguda

Fanny Turon1; Claudia Berbel1; Sabela Lens1; Anna Baiges1; Jose Ferrusquia1; Zoe Mariño1; Virginia Hernandez-Gea1; Joan Carles Garcia-Pagán1  
1Servei d'Hepatology, Hospital Clínic Barcelona. Universitat de Barcelona.  
IDIBAPS. CIBERehd.

**Introducció:** La trombosi portal (TP) és un event freqüent en la cirrosi hepàtica (CH) amb una incidència de 4-16%/any. S'han descrit factors pel seu desenvolupament com la velocitat portal < 15 cm/seg o una pitjor funció hepàtica. Recentment s'ha suggerit que pacients amb CH-VHC que reben antivirals orals podrien tenir risc incrementat de TP després d'assolir resposta viral sostinguda (RVS), associat a una potencial sobrecorrecció de la coagulopatia post-tractament.

**Objectiu:** Comparar l'incidència de TP en pacients CH-VHC i infecció activa vs els que assoleixen RVS després d'antivirals orals.

**Mètode:** S'han inclòs 579 cirròtics VHC sense TP seguits al nostre hospital: 210 amb infecció activa seguits entre des2010-abr2013 i 369 amb RVS post antivirals orals tractats entre oct2012-des2016. 74 pacients del grup d'infecció activa van rebre tractament antiviral abans d'abr2013, han estat censurats de l'anàlisi el dia del seu inici i no s'han inclòs al grup de pacients amb RVS. A tots els pacients s'ha realitzat seguiment ecogràfic semestral. Les variables incloses a l'anàlisi han estat les immediatament anteriors a l'inici del tractament. L'anàlisi estadístic s'ha realitzat amb anàlisi de risc competitiu.

**Resultats:** S'han inclòs 579 pacients: 53% homes, edat mitja 61 ± 10 anys, Child-Pugh A/B/C 83/15/2%, MELD 9 ± 3. A l'inclusió el 20% havia presentat ascitis, 6% encefalopatia hepàtica, 48% tenien VE, 7% hemorràgia digestiva alta (HDA), 25% amb profilaxi β-bloquejant,

7% lligadura endoscòpica prèvia. El seguiment mitjà fou  $2,8 \pm 1,2$  anys. 24 pacients van presentar TP durant el seguiment amb una incidència de 1,5, 2,3 i 4,1% a 1, 2 i 3 anys. La supervivència lliure de transplantament va ser de 97,4, 95,2 i 89,9% als 1, 2 i 3 anys respectivament. En un model ajustat per sexe, Child-Pugh, creatinina, plaquetes, presència de VE, HDA prèvia, tractament  $\beta$ -bloquejant, infecció activa/RVS, l'únic factor independent associat al desenvolupament de TP va ser el Child-Pugh (HR 1.37 [1.09-1.71; p=0.005).

**Conclusions:** La RVS no augmenta, però tampoc disminueix, el risc de TP durant el seguiment en la CH-VHC. Per això, a pesar d'assolir RVS, s'ha de continuar el cribatge de TP especialment en aquells pacients presentin una major disfunció hepàtica.

## 53 EMPIEMA PLEURAL SECUNDARI A MIOTOMIA ENDOSCÒPIA PERORAL COM TRACTAMENT D'ACALÀSIA.

David Barquero Declara1; Alejandro Fernández Simón1; Mercè Navarro Llavat1; Ana Bargalló García1; Orlando García Bosch1; Marta Martín Llahí1; Eva Erice Muñoz1; Carlos Hernández Ballesteros1; Xavier Ariza Solé1; Alejandro Blasco Pelicano1; Alfredo Mata Bilbao1  
1Hospital de Sant Joan Despi Moisès Broggi  
Temàtica: 2. Endoscòpia i Pàncrees

### INTRODUCCIÓ.

La miotomia endoscòpica peroral (POEM) és un tractament innovador en l'acalàsia. Presentem la nostra experiència inicial.

### OBJECTIU.

Descriure l'eficàcia i seguretat de la POEM.

### MATERIAL I MÈTODES.

Estudi prospectiu iniciat l'Octubre de 2017. S'inclouen tots els malalts derivats a la consulta especialitzada en tractaments endoscòpics avançats amb sospita o diagnòstic confirmat d'acalàsia.

### RESULTATS.

S'inclouen 7 pacients estudiats amb esofagograma, endoscòpia i amb confirmació manomètrica d'acalàsia. 4 (57,1%) homes i 3 (33,3%) dones amb una edat mitjana de 59,9 anys (DE 17). La mitjana d'anys de clínica és de 5 (DE 4,8) amb una mitjana de pèrdua de pes de 10,7 kg (DE 12,4). 2 d'ells (28,6%) presenten història d'impactació prèvia. 6 casos (85,7%) presenten una dilatació esofàgica important. Cap ha realitzat un tractament previ.

En tots els casos es decideix de manera consensuada realitzar una POEM que es realitza en quiròfan, sota intubació orotraqueal i profilaxis antibiòtica. La tècnica es realitza amb CO<sub>2</sub> i pel mateix endoscopista realitzant una miotomia completa d'uns 8 cm de longitud.

Després de la intervenció els pacients resten en dejú 24 hores. Posteriorment, es realitza un esofagograma i després de confirmar l'absència de complicacions s'inicia una dieta oral progressiva fins a l'alta.

L'èxit tècnic és del 100% amb un èxit clínic tant subjectiu com amb millores en l'escala Eckardt del 85,7% (6/7). El fracàs clínic es va dilatar endoscòpicament amb bon resultat. Vam presentar una única complicació en una pacient que va presentar al mes de la intervenció un empiema pleural esquerre massiu amb shock sèptic que va requerir ingrés en UCI i drenatge toràcic. Malgrat que no es va poder constatar una comunicació esòfag-pleural, els microorganismes detectats (*Fusobacterium Naviforme* i *Streptococcus intermedius*) recolzen la seva existència durant la POEM. L'evolució va ser satisfactòria podent ser donada d'alta.

### CONCLUSIONS.

La POEM és un tractament eficaç i relativament segur, presentant complicacions habitualment lleus. Presentem un cas de complicació greu, tardana i inesperada que fa replantejar-se el protocol de profilaxis antibiòtica.

## 54 UTILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE MINILITIASIS/BARRO BILIAR Y REMISIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DIGESTIVA TRAS COLECISTECTOMÍA

ANDREA MONTENEGRO ALMEIDA 1,2; XAVIER ANDÚJAR MURCIA1; FERNANDO FERNÁNDEZ-BAÑARES1; MARÍA ESTEVE COMAS1; CARMELORAS ALASTRUEY1  
1Hospital Mutua Terrassa; 2Hospital General de Cataluña

**Introducción:** La ecoendoscopia (USE) presenta una alta sensibilidad para el diagnóstico de litiasis biliar (94- 98%), está claro su papel en el caso de pancreatitis aguda de causa no filiada. En cambio su rol no está bien establecido para indicar una colecistectomía, en aquellos pacientes sometidos a una USE, por sintomatología digestiva variada. **Objetivo:** Evaluar el papel de la ecoendoscopia en el diagnóstico de minilítiasis/barro biliar, mediante la remisión de la sintomatología tras la colecistectomía. Analizar factores relacionados.

**Material y método:** Estudio retrospectivo, longitudinal, en un solo centro, sobre una base de datos prospectiva de 1121 pacientes (04/2014 a 04/2018). Se identificaron 74 pacientes que cumplían criterios de inclusión/exclusión (realización de USE para estudio de minilítiasis-barro por síntomas digestivos de probable origen biliar, sin historia de colelitiasis complicada). Se realizó un cuestionario telefónico de síntomas a los pacientes colecistectomizados. Análisis univariado para analizar los factores relacionados.

**Resultados:** De los 74 pacientes, 44 fueron colecistectomizados (59%), edad media 48 años (ESM 2,38) (37 mujeres). Un 70,4% de pacientes (31/44) presentó remisión de la sintomatología al final del seguimiento (mediana 522 días; (13-1294)). La única variable asociada de forma estadísticamente significativa con la remisión de los síntomas digestivos fue la presencia de cólico biliar (dolor en hipocondrio derecho-epigastro con náuseas y/o vómitos) (85% vs 47% p=0,007).



El dolor abdominal difuso y distensión se asociaron de forma negativa con la remisión la sintomatología. No se encontró relación con otras variables analizadas: sexo, edad, alteración analítica (bioquímica hepática), sintomatología diversa, otros hallazgos endo-ecoendoscópicos, e ingreso hospitalario. No se registró ninguna complicación asociada a la USE. Dos pacientes presentaron complicaciones de la colecistectomía (hemoperitoneo). Un 18%(8/44) pacientes reportaron diarrea post colecistectomía.

Conclusiones: La USE es de utilidad para el diagnóstico de minilitiasis-barro biliar en aquellos pacientes con clínica clara de cólico biliar. Solo en estos casos se recomienda la realización de una colecistectomía.

(n=19), un síndrome postpolipectomía y 2 perforaciones siendo un paciente éxitus al no rescatarse quirúrgicamente.

Se realizó seguimiento endoscópico en 17 pacientes con lesiones de alto riesgo (19,1%). Hubo 8 recidivas. 7 se rescataron endoscópicamente, solo una requirió rescate quirúrgico.

Conclusión: La REM es una técnica segura y con alta tasa de R0 para lesiones grandes en el TDS. Los resultados son similares a los descritos en la literatura.

## 55 Resección endoscópica mucosa del tracto digestivo superior de lesiones de gran tamaño

Eduard Brunet<sup>1</sup>; Eva Martínez-Bauer<sup>1</sup>; Alba Lira<sup>1</sup>; Salvador Machlab<sup>1</sup>; Valentí Puig<sup>1</sup>; Luigi Melcarne<sup>1</sup>; Gemma Llibre<sup>1</sup>; Joao Da Costa<sup>1</sup>; Leticia Hernández<sup>1</sup>; Anna Soria<sup>1</sup>; Jordi Vives<sup>1</sup>; Patricia Pedregal<sup>1</sup>; Gerard Grau<sup>1</sup>; Enric Brullet<sup>1</sup>; Rafael Campo<sup>1</sup>; Félix Junquera<sup>1</sup>  
*1Hospital Parc Taulí de Sabadell*

**Introducción:** La resección endoscópica mucosa (REM) de lesiones del tracto digestivo superior (TDS) presenta una buena tasa de éxito y un excelente perfil de seguridad.

**Objetivo:** Estudiar la eficacia y la seguridad de la REM de lesiones significativas del TDS en nuestro centro y compararlas con las descritas en la literatura.

**Metodología:** Estudio observacional, unicéntrico, retrospectivo de una cohorte de pacientes con lesiones del TDS grandes (>15mm) tratadas mediante REM en los últimos 7 años. Se recogieron variables demográficas, endoscopias e histológicas, siendo las variables principales la tasa resección R0 (márgenes libres), y las complicaciones de la técnica.

**Resultados:** Se realizaron 172 REM, de las cuales 89 fueron realizadas en lesiones superiores a 15mm. El 61% (n=54) de los pacientes presentaron comorbilidades asociadas, siendo la diabetes mellitus (11%) y la cardiopatía (6%) las más frecuentes. El 26% y el 16% (n=23 y 14) recibían tratamiento antiagregante y anticoagulante respectivamente. El 64% (n=57) de las REM fueron realizadas en lesiones superiores a 20mm. El 79% (n=70) en estómago, el 15% (n=14) en esófago y el 6% (n=5) en duodeno. La técnica más usada fue la REM con asa de diatermia con inyección de la submucosa (63% n=56). La tasa R0 fue del 73% (n=65). Ocurrieron complicaciones en el 24.7% de los pacientes(n=22): hemorragia en el 21,3%

## 56 Ús actual de la colangiopancreatoscòpia digital oral (SpyGlassDS) a Espanya i Portugal: Dades preliminars

Francesc Bas-Cutrina<sup>1</sup>; Albert Garcia-Sumalla<sup>1</sup>; Carlos Dolz<sup>2</sup>; Cristina Gómez<sup>3</sup>; Eloy Sánchez<sup>4</sup>; Enrique Domínguez<sup>5</sup>; Javier Jiménez<sup>6</sup>; Jorge Canena<sup>7</sup>; Pedro Pereira<sup>8</sup>; Jose Ramón Aparicio<sup>9</sup>; Francisco J. Gallego<sup>10</sup>; Ramón Sánchez-Ocaña<sup>11</sup>; José Manuel Pérez-Miranda<sup>11</sup>; Vicente Pons<sup>12</sup>; Juan J. Vila<sup>13</sup>; Joan B. Gornals<sup>1</sup>

*1Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat; 2Hospital de Son Llàtzer, Palma de Mallorca; 3Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; 4Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense; 5Complexo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela; 6Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; 7Department of Gastroenterology, Professor Doutor Fernando Fonseca Hospital, Amadora; 8Centro Hospitalar São João, Porto; 9Hospital General Universitario de Alicante, Alicante; 10Hospital de Poniente, El Ejido; 11Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; 12Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València; 13Hospital de Navarra, Pamplona*

**INTRODUCCIÓ:** L'estudi per visualització directa de la via bilio-pancreàtica ha experimentat importants avenços amb l'aparició des de 2015 de la colangiopancreatoscòpia digital oral (SpyGlassTMDS-BostonSc).

**OBJECTIU:** Creació de grup de treball i recol·lecció de la casuística de SpyGlassTMDS en centres de referència espanyols i portuguesos des de la seva implementació fins a l'actualitat, reportant les indicacions principals, l'èxit tècnic i clínic, i els efectes adversos.

**MATERIALS I MÈTODES:** Reunió de creació i consolidació del grup hispano-portuguès d'experts en colangiopancreatoscopia, amb participació de 13 centres i/o àrees assistencials; exposició de l'experiència individual retrospectiva. Recol·lecció i resum multicèntric de les dades exposades.

**RESULTATS:** Un total de 626 procediments realitzats. Les principals indicacions van ser (n analitzada = 482): diagnòstic d'estenosi biliar

indeterminada (50,6%), litotripsia de litiasi de grans dimensions (35,6%), diagnòstic/terapèutica pancreàtica (6,6%), tutorització de guia per a terapèutica d'estenosi en pacient trasplantat (4,7%), extracció de pròtesi migrada (2,1%), i altres (0,4%). L'èxit tècnic global va ser del 98,75% (n analitzada = 482). Èxit clínic en l'estudi d'estenosis biliars (n analitzada = 156): diagnòstic visual-endoscòpica: sensibilitat 85,9%, especificitat 93,3%; diagnòstic biòpsia: sensibilitat 60,4%, especificitat 84%. Èxit clínic litotripsia (n analitzada = 109): 88%, número de sessions requerides: una (75%), dues (23%), tres (6%). Èxit en tutorització guia (n analitzada = 23): 83%. Èxit en extracció de pròtesi migrada (n analitzada = 10): 50%. Taxa d'efectes adversos (n analitzada = 535): 9%; lleus (66%), moderats (20%), greus (6%). Mortalitat del 0,74%.

**CONCLUSIONS:** El rendiment diagnòstic de les biòpsies dirigides en emprar SpyGlassTMS és limitat, essent major la capacitat de diagnòstic visual de l'endoscòpista. Els efectes adversos associats a la tècnica són la majoria de caràcter lleu.

75%) actuant com a factor de confusió. Excloent el recte el marcatge és visible intraoperatòriament en el 92,1% sense haver-hi diferències significatives segons l'abordatge, el tipus de marcatge ni d'altres variables recollides.

L'encert endoscòpic en la localització de la lesió és del 73,5%. En els casos no encertats la localització definitiva es troba en el segment immediatament més proper en un 80% dels casos. Per tant, l'aproximació endoscòpica és fiable en el 94,8% dels casos.

No vam detectar complicacions en un 92,1% dels casos. Cap complicació detectada va ser clínicament significativa (marcatge estès a peritoni 14/15 i gran extensió a la submucosa 1/15). No hi ha diferències significatives entre cap variable recollida.

#### **CONCLUSIONS:**

El marcatge endoscòpic és una tècnica segura i eficaç independentment de la tècnica utilitzada. Es podria recomanar la tècnica de 2pts/1ml per la seva simplicitat així com evitar el marcatge de les lesions rectals. L'aproximació endoscòpica en la localització definitiva de les lesions és molt fiable.

Són necessàries més dades per determinar quina és la tècnica i els factors associats a una major eficàcia del marcatge així com per explicar la diferent eficàcia segons l'abordatge quirúrgic.

## **57 QUINA ÉS LA FORMA MÉS EFICAÇ DE REALITZAR UN TATUATGE ENDOSCÒPIC PER LA POSTERIOR CIRURGIA DE LESIONS COLORRECTALS?**

David Barquero Declara<sup>1</sup>; Orlando García Bosch<sup>1</sup>; Verónica González Santín<sup>1</sup>; Alejandro Fernández Simón<sup>1</sup>; Mercè Navarro Llavat<sup>1</sup>; Ana Bargalló García<sup>1</sup>; Marta Martín Llahí<sup>1</sup>; Eva Erice Muñoz<sup>1</sup>; Celia Vascónez Peña<sup>1</sup>; Xavier Ariza Solé<sup>1</sup>; Carlos Hernández Ballesteros<sup>1</sup>; Jordi Castellví Valls<sup>1</sup>; Alfredo Mata Bilbao<sup>1</sup>; Alejandro Blasco Pelicano<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Hospital de Sant Joan Despi Moisès Broggi*

#### **INTRODUCCIÓ:**

La identificació intraoperatòria d'una lesió prèviament detectada per endoscòpia pot ser difícil. El tatuatge endoscòpic facilita aquesta identificació, però no existeix evidència científica amb relació a quina és la millor tècnica de tatuatge.

#### **OBJECTIU:**

Descriure l'eficàcia i seguretat del tatuatge endoscòpic així com detectar factors clínics i tècnics associats a la seva eficàcia.

#### **MATERIAL I MÈTODES:**

Estudi pilot, prospectiu i aleatoritzat iniciat al Gener de 2016. S'inclouen tots els malalts candidats a tatuatge que s'aleatoritzen en 4 grups (tatuatge en 2 o 3 punts i amb un volum d'1 o 1.5 ml) i que posteriorment són intervinguts al nostre centre. S'analitzen les variables recollides.

#### **RESULTATS:**

Es recullen 189 pacients amb una mitjana d'edat de 70,1 anys (DE 10,8), sent homes el 67,2%. L'abordatge laparoscòpic es dona en el 58,5% dels casos.

La localització rectal és on s'acumulen més tatuatges no visibles (6/20: 30%) i és on l'abordatge és més freqüentment obert (9/12:

## **58 Eficàcia diagnòstica de l'score Oakland comparat amb l'hemoglobina per predir el resultat en l'hemorràgia digestiva baixa**

Alba Lira<sup>1</sup>; Salvador Machlab<sup>1</sup>; Pilar García<sup>1</sup>; Eva Martínez-Bauer<sup>1</sup>; Susana Marín<sup>1</sup>; Maria Raurich<sup>1</sup>; Carlos Mármol<sup>1</sup>; Marta Gallach<sup>1</sup>; Leticia Hernández<sup>1</sup>; Eduard Brunet<sup>1</sup>; Luigi Melcarne<sup>1</sup>; Joao Da Costa<sup>1</sup>; Gemma Llibre<sup>1</sup>; Valentí Puig-Diví<sup>1</sup>; Félix Junquera<sup>1</sup>; Rafel Campo<sup>1</sup>; Xavier Calvet<sup>1</sup>; Enric Brullet<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Corporacio Sanitària Parc Taulí*

**Introducció:** L'incidència de l'hemorràgia digestiva baixa aguda (HDB) està augmentant als Països Occidentals. Recentment, el score d'Oakland (Oaks) s'ha desenvolupat per predir l'alta segura en l'HDB. Oaks inclou com a variables: edat, sexe, ingrés previ per HDB, tacte rectal hemàtic, freqüència cardíaca, pressió arterial sistòlica i hemoglobina (Hb)

**Objetius:** Comparar l'eficàcia diagnòstica de Oaks amb el valor d' Hb a l'ingrés per predir els resultats en l'HDB.

**Mètodes:** Estudi observacional, retrospectiu i unicèntric realitzat des de gener 2013 fins a desembre 2015. Els pacients es van identificar a partir de la base de dades hospitalària fent servir el ICD-9 (International Classification of Diseases). L'alta segura es va definir amb els mateixos criteris que Oaks original. Es defineix com l'absència de tots els següents: a) transfusió d'hematies; b) Resagnat (necessitat de transfusió d'hematies addicional o disminució addicional de l'hematòcrit  $\geq 20\%$  després de 24 hores d'estabilitat clínica); c) Tractament (endoscòpic, embolització o cirurgia); d) Reingrés per HDB  $\leq 28$  dies i e) Mort a l'hospital.

Es van calcular sensibilitat, especificitat, valors predictius positiu i negatiu i l'àrea sota la corba ROC (AUROC) per a OaKS i Hb. Les AUROC es van comparar amb el mètode DeLong fent servir el software STATA 14.1 (StataCorp.2015).

**Resultats:** Es van incloure 258 pacients. La mitjana d'edat va ser de 76,4 anys. Es van transfondre 84 pacients (32,6%), 50 (19,4%) van resagnar, 31 (12,2%) van rebre tractament, 20 (7,8%) van reingressar i 6 pacients (2,3%) van morir. 155 pacients (60,1%) van complir els criteris d'alta segura. La Hb va ser igual o millor que Oaks per predir tots els resultats excepte el reingrés. Les corbes ROC per Hb van ser >0,8 per l'alta segura, transfusió, resagnat i mort. Els valors i la comparació de AUROC per Oaks i Hb es mostren a la Taula 1 i Figura 1. Sensibilitat, especificitat, valors predictius negatiu i positiu es mostren a la Taula 2.

**Conclusions:**

El valor aïllat de Hb a l'ingrés pot ser útil per a identificar pacients que poden ser donats d'alta de forma segura. OakS no és millor que l'Hb sola per predir els resultats dels pacients amb HDB.

## 58 Eficàcia diagnòstica de l'score Oakland comparat amb l'hemoglobina per predir el resultat en l'hemorràgia digestiva baixa

Alba Lira<sup>1</sup>; Salvador Machlab<sup>1</sup>; Pilar García<sup>1</sup>; Eva Martínez-Bauer<sup>1</sup>; Susana Marín<sup>1</sup>; Maria Raurich<sup>1</sup>; Carlos Mármo<sup>1</sup>; Marta Gallach<sup>1</sup>; Leticia Hernández<sup>1</sup>; Eduard Brunet<sup>1</sup>; Luigi Melcarne<sup>1</sup>; Joao Da Costa<sup>1</sup>; Gemma Llibre<sup>1</sup>; Valentí Puig-Diví<sup>1</sup>; Félix Junquera<sup>1</sup>; Rafel Campo<sup>1</sup>; Xavier Calvet<sup>1</sup>; Enric Brullet<sup>1</sup>  
*1Corporació Sanitària Parc Taulí*

**Introducció:** L'incidència de l'hemorràgia digestiva baixa aguda (HDB) està augmentant als Països Occidentals. Recentment, el score d'Oakland (Oaks) s'ha desenvolupat per predir l'alta segura en l'HDB. Oaks inclou com a variables: edat, sexe, ingrés previ per HDB, tacte rectal hemàtic, freqüència cardíaca, pressió arterial sistòlica i hemoglobina (Hb)

**Objetius:** Comparar l'eficàcia diagnòstica de Oaks amb el valor d' Hb a l'ingrés per predir els resultats en l'HDB.

**Mètodes:** Estudi observacional, retrospectiu i unicèntric realitzat des de gener 2013 fins a desembre 2015. Els pacients es van identificar a partir de la base de dades hospitalària fent servir el ICD-9 (International Classification of Diseases). L'alta segura es va definir amb els mateixos criteris que Oaks original. Es defineix com l'absència de tots els següents: a) transfusió d'hematies; b) Resagnat (necessitat de transfusió d'hematies addicional o disminució addicional de l'hematòcrit  $\geq 20\%$  després de 24 hores d'estabilitat clínica); c) Tractament (endoscòpic, embolització o cirurgia); d) Reingrés per HDB  $\leq 28$  dies i e) Mort a l'hospital.

Es van calcular sensibilitat, especificitat, valors predictius positiu i negatiu i l'àrea sota la corba ROC (AUROC) per a OakS i Hb. Les AUROC es van comparar amb el mètode DeLong fent servir el software STATA 14.1 (StataCorp.2015).

## 60 Impacto de las lesiones detectadas en Cápsula Endoscópica en pacientes con Enfermedad de Crohn y EnteroRM sin lesiones

Jesús Castro-Poceiro<sup>1</sup>; Agnés Fernández-Clotet<sup>1</sup>; Elena Ricart<sup>1</sup>; Ingrid Ordás<sup>1</sup>; Sonia Rodríguez<sup>1</sup>; Douglas Pleskow<sup>2</sup>; Josep Llach<sup>1</sup>; Julià Panés<sup>1</sup>; Alan C. Moss<sup>2</sup>; Begoña González-Suárez<sup>1</sup>  
*1Hospital Clínic de Barcelona; 2Harvard University, Boston*

**Introducció:** La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria crónica que puede afectar a todo el tracto gastrointestinal, la localización proximal ha demostrado ser un factor de mal pronóstico en estos pacientes. Estudios recientes han demostrado una mayor rentabilidad diagnóstica de la Cápsula endoscópica (CE) frente a la Enterorresonancia magnética (RMN) a la hora de valorar las lesiones proximales de los pacientes con EC, que en ocasiones son poco específicas.

**Objetivo:** Valorar si las lesiones diagnosticadas por CE que la RMN no identifica tienen alguna implicación en el pronóstico de los pacientes con EC.

**Material y métodos:** Seleccionamos una cohorte de 120 pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de EC a los cuales se les practicó un estudio mediante RMN y CE en un periodo inferior a 6 meses. La RMN detectó lesiones en un 29.2% de los pacientes frente a un 54.2% mediante CE. Se seleccionó al subgrupo de 54 pacientes con EC y estudio mediante RMN negativa, y se comparó su evolución en base al resultado de la CE.

**Resultados:** Tras un seguimiento medio de  $40.4 \pm 26.7$  meses se observó que los pacientes con cápsula positiva presentaban mayor recidiva en el seguimiento (60% frente a 45.4%), mayor necesidad de ingreso hospitalario (29.4% frente a 12.5%) y mayor necesidad de cirugía (20% frente a 9%) que aquellos con CE negativa.

Conclusiones: La valoración mediante CE detecta lesiones que podrían impactar de forma negativa en el pronóstico de los pacientes con EC, y por tanto sugerimos que debería formar parte de la valoración inicial de estos pacientes

## 61 Prevalença de nivells baixos d'elastasa fecal en pacients amb cirrosi descompensada

Gemma Llibre1; Alba Lira1; Mercedes Vergara1,2; Mireia Miquel1,2; Meritxell Casas1,2; Blai Dalmau1; Valentí Puig-Diví1; Gemma Solé3; Josep Maria Barrades4; Núria Nava4; Noemí Martínez4; Montse Ortega4; Estefanía Martínez4; Montserrat García4; Antònia Humanes5; Laia Grau-López6; Jordi Sánchez-Delgado1,2

1Servei d'Aparell Digestiu. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació I3PT; 2Centro de Investigación Biomédica y en Red Enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd); 3Servei de Laboratori. UDIAT. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació I3PT; 4Infermeria. Servei d'Aparell Digestiu. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació I3PT; 5Infermeria del Servei d'Endocrinologia i nutrició. Parc Taulí Hospital Universitari.; 6Servei de Neurologia. HG TIP. Badalona. Estadística aplicada.

### Introducció:

L'elastasa fecal és la tècnica més accessible i reproduïble com a eina de suport per al diagnòstic d'insuficiència pancreàtica exocrina (IPE). L'especificitat de la tècnica augmenta amb l'indiar més baixos, concretament per sota de 200 o 100 mcg/g.

### Objectius:

Valoració de la prevalença d'elastasa fecal baixa en pacients cirròtics ingressats per descompensació.

### Material i mètodes:

Estudi prospectiu i unicèntric en població amb cirrosi hepàtica (CH) de qualsevol etiologia que ingressaren per descompensació des d'octubre del 2017 a l'octubre del 2018. S'analitzaren dades demogràfiques: etiologia de CH, presència de diabetis, Child-Pugh i MELD, motiu de l'ingrés (descompensació ascítica-edematosa (DAE), infecció, encefalopatia hepàtica (EH), hepatitis alcohòlica, insult renal agut (AKI) i hemorràgia per hipertensió portal (HDAXHTPo). Les dades analítiques foren hemograma, bioquímica amb perfil renal i hepàtic, perfil nutricional, valors d'oligoelements i vitamines hidrosolubles i liposolubles, i les dades antropomètriques: plec tricípital i

perímetre muscular del braç. Es va recollir informació sobre el número de deposicions, l'aspecte i la presència o no de dolor abdominal postprandial. Es van recollir dues mostres de femta sòlida en dies separats. Valors d'elastasa fecal > 200 mcg/g es consideraren normals, entre 100 i 200 mcg/g resultat intermig i < 100 mcg/g patològic.

### Resultats:

S'inclogueren 87 pacients. Edat mitja 63 ± 10,8 anys, 80% homes. L'etiologia va ser alcohol en el 87,4%, 60% amb consum actiu. Classificació de Child A/B/C de 10,3%/50,6%/39,1% respectivament. MELD de 16,7 ± 6,74. El 39,1% eren diabètics. El motiu de l'ingrés fou: DAE/Infecció/EH/hepatitis OH/AKI/HDAXHTPo amb un 85,1%/41,4%/21,8%/17,2%/21,8%/13,8% respectivament.

La prevalença d'elastasa fecal baixa (una determinació patològica i una intermitja o dues patològiques) va ser del 14,6%. No es van trobar diferències estadísticament significatives segons el motiu d'ingrés, perfil nutricional, el dèficit de micronutrients, paràmetres antropomètrics, la clínica orientativa de malabsorció ni a la mortalitat al mes, tres i sis mesos entre el grup amb elastasa fecal baixa i el grup d'elastasa fecal normal.

### Conclusions:

La prevalença d'elastasa fecal baixa (probable d'IPE) és, com a mínim, d'un 14,6% en pacients amb cirrosi descompensada. No s'han detectat factors clínics, analítics o antropomètrics orientatius de probable IPE ni repercussió d'aquesta patologia sobre aquests factors o sobre la mortalitat.

## 62 SEDACIÓ EN CPRE: ¿ANESTESIÒLEG, INTENSIVISTA O ENDOSCOPISTA?: ESTUDI PROSPECTIU COMPARATIU DE PRÀCTICA CLÍNICA DIÀRIA

Alba Vargas Garcia2; Natividad Zaragoza Velasco1; Marina Pechkova2; Josep Miñana Calafat1; Marco Albuquerque Miranda2; Montserrat Figa Francesch2; Montserrat Planella de Robinat1; Raquel Ballerter Clau1; Reñe Espinet Josep M<sup>o</sup>1; Ferran Gonzalez-Huix Llado1,2

1Hospital Universitari Arnau de Vilanova; 2Clínica Girona

Es discuteix la qualificació del professional per una sedació més segura i eficaç durant la CPRE.

**Objetiu:** Comparar seguretat i eficàcia de la sedació en CPRE segons el professional responsable: anestesiòleg/intensivista/endoscopista.

**Pacients i Mètodes:** Registre prospectiu, comparatiu bicèntric de practica clínica diària. Sedació en CPRE en pacients consecutius dirigida per endoscopista (SedEndosc) (dilluns); intensivista (SedIntens) (dimecres) o anestesiòleg (SedAnest) (dijous). Sempre incloent Propofol, sols (sProp) o associat a Midazolam (MidProp) o pautes mixtes amb opiacis (PropMix), administrats a discreció del responsable. Avaluació de dades: 1) demogràfiques, 2) de seguretat: antecedents patològics, ASA, Performance Status, risc de hipoventilació, TA, FC, Saturació O2, complicacions greus: TA sistòlica <70 ó >250, arrítmies FC <40 ó >150, dessaturació <70%, laringospasme, broncoaspiració, paro càrdio-respiratori, èxits, mesures reanimació/ventilació. 3) de eficàcia: necessitat retirar l'endoscop, posició del pacient per CPRE, qualitat radiològica, anul·lació d'CPREs, pèrdua d'atenció del explorador, èxit tècnic, tolerància i col·laboració del pacient, expertesa del sedador, temps i nivell de sedació (Escala Alerta Sedació: OAAS).

**Resultats:** 454 pacients (edat  $X=72,7\pm 15,7$ ; dones:54,6%): SedEndosc: 147/32,3%, SedAnest: 170/37,4%, SedIntens: 137/30,2%. Sense diferències inicials en peformance status, parametres de hipoventilació, TA, FC i SatO2. Diferències en ASA  $\geq 3$  (11,2%, 16,7%,9,5% respectivament;  $p=0,049$ ), pautes de sedació: SedEndosc: sProp:86,4%, SedAnest: PropMix:87,3%, SedIntens: MidProp:73% ( $p=0,000$ ) i en alta expertesa del sedador: SedEndosc: 98%; SedIntens: 89,8%; SedAnest: 50% ( $p=0,000$ ). La sedació va ser mes profunda (OAAS) en SedAnest i SedIntens respecte SedEndosc ( $5,18\pm 0,63$  i  $5,19\pm 0,49$  vs  $4,7\pm 0,44$ ;  $p=0,000$ ) i mes llarga en SedAnest ( $52,1\pm 1,9$ ) respecte SedIntens ( $44,4\pm 1,8$ ) i SedEndosc ( $49,0\pm 2,0$ ) ( $p=0,023$ ). El 8,6% ( $n=39$ ) varen presentar complicacions greus, mes freqüents en SedAnest (12,7%) SedIntens (8%) vs SedEndosc (4,8%) ( $p=0,042$ ). La dessaturació greu va esser la mes freqüent: 6,1%, 5,8% i 1,4% (0.085) respectivament. Cap èxitus. Necessitat de mesures de reanimació: mes en SedAnest i SedIntens respecte SedEndosc ( $p=0,019$ ). En el grup SedAnest: mes CPRE anul·lades ( $p=0,015$ ), intubacions orotraqueales per sedar ( $p=0,058$ ), pacients en decúbit lateral ( $p=0,000$ ) i pitjor imatge radiològica ( $p=0,000$ ).

**Conclusió:** La sedació durant la CPRE en la pràctica clínica diària no es menys segura i eficaç quan està dirigida per l'endoscopista.

guiment. Només en 5 dels 21 casos amb EB aquest va ser atribuïble a CDL. Tots ells tenien vesícula in situ (VIS) i CL al moment de l'USE i 3 seguien amb VIS i CL al moment de l'EB. L'atribució causal a la resta d'EB va ser: pancreatitis no biliar ( $n=4$ ), disfunció de l'Oddi ( $n=4$ ), colangiocarcinoma/ampuloma ( $n=3$ ) i no aclarida ( $n=5$ )

**CONCLUSIONS:** La incidència d'EB per CDL és baixa, inclús a llarg termini, en pacients amb USE negativa per CDL (probablement concentrada en aquells amb VIS i CL després de l'USE) Aquests resultats recolzen la utilitat de l'USE per evitar CPRE innecessàries en pacients amb risc intermedi de CPRE.

## 64 INCIDÈNCIA A LLARG TERMINI D'ESDEVENIMENTS BILIARS EN PACIENTS AMB RISC INTERMEDI DE COLEDOCOLITIASIS I USE NEGATIVA PER COLEDOCOLITIASIS

Lidia Cabrinety1; Albert Pardo1; Silvia Montoliu1; Magdalena Vilanova1; Margarita Menacho1; Michelle Bautista1; Carme Abadia1; Joan Carles Quer1  
1Servei d'Aparell Digestiu; Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII

L'USE permet evitar CPREs innecessàries en pacients amb risc intermedi de coledocolitiasis (CDL), però hi han menys dades dels resultats d'aquesta estratègia a llarg termini.

**OBJECTIU:** Avaluar la incidència d'esdeveniments biliars (EB) (còlic biliars, colangitis i pancreatitis) als pacients amb sospita de CDL i USE negativa per CDL.

**MÈTODES:** Estudi retrospectiu de 134 pacients amb USE indicada per sospita de CDL (risc intermedi). Es registraren dades clínico-analítiques prèvies; troballes de l'USE i evolució clínica (incidència d'EB, CDL, cirurgia biliar) durant el seguiment (mediana 736 dies)

**RESULTATS:** A 23 pacients (17%) es va detectar CDL a l'USE; en 21 dels quals (91%) aquesta és va confirmar per CPRE ( $n=19$ ) o per colangioscòpia intraoperatòria ( $n=2$ ). Als restants 111 pacients (83%) no es va detectar CDL a l'USE; van ser més joves ( $66\pm 15$  vs  $75\pm 15$  anys;  $p=0,02$ ) i amb menor proporció de colelitiasis (CL) (31% vs 52%;  $p=0,05$ ) que els pacients amb detecció de CDL. Les xifres de bilirubina i ALT, així com el diàmetre del colèdoc van ser inferiors entre els pacients amb USE negativa per CDL, però sense arribar a la significació estadística. 21 (19%) d'aquests 111 casos van presentar algun EB (14 còlic biliar/colangitis, 6 pancreatitis i 1 icterícia) durant el seguiment (mediana 194 dies). Els pacients amb EB van ser més grans ( $71\pm 13$  vs  $65\pm 15$  anys;  $p=0,02$ ) i amb una major proporció de CL (53% vs 27%;  $p=0,03$ ) que els que casos sense EB durant el se-

## 65 Anàlisi de factors predictius de permeabilitat de les pròtesis metàl·liques auto-expandibles en pacients amb obstrucció biliar d'etiologia maligna

Julio Velásquez-Rodríguez1; Manuel Puga1,2; Albert García-Sumalla1; Natalia Pallarès3; Juli Busquets4; Berta Laquente5; Mar Marin5; Joan Fabregat4; Jose Castellote6; Joan B Gornals1  
1Unitat d'Endoscopia Digestiva, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL; 2Servei d'Aparell Digestiu, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense; 3Servei d'Assessoria en Estadística, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge - IDIBELL; 4Servei de Cirurgia General i Digestiva, Hospital Universitari de Bellvitge - IDIBELL; 5Servei d'Oncologia Mèdica, Institut Català Oncològic DiR, L'Hospitalet de Llobregat; 6Unitat d'Hepatology, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge - IDIBELL

**Introducció:** La col·locació de pròtesis biliar via transpapilar és el procediment d'elecció per al drenatge biliar en els tumors malignes biliopancreàtics irreseccables. En aquest sentit, factors associats amb la pèrdua de la funcionalitat de les pròtesis no estan clarament establerts. El principal objectiu d'aquest estudi és determinar l'acompliment del drenatge biliar endoscòpic en pacients amb malaltia maligna biliopancreàtica irreseccable. L'objectiu secundari és avaluar els factors associats a la disfunció de la pròtesi.

**Mètodes:** Estudi unicèntric, d'una cohort amb inclusió consecutiva de pacients amb tumors malignes biliopancreàtics irreseccables o inoperables als quals es realitzà drenatge biliar per CPRE entre gener de 2015 i desembre de 2016 (24 mesos). El final del període de seguiment va ser al gener de 2018. Els criteris d'exclusió van ser patologia benigna, reseccabilitat borderline o malalts amb drenatge biliar previ. Anàlisi retrospectiva de dades. Per analitzar els factors relacionats amb la permeabilitat de les pròtesis, es va quantificar associació segons Hazard-Ràtio obtingut a través del model Cox.

**Resultats:** Es va incloure 44 pacients. Cap dels paràmetres analitzats (sexe, edat, ASA, bilirubina, albúmina, tractament oncològic,

localització i estadi tumoral, tipus de canulació i pròtesi, aconteixements adversos) es va associar de forma significativa a la necessitat de recanvi de pròtesis o amb el temps transcorregut fins el recanvi. Les pròtesis parcialment cobertes no van mostrar superioritat davant dels altres tipus de pròtesis. La necessitat de recanvi protèsic no va condicionar la supervivència (5,4 mesos en el grup sense reemplaçament vs 4,3 mesos;  $p = 0,7$ ). Pacients amb supervivència major de 12 mesos, sense necessitat de recanvi de pròtesi van ser majoritàriament dones joves, amb un ASA baix, nivells de bilirubina baixos i sense radioteràpia. Els pacients que van necessitar recanvi abans dels 3 mesos van ser homes joves, amb nivells normals de bilirubina, tractats amb quimioteràpia, amb tumor localitzat a cap pancreàtic, i amb un major nombre de complicacions.

**Conclusions:** Cap dels paràmetres avaluats va tenir associació estadísticament significativa amb la disfunció de la pròtesi biliar. La necessitat de recanvi de pròtesis en casos de tumors biliopancreàtics i drenatge biliar pal·liatiu, no influeix en la supervivència.

## 66 FACTORS PREDICTIUS DE MANCA DE RESPOSTA AL TRACTAMENT ENDOSCÒPIC DE LES FÍSTULES BILIARS POST QUIRÚRGIQUES: ESTUDI PROSPECTIU MULTICÈNTRIC

Gisela Torres Vicente<sup>1</sup>; Raquel Ballester Clau<sup>1</sup>; Isabel Miguel Salas<sup>1</sup>; Eva Pijoan Comas<sup>1</sup>; Alba Vargas Garcia<sup>2,3</sup>; Natividad Zaragoza Velasco<sup>1</sup>; Marco Albuquerque Miranda<sup>2,3</sup>; Montserrat Figa Francesch<sup>2,4</sup>; Josep Maria Miñana Calafat<sup>1</sup>; Ferran González-Huix Lladó<sup>1,2</sup>

*1Hospital Universitari Arnau de Vilanova; 2Clínica de Girona; 3Hospital de Palamos; 4Hospital Doctor Josep Trueta*

**Introducció:** Les fístules biliars són una complicació greu, ja siguin post cirurgia hepàtica o post colecistectomia. El drenatge biliar transpapil·lar amb papil·lotomia +/- stent mitjançant CPRE és el tractament més efectiu.

**Objectiu:** Avaluat els factors predictius de manca de resolució de les fístules biliars post-quirúrgiques després del tractament endoscòpic per CPRE (papil·lotomia +/- stent)

**Pacients i Mètodes:** Registre prospectiu, descriptiu i multicèntric. Pacients consecutius amb fístules biliars post-quirúrgiques (FBP) als que se'ls hi efectuà un drenatge biliar transpapil·lar (papil·lotomia i/o col·locació d'stent plàstic) mitjançant CPRE. Avaluació de dades demogràfiques, tipus de cirurgia (colecistectomia vs reseció hepàtica), localització de la fístula (intra o extrahepàtica), deïbit de la fístula (alt o baix), complicacions associades (litiasis residual, estenosi biliar, bilioma), tractament endoscòpic (papil·lotomia +/- stent), resolució de la fístula i temps de resolució (dies).

**Resultats:** S'inclouen 113 pacients (dones 36,3%; edat 63,2±16,1 anys). 89 (78.8%) amb fístula post-colecistectomia (FPC) i 24 (21.2 %) post-cirurgia hepàtica (FPH). La majoria extrahepàtiques (66.4%) i originades en munyó cístic (41.6%) o en el colèdoc o conducte biliar principal (24.8%). Es realitzà només papil·loto-

mia en 14 casos (12.4%) i papil·lotomia+stent en 96 (85%). Es detectà estenosi biliar en 28 casos (24.8 %), presència de bilioma en 36 (31.9%) i litiasis biliar residual en 38 (33.6%). En el 76.1% se solucionà la fístula i el temps de resolució va ser 5.7± 6.4 dies. Les fístules després de cirurgia de reseció hepàtica (62% vs 13,5%;  $p=0.000$ ), localitzades en vies intra-hepàtiques (40% vs 13,3%;  $p=0.003$ ), amb estenosi (39,3% vs 1,9%;  $p=0.016$ ) i bilioma (47,2% vs 9,5%,  $p=0.000$ ), són les que més freqüentment no es van resoldre. Els factors predictors de manca de resolució de la FBP en l'anàlisi multivariat van ser les FPH (OR=6,9; IC95% 2,1-22,6), la presència de bilioma (OR=4,2; IC95% 1,3-13,3) i fer solament papil·lotomia sense col·locació d'stent (OR=4,1; IC95% 1,0-17,3)

**Conclusió:** Les fístules biliars post-cirurgia de reseció hepàtica tenen una taxa de resolució clarament inferior a les fístules post-colecistectomia sobretot quan s'associen a la presència de bilioma i no es possible col·locar un stent per drenar-les.

## 67 DESARROLLO DE ENDOSCOPIO DE DOBLE CANAL MEDIANTE EL EMPLEO DE TECNOLOGIA DE IMPRESIÓN 3D: APLICABILIDAD CLINICA

Félix Junquera<sup>1</sup>; Sergi Coderch<sup>2</sup>; Salva Machlab<sup>1</sup>; Ferran Fillat<sup>3</sup>; Valentí Puig-Diví<sup>1</sup>; Eva Martínez-Bauer<sup>1</sup>; Alba Lira<sup>1</sup>; Jordi Vives<sup>1</sup>; Mireia Miquel<sup>1</sup>; Enric Brullet<sup>1</sup>; Rafel Campo<sup>1</sup>

*1Servicio de Aparato Digestivo. Corporación Universitaria Parc Taulí; 2Facultad de Ingeniería, Universidad Pompeu Fabra; 3Servicio de Traumatología. Corporación Universitaria Parc Taulí*

**Introducción:** El empleo de tecnología de impresión de 3D con material biocompatible permite el diseño y desarrollo de nuevos dispositivos en endoscopia digestiva. El endoscopia de doble canal tiene ventajas sobre el endoscopia convencional. Sin embargo su uso es muy limitado debido a su precio, su mayor tamaño y su peor maniobrabilidad.

**Objetivo :** Desarrollar un segundo canal de trabajo endoscópico utilizando tecnologías de impresión en 3D con material biocompatible.

**Material y métodos:** Este proyecto se llevó a cabo en diferentes fases: Estudio de necesidad clínica, diseño del producto mediante programa informático AutoCAD, impresión en 3D con material no biocompatible, y posteriormente biocompatible, pruebas ex vivo de funcionalidad del doble canal y aplicabilidad clínica.

**Resultados:** El doble canal consiste en un capuchón realizado con material biocompatible y termoestable sobre el que se inserta un catéter de teflón con dimensiones que permite alojar el material auxiliar convencional. Este canal se adapta al endoscopia convencional de forma sencilla, rápida y es muy barato. Aplicabilidad clínica: La endoscopia de doble canal facilita la extracción de cuerpos extraños difíciles. Simplifica las técnicas de hemostasia al disponer de una mejor aspiración hemático. Facilita la resección en bloc de grandes

pólipos pediculados en localizaciones difíciles o inestables. Acorta la resección endoscópica de pólipos sesiles. Simplifica el cierre de defectos mucosos postREM/DES, y proporciona tracción durante la DES. Asimismo, incrementa la eficacia terapéutica de los endoscopios ultrafinos permitiendo su uso en pediatría.

**Conclusión:** El desarrollo de endoscopio con doble canal con tecnología 3D es factible, barato e incrementa las prestaciones terapéuticas del endoscopio convencional.

la colonoscòpia foren: control de pòlips (24,8%), anèmia (22,4%) i rectorràgies (21,6%). Les troballes més freqüents van ser: pòlips 24% i neoplàsies 16,8%; sent normals un 20% de les colonoscòpies. Un 36% de totes les colonoscòpies presentaren una qualitat de preparació deficient. El total de morts registrats fou del 12,8%, dels quals, un 62,5% tenia relació amb la troballa a la prova (neoplàsies) i la resta en relació a les seves comorbiditats. Els factors de risc associats estadísticament amb la mortalitat abans de l'any foren diabetis mellitus (40%,  $p=0,049$ ), insuficiència renal (19,2%,  $p=0,008$ ), Charlson (mediana 6, RI 4 – 7,  $p<0,0001$ ) i la impossibilitat de colonoscòpia completa (25,6%,  $p=0,017$ ).

**Conclusions:** La colonoscòpia en pacients d'edat avançada (>75 anys) és segura, amb una taxa de mortalitat post colonoscòpia baixa, però no despreciable, relacionada més amb les comorbiditats que amb l'edat del pacient.

## 68 LA COLONOSCÒPIA EN PACIENTS D'EDAT AVANÇADA. ANÀLISI DESCRIPTIU I AVALUACIÓ DE FACTORS DE RISC DE MORTALITAT.

Gemma Valldosera<sup>1</sup>; Belen Balleste<sup>1</sup>; Adrià Rodríguez<sup>1</sup>; Montserrat Guasch<sup>2</sup>; Margarita Menacho<sup>1</sup>; Maria Carme Abadia<sup>1</sup>; Michelle Bautista<sup>1</sup>; Joan Carles Quer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona; <sup>2</sup>Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat

**Introducció:** L'augment de supervivència en la nostra població implica que l'edat dels pacients als quals se'ls hi sol·licita una colonoscòpia sigui major. Per tant ens hem d'afrontar a pacients amb més comorbiditats pel que s'hauria de tenir en compte el seu estat general de salut abans d'indicar una prova invasiva com és la colonoscòpia. Les recomanacions actuals sobre els procediments endoscòpics, seguretat i complicacions són clares en pacients joves però tenim poca informació en pacients més grans.

**Objectiu:** Descriure i analitzar les característiques de les colonoscòpies realitzades en una cohort de pacients majors de 75 anys i avaluar els factors de risc relacionats amb la mortalitat posterior a la colonoscòpia en un any de seguiment.

**Mètodes:** Es van incloure pacients >75 anys que en el primer trimestre del 2017 se'ls hi va realitzar una colonoscòpia al nostre centre, sense presentar complicacions immediates i tenint un seguiment mínim d'un any després de la prova. Es recolliren de manera retrospectiva les dades clíniques i epidemiològiques centrant-nos en: comorbiditats, motiu de sol·licitud, característiques de la colonoscòpia, troballes i mort.

**Resultats:** S'incloueren 125 pacients (60% homes/40% dones) que es distribuïren en 3 segments d'edat: 75-80 (38,4%), 81-85 (40,8%), >86 (20,8%). Els principals motius d'indicació de

## 69 PREVALENCIA METAPLÀSIA I DISPLÀSIA GÀSTRICA EN PACIENTS AMB GASTRITIS VERRUCOSA: ESTUDI RETROSPECTIU MULTICÈNTRIC AMB CORRELACIÓ ENDOSCÒPICA I HISTOLÒGICA

Albert M1; Busquets D1; Torrealba L1; Espinós J2; Rosinach M2; Termino R2; Mata A2; Piñol V1; Aldeguer X1; Uchima H1,2  
<sup>1</sup>Hospital Universitari de Girona Dr Josep Trueta; <sup>2</sup>Centro Médico Teknon, Barcelona

**INTRODUCCIÓ:** La gastritis verrucosa (també anomenada gastritis erosiva crònica o gastritis varioliforme) es tracta d'una entitat de diagnòstic endoscòpic amb prevalença al voltant de 0.3-2.8%, sense una simptomatologia clínica específica, que es basa en la presència de lesions nodulars, habitualment múltiples, presentant una erosió o depressió central. Inicialment descrita en 1947 per Moutier i Martin, s'ha relacionat amb la infecció per *Helicobacter pylori*, malaltia celíaca, limfoma, malaltia de Ménétrier, atòpia i hepatopatia crònica. El 1960, Muñoz Monteavaro va observar el desenvolupament de carcinomatosi "in situ" en un pacient amb VG, des de llavors diversos estudis han suggerit la seva associació amb la neoplàsia gàstrica, sense poder establir-se de forma clara.

**OBJECTIU:** Estudi de les característiques histològiques de gastritis verrucosa per la presència de displàsia, metaplàsia o tan sols gastritis, així com la presència de *H.pylori* o antecedents familiars de neoplàsia gàstrica.

**MÈTODE:** Anàlisi retrospectiu del total de gastroscòpies realitzades en 2 centres en període comprès entre Gener 2014 i Octubre 2018, dutes a terme per endoscopista amb experiència en el reconeixement de lesions gàstriques, recollint dades demogràfiques, clíniques, endoscòpiques i anatomopatològiques, incloent les endoscòpies de seguiment.

**RESULTATS:** Sèrie de 153 endoscòpies realitzades en 67 pacients amb una edat mitjana de 60.67 anys (DE 11.36) sent el 45.6% del gènere masculí. S'evidencia metaplàsia intestinal (almenys en 1 ocasió) al 70.2% dels pacients, i la presència de displàsia (almenys en 1 ocasió) al 31.2% dels pacients. En la nostra sèrie el 17.5% dels pacients presentaven antecedents familiars de càncer gàstric.

**CONCLUSIONS:** La Gastritis verrucosa permetria la identificació d'una mucosa gàstrica de risc per al desenvolupament de lesions displàsiques. No obstant, són necessaris estudis prospectius de major tamany.

(5%), cicatriu sospitosa (5%), lesió apèndix (3%), lesió subepitelial (3%) i lesió amb signe de la no elevació no tractada prèviament (20%). Les localitzacions van ser còlon dret-hepàtic (22%), transvers (22%), esquerre (13%), sigma (20%), recto sigma (4%), recte (4%), anastomosi (2%), monyó (2%), apèndix (4%).

La mitjana del diàmetre de les mostres ressecades va ser 21mm (IC 95% 18.8-22,30).

Les anatomies patològiques: adenomes amb displàsia de baix grau (43%), adenoma amb displàsia d'alt grau o in situ (19%), pòlip serrat (8%), T1 (19%), teixit cicatricial (8%) i altres (2%).

Hi va haver 2 casos de perforació tardana i 1 cas d'hemorràgia tardana.

Un dels pacients amb T1 va rebutjar cirurgia, se li va realitzar una segona resecció transmural de la cicatriu que va mostrar absència de teixit residual a la paret.

Es van operar 9 pacients (2 per perforació, 1 per lesió intraapendicular i els altres per adenocarcinoma amb factors de mal pronòstic).

Durant el seguiment es van detectar 3 recurrències / teixits residuals, que es van tractar endoscòpicament.

#### **CONCLUSIONS:**

La resecció endoscòpica transmural de còlon utilitzant un sistema OTSC modificat (FTRD system) per a casos adequadament seleccionats és una tècnica relativament segura i aplicable al nostre medi.

## **70 RESECCIÓ ENDOSCÒPICA TRANSMURAL PER LESIONS COLÒNIQUES UTILITZANT OTSC, ESTUDI MULTICÈNTRIC, 2015-2018**

HUGO UCHIMA1,3; DAVID BARQUERO2; JORGE ESPINÓS3,4; JOSE MIGUEL ESTEBAN5; MIGUEL FRAILE7; FERNANDO FERNÁNDEZ-CADE-NAS7; M<sup>a</sup> ANTONIA PALACIO GALÁN7; LAURA MEL-JURADO5; ALEJANDRO FERNÁNDEZ2; IGNASI PUIG8; JOAQUIN RODRIGUEZ-SANCHEZ6; LEYANIRA TORREALBA1; DAVID BUSQUETS1; VIRGINIA PIÑOL1; XAVIER ALDEGUER1; CARLOS HUERTAS1; MONTSERRAT FIGA1; MANOLI HOMBRADOS1; ALFREDO MATA2,3

1HOSPITAL UNIVERSITARI DOCTOR JOSEP TRUETA DE GIRONA; 2HOSPITAL SANT JOAN DESPÍ-MOISES BROGGI; 3CENTRO MÉDICO TEKNON; 4HOSPITAL MUTUA TERRASSA; 5HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID; 6HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL; 7HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS; 8ALTHAIA CENTRO HOSPITALARIO DE MANRESA

#### **INTRODUCCIÓ:**

La resecció endoscòpica transmural en còlon utilitzant el kit FTRD és una tècnica que permet la resecció en-bloc de lesions colòniques que són males candidates a la resecció per mucosectomia.

#### **MÈTODES:**

Es van recollir les dades clíniques, endoscòpics i anatomopatològics de manera prospectiva de tots els casos de resecció endoscòpica transmural realitzats en 8 centres d'Espanya utilitzant el kit FTRD (Ovesco Endoscopy, Tübingen, Alemanya), durant el període comprès entre Juny 2015 i Maig 2018.

#### **RESULTATS:**

Es van programar 53 reseccions en 53 pacients. Es van excloure de l'anàlisi dos pacients: un pacient no es va poder realitzar la inserció amb el kit FTRD i en un altre cas no es va poder realitzar la inserció amb el "prove cap". L'edat mitjana dels pacients va ser 67 anys (44-86), sent homes el 60%. Les indicacions van ser lesió recurrent amb signe de la no elevació (44%), lesió residual (15%), sospita T1

## **71 Compensació de l'activitat enzimàtica de pacients amb pancreatitis crònica per la microbiota intestinal**

Lia Oliver1; Esther Fort3; Sara Ramió-Pujol1; Anna Bahí2; Carlota Puig2; Marc Llorós2; Mariona Serra-Pagés1; Jesús Garcia-Gil1; Xavier Aldeguer1,2,3  
1GoodGut S.L.; 2Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IdIBGi); 3Servei Aparell Digestiu Hospital Universitari Dr. Josep Trueta  
Temàtica: 2. Endoscòpia i Pàncrees

#### **INTRODUCCIÓ**

La pancreatitis crònica exocrina (PC) és una condició inflamatòria del pàncrees en què el desenvolupament de fibrosi i la pèrdua del parènquima pancreàtic condueixen a una funció endocrina i exocrina alterada. L'alcohol és un dels principals factors causals més freqüents de desenvolupament de PC, tot i que la predisposició genètica, l'autoimmunitat i la nicotina són altres factors predisponents. Tanmateix, encara cal aprofundir en l'estudi d'altres factors determinants pel desenvolupament de PC. És per això que cal explorar una possible implicació de grups microbians en escenaris on la malaltia i la inflamació tenen el control.

L'objectiu és explorar l'estat de la microbiota intestinal i definir índexs indicadors de malaltia en una població de pacients de PC contrastada amb individus sans.

#### **MATERIALS I MÈTODES**

S'han reclutat 11 pacients amb PC exocrina i 6 subjectes sans sense risc de patir PC (no fumadors ni bevedors) a l'Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. Els pacients amb PC presenten valors d'Elastasa fecal <15 µg/g o entre 15-200 µg/g i del test de l'alè amb C13-triglicèrids <29%. Els pacients han portat una mostra de femta fresca a partir de la qual s'han analitzat 17 marcadors bacterians representatius dels filums principals. S'han definit 4 índexs segons els diferents grups funcionals de microorganismes en base a les activitats



enzimàtiques amilasa, lipasa i proteasa, i 1 índex indicador d'eubiosi.

#### RESULTATS

Els diferents marcadors bacterians un a un no presenten diferències significatives entre els pacients amb PC i els controls sans. En canvi, s'han observat diferències significatives al comparar PC i sans en 4 índexs bacterians. Els 3 índexs d'activitat enzimàtica presenten valors significativament més elevats en malalts en comparació als sans (p-valor1 0.049, p-valor2 0.015 i p-valor3 0.031). En canvi, l'índex d'eubiosi és significativament més elevat en els controls sans (p-valor4 0.031).

#### CONCLUSIONS

Els pacients de PC presenten valors més elevats dels índexs bacterians amb funcionalitat associada a les activitats amilasa, proteolítica i lipasa i una disminució de l'eubiosi. Els nostres resultats suggereixen una possible implicació dels bacteris presents al tracte digestiu per compensar la manca d'activitat enzimàtica característica de la PC.

que realitza tracció, eleva i expone la submucosa. Ambdues DESm faciliten de forma notable la dissecció de la submucosa i acorten la duració del procediment. En tots els casos se va aconseguir una resecció completa de la lesió (R0), va ser curativa, i no es van presentar complicacions salvo hemorràgia lleu autolimitada intraprocediment.

**Conclusió:** Les noves tècniques de DES modificada: DES híbrida-Farin i amb sistema de tracció hilo-clip simplifiquen de forma notable la DES convencional.

## 72 Dissecció endoscòpica de la submucosa modificada: Experiència inicial en el nostre centre.

Félix Junquera<sup>1</sup>; Salvador Machlab<sup>1</sup>; Eva Martínez-Bauer<sup>1</sup>; Tamara Parra<sup>2</sup>; Valentí Puig-Diví<sup>1</sup>; Jordi Vives<sup>1</sup>; Anna Soria<sup>1</sup>; Pilar García-Iglesias<sup>1</sup>; Eduard Brunet<sup>1</sup>; Alba Lira<sup>1</sup>; Enric Brullet<sup>1</sup>; Rafel Campo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Corporación Universitaria Parc Taulí (Sabadell); <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Corporación Universitaria Parc Taulí

La dissecció endoscòpica de la submucosa (DES) és un procediment de gran utilitat en el tractament de les neoplasies superficials del tracte digestiu. És una tècnica complexa, llarga i amb una lenta curva d'aprenentatge, per la qual cosa la seva implantació en els països occidentals és molt recent. No obstant això, modificacions de aquesta tècnica (DESm) poden facilitar la seva difusió.

**Objetivo:** Descriure la experiència inicial amb la DES modificada en el nostre centre.

**Material y métodos:** Estudi descriptiu unicèntric. La pràctica de DES convencional inclou els següents passos: marcaje dels marges de la lesió, elevació de la submucosa, corte circumferencial de la mucosa, dissecció de la submucosa, revisió de la escara i extensió de la mostra sobre superfície sòlida per al seu estudi histològic.

**Resultados:** Se va realitzar aquesta tècnica en 4 pacients (edat mitjana 74 ±6; sexe: 2V/2M). El motiu de la prova va ser: adenoma gàstric amb displàsia de grau alt (2 pacients) i adenocarcinoma gàstric T1 ben diferenciada en els 2 restants. Les modificacions tècniques van incloure 2 casos amb una variant híbrida (DESh) utilitzant un dispositiu de corte modificat (Farin) que facilita el corte circumferencial de la mucosa i un asa especial que permet la resecció de la lesió una vegada aïllada la mucosa. En els 2 pacients restants se va realitzar DES amb el mètode de tracció amb hilo-clip: després del corte de la mucosa, se col·loca un clip en la neoplàsia amb un hilo premontat

## 73 Malaltia de Crohn de budell prim i calprotectina fecal: correlació amb càpsula endoscòpica i EnteroRMN

C. Romero Mascarell<sup>1</sup>; C. Rodríguez de Miguel<sup>1</sup>; MC Masamunt<sup>1</sup>; G. Fernández-Esparrach<sup>1</sup>; S. Rodríguez<sup>1</sup>; I. Ordás<sup>1</sup>; E. Ricart<sup>1</sup>; J. Panés<sup>1</sup>; J. Llach<sup>1</sup>; B. González-Suárez<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Clinic, Barcelona

#### Introducció

La càpsula endoscòpica (CE) i l'enteroRMN permeten l'estudi del budell prim en la malaltia de Crohn (MC). La calprotectina fecal (CF) es correlaciona amb l'activitat inflamatòria a colon. Les dades sobre la correlació de la CF amb l'activitat a budell prim són contradictòries.

#### Objectiu

Avaluar la relació dels nivells de CF amb l'activitat inflamatòria a budell prim en pacients amb MC o sospita, valorada per SBCE o enteroRMN.

#### Material i mètodes

Recollida de dades prospectiva de pacients amb MC o sospita de la mateixa que es van realitzar estudi amb CE i CF (Grup A), i revisió de base de dades retrospectiva de pacients que s'havien realitzat enteroRMN i CF (Grup B). Es van establir diferents punts de tall per la CF.

#### Resultats

Es van incloure 66 pacients; grup A n35, grup B n31. 17 pacients (26%) van presentar nivells de CF <100µg/g, 23 (35%) CF 100-500µg/g i 26 (39%) CF >500µg/g. Del grup A, 10 pacients (58.8%) van presentar CF <100µg/g, 15 (65.2%) CF 100-500µg/g, i 10 (34.5%) CF >500µg/g, objectivant lesions a la CE en 5 (50%), 10 (66.6%) i 10 (100%) respectivament (P 0.04). Del grup B, 7 pacients (41.2%) van presentar CF <100µg/g, 8 (34.8%) CF 100-500µg/g, i 16 (61.5%) CF >500µg/g, objectivant lesions a l'enteroRMN en 2 (28.7%), 4 (50%) i 13 (81.2%) respectivament (P 0.04). En l'anàlisi de corbes ROC, la major sensibi-

litat i especificitat de la CF per detectar lesions a la CE es va obtenir amb valors de CF >300µg/g (p0,005), i en la enteroRMN va ser >430 µg/g (p0,007).

#### Conclusions

Els nivells de CF es relacionen amb les lesions a budell prim valora- des tant per CE com per enteroRMN en pacients amb MC o sospita de la mateixa i el punt de tall de CF sembla ser superior al utilitzat fins ara. Es necessiten mes estudis prospectius i multicèntrics per tal d'establir conclusions definitives.

## 74 RESECCIÓ ENDOSCÒPICA "UNDERWATER" PER A LESIONS COLÒNIQUES DESAFIANTS, ESTUDI MULTICÈNTRIC. RESULTATS PRELIMINARS

Uchima, Hugo1,2; Torrealba, Leyanira1; Rosinach, Merce2; Busquets, David1; Rodríguez-Sánchez, Joaquín4; Marín, José Carlos 3; Temiño, Rocio2; Da Costa, Mariel2; Albert, Marc1; Sánchez-Alonso, Mónica4; Huertas, Carlos1; Figa, Montserrat1; Hombrados, Manuela1; Turró, Roman2; Mata, Alfredo2; Espinos, Jorge Carlos2; Piñol, Virginia1; Aldeguer, Xavier1

1Unitat d'Endoscopia Digestiva. Hospital Josep Trueta Girona; 2Unitat d'Endoscopia. Centre Mèdic Teknon, Barcelona; 3Unidad de Endoscopia. Hospital 12 Octubre, Madrid; 4Hospital General Universitario de Ciudad Real

La resecció endoscòpica "underwater" és una tècnica senzilla. És una alternativa en situacions en les que la tècnica clàssica amb injecció submucosa no és adequada, especialment en les lesions amb component fibròtic i poca elevació, en les lesions peri/intraapendiculars, lesions sobre vàlvula ileocecal, entre altres.

**Objectiu:** Valorar la seguretat, utilitat i taxa d'èxit tècnic de la tècnica "underwater" pel tractament de lesions colòniques desafiantes.

**Mètodes:** Es van recollir les dades clíniques, signes endoscòpics i característiques anatomopatològiques de tots els casos de resecció endoscòpica "underwater" realitzats en 4 centres (HJT, CMT, HCR, H12O) durant el període comprès entre Gener 2016 i Juliol 2018. Es van incloure els casos realitzats amb lesions amb signe de no-elevació, lesions sobre vàlvula ileocecal, lesions apendiculars i lesions que no es van poder ressecar per mucosectomia clàssica en un centre amb experiència.

**Resultats:** Es van realitzar 60 reseccions "underwater" en situacions desafiantes, completant seguiment a 41 de les 60 (mitjana 168 dies) fins a data d'avui. L'edat mitjana dels pacients és 66,14 anys, 68% homes. Les indicacions es resumeixen a la taula 1. La mitjana del diàmetre de les lesions va ser de 19 mm, i la mitjana del tamany de

la resecció va ser de 15,3mm (IC 95% 13,68-16,99mm).

La histologia va mostrar T1 en 4 casos (un de bon pronòstic), DAG i ADK intramucòs en 8 casos, i la resta histologia no avançada.

No es van presentar complicacions majors. L'èxit de la tècnica va ser del 98% amb 3 casos de recidiva retractats satisfactòriament.

**Conclusions:** La resecció endoscòpica "underwater" en colon és una tècnica segura i útil en el maneig de lesions desafiantes com lesions apendiculars, sobre vàlvula ileocecal i amb signe de no elevació

## 75 Necrosectomia pancreàtica endoscòpica: Una tècnica en evolució

Félix Junquera1; Mireia Miquel1; Alba Lira1; Salvador Machlab1; Eva Martínez Bauer1; Valentí Puig-Diví1; Anna Soria1; Jordi Vives1; Marta Gallach1; Enric Brullet1

1Servicio de Aparato Digestivo. Corporacion Univesitaria Parc Taulí (Sabadell)

La pancreatitis aguda con necrosis infectada presenta una mortalidad hasta el 30%. La necrosectomia pancreática (NPE) es de gran utilidad pues disminuye las complicaciones locales, sistémicas y la mortalidad asociada. Sin embargo es un procedimiento complejo que ha experimentado una notable evolución técnica.

**Objetivos:** Analizar las modificaciones técnicas de la NPE en nuestro centro en los últimos 5 años.

**Material y métodos:** La NPE requiere:

Sedación paciente

Acceso a la colección pancreática

Limpieza de la colección: extracción de material necrótico

Retirada de prótesis

**Resultados:** Entre 2013 y 2018 se practicó NPE en 15 pacientes con necrosis infectada. Se realizó siempre bajo anestesia con intubación orotraqueal, cobertura antibiótica, e insuflación con CO2 en la sala de endoscopia. El tamaño de las colecciones osciló entre 8 y 12 cms. El acceso a las colecciones fue guiada por ecoendoscopia, transgástrico, mediante la colocación de prótesis plástica de 10F en dos primeros paciente y mediante prótesis de aposición luminal tipo Axios y hot Axios en el resto. El diámetro de las prótesis Axios fue de 15mm excepto el último paciente con 20mm. La entrada a la colección pancreática fue a través de la prótesis Axios o mediante dilatación en los pacientes con prótesis plástica. El número de sesiones fue entre 3 y 5 realizadas semanalmente. En la primera sesión se realizó únicamente lavados con suero (1500-2000ml) y extrac-

ció de necrosis con asas de polipectomia en las siguientes. Tras la necrosectomía, se colocaron prótesis coaxiales tipo pigtail en los últimos 5 pacientes. El procedimiento finaliza con la limpieza completa de la necrosis y retirada de las prótesis.

Se obtuvo un éxito técnico en 100% de los pacientes y éxito clínico en 14/15. Un paciente tuvo abordaje combinado endoscópico y retroperitoneal. Las complicaciones fueron: febrícula bien tolerada (5 pacientes), hemorragia digestiva en 2 pacientes tratadas con embolización y conservadora respectivamente y oclusión de la prótesis en 1 paciente. Un paciente fue exitus durante la cirugía realizada por fracaso de tratamiento endoscópico.

**Conclusión:** La NPE es una técnica eficaz, compleja y en continua evolución en el manejo de la necrosis pancreática.

l'hemisferi ipsilesional i el contralesional. Per contra, els PEMs eren simètrics en el 73.3% dels pacients sense dominància hemisfèrica. Els pacients amb ictus a l'hemisferi dret presentaven majors alteracions en els PSEfs (amplitud N1-P1 reduïda,  $p=0.049$ ) i els PEMs (tendència a latència més llargues;  $p=0.061$ ) en comparació amb els pacients amb ictus a l'hemisferi esquerre.

**Conclusions:** els pacients amb ictus crònic moderat amb DO presentaven alteracions severes de la biomecànica de la resposta deglutòria i una alta prevalença d'aspiracions, posant-los en risc de patir infeccions respiratòries. L'avaluació neurofisiològica va mostrar alteracions prevalents i severes amb una disrupció de la integració sensorial i un disminució de l'excitabilitat de les vies corticals eferents. Els pacients amb ictus a l'hemisferi dret van mostrar les pitjors alteracions neurofisiològiques.

## 76 **Avaluació neurofisiològica i biomecànica en pacients post-ictus crònic i alteració de la seguretat de la deglució**

Omar Ortega<sup>1,2</sup>; Christopher Cabib<sup>1</sup>; Emilia Michou<sup>3</sup>; Weslania Nascimento<sup>1</sup>; Laia Rofes<sup>1</sup>; Viridiana Arreola<sup>1</sup>; Noemi Tomsen<sup>1,2</sup>; Desiree Muriana<sup>4</sup>; Ernes Palomeras<sup>4</sup>; Pere Clavé<sup>1,2</sup>

*1Laboratori de fisiologia digestiva, Departament de cirurgia, Hospital de Mataró, Universitat Autònoma; 2Centro de Investigación Biomedica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd), Institut; 3Universitat de Patras, Grècia.; 4Departament de Neurologia, Hospital de Mataró, Universitat Autònoma de Barcelona, Mataró, Spain.*

**Introducció:** La disfàgia orofaríngia (DO) és una complicació freqüent en els pacients que han patit un ictus i s'associa a infeccions respiratòries. L'objectiu de l'estudi era avaluar les alteracions biomecàniques de la deglució i les alteracions en la via aferent i eferent que provocaven una alteració de la seguretat de la deglució en pacients post-ictus crònic.

**Material i mètodes:** Es van estudiar 30 pacients amb ictus crònic unihemisfèric ( $>3$  mesos d'evolució) amb alteració de la seguretat de la deglució (escala de Penetració-Aspiració [PAS]  $\geq 2$ ). Es va avaluar la cinemàtica de la resposta deglutòria (PAS, temps de tancament del vestíbul laringi [TTVL]) amb videofluoroscòpia, potencials sensorials evocats a estimulació faríngia (PSEf) i potencials evocats motors (PEM) a estimulació magnètica transcranial d'ambdós hemisferis.

**Resultats:** L'edat mitjana dels participants era de  $70.1 \pm 10.9$  anys (7 dones). La severitat de l'ictus a l'ingrés era moderada (mitjana National Institute of Health Stroke Scale: 10 [rang IQ 3 – 11.5]), mentre que la funcionalitat en aquests pacients era mitja-moderada (modified Rankin Scale  $2.8 \pm 1.3$ ) amb només el 48.3% ben nodrits. La puntuació del PAS era de  $5.1 \pm 1.9$ , i el 30% tenien aspiracions associades amb un alentiment del TTVL ( $337.9 \pm 94.8$  ms). El 46.7% dels malalts tenien hipoestèsia faríngia i la majoria d'ells (92.3%) presentava PSEfs asimètricament anormals quan es va compara

## 77 **EFFECTE A LLARG TERMINI DE LA RIFAXIMINA EN PACIENTS AMB SÍNDROME DE INTESTÍ IRRITABLE AMB PREDOMINI DE DIARREA I DIARREA FUNCIONAL SEGONS LA PRESENCIA DE MALABSORCIÓ D'ÀCIDS BILIARS**

Gemma Ibáñez-Sanz<sup>1,2</sup>; Alexandra Ruiz-Cerulla<sup>1</sup>; Sandra Maisterra<sup>1</sup>; Claudia Aràjol<sup>1</sup>; Katja Serra<sup>1</sup>; Paula C Notta<sup>7</sup>; Lorena Rodríguez-Alonso<sup>1</sup>; Elena Sanchez-Pastor<sup>1</sup>; Luisa C de la Peña-Negro<sup>1,2,5</sup>; Blau Camps<sup>1</sup>; Maria Valenzuela<sup>1</sup>; Francisco Rodríguez-Moranta<sup>1,3</sup>; Jordi Guardiola<sup>1,6</sup>

*1Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge -IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat.; 2Unitat de Biomarcadors i Susceptibilitat, Institut Català d'Oncologia-IDIBELL, L'Hospitalet de Llob.; 3CIBER Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), Madrid; 4Departament Medicina Nuclear, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat; 5Servei d'Aparell Digestiu, Hospital de Viladecans, Viladecans; 6Universitat de Barcelona, Barcelona; 7Servei Medicina Nuclear, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat.*

**INTRODUCCIÓ:** Més d'un terç dels pacients amb síndrome d'intestí irritable amb diarrea (SII-D) presenten malabsorció d'àcids biliars (MAB). En un estudi previ\*, es va demostrar que el tractament del SII-D amb rifaximina confereix una millora clínica a curt termini, independentment de la presència de malabsorció d'àcids biliars (MAB). No obstant això, es desconeix la persistència d'aquest efecte beneficiós a llarg termini.

**OBJECTIUS:** Determinar la probabilitat de romandre sense cap tractament pel SII en funció de la presència de MAB, després d'haver rebut rifaximina. Avaluar la simptomatologia clínica d'aquests pacients a llarg termini.

**MATERIAL I MÈTODES:** S'ha convidat a participar a 41 pacients amb SII-D que havien rebut rifaximina (400mg/8h 2 setmanes), en el marc d'un estudi\* que analitzà l'efecte de la rifaximina segons la presència de MAB. S'ha recollit la medicació rebuda (rifaximina, resincolestiramina o antidiarreics) des de la fi de l'estudi, mitjançant

història clínica electrònica, registre de dispensació farmacèutica i entrevista telefònica. S'ha avaluat la simptomatologia al final del seguiment (mínim 32 mesos): nombre de deposicions diàries, nombre de deposicions líquides diàries, l'escala de Bristol, dolor abdominal, distensió, urgència i l'índex de severitat del SII (IBS-SS).

#### RESULTATS

S'han inclòs 33 pacients, 19 amb MAB i 14 sense MAB, seguits un mínim de 32 mesos. La probabilitat de mantenir-se sense cap tractament pel SII-D als 32 mesos és del 63% i del 86% en pacients amb o sense MAB, respectivament ( $p=0,15$ ). Tanmateix, dels pacients amb MAB que no han rebut cap tractament durant el seguiment, només el 33% (4/12) estan asimptomàtics o amb clínica lleu (IBS-SS<175) comparat amb un 92% (11/12) dels pacients sense MAB ( $p=0,01$ ).

#### CONCLUSIONS

El tractament amb rifaximina pot proporcionar una millora sostinguda a llarg termini en alguns pacients amb MAB tot i que amb menor freqüència que en pacients sense MAB.

\*Ruiz-Cerulla A et al. Relationship between rifaximin therapy and SeHCAT test in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome or functional diarrhoea. *United European Gastroenterology Journal* 2017; 5 (Supplement 1).

significativo en la percepció de símptomes abdominals durant infusió de gas ( $p<0,05$ ), sin embargo no se observó durante la infusión ficticia ( $p<0,05$  frente infusión de gas real; NS frente a sanos). La prueba de saciedad reveló una tendencia no significativa hacia un menor volumen tolerado después de la infusión real en sanos. En pacientes SII-E el volumen máximo tolerado fue significativamente menor con el colon lleno de gas ( $p<0,05$  vs sanos), pero sin diferencias respecto a sanos tras la infusión ficticia.

**CONCLUSIÓN:** En pacientes con SII-E y síntomas dispépticos concomitantes, el incremento del gas colónico se asocia con precepción de saciedad y reducción de tolerancia a la ingestión de nutrientes. Esto sugiere que en pacientes SII-E con síntomas dispépticos concomitantes debería considerarse evitar sustancias que aumenten el gas colónico.

## 78 EFECTO DEL GAS INTRACOLÓNICO SOBRE EL TONO GÁSTRICO Y LA TOLERANCIA A LA INGESTA EN PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE-ESTREÑIMIENTO Y SÍNTOMAS DISPÉPTICOS.

Caballero, N1; Marin, I1; Benslaiman B1; Riu, F1; Leal, C1; Serra, J1  
11. *Unidad de Pruebas funcionales digestivas. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.*

**INTRODUCCIÓN:** La interacción de estímulos en diferentes segmentos intestinales es fundamental para mantener su homeostasis. En pacientes con trastornos funcionales digestivos, la superposición de síntomas referidos a diferentes segmentos intestinales es común, desconociéndose los mecanismos patogénicos.

**OBJETIVO:** Determinar el efecto del aumento del volumen colónico sobre las respuestas motoras y sensitivas gástricas y la saciedad en pacientes con síndrome de colon irritable-predominio estreñimiento (SII-E) y síntomas dispépticos concomitantes.

**MÉTODOS:** 10 sujetos sanos y 11 pacientes con SII-E y síntomas dispépticos concomitantes, se estudiaron las respuestas sensitivas y motoras gástricas y la sensación de saciedad en 2 días diferentes por orden randomizado: 1) durante el llenado del colon con una mezcla de gases no absorbibles (24ml/min x 45min), y 2) otro día mediante infusión ficticia de gas en colon. El tono gástrico se registró continuamente mediante barostato electrónico, y la percepción abdominal mediante una escala de 0 a 6. Al final del llenado colónico, se realizó una prueba de saciedad diaria mediante ingesta de Nutridrink 100 ml/min hasta tolerancia máxima.

**RESULTADOS:** En sujetos sanos, la infusión de gas colónico se asoció al incremento progresivo del tono gástrico ( $p<0,05$ ), pero sin incrementar la percepción de síntomas abdominales. En pacientes con SII-E, la infusión de gas colónico no se asoció a contracción gástrica (pero sí en sujetos sanos,  $p<0,05$ ), pero indujo un aumento

## 79 Análisis sistemático y meta-análisis: precisión diagnóstica para enfermedad celíaca (EC) del linfograma intraepitelial evaluado por citometría de flujo.

Fernando Fernández-Bañares<sup>1</sup>; Anna Carrasco<sup>1</sup>; Maria Esteve<sup>1</sup>  
1 *Servei de Digestiu, Hospital Universitari Mutua Terrassa, CIBERehd, Terrassa*

La ESPGHAN sugiere que en casos dudosos de enfermedad celíaca (EC), un recuento elevado de linfocitos intraepiteliales (LIEs) CD3+TCRgammadelta+ (TCRgd+) aumenta la probabilidad de EC.

**Objetivo:** Evaluar la precisión diagnóstica del aumento aislado de LIEs TCRgd+ y del linfograma de EC evaluado mediante citometría de flujo en el diagnóstico de EC.

**Métodos:** La búsqueda bibliográfica se realizó en MEDLINE y EMBASE. Los criterios de inclusión fueron: Artículo que permita construir una tabla de dos por dos, de valores verdaderos y falsos positivos, y de verdaderos y falsos negativos del recuento de LIEs TCRgd+ y/o linfograma EC (aumento de TCRgd+ más disminución de CD3-) evaluados por citometría de flujo. Se calcularon los índices agrupados ('Random model', DerSimonian y Laird) de sensibilidad (S), especificidad (E) y tasa de verosimilitud (LR). Se calculó el odds-ratio del diagnóstico agrupado (DOR) y se determinó la curva ROC que mejor se ajustaba.

**Resultados:** La búsqueda proporcionó 29 citas relevantes, seleccionándose 5: 424 pacientes y 365 controles. Linfograma EC: La S y E agrupadas fueron 93% y 97%, sin heterogeneidad. Los LR+ y LR- agrupados fueron 24 y 0.08. El análisis ROC mostró un AUC de  $0.985\pm 0.006$ . El DOR agrupado fue 344. LIEs TCRgd+: La S y E agrupadas fueron 97.6% y 94.5%, sin heterogeneidad. Las LR+ y LR- agrupadas fueron 16.5 y 0.028. El AUC  $0.99\pm 0.008$  y la DOR agrupada 532.

**Conclusiones:** El recuento de células TCRgd+ y el linfograma celular se asocian a un alto nivel de evidencia diagnóstica tanto en favor como en contra de EC. Son necesarios más estudios centrados en los casos difíciles de EC.

### Resultados

Se incluyeron 103 pacientes, con edad media  $54,28 \pm 18,5$ . Un 44,7% eran hombres y un 55,3% mujeres. La indicación más frecuente fue la anemia (52,4% de los casos).

El gastroenterólogo y la enfermera visualizaron un total de 532 y 644 lesiones respectivamente, de las cuales 129 (24,25%) y 135 (20,96%) (p=ns) fueron lesiones significativas, y 403 (75,75%) y 509 (79,04%) (p<0,001), respectivamente, lesiones no significativas.

La correlación entre ambos exploradores para la detección de lesiones fue positiva y estadísticamente significativa tanto en lesiones significativas como no significativas (R=1; p<0,001).

La sensibilidad de la enfermera en la detección de lesiones fue de un 96,62% para cualquier lesión, un 100% para lesiones significativas y un 95,53% para lesiones no significativas.

### Conclusiones

Una enfermera especializada y familiarizada con la patología del ID es capaz de identificar el mismo número de lesiones significativas que un gastroenterólogo durante la exploración con CE.

## 80 COMPARACIÓN DE LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE UNA ENFERMERA Y UN GASTROENTERÓLOGO EN LA VISUALIZACIÓN DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Cristina Rodríguez de Miguel<sup>1</sup>; Isis K. Araujo<sup>1</sup>; Cristina Romero<sup>1</sup>; Miriam Escapa<sup>1</sup>; Josep Llach<sup>1</sup>; Sabrina del Manzano<sup>1</sup>; Javier Gómez Arbonés<sup>2</sup>; Begoña González-Suárez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Endoscopia Digestiva. ICMDiM. Hospital Clínic de Barcelona. IDIBAPS. Universidad de Barce; <sup>2</sup>Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Lleida. Instituto de Investigaciones

### Introducción

En los últimos años, las enfermeras de endoscopia digestiva han adquirido nuevos roles en el desempeño directo de determinadas actividades diagnósticas que hasta ahora solo era función del personal médico. La cápsula endoscópica (CE) supone un amplio campo en el que enfermería podría desarrollar un nuevo rol de forma autónoma y segura.

### Objetivo

Comparar la precisión diagnóstica de una enfermera con la de un gastroenterólogo especialista en la visualización de CE en intestino delgado (ID).

### Material y Método

Estudio de fiabilidad y validez de pruebas diagnósticas en el que se incluyeron a todos los pacientes que acudieron al Hospital Clínic de Barcelona para realizarse una CE para estudio del ID de Junio de 2016 a Octubre de 2017.

Las CE se visualizaron de manera ciega, y paralela por un médico gastroenterólogo especialista en CE, y una enfermera con formación específica.

## 81 AVALUACIÓ DE LES RESPOSTES PRESSIVES I DE L'ACLARIMENT ESOFAGIC AL TEST DE SOBRECÀRREGA AMB DEGLUCIÓ RÀPIDA EN PACIENTS AMB ACALÀSIA DESPRÈS DE TRACTAMENT AMB MIOTOMIA ENDOSCOPICA PER-ORAL (POEM)

I. Marín<sup>1</sup>; C. Guarner-Argente<sup>2</sup>; M. Rodríguez<sup>1</sup>; B. Benslaiman<sup>1</sup>; J. Serra<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; <sup>2</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

**INTRODUCCIÓ:** Estudis recents suggereixen que el test de sobrecàrrega amb deglució ràpida de 200ml d'aigua (RDC) permet valorar la resposta al tractament en pacients amb acalàsia. Però, les respostes pressives al test després de la realització de POEM, amb una miotomia més amplia, no han estat estudiats.

**OBJECTIU:** Avaluar la resposta pressiva i l'aclariment del bolus ingerit durant el RDC mitjançant manometria d'alta resolució amb impedància (HRIM) en pacients amb acalàsia abans i després del tractament amb POEM. **MÈTODES:** S'estudiaren prospectivament 8 pacients (6D/2H, edat mitja  $60 \pm 5$  anys) consecutius diagnosticats d'acalàsia que rebieren tractament amb POEM. A cadascun, es realitzà una HRIM estàndard seguida d'un RDC abans i 2-3mesos després del tractament. S'identificà el patró de resposta pressiva a la sobrecàrrega i l'aclariment esofàgic mitjançant HRIM. Els símptomes es registraren utilitzant l'escala d'Eckardt. **RESULTATS:** Durant el RDC, tots els pacients presentaren un patró obstructiu previ al tractament (gradient de pressió esofago-gàstric  $20 \pm 6$  mmHg,  $9 \pm 3$  pressuritzacions  $> 20$  mmHg i  $46 \pm 8\%$  del temps pressió  $> 20$  mmHg) amb puntuació d'Eckardt  $9,2 \pm 0,6$ . Aquesta situació revertí posttractament, normalitzant-se el patró de resposta (gradient de pressió  $3 \pm 3$  mmHg,  $1 \pm 1$  pressuritzacions  $> 20$  mmHg i  $1 \pm 1\%$  del temps pressió  $> 20$  mmHg; p<0.05 vs pretractament per tots), i milloria clínica (Eckardt de  $0,7 \pm 0,5$ , p<0.05 vs pretractament). La milloria clínica i pressiva s'associà a menor retenció de líquid al

minut posttest (columna retinguda de  $11\pm 2$ cm pre vs  $4\pm 1$ cm post-tractament,  $p < 0.05$ ). Paradoxalment, la columna de líquid retingut als 5 minuts posttest va ser similar al pretractament ( $7\pm 1$ cm vs  $7\pm 2$ cm, NS) degut a que 4/8 pacients, malgrat correcte aclariment del líquid al minut ( $1\pm 1$ cm), presentaren un episodi de reflux als  $1,7\pm 0,2$ minuts, augmentant-ne la columna líquida. CONCLUSIÓ: El RDC demostra normalització dels patrons pressius i de la retenció del líquid ingerit, valorats mitjançant HRIM, en resposta al tractament eficient de l'acalàsia amb POEM i permet diferenciar la retenció per obstrucció de la pseudoretenció secundària a RGE. Aquest simple test aporta una valoració objectiva de la resposta al tractament amb POEM, i podria ser útil en la valoració dels pacients tractats d'acalàsia i resposta clínica dubtosa.

**Resultats:** Quatre estudis que van incloure 876 pacients van complir amb els criteris d'inclusió. Tots els estudis es van realitzar en població oriental. El diagnòstic es va realitzar amb xarxes neuronals en 3/4 estudis. La precisió per a la detecció d'HP va ser  $> 80\%$  en tots ells. La Taula 1 resum les característiques dels estudis per al diagnòstic d'HP.

**Conclusions:** Es possible el diagnòstic basat en la intel·ligència artificial de la infecció per *H. pylori*. La precisió diagnòstica es al menys igual que les tècniques convencionals. L'ús de la tecnologia pot millorar la precisió diagnòstica.

## 82 DIAGNÒSTIC AMB INTEL·LIGÈNCIA ARTIFICIAL DE LA INFECCIÓ PER *HELICOBACTER PYLORI*: REVISIÓ SISTEMÀTICA

Salvador Machlab<sup>1</sup>; Alba Lira<sup>1</sup>; Pilar García-Iglesias<sup>1</sup>; Eva Martínez-Bauer<sup>1</sup>; Marta Gallach<sup>1</sup>; Leticia Hernández<sup>1</sup>; Eduardo Brunet<sup>1</sup>; Luigi Melcarne<sup>1</sup>; Joao da Costa<sup>1</sup>; Gemma Llibre<sup>1</sup>; Valentí Puig-Diví<sup>1</sup>; Félix Junquera<sup>1</sup>; Rafel Campo<sup>1</sup>; Enric Brullet<sup>1</sup>; Xavier Calvet<sup>1</sup>  
*1Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell*

**Introducció:** Amb els últims avanços en intel·ligència artificial (IA), el diagnòstic assistit per ordinador per a endoscopia està guanyant cada vegada més atenció. Diferents tècniques amb IA permeten la detecció automàtica fer servir l'endoscòpia en temps real i realitzar així una predicció de la presència o no de patologia. Deep Learning és un mètode d'aprenentatge automàtic nou i sofisticat que té l'avantatge de poder "aprendre" a partir de grans conjunts de dades d'imatges sense necessitat de "instruccions" respecte a quines característiques específiques d'imatge buscar. L'utilització del deep learning per al reconeixement d'imatges han portat a una millor precisió diagnòstica i a disminuir el temps de processament.

**Objectius:** Avaluat la precisió de l'IA en el diagnòstic d'*Helicobacter Pylori* (HP) mitjançant una revisió sistemàtica.

**Mètodes:** La cerca es va realitzar a 3 bases de dades electròniques a (PubMed, Google Scholar i Web of Science) fins a febrer de 2018 per identificar estudis (text complet) publicats sobre intel·ligència artificial / detecció automàtica de *H. Pylori*. La estratègia de cerca té una combinació dels següents termes: "*Helicobacter Pylori*", "machine learning", "deep learning", "big data", "artificial intelligence", "health informatics", "Computer-Aided Analysis". La recerca es va limitar als estudis en anglès sense restricció en la data. Es va avaluar la precisió de l'IA en el diagnòstic d'HP en pacients adults ( $> 16$  anys d'edat) amb o sense símptomes gastrointestinals.

## 83 ESTABLIMENT DELS NIVELLS DE VISCOSITAT ÒPTIMS EN EL TRACTAMENT DE LA DISFÀGIA OROFARÍNGEA POST-ICTUS. Avaluació de 6 nivells de viscositat en un estudi dosi – efectivitat d'un espessidor de goma xantana.

Mireia Bolívar Prados<sup>1,3</sup>; Laia Rofes<sup>1,3</sup>; Viridiana Arreola<sup>1,3</sup>; Sonia Guida<sup>2</sup>; Weslania Viviane Nascimento<sup>1,3</sup>; Alberto Martín<sup>1,3</sup>; Natàlia Vilardell<sup>1,3</sup>; Omar Ortega<sup>1,3</sup>; Mirian Lansink<sup>2</sup>; Pere Clavé<sup>1,3</sup>  
*1Hospital de Mataró, Universitat Autònoma de Barcelona, Mataró; 2Nutricia Research, Nutricia Advanced Medical Nutrition, Utrecht, the Netherlands; 3Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (Ciberehd)*

**Introducció:** L'increment de la viscositat dels líquids és una estratègia terapèutica vàlida en el maneig de la disfàgia orofaríngea (DO). Els estudis existents, només han testat un rang limitat de viscositats i no es coneix la/les viscositats òptimes per a cada fenotip de pacients. Hem dut a terme el primer estudi on s'avaluen 6 nivells diferents de viscositat ( $150 - 2000$ mPa·s) amb un espessidor de goma xantana, comparats amb el líquid ( $< 50$ mPa·s) amb l'objectiu d'analitzar l'efecte dosi – resposta en la seguretat i eficàcia de la deglució en pacients amb DO associada a ictus.

**Material i Mètodes:** 120 pacients van ser inclosos en aquest estudi, on es va avaluar la deglució mitjançant l'administració (per duplicat) de bolus de 10ml dels diferents nivells de viscositats durant una videofluoroscòpia (VFS), seguint el següent ordre:  $< 50$  (líquid), 2000, 1400, 800, 450, 250 i 150 mPa·s. La seguretat es va determinar a través de l'escala PAS, i l'eficàcia, amb la prevalença del residu. La cinemàtica de la resposta motora orofaríngea també va ser analitzada per cadascuna de les viscositats.

**Resultats:** Es presenten sobre la població "per protocol" (PP,  $n=114$ ) on només un 40.4% va presentar una deglució segu

ra (PAS 1-2) amb líquid. Aquest percentatge, es va incrementar significativament ( $p < 0.001$ ) de manera viscositat – depenent: 71.1 - 82.5% (150 - 450mPa·s), 93.9% - 92.1% (800 - 2000mPa·s) amb un valor de  $p < 0.001$  en comparació amb el líquid. L'increment de viscositat, no va suposar un increment en el residu faringi entre cap de les viscositats (43.8% - 51.4%) ni en comparació amb el líquid (46.5%). S'identifiquen dos viscositats significatives, 250mPa·s per la significant reducció d'aspiracions respecte al líquid i 800mPa·s per ser l'efecte màxim estadísticament. El temps de tancament del vestíbul laringi es va escurçar significativament amb l'increment de la viscositat.

**Conclusions:** La prevalença d'alteracions de la seguretat de la deglució en pacients amb disfàgia post-ictus es molt elevada. La seguretat en la deglució s'ha vist augmentada significativament amb l'increment de la viscositat, mentre que el residu s'ha mantingut sense diferències significatives. Les viscositats òptimes per el tractament dels pacients amb DO post-ictus, són 250 i 800mPa·s.

que en el tipo 1 y 3 la asociación entre DAB y otras patologías nos hace prescindir del SeHCAT y por el contrario realizar tratamiento empírico a todos estos pacientes, la mitad de pacientes con tratamiento pretest fueron positivos a SeHCAT y el 50% habían respondido al tratamiento incluidos 20% negativos al test; podríamos sugerir que el SeHCAT es un buen predictor de respuesta o hace falta realizar tanto tratamiento empírico como SeHCAT para disminuir los falsos negativos del SeHCAT; sin embargo la tolerabilidad de Colestiramina y poca disponibilidad del SeHCAT en todos los centros limita esta pauta. Esta revisión nos encamina a realizar un estudio prospectivo en donde se realicen las dos directrices diagnosticas y poder de esta manera confirmar si la Colestiramina nos ayuda a disminuir falsos negativos al SeHCAT.

## 84 Utilidad del SeHCAT en el estudio de diarrea crónica en nuestro centro así como el uso de Colestiramina en el tratamiento empírico, tasa de respuesta y tolerabilidad.

Leyanira Torrealba Medina<sup>1</sup>; Laia Gutierrez Prat<sup>1</sup>; Montserrat Negre Buso<sup>2</sup>; David Busquets Casals<sup>1</sup>; Esther Fort Martorell<sup>1</sup>; Marc Albert Carrasco<sup>1</sup>; Laia Peries Reverter<sup>1</sup>; Xavier Aldeguer Manté<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Servicio Aparato digestivo.; <sup>2</sup>Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Servicio Medicina nuclear*

**Introducción:** diarrea por ácidos biliares (DAB) es una causa de diarrea crónica y asociada a otras enfermedades digestivas; SeHCAT es el método diagnóstico estándar, sin embargo su diagnóstico es subóptimo por poca disponibilidad en todos los centros; los quelantes de ácidos biliares (AB) colestiramina, colestipol y más recientemente colesevelam, son el tratamiento estándar y en muchas ocasiones las colestiramina el método diagnóstico, la baja tasa de tolerabilidad hace limitado su uso.

**Objetivo:** evaluar la utilidad del SeHCAT  $< 10\%$  en el estudio de diarrea crónica y determinar el uso de Colestiramina como tratamiento empírico, estándar, tasa de respuesta y tolerabilidad. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo y monocéntrico de pacientes sometidos a SeHCAT entre 2013-2018 para el estudio de diarrea crónica y DAB asociada a otras enfermedades digestivas; se evaluaron datos clínico, uso de tratamiento pretest, postest, tasa de repuesta y tolerabilidad. **Resultados:** 81 pacientes hicieron el SeHCAT entre 2013-2018, 64,10% dieron positivo al test, 58% habían recibido tratamiento; 24,6% (20/81) habían recibido tratamiento pretest y de estos 50% dieron positivo al SeHCAT, la tasa de respuesta favorable fue del 79% del total de pacientes tratados, mala tolerancia 18,6%. **Conclusiones:** en nuestro estudio destaca una alta prevalencia de DAB en paciente con SII-D y pensamos si sería recomendable descartar a todos los pacientes con SII-D la DAB; podríamos sugerir

## 85 Disección endoscópica submucosa de carcinoma escamoso circunferencial esofágico (técnica sin tracción)

Leyanira Torrealba Medina<sup>1</sup>; Hugo Uchima<sup>1</sup>; David Busquets<sup>1</sup>; Marc Albert<sup>1</sup>; Carlos Huertas<sup>1</sup>; Manoli Hombrados<sup>1</sup>; Montserrat Figa<sup>1</sup>; Xavier Aldeguer Manté<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Servicio de Aparato digestivo.*

**Introducción:** el cáncer esofágico es la tercera causa de muerte por cáncer digestivo presentando una tasa de supervivencia en cinco años de 15%, cuando se diagnostica el carcinoma de células escamosas de esófago en estadio temprano, el pronóstico es significativamente mejor, con tasas de supervivencia a los 5 años de hasta un 95%. La alta morbilidad y mortalidad asociadas con la esofagectomía, han estimulado el desarrollo y la mejora de las intervenciones terapéuticas endoluminal, las cuales permitan conservar el órgano y mantener la calidad de vida de los pacientes. En la actualidad, la DES es el método preferido para la resección endoscópica del cáncer esofágico temprano.

Presentamos el caso de una disección endoscópica submucosa circunferencial esofágica, en una paciente de 56 años que presentaba un carcinoma escamoso circunferencial esofágico de 10cm de largo superficial, sin evidencia de afectación ganglionar por estudio ecoendoscópico, TC y PET-Scan.

**Descripción breve de la técnica:** El procedimiento se realizó en quirófago, con la paciente intubada y ventilación mecánica, PEEP +5, utilizando inicialmente el flush knife 1.5mm y luego el IT-knife nano para culminar el procedimiento. Se utilizó una técnica modificada de tunelización sin necesidad de tracción, culminándose el procedimiento e 2 horas y 45 minutos.

La anatomia patològica final mostrà un carcinoma escamoso intramucoso que llegava en dos punts a contactar la muscularis mucosa (M3) sin evidència de afectació linfovascular ni submucosa.

La paciente presentà a las 3 semanas del procedimiento una estenosis de casi 3mm, a pesar del tratamiento corticoideo, y a los 7 meses de la intervención no ha habido indicios de recurrencia local o a distancia, tolerando una dieta oral normal, requiriendo actualmente una sesión de dilatación con balón cada 14 días.

#### Conclusiones:

La técnica de tunelización es útil en la disección submucosa de lesiones esofágicas extensas. No es necesario utilizar técnicas especiales de tracción en estos casos. La estenosis esofágica es una complicación que puede manejarse endoscópicamente, aunque en este caso la paciente aún requiere sesiones de dilatación a los 7 meses post tratamiento.

## 86 Adequació de la transfusió de concentrats d'hematies en l'hemorràgia digestiva baixa

Leticia Hernández<sup>1</sup>; Eva Martínez-Bauer<sup>1</sup>; Pilar Garcia-Iglesias<sup>1</sup>; Salvador Machlab<sup>1</sup>; Alba Lira<sup>1</sup>; Carlos Mármol<sup>1</sup>; Gemma Llibre<sup>1</sup>; Joao da Costa<sup>1</sup>; Eduard Brunet<sup>1</sup>; Marta Gallach<sup>1</sup>; Luigi Melcarne<sup>1</sup>; Valentí Puig Diví<sup>1</sup>; Félix Junquera<sup>1</sup>; Rafel Campo<sup>1,2,3</sup>; Xavier Calvet<sup>1,2,3</sup>; Enric Brullet<sup>1,2,3</sup>  
*1Corporació Sanitària Parc Taulí; 2Departament de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona; 3CIBERehd. Instituto de Salud Carlos III*

**Introducció:** La transfusió de concentrats d'hematies (CH) forma part del tractament de l'hemorràgia digestiva. Però la transfusió innecessària augmenta el risc d'efectes secundaris i el cost sense proporcionar beneficis.

**Objectius:** Avaluar l'adequació de la transfusió de CH en l'hemorràgia digestiva baixa (HDB).

**Mètodes:** Estudi observacional, retrospectiu i unicèntric. Des de gener de 2013 fins juny de 2017 es van identificar els pacients a partir de la base de dades hospitalària utilitzant els codis diagnòstics de International Classification of Diseases (ICD9-CM). Un EPISODI TRANSFUSIONAL es va definir com l'interval entre la prescripció dels CH i la seva administració.

Es van definir les següents variables per a cada episodi:

1.-ADEQUACIÓ DE LA TRANSFUSIÓ: Indicació apropiada amb criteris restrictius i basat en l'hemoglobina (Hb) pre-transfusional i les característiques clíniques de cada pacient segons les recomanacions de l'American Association of Blood Banks. No indicada amb Hb  $\geq 7$ g/dL en pacients estables o amb Hb  $\geq 8$  g/dL en pacients amb malaltia coronària o cerebrovascular estables, inestabilitat hemodinàmica o insuficiència cardíaca.

2- ADEQUACIÓ DEL VOLUM: la sobre-transfusió es va definir com l'Hb post-transfusional  $\geq 2$ g/dL per sobre del límit transfusional rellevant del pacient, el nombre de CH sobre-transfusos es va calcular com la suma de les diferències entre l'Hb post-transfusional real i la Hb objectiu post-transfusional per a cada episodi. Es va considerar-la quantitat d'episodis amb ús d'1 unitat de CH.

Es van excloure pacients amb hemorràgia massiva, transfusió prèvia o ictus <90 dies, síndrome coronària aguda o malaltia vascular perifèrica simptomàtica.

**Resultats:** Es van identificar 407 pacients. Es van incloure 115 episodis de 74 pacients (18,2%) amb 206 CH transfusos. Van ser apropiats 75 episodis transfusionals (65,2%). La sobre-transfusió es va produir en 34 episodis (29,6%). Es va realitzar "transfusió d'1 en 1" en 25 (21,7%) episodis. El nombre d'unitats de CH sobre-transfusos va ser de 69 (33,5%). Taules 1 i 2 resumeixen les característiques dels pacients.

**Conclusions:** La transfusió de CH a la HDB és inadequada en 1/3 dels casos a causa de sobre-transfusió per una valoració inadequada de l'Hb límit rellevant de cada pacient. S'han d'implementar mesures per augmentar l'adequació de la transfusió.

## 87 Absència de transmissió de l'hepatitis E durant un brot d'hepatitis A en homes que tenen sexe amb homes

Sergio Rodríguez Tajés<sup>1</sup>; Elena Perpiñán<sup>1</sup>; Patricia González<sup>1</sup>; Thais Leonel<sup>1</sup>; Sabela Lens<sup>1</sup>; Zoe Mariño<sup>1</sup>; Anna Pocerull<sup>1</sup>; Mireia Garcia<sup>1</sup>; Sofia Pérez-del-Pulgar<sup>1</sup>; George Koutsoudakis<sup>1</sup>; Xavier Forn<sup>1</sup>  
*1Unitat d'Hepatology, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, IDIBAPS i CIBERehd, Barcelona*

El virus de l'hepatitis A (VHA) es transmet per via fecal-oral, mitjançant aliments o aigua contaminada, o per contacte personal o sexual. El virus de l'hepatitis E (VHE) comparteix el mateix mitjà de transmissió que el VHA, ja que s'elimina per la femta, tot i que a Europa, on el GT3 és endèmic, es transmet principalment com una zoonosi. En el grup d'homes que tenen sexe amb homes (HSH) alguns individus tenen major risc d'infectar-se per VHA al mantenir conductes sexuals de risc. L'objectiu d'aquest estudi es avaluar la presència de VHE durant un brot d'hepatitis aguda A (HAA) que va afectar principalment a HSH a Barcelona.

#### Mètodes:

S'han analitzat prospectivament tots els casos d'HAA diagnosticats en el nostre centre (gener 2017 - juliol de 2018). Es van recollir dades demogràfiques, factors de risc i orientació sexual. Es van recollir mostres de sèrum en el moment de l'HAA i es van determinar les serologies del VHE, IgG i IgM (Reconwell-Mikrogen GmBH), amb sensibilitat i especificitat >98% en ambdós casos, i el VHE-ARN amb RT-PCR.

#### Resultats:

Es van diagnosticar 102 pacients amb HAA. Seixanta vuit (68%) foren HSH, 75% van mantenir conductes sexuals de risc. Es va



recollir sèrum de 85 (83%) pacients. Sis (7%) pacients eren positius per VHE-IgG, sense diferències entre els HSH (7%) i els no HSH (8%), dues mostres van ser positives per IgM (un HSH). El VHE-ARN va ser negatiu en totes les mostres. Cal destacar que un 38% pacients, durant l'HAA van presentar resultats positius per IgM directes contra certs virus (Ebstein-Barr, parvovirus-B19, citomegalovirus o herpes-6); a més, el 86% tenia un augment anormal d'immunoglobulines (mediana 23,4%), de predomini IgM i el 82% presentaven autoanticossos positius.

#### Conclusions:

La prevalença de VHE-IgG en la cohort d'estudi va ser similar a la reportada en la població de la nostra àrea sense diferències entre HSH i no HSH. Totes les mostres van resultar negatives per VHE-ARN. Aquests resultats suggereixen que el GT3 no sembla transmetre's per contacte sexual de risc. La positivitat de IgM-VHE es pot explicar per un augment inespecífic d'immunoglobulines tipus IgM durant l'HAA.

(110-422) x103/mm<sup>3</sup>, respectivament. La mediana de seguiment va ser de 9.01 (0.3-30.5) anys. Un 25% (13/52) dels pacients van ser NR. L'edat >60 anys (HR: 0.32, IC95%: 0,107-0,989, P=0,048) i els valors basals de FA (HR: 0.99; IC95%: 0,995-0,999, p=0,016) i plaquetes (HR: 1,006, IC 95%: 1,001-1,012, p=0,044) es van relacionar amb la NR. Un 38,5% (20/52) presentava un GLOBE >0.3 indicant mal pronòstic i es va relacionar amb la NR (HR: 41,8, IC95%: 2,1-803, p=0,013) i l'edat >60 anys (HR: 0,003, IC95%: 0,000-0,184, p=0,005). La supervivència d'aquells amb més d'un FBMP (edat >60 anys, FA >250 UI/L, plaq <200000/mm<sup>3</sup>) va ser significativament pitjor comparat amb aquells sense cap o només un (92,7%, 48,7% i 39,02% vs 100%, 100% i 100%, log rank= 0,0019).

**CONCLUSIÓ:** L'edat >60 anys i els valors basals de FA i plaquetes identifiquen precoçment els pacients amb CBP amb mal pronòstic que serien candidats a noves estratègies de tractament.

## 88 FACTORS PREDICTIUS BASALS DE MAL PRONÒSTIC EN PACIENTS AMB COLANGITIS BILIAR PRIMÀRIA (CBP) QUE REBEN TRACTAMENT AMB ÀCID URSODEOIXICÒLIC (AUDC)

Montserrat Garcia-Retortillo<sup>1,2,3</sup>; Dolores Naranjo<sup>4</sup>; Agnès Raga<sup>1</sup>; Núria Cafete<sup>1,2,3</sup>; M. Teresa Broquetas<sup>1,2,3</sup>; Susanna Coll<sup>1,2,3</sup>; Marc Puigvehí<sup>1,2,3</sup>; Carlos Fernando Enríquez<sup>1,2,3</sup>; Rosa Fernández<sup>1</sup>; Gemma Díaz<sup>1</sup>; Anna Viu<sup>1,3</sup>; Ricard Solà<sup>1,2,3</sup>; Xavier Bessa<sup>1,2,3</sup>  
*1*Secció D'Hepatologia, Servei d'Ap. Digestiu, Hospital de Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona.; *2*Universitat Autònoma de Barcelona (UAB); *3*Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM); *4*Servei d'Anatomia Patològica, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona.

El pronòstic dels pacients amb CBP depèn de la resposta al tractament amb AUDC i del GLOBE score. Malgrat això, ambdós es calculen un any després de l'inici del tractament.

**OBJECTIUS:** Analitzar 1) Factors predictius (basals i de seguiment) de no resposta (NR) a l'AUDC i de valors de GLOBE score >0.3; 2) Supervivència depenent dels factors basals de mal pronòstic (FBMP).

**PACIENTS I MÈTODES:** Anàlisi retrospectiva dels pacients amb CBP des d'octubre de 1987 al març de 2018. Es recolliren dades demogràfiques, analítiques i histològiques, resposta al AUDC, valor del GLOBE score, progressió a cirrosi i supervivència. La resposta a l'AUDC va ser avaluada segons criteris de Paris II. El valor del GLOBE score es va calcular com s'indica a GLOBALPBC.com. **RESULTATS:** Es van incloure cinquanta-set pacients amb CBP (octubre 1987- març de 2018). La mediana (rang) d'edat va ser 57,7(32-87) anys. Es disposava de biòpsia basal en 40/57 (70.1 %) pacients i 30/40 (75%) presentaven un estadi inicial (Ludwig <2). Els valors de la mediana (rang) de la fosfatasa alcalina (FA), bilirrubina (Bil), ALT, albúmina i plaquetes foren 304 (65-1251) UI/mL, 0,5(0,1-4,4) mg/dl, 44,5 (10-169) UI/mL, 4,2 (3,1-4,9)g/dL i 236

## 89 Impacte del tractament amb antivirals d'acció directa sobre la qualitat de vida dels pacients amb hepatitis crònica C i fibrosi nul·la o lleu a Tarragona: estudi de cohorts.

Magdalena Vilanova<sup>1</sup>; Lidia Cabrinety<sup>1</sup>; Inés Sáenz de Miera<sup>1</sup>; Silvia Montoliú<sup>1</sup>; Montserrat Vargas<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> Antonia Llaberia<sup>1</sup>; Sergio Pascual<sup>1</sup>; Adrià Rodríguez<sup>1</sup>; Albert Pardo<sup>1</sup>; Joan Carles Quer<sup>1</sup>  
*1*Hospital Joan XXIII, Tarragona

#### Objectiu:

Estudiar l'efecte del tractament de la infecció crònica pel virus de l'hepatitis C (HCC) amb antivirals d'acció directa (AAD), sobre la qualitat de vida (CV) dels pacients amb fibrosi nul·la o lleu (F0-F1) a l'hospital Joan XXIII de Tarragona.

#### Mètodes:

Estudi de cohorts de pacients en tractament entre novembre de 2017 i octubre de 2018.

Es selecciona una mostra de 64 pacients.

Es recullen variables sociodemogràfiques. Les variables clíniques, analítiques i el qüestionari SF-36 es recullen en la visita basal i al final del tractament.

Es comparen les mesures de CV pre-post tractament amb la T-Student i es calculen els intervals de confiança al 95% de la diferència entre les mesures, per conèixer la importància de l'efecte.

#### Resultats:

Les característiques basals dels pacients inclosos van ser: mitjana d'edat 52 (IC 95%: 47 a 58) anys, sexe 55% dones, genotip 1a 29% i 1b 38%, diabetes 6,5%, valor ALT >1.5 x LSN 22,6%, RNA-VHC >6 log 10 UI/ml 54,8%, mitjana de APRI 0,39 (ICT 95%: 0,28 a 0,61), mitjana d'elastografia 5,5 (IC 95%: 3,2 a 7,6) KPa, ansietat 3,2%, depressió 3,2%, crioglobulinèmia 6,5%.

Es va obtenir milloria en: funció física 0,7 (IC 95%: -9,0 a 10,3), rol físic 0,8 (IC 95%: -22,4 a 24,1), salut general 3,9 (IC 95%: -6,8 a 14,5) i en el ítem de transició de salut 4,8 (IC 95%: -5,1 a 14,8). Empitjorament en: vitalitat -2,2 (IC 95%: -14,1 a 9,7), salut mental -1,9 (IC 95%: -11,7 a 7,9), funció social -3,3 (IC 95%: -16,5 a 9,9), dolor corporal -5,4 (IC 95%: -18,5 a 7,7). En totes les diferències:  $p > 0,01$ . No es van obtenir diferències en rol emocional.

#### Conclusions:

Aquests resultats preliminars indiquen diferències no significatives i clínicament poc rellevants en els pacients amb HCC i F0-F1 tractats amb AAD. La inclusió d'un nombre superior de pacients i l'anàlisi dels qüestionaris SF-36 a les setmanes 12 i 48 post-tractament són necessaris per estudiar si a llarg termini es produeix milloria en la CV d'aquests pacients.

## 89 Impacte del tractament amb antivirals d'acció directa sobre la qualitat de vida dels pacients amb hepatitis crònica C i fibrosi nul·la o lleu a Tarragona: estudi de cohorts.

Magdalena Vilanova<sup>1</sup>; Lidia Cabrinety<sup>1</sup>; Inés Sáenz de Miera<sup>1</sup>; Silvia Montoliú<sup>1</sup>; Montserrat Vargas<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> Antonia Llaberia<sup>1</sup>; Sergio Pascual<sup>1</sup>; Adrià Rodríguez<sup>1</sup>; Albert Pardo<sup>1</sup>; Joan Carles Quer<sup>1</sup>  
*1Hospital Joan XXIII, Tarragona*

#### Objectiu:

Estudiar l'efecte del tractament de la infecció crònica pel virus de l'Hepatitis C (HCC) amb antivirals d'acció directa (AAD), sobre la qualitat de vida (CV) dels pacients amb fibrosi nul·la o lleu (F0-F1) a l'hospital Joan XXIII de Tarragona.

#### Mètodes:

Estudi de cohorts de pacients en tractament entre novembre de 2017 i octubre de 2018.

Es selecciona una mostra de 64 pacients.

Es recullen variables sociodemogràfiques. Les variables clíniques, analítiques i el qüestionari SF-36 es recullen en la visita basal i al final del tractament.

Es comparen les mesures de CV pre-post tractament amb la T-Student i es calculen els intervals de confiança al 95% de la diferència entre les mesures, per conèixer la importància de l'efecte.

#### Resultats:

Les característiques basals dels pacients inclosos van ser: mitjana d'edat 52 (IC 95%: 47 a 58) anys, sexe 55% dones, genotip 1a 29% i 1b 38%, diabetes 6,5%, valor ALT > 1.5 x LSN 22,6%, RNA-VHC > 6 log 10 UI/ml 54,8%, mitjana de APRI 0,39 (IC 95%: 0,28 a 0,61), mitjana d'elastografia 5,5 (IC 95%: 3,2 a 7,6) KPa, ansietat 3,2%, depressió 3,2%, crioglobulinèmia 6,5%.

Es va obtenir milloria en: funció física 0,7 (IC 95%: -9,0 a 10,3), rol físic 0,8 (IC 95%: -22,4 a 24,1), salut general 3,9 (IC 95%: -6,8 a 14,5) i en el ítem de transició de salut 4,8 (IC 95%: -5,1 a 14,8). Empitjorament en: vitalitat -2,2 (IC 95%: -14,1 a 9,7), salut mental -1,9 (IC 95%: -11,7 a 7,9), funció social -3,3 (IC 95%: -16,5 a 9,9), dolor corporal -5,4 (IC 95%: -18,5 a 7,7). En totes les diferències:  $p > 0,01$ . No es van obtenir diferències en rol emocional.

#### Conclusions:

Aquests resultats preliminars indiquen diferències no significatives i clínicament poc rellevants en els pacients amb HCC i F0-F1 tractats amb AAD. La inclusió d'un nombre superior de pacients i l'anàlisi dels qüestionaris SF-36 a les setmanes 12 i 48 post-tractament són necessaris per estudiar si a llarg termini es produeix milloria en la CV d'aquests pacients.

## 90 Recuperació gradual de la capacitat proliferativa dels limfòcits T CD8+ específics contra el VHC en pacients cirròtics tractats amb teràpies lliures d'interferó

Elena Perpiñán<sup>1</sup>; Sofia Pérez Del Pulgar<sup>1</sup>; María Carlota Londoño<sup>1</sup>; Patricia González<sup>1</sup>; Zoe Mariño<sup>1</sup>; Sabela Lens<sup>1</sup>; Concepción Bartres<sup>1</sup>; Mireia García López<sup>1</sup>; Xavier Forn<sup>1</sup>; George Koutsoudakis<sup>1</sup>  
*1Unitat d'Hepatology, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, IDIBAPS i CIBEREHD*

**Introducció:** La infecció crònica pel virus de l'hepatitis C (VHC) altera el fenotip i la funció dels limfòcits T CD8+ específics contra el VHC o altres virus (citomegalovirus, CMV, i virus de l'herpes). S'ha demostrat que algunes d'aquestes alteracions poden ser revertides en pacients que reben tractament lliure d'interferó i aconsegueixen una resposta viral sostinguda. En aquest estudi hem analitzat la possible recuperació dels limfòcits T CD8+ específics contra el VHC en pacients amb cirrosi després del tractament.

**Mètodes:** Es van obtenir mostres de sang perifèrica de 29 pacients cirròtics infectats pel VHC, abans del tractament (BL), a la setmana 4 de teràpia i a les setmanes 12 i 48 (PT48) després de la finalització del tractament. Els limfòcits T CD8+ específics contra el VHC s'analitzaren després de l'expansió in vitro en presència de pèptids immunodominants del VHC. Com a controls, es van analitzar les respostes dels limfòcits T CD8+ específics contra el CMV i influença (Flu) en els mateixos pacients i en 10 individus sans.

**Resultats:** La freqüència dels limfòcits T CD8+ específics contra VHC va augmentar gradualment des del punt BL fins a PT48 ( $P = .0001$ ) en la majoria dels pacients (72%). Tanmateix, malgrat l'eliminació de l'antigen viral durant les primeres setmanes de teràpia, el fenotip d'esgotament d'aquestes cèl·lules, definit per la co-expressió dels receptors immunoreguladors PD-1 i TIM-3/CTLA-4 es va mantenir fins a PT48. A més, la freqüència dels limfòcits T CD8+ específics contra CMV així com l'expressió dels marcadors immuno-

reguladors en tots dos limfòcits T CD8+ específics contra CMV i Flu va ser major en el pacients que en controls sans, en tots els punts analitzats ( $P < .05$ ).

**Conclusions:** Malgrat l'augment gradual de la freqüència dels limfòcits T CD8+ específics contra el VHC en pacients cirròtics després de l'eliminació viral, l'expressió dels receptors immunoreguladors va romandre alterada, fins i tot en limfòcits T CD8+ específics contra altres virus. Aquest resultat suggereixen que la infecció crònica pel VHC podria tenir un impacte sostingut en les respostes antivirals dels limfòcits T CD8+ en pacients cirròtics, la rellevància clínica del qual es desconeix i requereix més investigació.

de pacients amb serologia positiva a través de l'eina dbiform de l'ecap, s'ha implantat el diagnòstic de laboratori "en un sol pas". Els indicadors dels quals partim estan a la Taula 1.

**Discussió:** En una avaluació preliminar, les dades estan d'acord amb altres estudis espanyols sobre població no identificada amb serologia positiva. Hem detectat 672 casos (41,8%) amb serologia positiva sense virèmia realitzada, i 333 pacient amb serologia positiva i virèmia positiva, que seran objecte de revisió amb la finalitat de comprovar si estan tractats. Aquesta nova estratègia facilitarà detectar els pacients amb serologia positiva a VHC no estudiats (casos ocults) i recuperar-los. Al cap d'un any de d'intervenció esperem una disminució significativa del nombre de pacients no diagnosticats i una disminució dels pacients amb virèmia positiva no identificats per iniciar el tractament.

## 91 Abordatge multidisciplinari per la detecció de pacients amb hepatitis crònica per virus C (HCC) al ICS-Camp de Tarragona

JORDI DANIEL I DíEZ1; JUAN CARLOS QUER BONIQUET2; SILVIA MONTOLIU LLOPIS2; SARA VIVANCO ROIG1; INES SAENZ DE MIERA OLIVERA2; MARTA PIQUERAS POU3  
1CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA SALOU; 2HOSPITAL JOAN XXIII DE TARRAGONA; 3DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA CAMP DE TARRAGONA

El maneig de l'HCC implica un abordatge multidisciplinari per assolir l'eliminació de la infecció en un territori determinat, que obliga a fer un esforç de coordinació entre els diferents nivells assistencials implicats en la detecció, diagnòstic i tractament de la malaltia.

**Objectius:** Desenvolupament d'una xarxa de professionals referents, experts en HCC, als diferents EAP de l'àmbit de referència de l'Hospital Joan XXIII amb l'objectiu de millorar l'atenció a l'hepatitis, formar professionals, desenvolupar activitats de recerca, augmentar la detecció de casos i disminuir el nombre de casos detectats i no tractats, millorant els coneixements en els altres professionals del seu entorn.

Per tal de desenvolupar el projecte s'han decidit 8 accions prioritàries. 1.-Identificar professionals de referència. 2.-Estratègies de formació estandaritzada. 3.-Reconeixem de la tasca. 4.-Activitats de formació. 5.- indicadors de seguiment i avaluació. 6.-identificar millores en el procés d'atenció. 7.- seguiment del projecte (bimensuals) 8.-Avaluació anual del projecte. Es recolliran variables de seguiment i avaluació en relació a l'estat del VHC en l'EAP, a través de l'eina dbiform de l'ecap. (taula 1)

**Resultats preliminars:** S'ha realitzat un curs acreditat de formació d'experts, s'han identificat professionals de referència en cada EAP, s'ha difós material estandaritzat per tal de fer sessions formatives amb els professionals d'AP, s'ha ensenyat a fer una recerca activa

## 92 Impacte de la viremia en un sol pas en l'accés a l'atenció especialitzada dels casos amb serologia VHC +

Sergio Pascual1; Magdalena Vilanova1; Silvia Montoliu1; Clara Benavent2; Cristina Gutierrez2; Lidia Cabrinety1; Inés Sáenz de Miera1; Adrià Rodríguez1; Albert Pardo1; Ester Picó2; Joan Carles Quer1  
1Servei Digestiu. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.; 2Laboratori Clínic ICS Camp de Tarragona-Terres de l'Ebre. Hospital Universitari Joan XXIII.

**Introducció:** Fer la viremia en un sol pas en cas de serologia VHC + pot facilitar l'accés al tractament i evitar la pèrdua de casos.

**Objectiu:** Evaluar si la determinació de la viremia en un sol pas disminueix el temps d'accés a l'atenció especialitzada i evita la pèrdua de casos.

**Mètodes:** Es van analitzar retrospectivament les serologies VHC + realitzades al laboratori, sense càrrega viral prèvia, entre Maig-Setembre 2017 (Període 1, es sol·licitava la viremia un cop confirmada la serologia VHC + desde l'atenció especialitzada) i entre Maig-Setembre 2018 (Període 2, s'instaura la viremia en un sol pas amb alerta en cas +). Recollirem procedència de la sol·licitud, temps entre realització de la serologia i: visualització del resultat, derivació a i valoració per especialista, i fins realització de la viremia. Es registraren variables clíniques, analítiques i elastogràfiques i diagnòstic final.

**Resultats:** Detectarem 170 serologies VHC+, 110(65%) al període 1 i 60(35%) al 2. 44(26%) tenien viremia + (Període 1vs2: 17(15%) vs 27(45%)). 135(80%) sol·licituts venien d'atenció primària, drogodependències i presó i 35(20%) de l'hospital.

De 122 casos dels que tenim dades, 71(58%) es derivaren a l'especialista (48/78(61%) al període 1, 23/44(52%) al 2(p 0,34); 52(73%) van ser valorats i 10(14%) es va perdre. Dels 44 pacients virèmics, 30(68%) es van derivar al especialista (14(47%) al període 1 i 16(53%) al 2) i 24 (80%) van ser avaluats, 3 del període 2 no van ser derivats ni avaluats.

La mediana de temps fins: 1.veure el resultat de serologia+ va ser de 10 dies(Període 1vs2: 9vs11±10 dies, p 0,01) 2.valoració per especialista fou de 52 dies (Període 1vs2: 53vs44 dies, p 0,05) 3.determinació de la viremia fou de 0 dies (Període 1vs2: 119vs 0 dies, p 0,000001), diferències significatives entre els dos períodes.

**Diagnòstics:** Hepatitis Crònica C 49(29%), Hepatitis C curada 75(54%), RNA no disponible 45(27%)

**Conclusió:** Resultats preliminars mostren que la viremia en un sol pas disminueix significativament el temps fins veure la serologia, valoració per l'especialista i determinació de la viremia, permet diagnosticar tots els casos amb serologia +, però hi ha un petit % de casos virèmics que no son derivats.

## 93 La curació de la hepatitis crònica per virus C no disminueix la despesa sanitària a curt plaç

Mercedes Vergara<sup>1,2</sup>; Emili Vela<sup>3</sup>; Montserrat Clèries<sup>3</sup>; Caridad Pontes<sup>4</sup>; Mireia Miquel<sup>1,2</sup>  
*1Unitat de Hepatologia, Servei d'Àpares Digestiu. Parc Tauli Sabadell Hospital Universitari. Instit. 2CIBERehd. Instituto Carlos III. Madrid; 3Unitat d'informació i Coneixement. Servei Català de la Salut; 4Àrea del medicament. Servei Català de la Salut*

Es postula que la curació de l'hepatitis crònica per virus C redueix el cost sanitari en disminuir les complicacions hepàtiques i extra-hepàtiques. L'objectiu de l'estudi va ser analitzar la despesa sanitària d'aquests pacients abans i després del tractament antiviral. Material i mètodes: Es va analitzar la despesa sanitària dels pacients tractats amb agents antivirals d'acció directa en els anys 2015-2017, abans i després de la finalització del mateix. Font de les dades: Registre de Pacients i Tractaments (RLT) i Registre de morbiditat i Utilització de Serveis Sanitaris de Catalunya (MUSSCAT). Resultats: 12.683 pacients van ser tractats a Catalunya de l'hepatitis C (2.740 el 2015, 5.782 en 2016, 4161 a 2017). D'aquests, 11,9% no tenien fibrosi (F0-F1), 25,2% fibrosi moderada (F2), 59,6% fibrosi significativa o cirrosi (F3-F4) i 3,3% fibrosi no determinada (ND). El temps mitjà de seguiment post tractament va ser de 16,5 ± 8,5 mesos. La utilització de serveis (taxes per 100 pacients / any) pre i post tractament va ser la següent: ingressos hospitalaris: 30,2 vs 36,4; ingressos hospitalaris per complicacions de la cirrosi: 2,9 vs 2,7; dies d'hospitalització: 172,8 vs 183,3; visites a Atenció Primària: 1.112,0 vs 1.220,3, visites a CCEE: 743,6 vs 694,1; medicaments dispensats: 436,6 vs 580,1. A l'estratificar pel grau de fibrosi s'observa una disminució significativa del 12,2% del nombre d'ingressos per complicacions de la cirrosi. Per altra banda, també hi ha una disminució de les CCEE en F2 (11,9%), F3-F4 (8,9%) i ND (19,5%); i dels dies d'hospitalització en els F0-F1 (10,1%) i en els F2 (27,1%).

**Conclusions:** El tractament antiviral de l'hepatitis crònica per virus C no redueix la utilització de recursos sanitaris a curt termini, excepte el nombre d'ingressos per complicacions de la cirrosi i el nombre de visites a CCEE per als pacients amb fibrosi hepàtica més avançada i els dies d'hospitalització per als pacients amb un grau de fibrosi més lleu.

## 94 PROJECTE GIRONA-0. Pla estratègic per l'eradicació del VHC a l'àrea de Girona

Isabel Serra<sup>1</sup>; Carme López<sup>1</sup>; Begoña Gonzalvo<sup>3</sup>; Sílvia Tarrés<sup>2</sup>; Carmen Risco<sup>2</sup>; Xavier Aldeguer<sup>1</sup>  
*1Unitat d'Hepatologia Hospital Dr Josep Trueta; 2Unitat d'Infermeria Hospital Dr Josep Trueta; 3Centre d'Atenció i Seguiment a les Addiccions*

**INTRODUCCIÓ:** Els individus amb trastorn per ús de substàncies presenten elevades taxes d'infecció pel VHC i risc de reinfecció. Tot i això menys del 20% dels pacients estan tractats degut a les contraindicacions del tractament amb interferó i a la mala adherència al sistema sanitari.

**OBJECTIU:** Presentar el circuit dissenyat i descriure l'experiència fins el moment actual.

**MÈTODE:** 1. Identificació dels individus IgG VHC positius del Centre d'Atenció i Seguiment a les Addiccions (CAS) Teresa Ferrer i comprovació de la viremia; 3. Derivació dels pacients amb viremia positiva a la Unitat d'Hepatologia de l'Hospital Dr. Josep Trueta (UHDJT) a través d'un correu corporatiu o via telefònica; 4. Citació d'una primera visita en un màxim de 3 dies per realitzar la història clínica, una anàlítica amb genotip i una elastografia hepàtica; 5. En cas de disposar d'una ecografia abdominal de menys de 6 mesos, inici del tractament antiviral de 8 o 12 setmanes el mateix dia i en cas contrari es recita en un màxim de 3 setmanes amb estudi ecogràfic per inici de la medicació; 6. Comprovació de la curació a la setmana 12 posttractament; 7. Seguiment semestral analític i ecogràfic a la UHDJT dels pacients amb fibrosi basal avançada, la resta alta hospitalària i seguiment anual de la càrrega viral al CAS.

**RESULTATS:** Des del febrer 2017 fins octubre 2018 s'han derivat al circuit 26 pacients VHC positius, 88% homes, edat mitjana de 43 anys (rang 38-69), 23% amb fibrosi avançada. El 80% ha realitzat la primera visita (21/26), dels quals 71% (15/21) han iniciat el tractament, 5 pacients estan pendents d'iniciar-lo, i un pacient

s'ha diagnosticat d'un carcinoma hepatocel.lular. Dels 10 pacients que han completat el tractament, 6 han assolit la RVS12 i 3 estan pendents. S'ha perdut el seguiment de 5 pacients.

**RESULTAT:** La simplificació de visites per accedir al tractament del VHC de les poblacions de risc permet el tractament d'aquests individus amb bona adherència i resultats elevats de curació. La micro-eliminació del virus en aquest col.lectiu és una estratègia encaminada a la eliminació global del VHC.

d'edat de 76anys i IMC de 27Kg/m2. La prevalença de HTA, DM, dislipèmia i fibrilació auricular va ser respectivament: 71%, 32%, 52% i 32%. L'etiologia de l'AVC va ser cardioembòlic (31%), lacunar (19%), hemorràgic (13%) i aterotromòtic (12%). La prevalença global de MFGNA va ser del 43.5% (n=175), més elevada en homes (48% vs. 37% p=0.03). El 34% dels pacients presentaven marcadors serològics suggestius de fibrosi significativa. Als 3 mesos de l'ictus, no es van observar diferències significatives en pacients amb i sense MFGNA, en la mortalitat (8.6% vs.8.0%, p=0.8) ni en la gravetat de l'AVC (ER0: 20%vs.17%, ER1: 19% vs.16%, ER2:17%vs.18%, ER3 25%vs.20%, ER 4 15%vs.14%,ER5: 1%vs.2% p=0.9).

**Conclusions:** en pacients amb un primer episodi d'AVC la prevalença de MFGNA és molt elevada. Al voltant d'un terç dels pacients tenen risc de fibrosi significativa. La presència de MFGNA no sembla condicionar un pitjor pronòstic en la nostra cohort.

## 95 Prevalença de MFGNA en pacients amb un primer episodi d'ictus i impacte en la gravetat i la mortalitat als 3 mesos

Lidia Canillas<sup>1</sup>; Teresa Broquetas<sup>1,2</sup>; Elisa Cuadrado<sup>2,3</sup>; Susana Coll<sup>1,2</sup>; Montserrat Garcia-Retortillo<sup>1,2</sup>; Nuria Cañete<sup>1,2</sup>; Marc Puigvehí<sup>1,2</sup>; Fernando Enriquez<sup>1</sup>; Xavier Bessa<sup>1,2</sup>; Ricard Solà<sup>1,2</sup>; José A. Carrión<sup>1,2</sup>  
*1 Servei d'Aparell Digestiu, Hospital del Mar, Barcelona; 2 Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM), Barcelona; 3 Servei de Neurologia, Hospital del Mar, Barcelona*

**Introducció:** la malaltia per fetge gras no alcohòlica (MFGNA) s'associa amb una major prevalença d'events cardiovasculars i aterosclerosi subclínica. Estudis previs suggereixen que la presència de MFGNA i de fibrosi significativa podrien associar-se amb una major gravetat i mortalitat en pacients amb un accident vascular cerebral (AVC).

**Objectius:** determinar la prevalença de MFGNA en pacients amb un primer episodi d'AVC. Determinar la relació entre la MFGNA i la gravetat i mortalitat als 3 mesos de l'AVC.

**Mètodes:** anàlisi restropectiu d'una cohort prospectiva de pacients ingressats per un primer episodi d'AVC. S'ha definit la MFGNA com la presència d'un valor de Fatty Liver Index (FLI)>60 i la presència de fibrosi significativa segons els valors de FIB4 ajustats per edat (FIB4>1.4 si edat<65anys i FIB4>2 si edat>65anys). S'han exclòs pacients amb cirrosi hepàtica coneguda previ a l'episodi. La mortalitat i gravetat de l'AVC s'han avaluat amb l'escala de Rankin (ER) als 3 mesos de l'AVC.

**Resultats:** de gener de 2016 a maig de 2018 s'han avaluat 481 pacients amb un primer episodi d'AVC. S'han exclòs 14 (2.9%) pacients per antecedent de cirrosi i 65 (13%) per no disposar de FLI. S'han inclòs 402 pacients, 58% homes, amb una mediana

## 96 IMPACTE DE LA CURACIÓ DEL VHC AMB AADs EN LA PRESA DE MEDICACIÓ CONCOMITANT I EL PERFIL LIPÍDIC. DADES DE SEGUIMENT A L'ANY DE LA RVS12

Elena González-Colominas<sup>1</sup>; Marc Battle<sup>2</sup>; Inés Monge<sup>1</sup>; Xavier Durán<sup>3</sup>; Anna Viu<sup>2</sup>; Marta de Antonio<sup>1</sup>; Santiago Grau<sup>1</sup>; Xavier Bessa<sup>2</sup>; Jose Antonio Carrión<sup>2</sup>  
*1 Servei de Farmàcia. Hospital del Mar. UAB. Barcelona; 2 Servei de Digestiu. Hospital del Mar. IMIM. UAB. Barcelona; 3 Assessoria metodològica i Bioestadística IMIM. Barcelona*

### Introducció

Els pacients amb hepatitis C crònica (HCC) presenten comorbiditats i medicació concomitant (MC). Els antivirals d'acció directa (AAD) aconseguen la resposta viral sostinguda (RVS12) en el 95% dels casos. S'ha descrit un augment de les xifres de colesterol (Hernandez-Conde et al. JVH 2018) i de les resistències vasculares perifèriques (Lens et al. Gastroenterology 2017) després de la RVS12.

### Objectiu

Avaluar l'impacte de la RVS12 amb AADs en la medicació concomitant i el perfil lipídic.

### Mètodes

Estudi prospectiu de pacients amb HCC tractats amb AADs (gener 2015- setembre 2016) amb RVS12. Es van analitzar variables demogràfiques, clíniques i la MC basal i un any després de la RVS12. La MC es va classificar segons el seu ATC. Les diferències durant el seguiment de la MC es van analitzar mitjançant el test de Stuart-Maxwell i del perfil lipídic mitjançant ANOVA.

### Resultats

Es van incloure 226 pacients amb RVS12 i edat mitjana de 59 (25-86) anys: homes (55,8%), índex Charlson >=4 (54,4%), cirrosi

(48,7%) i HOMA  $\geq 3$  (45,7%). El 73,5% rebien MC (31% IECAS/ARAI, 30,5% antiàcids, 27,4% diürètics, 19,9% betabloquejants, 16,4% antidiabètics, 11,5% calci-antagonistes i 7,1% hipolipemians). El 49,6% rebia almenys un antihipertensiu. Durant el seguiment el colesterol total va augmentar de 161 a 179 mg/dl ( $p < 0,01$ ) i es va observar un augment en l'ús d'hipolipemians ( $p = 0,009$ ), especialment en pacients de  $< 65$  anys ( $p = 0,004$ ). L'ús d'antihipertensius va augmentar en pacients  $> 65$  anys ( $p = 0,05$ ). L'augment d'antihipertensius es va associar a edat  $\geq 65$  anys ( $p = 0,004$ ), Charlson basal  $\geq 4$  ( $p < 0,001$ ) i presència de cirrosi ( $p = 0,001$ ).

#### Conclusions

La curació de la HCC s'associa a un augment en l'ús d'antihipertensius especialment en pacients d'edat avançada, amb comorbiditats i cirrosi. Es pot observar augment del colesterol i ús d'hipolipemians en pacients joves pel que s'ha de tenir en compte després de la RVS12.

homes; 83.1% F0-2. El 64.7% de la mostra referia DS basalment: homes 58%; dones 74%. La CSFQ-VAS basal mitjana va ser 50(20-67.5). 27% dels pacients van referir por a transmetre sexualment VHC; per al 21.1%, suposava una limitació. Al FU48 es va observar una millora significativa en la valoració subjectiva de la sexualitat [CSFQ-VAS 60(40-80),  $p < 0,01$ ], un increment significatiu en la puntuació del CSFQ-14( $p = 0,03$ ), tot i que la prevalença de DS no es va reduir significativament(64.7% vs 53.8%,  $p = 0,11$ ). La millora de l'CSFQ-14 es va produir, en ambdós sexes, a costa de les dimensions excitació ( $p = 0,018$ ) i orgasme ( $p = 0,04$ ). La persistència de DS es va associar de forma independent amb l'edat (OR 1.13 [1.05-1.2],  $p = 0,001$ ), psicofàrmacs (OR 0.29 [0,09-0,95],  $p = 0,042$ ), i presència de DM (OR 0.15 [0.04 -0.59],  $p = 0,007$ ).

#### CONCLUSIONS:

Hi ha una elevada prevalença de DS en pacients VHC. La RVS amb AAD a llarg termini es va relacionar amb una millora subjectiva de la sexualitat (especialment dimensions excitació/orgasme). No va existir una millora en la prevalença de DS, que es va associar amb la presència de DM, ús de psicofàrmacs i més edat.

## 97 Millora de la sexualitat a llarg termini en pacients VHC curats amb AAD

Zoe Mariño1,2; Sergio Rodríguez-Tajes1; Sabela Lens1,2; Concepció Bartrés1; Loreto Nàcar1; Anna Pla1; Anna Miralpeix1; Mònica González4; Joaquim Sarquella4; Ricard Navinés3; Rocío Martín-Santos3; Xavier Forns1,2  
1Servei de Hepatologia, Hospital Clínic Barcelona, IDIBAPS; 2Centro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd); 3Departament de Psiquiatria i Psicologia, Hospital Clínic Barcelona, CIBERSAM.; 4Servei de Andrologia, Fundació Puigvert, Barcelona

#### INTRODUCCIÓ

Els pacients amb VHC tenen una elevada prevalença de disfunció sexual(DS). Un treball previ(Mariño Z et al,2017) va mostrar que la limitació subjectiva atribuïda al VHC( $p < 0,05$ ) s'associava amb DS. L'objectiu de l'estudi va ser avaluar l'impacte de RVS després de DAA sobre la vida sexual.

#### MÈTODES

Inclusió prospectiva de pacients tractats amb AAD(A-briil-Des2017);recollida de variables clínic-demogràfiques. Autoavaluació de la sexualitat en 2 punts: basal(BL) pre-AAD i a l'any de RVS(FU48) mitjançant:1)Versió espanyola validada del qüestionari Changes in Sexual Functioning Questionnaire(CSFQ-14): identifica DS en homes(CSFQ-14 $< 47$ ) i dones( $< 41$ ); addicionalment dues preguntes per avaluar: presència de por a transmissió sexual del VHC/limitació sexual subjectiva per VHC,2)CSFQ-VAS(escala analògica-visual; graduació subjectiva 0-100); 3)PHQ9, qüestionari validat per detecció de depressió major(DM)(PHQ9 $\geq 10$ ). Els resultats es van expressar en mitjanes/IQR(25-75) i n(%). Per a l'anàlisi comparativa de variables aparellades FU48-BL es van utilitzar T-test/test McNemar.

#### RESULTATS

186 pacients van accedir a participar(RVS 95.7%); de moment, 90 han assolit FU48. L'edat mitjana va ser 55(49-61)anys; 59%

## 98 L'allargament de l'interval d'administració dels agents anti-TNF, una estratègia viable en pacients amb malaltia inflamatòria intestinal

Paola Torres1,2; Laura Núñez3; Ariadna Aguilar1; Míriam Mañosa1,4; Francisco Mesonero3; Fiorella Cañete1,4; Margalida Calafat1; Cristina Fernandez3; Eduard Cabré1,4; Antonio López-San Román3; Eugeni Domènech1,4  
1Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona); 2Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol (Badalona); 3Hospital Ramón y Cajal (Madrid); 4Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD)

**Introducció:** Una proporció de pacients amb psoriasis i malalties reumatològiques segueix règims de tractament amb agents biològics amb administracions més espaïades que les aprovades en fitxa tècnica. Aquesta estratègia és molt poc utilitzada en malaltia inflamatòria intestinal (MII).

**Objectiu:** Avaluar l'evolució clínica dels pacients amb MII que segueixen règims "espaïats" (en interval d'administració més llargs que les aprovades en fitxa tècnica) d'infliximab o adalimumab.

**Mètodes:** A partir de les bases de dades locals de dos centres de referència, s'identificaren els pacients amb MII que segueixen tractament amb infliximab o adalimumab amb intervals d'administració superiors a 8 o 2 setmanes, respectivament. S'excloueren els pacients amb ostomia/reservori, indicació per malaltia perianal i 'espaïament' per efecte advers. Es considerà èxit de l'espaïament si al final del seguiment el pacient seguia en remissió amb la mateixa pauta espaïada o sense biològic, i sense haver requerit tornar a pauta convencional, intensificació, switch, swap, corticoides sistèmics o cirurgia.

**Resultats:** S'inclogueren un total de 85 pacients (58 Crohn, 27

colitis ulcerosa/inclassificable), dels quals 60 tractats amb infliximab (49 cada 10 setmanes i 11 cada 12 setmanes) i 25 amb adalimumab cada 3 setmanes. 38% havien fet un curs previ d'anti-TNF abans del curs índex, 7% havien requerit intensificació prèviament. L'espaiament s'inicià després d'una mediana de temps de tractament anti-TNF de 25 mesos (IIQ 14-49); 37% tenien colonoscòpia (3% amb activitat endoscòpica) i 17% enteroRM (29% amb activitat RM) en els 6 mesos previs a l'espaiament. 60% seguiren immunomodulador concomitant a l'inici l'espaiament. La mediana de temps en pauta espaiada fou de 15 mesos (IIQ 12-25). El 37% tornaren a la pauta convencional i 9% requeriren pautes intensificades. En 22 pacients (26%) s'aturà l'anti-TNF, per remissió mantinguda (9/22), recidiva (3/22), efecte advers (2/22) o altres (3 gestació, 3 neoplàsia, 2 altres). 50 dels 85 pacients (59%) reuniren criteris d'èxit de l'espaiament. No es varen trobar paràmetres basals associats a l'èxit de l'espaiament.

**Conclusions:** L'administració d'anti-TNF en intervals superiors als indicats per fitxa tècnica pot ser una alternativa adequada, més còmode i econòmica en alguns pacients amb MII, tot i que, de moment, no disposem de factors predictors d'èxit.

#### MATERIALS I MÈTODES

RAID-Dx ha estat testat en 39 pacients de SII i 52 pacients de MII provinents de 5 hospitals catalans. D'una banda, els pacients de SII complien criteris de Roma IV i presentaven una colonoscòpia sense lesions macroscòpiques valorables. D'altra banda, els pacients de MII presentaven activitat clínica (HBI>4 i IMP>1) i endoscòpica (SES-CD>0 i IEM>0 punts).

#### RESULTATS

El RAID-Dx va presentar una alta capacitat discriminatòria entre SII i MII amb una sensibilitat del 88.2% pel diagnòstic de SII i una especificitat del 89.2% pel diagnòstic de MII. En canvi, la sensibilitat de la CF (punt de tall 50 µg/g) va ser del 51.5% i l'especificitat del 92.2%. Aquests resultats signifiquen una millora substancial del Valor Predictiu negatiu del RAID-Dx (94.3%) en comparació amb els obtinguts amb la CF (74.6%).

#### CONCLUSIONS

El RAID-Dx ajuda al diagnòstic de la SII amb alta sensibilitat i especificitat, la qual cosa el converteix en candidat per esdevenir el mètode diagnòstic d'elecció per la SII.

La utilització d'aquesta eina de suport al diagnòstic permetria reduir un 75% les colonoscòpies innecessàries, més els costos associats, en les SII mal diagnosticades per la CF.

## 99 RAID Dx: El primer test per al diagnòstic de la Síndrome de l'Intestí Irritable basat en la microbiota fecal

Joan Amoedo<sup>1,3</sup>; Sara Ramió-Pujol<sup>1</sup>; Anna Bahí<sup>2</sup>; Carlota Puig<sup>2</sup>; Lia Oliver<sup>1</sup>; Leyanira Torrealba<sup>4</sup>; Gemma Ibáñez-Sanz<sup>6</sup>; Ariadna Clos<sup>7</sup>; Míriam Mañosa<sup>7</sup>; Fiorella Cañete<sup>7</sup>; Ingrid Marín<sup>7</sup>; Paola F. Torres<sup>7</sup>; Pau Gilabert<sup>6</sup>; Josep Oriol Miquel-Cusachs<sup>4</sup>; David Busquets<sup>4</sup>; Mariona Serra-Pagès<sup>1</sup>; Míriam Sàbat<sup>5</sup>; Jordi Serra<sup>7</sup>; Eugeni Domènech<sup>7</sup>; Jordi Guardiola<sup>6</sup>; Fermín Mearin<sup>8</sup>; L. Jesús García-Gil<sup>1,3</sup>; Xavier Aldeguer<sup>1,2,4</sup>  
*1*GoodGut SL (Girona); *2*Institut d'Investigació Biomèdica de Girona - IdIBGI (Girona); *3*Departament de Biologia, Universitat de Girona (Girona); *4*Servei d'Aparell Digestiu Hospital Universitari Dr. Josep Trueta (Girona); *5*Hospital de Sta. Caterina (Salt); *6*Servei d'Aparell Digestiu Hospital Universitari de Bellvitge (Hospital de Llobregat); *7*Servei d'Aparell Digestiu Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona); *8*Servei del Aparell Digestiu Centro Médico Teknon (Barcelona)

#### INTRODUCCIÓ

La síndrome del intestí irritable (SII) és un desordre funcional amb una incidència del 5-20% a nivell mundial. El seu diagnòstic es basa en la simptomatologia sistematitzada en els criteris de Roma IV. Tot i això, és molt freqüent el solapament amb altres trastorns intestinals com la Malaltia Inflamatòria Intestinal (MII). Marcadors biològics com la calprotectina fecal (CF) donen suport al diagnòstic diferencial amb la MII. No obstant això, la SII continua essent un dels motius principals de colonoscòpies blanques als serveis de l'Aparell Digestiu degut a la inexistència d'un test específic pel seu diagnòstic.

RAID-Dx és un nou mètode no invasiu per al diagnòstic en positiu de SII i el diagnòstic diferencial amb MII. Aquest test es basa en la detecció de la signatura bacteriana específica d'aquestes malalties en una mostra de femta. L'objectiu d'aquest estudi va ser avaluar la capacitat del RAID-Dx com a eina pel diagnòstic de la SII comparada amb la CF.

## 100 NECESSITAT PRECOÇ D'IMMUNOSUPRESSORS, BIOLÒGICS O COLECTOMIA EN UNA COHORT INCIDENT DE COLITIS ULCEROSA

Edgar Castillo-Regalado<sup>1</sup>; Míriam Mañosa<sup>1,2</sup>; Giancarlo Corrales<sup>1</sup>; Fiorella Cañete<sup>1,2</sup>; Marc Galindo<sup>1</sup>; Margalida Calafat<sup>1</sup>; Paola Torres<sup>1</sup>; Eduard Cabré<sup>1,2</sup>; Eugeni Domènech<sup>1,2</sup>  
*1*Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona); *2*Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD).

**INTRODUCCIÓ:** A diferència de la malaltia de Crohn, en la colitis ulcerosa (CU) no es disposa de predictors pronòstics ben establerts i, per tant, no es recomana l'estratègia top-down. A més, no es disposa d'estudis de factors de mal pronòstic des de la implementació dels agents biològics.

**OBJECTIU:** Identificar factors predictius de necessitat precoç (primers 5 anys) d'immunomoduladors, biològics o colectomia en pacients amb CU.

**MÈTODES:** S'identificaren tots els pacients diagnosticats de CU en el nostre centre en un període de 6 anys (gener 2009 - desembre 2015), posterior a l'aprovació del primer anti-TNF per a la CU. S'enregistraren variables sociodemogràfiques, clíniques i biològiques al diagnòstic i la necessitat d'immunomoduladors, biològics o cirurgia en els 5 primers anys des del diagnòstic.

**RESULTATS:** S'incloueren 133 pacients (mediana d'edat al diagnòstic de 42 anys, 84% ex-fumadors o mai fumadors). En el moment del diagnòstic, 19% dels pacients requeriren ingrés hospitalari, 38% tenien colitis extensa i 25% esquerra; 14% presentaven un índex de Mayo greu i 11% úlceres grans a l'endoscòpia. El 23% dels brots inicials es tractaren amb corticoides sistèmics (CS), sent-ne refractaris 30% i dependents 27%. Al final del seguiment (mediana 59 mesos [rang, 2-60]), 7% presentà progressió

proximal, 35% foren tractats amb CS (mediana 1,92 cicles), 26% iniciaren tiopurines i 17% biològics. Només 4 (3%) requeriren colectomia. La probabilitat acumulada d'iniciar IMM fou del 18%, 24% i 28%, i d'iniciar biològics del 6%, 14% i 15%, a l'1, 3 i 5 anys, respectivament. Presentar una CU extensa al diagnòstic (OR 5,3; IC95% 1,6-17,2), requerir corticosteroides al brot de debut (OR 7,8; IC95% 2,6-23,9), i la progressió proximal durant el seguiment (OR 13; IC95% 2,3-73,4), foren factors predictius independents de requerir immunomoduladors. De fet, el 80% dels pacients amb CU extensa que requeriren corticosteroides al debut reberen immunomoduladors en el seguiment. El requeriment de biològics només s'associà de manera independent a l'hospitalització al debut.

**CONCLUSIONS:** Només una quarta part de pacients amb CU requeriran immunomoduladors i un 15% biològics en els primers 5 anys de malaltia, però les formes extenses que requereixen de corticoides tenen una probabilitat molt elevada de requerir-los.

cients presentaven afectació endoscòpica a nivell cecal. Respecte a l'afectació histològica, 60% presentaven afectació lleu i 40% moderada-greu. El 98% iniciaren tractament tòpic amb sal·licilats en el moment del diagnòstic mentre que únicament un 34% varen iniciar sal·licilats orals. Durant el seguiment, 17% precisaren corticoides sistèmics i 11% immunosupressors. 8% pacients es tractaren amb anti-TNFs i 2% requeriren colectomia. El 17% dels pacients progressaren proximalment (temps mig des del diagnòstic 26+/-24 mesos). D'aquests, el 60% requeriren immunosupressor i 30% biològics. Totes les colectomies correspongueren a pacients amb progressió proximal. En l'anàlisi univariada no s'identificaren factors predictors de progressió proximal.

**Conclusió:** Un 17% dels pacients que debuten amb una PU presenten progressió proximal durant el seguiment. Aquests pacients tenen uns requeriments d'immunosupressors i biològics superiors als descrits en el global de pacients amb colitis ulcerosa.

## 101 Història natural de la proctitis ulcerosa i factors predictors per la seva progressió proximal en la era dels agents biològics.

Daniel Luna1; Isabel Salvador2; Joan Carles Balboa3; Jordina Llaó4; Marc Galindo1; Yamile Zabana2,5; Lucía Marquez3; Margarida Calafat1; Fiorella Cañete1,5; Eugeni Domènech1,5; Miriam Mañosa1,5  
1H.Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona); 2H.Mútua de Terrassa (Terrassa); 3Hospital del Mar (Barcelona); 4Althaia (Manresa); 5CiberEHD

La Proctitis Ulcerosa (PU) és una forma lleu de colitis ulcerosa que es caracteritza per l'afectació localitzada a nivell del recte. Al voltant d'un 10-30% dels pacients amb PU presenten progressió de l'afectació durant el seguiment amb la necessitat d'intensificar el tractament. No obstant, no es coneixen factors en el moment del diagnòstic que estiguin associats a un major risc de progressió.

**Objectiu:** Avaluat la història natural d'aquells pacients que debuten amb una PU i avaluar possibles factors predictors de progressió proximal durant el seguiment.

**Mètodes:** Estudi retrospectiu, multicèntric i descriptiu. S'identificaren tots aquells pacients diagnosticats d'una PU entre el 2008-2017 amb un seguiment mínim de 12 mesos de 4 hospitals catalans amb unitat de MII. S'enregistraren dades epidemiològiques, clíniques i evolutives de la malaltia com la progressió proximal i en relació als requeriments terapèutics així com la presència de manifestacions extraintestinals.

**Resultats:** S'identificaren 208 pacients amb PU amb una mitja d'edat de 42 (+/-13) anys amb un seguiment mig de 60 (+/- 31,5) mesos (54% dones, 17% fumadors actius al diagnòstic, 12% antecedents familiars, 1,4% antecedents d'apendicectomia, 3,3% consumidors habituals d'AINES, 4,4% estaven embarassades al diagnòstic). Només el 57% presentaven clínica rectal franca. L'índex de Mayo endoscòpic fou 1 en 50%, 2 en 48% i 3 en 1,5%. Un 10% dels pa-

## 102 La presència de l'al·lel HLA-DQA1\*05 s'associa a pèrdua de resposta a infliximab en pacients amb MII

Lorena Rodríguez-Alonso1; Eugènia Santacana2; Ariadna Padró3; Katja Serra1; Núria Padullés2; Alexandra Ruiz-Cerulla1; Pau Gilabert1; Clàudia Arajol1; Gemma Ibañez-Sanz1; Blau Camps1; Judit Orobitg1; Alba Serracarbasa1; Valeria Perez-Campuzano1; Francisco Rodríguez-Moranta1; Jordi Guardiola1  
1Servei de Gastroenterologia. Hospital Universitari de Bellvitge. Idibell; 2Servei de Farmàcia. Hospital Universitari de Bellvitge. Idibell; 3Laboratori de Bioquímica. Hospital Universitari de Bellvitge

### Introducció

Gairebé la meitat dels pacients amb malaltia inflamatòria intestinal (MII) tractats amb infliximab (IFX) perden resposta a aquest tractament al llarg del temps, sent el desenvolupament de immunogenicitat un dels principals mecanismes implicats. Recentment, s'ha descrit que la presència de l'al·lel HLA-DQA1\*05 és un factor de risc clau per l'aparició d'anticossos anti-fàrmac (Sazonovs A et al. JCC 2018; 12(S1): S009-010).

### Objectiu

Avaluar si l'al·lel HLA-DQA1\*05 s'associa a una pèrdua de resposta secundària (PRS) a IFX.

### Material i mètodes

Estudi de cohorts retrospectiu en el qual s'incloueren pacients amb MII responedors a IFX. Es va definir PRS com la reaparició o empitjorament dels símptomes que comportés canvi o intensificació del tractament, ingrés hospitalari o cirurgia. Els factors predictius de PRS s'han identificat mitjançant anàlisi de regressió de Cox uni i multivariats.



### Resultats

Es van incloure 64 pacients (44 malaltia de Crohn, 19 colitis ulcerosa, 1 colitis indeterminada) avaluats fins a la PRS (50%) o una mitjana de 56 mesos. El 31% eren portadors del HLA-QA1\*05. En l'anàlisi univariada, l'índex massa corporal (IMC) (HR 0.9 IC 95% 0.8-0.9,  $p = 0.038$ ) i la presència de HLA-DQA1\*05 (HR 4.0 IC 95% 1.9-8.1,  $<p 0.001$ ) es van associar a una PRS. En l'anàlisi multivariada ajustat per tabaquisme, immunomoduladors i IMC només la presència de HLA-DQA1\*05 es va associar a una PRS (HR 3.5 IC 95% 1.6-7.5,  $<p 0.002$ ) (figura).

### Conclusió

La presència de l'al·lel HLA-DQA1\*05 és freqüent i s'associa a un marcat increment del risc de PRS a IFX. La determinació del HLA-DQA1\*05 podria ajudar a personalitzar el tractament a emprar en pacients amb MII.

hipersensibilitat tardana, edema, al·lèrgia, anafilaxi, psoriasi, lupus induït), així com la pèrdua secundària de resposta (PSR).

**Resultats:** S'incloueren 939 (12%) pacients que iniciaren infliximab >60 anys i 6.844 (88%) pacients <50 anys. La taxa d'EAI (15% vs. 15%; ns) i retirada per EAI (13% vs. 12%; ns) fou similar en ambdós grups. Tampoc s'observaren diferències segons EAI: reaccions infusionals (8.3% vs. 8.2%), hipersensibilitat tardana (1.4% vs. 1.2%), psoriasis secundària (0.9% vs. 1.4%) i lupus induït (0.7% vs. 0.6%). Els pacients <50 anys presentaren una taxa de tractament combinat amb immunosupressor significativament més elevada (57% vs. 48.1% >60 anys;  $p > 0.05$ ). A l'anàlisi multivariada, la comboteràpia amb immunomoduladors (OR 0.741; IC95% 0.64-8.5;  $p < 0.05$ ) i el sexe femení (OR 1.8; IC95% 1.6-2.1  $p < 0.05$ ) foren els únics factors predictors independents per desenvolupar EAI. La taxa de PSR també fou similar en ambdós grups d'edat (20% vs. 21%), sent l'únic factor associat a PSR el tractament combinat (OR 0,85 IC95% 0,73-0,98;  $p = 0,021$ ).

**Conclusions:** Els pacients d'edat avançada tenen un risc similar de presentar EAI i PSR que els pacients <50 anys i, des d'aquesta perspectiva, es beneficiarien de seguir tractament combinat.

## 103 L'INICI D'INFLIXIMAB EN EDAT AVANÇADA NO S'ACOMPANYA D'UN INCREMENT DEL RISC D'EFFECTES ADVERSOS IMMUNOMEDIATS NI PÈRDUA SECUNDÀRIA DE RESPOSTA. ESTUDI DE COHORTS DEL REGISTRE ENEIDA.

Margalida Calafat1; Míriam Mañosa1,2; Elena Ricart2,3; Pilar Nos2,4; Eva Flores-Iglesias5; Isabel Vera6; Antonio López-San Román7; Jordi Guardiola8; Carlos Taxonera9; Miguel Mínguez10; Luisa de Castro11; Montserrat Andreu12; Sabino Riestra13; Montserrat Ribero14; Esther García-Planella15; Xavier Calvet16; Fiorella Cañete1,2; Eduard Cabré1,2; Eugeni Domènech1,2; en nom dels investigadors del registre ENEIDA de GETECCU17 1H. Universitari Germans Trias i Pujol; 2CIBERehd; 3H. Clínic Barcelona; 4H. La Fe de València; 5H. Reina Sofia; 6H.U. Puerta de Hierro; 7H. Ramón y Cajal; 8H.U. Bellvitge; 9H. Clínic San Carlos; 10H. Clínic de València; 11Complejo H. Universitario de Vigo; 12H. Del Mar; 13H.U. Central de Asturias; 14H. U. Marques de Valdecilla; 15Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 16H. Parc Taulí; 17GETECCU

**Introducció:** L'infliximab és un dels fàrmacs biològics més utilitzats en malaltia inflamatòria intestinal (MII). Entre els efectes adversos associats a infliximab, els immunomediats (EAI) són dels més freqüents. Els pacients d'edat avançada presenten unes característiques farmacodinàmiques i farmacocinètiques diferencials i s'ha descrit un augment del risc d'AE a tiopurines, pel que seria rellevant saber si el tractament combinat és adient en aquesta població.

**Objectiu:** Avaluat la taxa de EAI associats a infliximab en pacients d'edat avançada amb MII.

**Mètodes:** S'identificaren tots els pacients adults del registre ENEIDA que havien rebut un primer curs de tractament amb infliximab i es seleccionaren en dues cohorts en funció de l'edat a l'inici del tractament en >60 anys o entre 18-50 anys. Es compararen les taxes d'EAI registrats a la base ENEIDA (reaccions infusionals,

## 104 'SWITCH' DE TIOPURINES: UNA ESTRATÈGIA D'UTILITAT MÉS LIMITADA EN PACIENTS D'EDAT AVANÇADA. ESTUDI MULTICÈNTRIC DEL REGISTRE ENEIDA.

Margalida Calafat1; Míriam Mañosa1,2; Elena Ricart2,3; Eva Iglesias2,4; Marta Calvo5; Francisco Rodríguez-Moranta6; Carlos Taxonera7; Pilar Nos2,8; Francisco Mesonero9; M.Dolores Martín-Arranz10; Miguel Mínguez11; Javier P. Gisbert2,12; Santiago García-López13; Ruth de Francisco14; Fernando Gomollón2,15; Xavier Calvet2,16; Esther García-Planella17; Montserrat Rivero18; Jesús Martínez-Cadilla19; Federico Argüelles20; Lara Arias21; Marta Cimavilla22; Yamile Zabana23; Fiorella Cañete1,2; Eduard Cabré1,2; Eugeni Domènech1,2; en nom dels investigadors del registre ENEIDA de GETECCU.24 1H. Universitari Germans Trias i Pujol; 2CIBERehd; 3H. Clínic; 4H. Reina Sofia; 5H. Puerta de Hierro; 6H. Bellvitge; 7H. Clínic San Carlos; 8H. Politènic La Fe; 9H. Ramón y Cajal; 10H. La Paz; 11H. Clínic de València; 12H. Universitario de La Princesa; 13H.U. Miguel Servet; 14H.U. Central de Asturias; 15H. Clínic Lozano Blesa; 16H. Parc Taulí; 17H. Santa Creu i Sant Pau; 18H.U. Marqués de Valdecilla; 19Complejo H.U. de Vigo; 20H. Virgen de la Macarena; 21H.U. Burgos; 22H. Río Hortega; 23H. Mútua de

**Introducció:** Les tiopurines són els immunosupressors més utilitzats en malaltia inflamatòria intestinal (MII), però presenten una elevada taxa de retirada d'efectes adversos (EA). El switch a una segona tiopurina pot ser una alternativa en aquests casos, però les sèries publicades inclouen un nombre escàs de pacients. En un estudi previ demostrarem que l'inici de tiopurines en edat avançada s'associa a major incidència d'EA.

**Objectiu:** Avaluat la tolerància del switch i la persistència de tractament i els factors associats a aquestes.

**Mètodes:** Partint del registre Eneida, s'identificaren els pacients adults amb MII en els que s'havia efectuat un switch de tiopurina per EA. Es seleccionaren en dues cohorts segons l'edat d'inici del

tractament: entre 18-50 anys, i més de 60 anys. S'avaluaren la taxa i la concordança d'EA de la segona tiopurina, la retirada per EA i la persistència global del tractament.

**Resultats:** Dels 17.371 pacients que iniciaren una primera tiopurina en els grups d'edat indicats, es retirà en 3.903 per EA. En 1.278 d'aquests (32%) es procedí a switch (93% mercaptopurina, 7% azatioprina), 1.105 en <50 anys i 173 en >60 anys. L'EA de la primera tiopurina fou: intolerància digestiva 60%, hepatotoxicitat 13%, mielotoxicitat 6%, pancreatitis aguda 2%, altres 19%. La taxa d'EAs post-switch fou del 58%, ocasionant la retirada del 46%. En aquells pacients que presentaren EA post-switch, l'EA més probable fou el mateix de la primera tiopurina, particularment en intolerància digestiva (61%). La probabilitat de retirada per EA post-switch fou del 40%, 43%, 47% i 50% als 6 mesos, 1-3-5 anys, respectivament. La persistència de tractament post-switch fou del 44%, 40% i 34% als 1-3-5 anys, respectivament. L'anàlisi multivariada demostrà com únics factors predictius independents de retirada per EA el switch en >60 anys (53% vs. 45%; OR 1,5; IC95% 1,1-2,1), haver presentat intolerància digestiva (48% vs. 41%; OR 1,4; IC95% 1,1-1,8) o pancreatitis (83% vs. 45%; OR 6,8; IC95% 2,6-18,2) amb la primera tiopurina.

**Conclusió:** En la sèrie més gran comunicada fins ara, es demostra que el switch de tiopurines és una estratègia vàlida excepte en cas de pancreatitis. En pacients d'edat avançada és aconsellable monitorització estreta.

amb determinació d'anticossos antiendomisi i antipèptidamidat de la gliadina que van resultar negatius.

**Conclusions:** Amb la tècnica utilitzada, la prevalença de malaltia celíaca en la població estudiada és menor a la descrita prèviament.

## 105 CRIBRATGE DE LA MALALTIA CELÍACA EN ELS NENS SAHARAUS DELS CAMPAMENTS DE REFUGIATS ARGELINS ACOLLITS A CATALUNYA EN EL PROGRAMA "VACANCES EN PAU"

Eva Pijoan<sup>1</sup>; Isabel Miguel<sup>1</sup>; Gisela Torres<sup>1</sup>; Neus Pociello<sup>1</sup>; Cristina Moreno<sup>1</sup>; Aureli Esquerda<sup>1</sup>; Raquel Ballester<sup>1</sup>; Montse Planella<sup>1,2</sup>  
*1Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida; 2Universitat de Lleida*

### Introducció:

S'ha descrit una alta prevalença de malaltia celíaca (MC) en la població sahrauí. S'ha demostrat la utilitat de les proves ràpides point of care en el cribatge d'aquesta en determinades poblacions.

### Els objectius del projecte van ser:

Realitzar el cribatge de MC amb una prova ràpida a tots els nens sahrauís acollits al programa de "Vacances en pau" a Catalunya. Valorar la possibilitat d'implementació del cribatge amb aquest mètode a la població general en els campaments de refugiats argelins. Material i mètodes:

Del total de 450 nens acollits, es va practicar la prova ràpida a 272 (60%) nens d'edats compreses entre 9 i 15 anys, 157 nens i 115 nenes. Es van excloure els casos prèviament diagnosticats de malaltia celíaca. Es va realitzar un qüestionari bàsic bàsic de símptomes a tots els nens. Per al cribatge, es va utilitzar el test Xeliac Test Professional® (Eurospital), prova ràpida immunocromatogràfica que detecta anticossos antitransglutaminasa IgA i IgG. A tots els nens amb test positiu o dubtós es va realitzar extracció venosa per a la determinació quantitativa d'anticossos antitransglutaminasa (Celikey, ThermoFisher).

**Resultats:** Es van detectar 20 casos positius o dubtosos mitjançant la prova ràpida. La determinació serològica d'antitransglutaminasa va resultar negativa en 18 i indeterminada (nivell baix d'anticossos, per sota del punt de tall) en 2, ens els quals es va completar l'estudi

## 106 HLA-DQ I ESTIMACIÓ DEL RISC DE MALALTIA CELÍACA.

Gisela Torres<sup>1</sup>; Isabel Miguel<sup>1</sup>; Eva Pijoan<sup>1</sup>; Raquel Ballester<sup>1</sup>; Neus Pociello<sup>1</sup>; Pilar Gallel<sup>1,2</sup>; Montse Planella<sup>1,2</sup>; Aureli Esquerda<sup>1</sup>  
*1Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida; 2Universitat de Lleida*

**Introducció:** Els gens HLA-DQ constitueixen el principal factor de risc genètic conegut de la malaltia celíaca. Aquest risc es pot avaluar com a present o absent, segons estiguin o no presents els dos principals haplotips relacionats amb la celiaquia (DQ2.5 i DQ8.1). No obstant això, el tipatge complet de l'HLA-DQ pot proporcionar informació addicional, permetent una estimació del grau de risc.

**Objectius:** Estratificar el risc de patir la malaltia en funció de les diferents combinacions haplotípiques de l'HLA-DQ, partint de les freqüències observades en celíacs i en un grup control de la nostra població.

**Mètodes:** Revisió retrospectiva del tipatge HLA-DQ en el nostre hospital, incloent 786 celíacs i 3.618 no celíacs. El mètode utilitzat va ser l'INNO-LiPA (Fujirebio). Es calcula l'OR per a diferents combinacions d'haplotips, a partir de les freqüències de pacients afectats i no afectats, i s'estima el risc prenent com a base 1:150. S'estudia també l'OR separat per sexes.

**Resultats:** S'estableixen 5 grups de risc

No s'observen diferències entre sexes, excepte per a la combinació 2.5/altre, que confereix major risc en dones que en homes.

**Conclusions:** En la nostra població d'estudi, és possible diferenciar cinc grups de risc a partir del tipatge complet HLA-DQ. Aquesta dada por tenir-se en compte en un futur a l'hora de prendre decisions clíniques.

rar malgrat la desaparició del virus, resolent-se el quadre al tractar la infecció bacteriana associada.

**Conclusions:**

En els pacients VIH amb proctitis la presència de CMV a la biòpsia o PCR del teixit no és infreqüent, i en la majoria dels casos és concomitant a una proctitis de transmissió sexual bacteriana i resol al tractar la infecció bacteriana. És molt important el frotis rectal per detecció de proctitis bacterianes en aquests pacients. Són necessaris més estudis per determinar si CMV és un oportunista o agent infeccios i cal valorar el seu tractament segons l'estat immunològic del pacient.

## 107 Citomegalovirus en proctitis de transmissió sexual. Agent causal o coincident?

Nadia Chahri, Anna Reig, Paola Andrea, Elena Benavent, Laia Lluís, M. Carmen Peña, M. Victoria Andreu<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Hospital Universitari del Sagrat Cor*

**Introducció:**

El citomegalovirus (CMV) es un virus Herpesviridae que provoca una malaltia sistèmica, és freqüent la colitis sobretot en immunodeprimits. Es diagnostica per immunohistoquímica o PCR en biòpsies de colon de mucosa inflamada. L'afectació rectal aïllada és excepcional, s'ha suggerit secundària a una primoinfecció per via anal o a una reactivació. En el pacient seropositiu per VIH amb hàbit sexual anal i proctitis d'etiologia mixta (bacteriana i cmv) la implicació etiològica de la infecció per CMV no ha estat establerta ni tampoc el tractament òptim.

**Objectius i mètodes:**

Descriure les dades demogràfiques, clíniques i diagnòstiques de tots els casos de proctitis aïllada amb presència de CMV diagnosticats a l'Hospital Universitari del Sagrat Cor en els últims 3 anys

**Resultats:**

Es van diagnosticar un total de 7 casos, tots eren homes (edat mediana 41 IQR 36-44,5 anys) amb hàbit sexual anal i infecció per VIH. 2 (28,6%) tenien CD4<200. La principal manifestació clínica va ser la rectorràgia. A tots se'ls va realitzar una colonoscòpia evidenciant proctitis aguda (edema i úlceres). La immunohistoquímica va ser positiva en 3(42,9%), en 4(57%) la immunohistoquímica va ser negativa però la PCR va ser positiva. Cinc (71,4%) tenien d'altres infeccions de transmissió sexual associades (Chlamydia trachomatis +/- gonococ) motiu pel qual tots ells van rebre tractament antibiòtic. Van rebre tractament pel CMV 71,4%, tot i que 40% (incloent 1 pacient amb immunohistoquímica positiva) no van millor

## 108 Efectivitat i seguretat de Ustekinumab en pacients amb malaltia de Crohn. Estudi observacional unicèntric en vida real.

Natalia Borrueal Sáinz<sup>1</sup>; Claudia Herrera de Guisó<sup>1</sup>; Virginia Robles Alonso<sup>1</sup>; Ester Navarro Correal<sup>1</sup>; Luis F. Mayorga Ayala<sup>1</sup>; Francesc Casellas Jordá<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Unitat d'atenció Crohn-colitis. Servei d'Aparell Digestiu. HGospital Vall d'Hebron*

**INTRODUCCIÓ:** Ustekinumab (UST), fàrmac anti IL-12/IL-23 està aprovat per al tractament de la malaltia de Crohn (EC). Les condicions dels estudis de registre no reflecteixen la pràctica clínica habitual. El nostre objectiu és valorar l'eficàcia i seguretat de UST en el tractament de malalts amb EC en vida real.

**METODES:** Es van incloure de manera retrospectiva tots els pacients amb EC tractats consecutivament amb UST en la nostra Unitat des de l'any 2009 i es van registrar les característiques demogràfiques i clíniques. La resposta/remissió clínica es va avaluar mitjançant CDAl i en alguns pacients a més mitjançant colonoscòpia.

**RESULTATS:** S'han inclòs en l'estudi 47 pacients amb un seguiment de 281 dies (120-798) (Taula 1). La majoria dels pacients tenien una EC de llarga evolució, 17 pacients associaven malaltia perianal i 20 manifestacions extraintestinals. Més de la meitat havien requerit almenys una cirurgia de resecció (57.5%). El 95.7% dels pacients havien fracassat a IMM (64% a 2 o més) i el 90% dels pacients a tractament biològic (15 a 1 i 27 a 2 o més) i solament 5 dels pacients eren naïve. Vint-i-sis pacients van rebre inducció subcutània amb UST 3 mg/Kg en dia 0 i la resta de pacients (21) endovenosa amb UST 6 mg/Kg, seguit de manteniment amb 90 mg/8 setmanes. El 70% dels pacients van rebre ustekinumab en monoteràpia. Es va necessitar intensificació del tractament en 13 pacients (27%). Al final del període de seguiment, el 62% dels pacients amb UST està en remissió clínica. Encara que no aconsegueix significació estadística,

existeix una tendència a una millor resposta en els pacients naïve o amb fracàs a un fàrmac biològic (77%) que en els pacients amb fracàs a 2 o més (52%). No es van evidenciar esdeveniments adversos greus sent la majoria dels efectes adversos infeccions lleus.

**CONCLUSIÓ:** Ustekinumab és un fàrmac eficaç i segur també en el context clínic de vida real. Els resultats clínics són millors en pacients naïve o amb fracàs a un fàrmac biològic, la qual cosa suggereix que la seva utilització en fases més precoces seria més eficaç.

**Resultats:** es van incloure 111 subjectes, 29 en el grup CU-RL, 20 en CU-RC, 38 en CU-B i 24 sans. Es va trobar major diversitat d'espècies en el grup CU-RL i sans en comparació amb CU-RC i CU-B ( $p < 0.01$ ). L'abundància de *F. prausnitzii* va ser significativament menor en CU-RC i CU-B en comparació amb CU-RL (mitjana  $7.67E+8$  còpies/g,  $5.06E+8$  còpies/g vs.  $4.37E+9$  còpies/g, respectivament  $p < 0.05$ ). *A. muciniphila* es va trobar significativament reduïda en CU-RC i CU-B en contrast amb CU-RL i sans (mitjana  $0.00E+0$  còpies/g en CU-RC i CU-B vs.  $3.89E+6$  còpies/g en CU-RL i  $5.01E+9$  còpies/g en sans,  $p < 0.01$ ). L'abundància d'*E. coli* i *F. nucleatum* va ser similar en tots els subjectes.

**Conclusió:** Els pacients amb CU en remissió a llarg termini mostren una clara recuperació de la diversitat d'espècies així com de l'abundància de *A. muciniphila* i *F. prausnitzii*. Els pacients amb CU són capaços de recuperar algunes característiques eubiòtiques de la seva microbiota intestinal.

## 109 Pacients amb colitis ulcerosa en remissió estable a llarg termini recuperen característiques eubiòtiques de la microbiota

Claudia Herrera-deGuise<sup>1</sup>; Encarna Varela<sup>2</sup>; Virginia Robles<sup>1</sup>; Francesc Casellas<sup>1</sup>; Natalia Borrue<sup>1</sup>; Francisco Guarnier<sup>1</sup>  
1Unitat d'Atenció Crohn-Colitis. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2Vall d'Hebron Institut de Recerca

**Introducció:** La microbiota dels pacients amb colitis ulcerosa (CU) presenta disminució en diversitat i menor estabilitat. *Faecalibacterium prausnitzii*, *Roseburia hominis* i *Akkermansia* spp. es troben disminuïdes, no obstant, bacteris potencialment patògens com *Fusobacterium* spp i *Enterobacteriaceae* hi són presents. La disbiosis en la CU es correlaciona amb inflamació, però pot persistir en períodes de remissió. No existeixen estudis que explorin la composició de la microbiota en pacients amb CU en períodes llargs de remissió. L'objectiu va ser avaluar la microbiota en pacients amb CU en remissió llarga.

**Mètodes:** es va realitzar un estudi transversal en 4 grups de subjectes: 1)CU-RL: pacients en remissió llarga ( $\geq 5$  anys sense exacerbació i remissió clínica, endoscòpica i histològica); 2)CU-RC: pacients en remissió curta (3 mesos remissió clínica i calprotectina  $\leq 150$ ug/g); 3)CU-B: pacients en brot de la malaltia (SCCAI  $> 4$  i calprotectina  $> 150$ ug/g) i 4)Sans: controls sans no relacionats. Es van obtenir 2 mostres de femta congelada de tots els subjectes, excepte del grup CU-B del que es va obtenir 1 mostra durant el brot. Es va amplificar el gen 16SrRNA per a la determinació de diversitat i composició de la microbiota, i es van determinar espècies específiques (*F. prausnitzii*, *A. muciniphila*, *E. coli*, *F. nucleatum*) per qPCR.

## 110 EVOLUCIÓ DELS RECANVIS DE TRACTAMENT BIOLÒGIC DELS PACIENTS AMB MALALTIA INFLAMATÒRIA INTESTINAL (MII) A L'HOSPITAL Dr. J. TRUETA DE GIRONA

David Busquets<sup>1</sup>; Laia Peries<sup>2</sup>; Marc Albert<sup>2</sup>; Rene Louvriex<sup>2</sup>; Laia Gutierrez<sup>2</sup>; Berta Oliveras<sup>2</sup>; Leyanira Torrealba<sup>1</sup>; Oriol Miquel<sup>1</sup>; Xavier Aldeguer<sup>1</sup>  
1Unitat Malaltia Inflamatòria Intestinal de Girona. Hospital Universitari de Girona Dr. J. Trueta; 2Aparell Digestiu. Hospital Universitari de Girona Dr. J. Trueta

**INTRODUCCIÓ:** Aproximadament 1/3 dels pacients amb MII naïves que inicien tractament anti-TNF no presenten resposta primària, i 2/3 dels restants no aconsegueixen remissió. En estudis controlats, quasi el 50% dels pacients perden resposta a l'any. En les revisions recents, la taxa de pèrdua de resposta al tractament malgrat optimització fou del 13% per Infiximab i 20% per Adalimumab, en el context majoritàriament d'aparició d'anticossos anti-TNF<sup>1,2</sup>.

L'arribada els últims anys de nous tractaments contra altres molècules diferents al TNF, han ampliat el ventall de possibilitats de tractament biològic de 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> i 4<sup>a</sup> línia.

**MÈTODES:** Hem recollit les dades en el nostre hospital de tots els canvis de tractament biològic, i el motiu. S'han extret d'una base de dades pròpia.

**RESULTATS:** Des dels anys 90 tenim recollides dades de 246 pacients (homes 52%) que han iniciat tractament biològic (83 CU, 161 MC, 2 CI) al nostre hospital. Tenint en compte la introducció a la nostra pràctica clínica dels nous biològics els últims anys (biosimilars infliximab, Golimumab, Vedolizumab, Ustekinumab, ...), ens hem centrat en el recanvi de biològics des del 2012 de

forma anual. D'aquests, 159 pacients(65%) han retirat el tractament progressivament per diferents motius, 52(53%) en segona línia, 14(38%) en 3ª, 4(33%) en 4ª, i 2 de 2 en 5ª línia.

Les retirades anuals han presentat un augment progressiu des del 2012 (Quadre 1), sent les principals causes la pèrdua de resposta, els efectes adversos al fàrmac i la no resposta primària.

#### CONCLUSIÓ:

- La introducció en la nostra pràctica clínica dels nous biològics ha comportat una clara predisposició a un augment dels recanvis de tractament, predominantment per falta de resposta.
- El futur pròxim, amb la nova entrada de més fàrmacs biològics i nous biosimilars ens depararà una gran oferta de tractaments que haurem d'optimitzar de forma responsable.

#### BIBLIOGRAFIA:

Allez M, et al. Report of the ECCO pathogenesis workshop on anti-TNF therapy failures in inflammatory bowel diseases: Definitions, frequency and pharmacological aspects. JCC 2010

Chowers Y, et al. Report of the ECCO workshop on anti-TNF therapy failures in inflammatory bowel diseases: Biological roles and effects of TNF and TNF antagonists. JCC 2010

es van trobar factors predictius de remissió clínica. La normalització de la qualitat de vida a la setmana 8 no va ser capaç de predir la remissió clínica en setmana 52. Conclusió: no s'han identificat factors predictors de remissió a l'any de tractament en pacients amb ustekinumab

## 111 Normalització de qualitat de vida de pacients amb Malaltia de Crohn en tractament amb ustekinumab

Virginia Robles1; Claudia Herrera1; Natalia Borrue1; Francesc Casellas1  
1Hospital Universitari Vall d'Hebron

**Introducció:** al llarg dels últims anys els objectius dels tractaments de la Malaltia de Crohn han evolucionat cap a la valoració de targs terapèutics basats en l'avaluació subjectiva del propi pacient (Patient Reported Outcomes). El PRO més estès és el basat en la mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS). En el cas de específic de la malaltia inflamatòria intestinal s'ha demostrat que la percepció de la salut es restaura a la normalitat quan la puntuació global del IBQD-36 és igual o major a 209 punts. Sabem també que altres fàrmacs com els antiTNF són capaços de restaurar la QVRS després d'un any de tractament en pacients amb Malaltia de Crohn, tenint a més capacitat predictiva de resposta clínica a llarg termini. **Objectiu i mètode:** amb l'objectiu primari d'establir si la normalització de la qualitat de vida a la setmana 8 (IBDQ) és capaç de predir la remissió clínica (CDAI) a l'any de tractament i com a objectiu secundari de valoració de factors predictius de remissió clínica, vam dissenyar un estudi observacional retrospectiu de tots els pacients tractats amb ustekinumab. **Resultats:** s'analitzen un total de 27 pacients, d'ells 17 no van arribar a l'any de tractament per fallada terapèutica. Amb una mediana de tractament 10 mesos, 9 homes i 21 dones, edat mitjana 45 anys (21-76), 8 fumadors, 12 no fumadors, 10 ex-fumadors. Deu pacients presentaven malaltia perianal, 20 pacients s'associaven manifestacions extra-intestinals, 18 havien estat operats prèviament. El 28% havien rebut un fàrmac antiTNF alfa, el 64% almenys dos, el 7% cap fàrmac antiTNF. Vuit s'associaven immunomodulador com co-tractament. Dels pacients que van aconseguir l'any de tractament, el 50% van aconseguir la remissió a l'any i el 30% van normalitzar la QVRS. En l'anàlisi univariant no

## 112 IMPACTE DE L'INICI D'UNA CONSULTA D'ALT RISC (CAR) DE CÀNCER COLORECTAL EN UN HOSPITAL DE SEGON NIVELL

David Barquero Declara1; Alejandro Fernández Simón1; Mercè Navarro Llavat1; Ana Bargalló García1; Orlando García Bosch1; Marta Martín Llahí1; Eva Erice Muñoz1; Carlos Hernández Ballesteros1; Xavier Ariza Solé1; Alfredo Mata Bilbao1; Alejandro Blasco Pelicano1  
1Hospital de Sant Joan Despi Moisès Broggi

#### INTRODUCCIÓ.

El càncer colorectal (CCR) és el càncer més freqüent a Espanya sense fer distinció per sexes. Els programes de cribatge permeten diagnosticar situacions d'alt risc de CCR. Per gestionar aquesta situació s'han creat les CAR.

#### OBJECTIU.

Descriure l'impacte de la CAR en el nostre hospital.

#### MATERIAL I MÈTODES.

Estudi prospectiu iniciat el Setembre de 2014 un any abans de l'inici al nostre centre del programa de cribatge. S'inclouen tots els malalts (fins Setembre de 2018) en situació d'alt risc de CCR per antecedents familiars i/o personals (sospita de poliposis, pòlips > 10 mm ressecats en fragments/incomplets, ≥ 5 pòlips o almenys un ≥ 20 mm, pTis en contacte amb el marge de resecció o ressecat en fragments i pT1 correctament ressecats).

#### RESULTATS.

S'han visitat 1481 pacients. S'han registrat com d'alt risc 429 pacients amb una edat mitjana de 64,8 anys (DE 11,34), 272 homes (63,4%) i 157 dones (36,6%). 34 pacients (7,9%) presentaven antecedents familiars de CCR en ≥ 2 familiars de primer grau o ur61 < 60 anys. En 15 (3,5%) hi havia sospita/seguretat de síndrome

de Lynch i en 4 (0,9%) de CCR familiar tipus X. En 5 pacients (1,2%) havia poliposis adenomatosa familiar atenuada (PAFA) coneguda.

Es van detectar 370 pacients (47,6%) amb  $\geq 5$  pòlips o almenys un  $\geq 20$  mm i amb sospita de poliposi 149 (34,7%). 225 pacients (52,4%) presentaven pòlips  $> 10$  mm ressecats en fragments/incomplets, 54 pTis (12,6%) en contacte amb el marge de resecció o ressecats en fragments i 32 pT1 (7,5%) correctament ressecats.

Dels 429, 68 s'han enviat a Consell Genètic, tenint resposta de 27. Dels 27 s'ha confirmat un diagnòstic d'alt risc en el 100%. El diagnòstic més freqüent ha estat PAFA. S'han diagnosticat 2 CCR tipus X, una síndrome de Lynch i una síndrome de Cowden.

Tots els malalts visitats presentaven un grau d'ansietat alt en relació al nom de la consulta.

#### CONCLUSIONS.

Existeix un grup d'alt risc de CCR que necessita una atenció específica que pot oferir la CAR. Es requereix una actuació multidisciplinària i ben coordinada. La modificació del seu nom pot disminuir els nivells d'ansietat en els malalts.

logística per analitzar els factors de risc de tenir un FP. Es va estimar la probabilitat de tenir com a mínim un FP al llarg de 7 rondes de cribratge.

**RESULTATS:** Durant el període de cribratge, 48.499 participants van ser inclosos i 2.191 van obtenir almenys un FP. Durant el període 2000-2017, el risc acumulat de rebre un FP va ser del 16.3%(IC95%:14.6%18.3%) ajustat per edat, sexe i tipus de prova. Els participants que inicien el cribratge amb 50 anys tenen una probabilitat de tenir un FP en 4 rondes de 7,3%(IC95%:6,35-8,51) i de 12,4%(IC95%:11.00-13.94), respectivament per guaiac i la prova immunològica. L'edat, la prova immunològica, que la ronda sigui prevalent o incident i el nombre de participacions de l'individu van ser factors de risc d'obtenir un resultat FP.

**CONCLUSIONS:** El risc acumulat de FP en la detecció de CCR amb PDSOF sembla acceptable ja que el procediment de diagnòstic (colonoscòpia), amb la seva gran precisió, allarga el temps de protecció contra el CCR, mentre que les taxes de complicacions romanen baixes.

## 113 Risc acumulat de falsos positius de la prova de detecció de sang oculta en femta durant set rondes del programa poblacional de cribratge de càncer colorectal

Gemma Ibáñez-Sanz<sup>1,2,3</sup>; Montse Garcia<sup>5</sup>; Núria Milà<sup>1,5</sup>; Gemma Binefa<sup>3,5</sup>; Lúcia Benito<sup>5</sup>; Carmen Vidal<sup>5</sup>; Víctor Moreno<sup>1,3,4</sup>  
*1Unitat de Biomarcadors i Susceptibilitat, Institut Català d'Oncologia-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat; 2Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge -IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat.; 3CIBER Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), Madrid; 4Departament de Ciències clíniques, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona; 5Unitat de Cribratge, Institut Català d'Oncologia-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat.*

**INTRODUCCIÓ:** L'avaluació de l'efectivitat en les intervencions preventives ha de tenir en compte l'equilibri dels beneficis i els efectes adversos d'aquestes. Assaigs controlats aleatoris han demostrat l'eficàcia de la prova de detecció de sang oculta en femta (PDSOF) en la disminució de la mortalitat per càncer colorectal (CCR). No obstant això, pocs estudis han investigat els efectes adversos a mitjà i llarg termini.

**OBJECTIU:** Estimar el risc acumulat de tenir un resultat fals positiu (FP) en una prova de PDSOF al llarg de set rondes de detecció. Identificar els factors associats amb obtenir un FP en el programa de cribratge de CCR.

**MATERIAL I MÈTODES:** Cohort retrospectiva que va incloure participants de 50-69 anys del programa de cribratge del CCR de l'Hospitalet de 2000-2017. S'utilitzaren dues PDSOF (guaiac i immunològica). Es va definir com resultat FP tenir una PDSOF positiva (detecció de sang en 5-6 mostres en la prova de guaiac o nivell d'hemoglobina de  $\geq 20\mu\text{g Hb/g}$  en la prova immunològica), però cap adenoma d'alt risc o CCR en la colonoscòpia. Es van realitzar models de regressió

## 114 Possible paper del condroitin sulfat i la glucosamina en la prevenció del càncer colorectal

Luisa C de la Peña-Negro<sup>1,2,3</sup>; Gemma Ibáñez-Sanz<sup>1,2,4</sup>; Elisabet Guinó<sup>1,4</sup>; Caridad Pontes<sup>5</sup>; Rosa Morros<sup>6</sup>; M<sup>a</sup> Àngeles Quijada-Manuitt<sup>6</sup>; Rosa Rodríguez Pérez<sup>2</sup>; Anna Barris<sup>7</sup>; M. Carmen Martín<sup>3</sup>; Lorena Rodríguez-Alonso<sup>2</sup>; Ana García Rodríguez<sup>3</sup>; Alfredo Mata<sup>6</sup>; Sonia Broton<sup>2</sup>; Asunción Díaz Guerrero<sup>2</sup>; Montserrat Pena<sup>2</sup>; Victor Moreno<sup>1,4,8</sup>  
*1Unitat de Biomarcadors i Susceptibilitat, Institut Català d'Oncologia-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat; 2Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge -IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat; 3Servei d'Aparell Digestiu, Hospital de Viladecans, Viladecans; 4CIBER Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), Madrid; 5Departament de Farmacologia, de Terapèutica i de Toxicologia, Unitat Docent Parc Taulí, Universitat; 6Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, Barcelona; 7Servei d'Aparell Digestiu, Hospital de Moisès Broggi, Sant Joan Despí; 8Departament de Ciències clíniques, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona*

**INTRODUCCIÓ:** Els antiinflamatoris no esteroïdals (AINEs) s'han associat a una reducció del risc de càncer colorectal (CCR) però actualment no disposem d'un agent quimiopreventiu segur i eficaç per prevenir el CCR a nivell poblacional.

**OBJECTIU:** Avaluar l'associació entre el CCR i l'ús del condroitin sulfat i la glucosamina.

**MATERIAL I MÈTODES:** Estudi de casos i controls poblacional a partir de la base de dades del Sistema de Desenvolupament de la Investigació en Atenció Primària (SIDAP). Aquesta base registra l'historial de reemborsaments de medicaments i malalties dels pacients. L'estudi inclou 25.811 casos amb un diagnòstic de CCR incident entre 2010 i 2015 i, a més, 129.117 controls aparellats en freqüència per edat i sexe. Es va mesurar l'associació de condroitin sulfat o glucosamina amb el CCR definida en termes de dosi diària mitjana definida, durada acumulada, moment d'exposició i tipus de fàrmac. Es van calcular els odds-ratios (OR) i els intervals de

confiança (IC) del 95% mitjançant regressió logística ajustada per als factors de confusió potencials.

**RESULTATS:** El principi actiu més utilitzat va ser el condroitin sulfat (n = 15.035; 10%) seguit de la glucosamina (n = 11.737; 8%). Després d'ajustar per l'ús d'altres AINEs, s'observà una disminució del risc de CCR en els usuaris de condroitin sulfat del 7% (OR = 0,93; IC del 95%: 0,89-0,98; p = 0,003) i en els usuaris de glucosamina del 11% (OR = 0,89; IC del 95%: 0,84-0,94; p < 0,001). L'efecte era independent de la seva durada i dosi. La combinació de condroitin sulfat i glucosamina reduïa el CCR en un 10% (OR = 0,90; IC del 95%: 0,87-0,94; p < 0,001).

#### CONCLUSIONS

El condroitin sulfat i la glucosamina poden tenir un efecte protector sobre el CCR en la nostra població. Aquests resultats mereixen una investigació prospectiva donat el bon perfil de seguretat d'aquests fàrmacs.

les dades del cribratge amb la dispensació farmacèutica durant el període d'estudi obtingudes a través del programa públic d'anàlisi de dades per a la investigació i la innovació en salut (PADRIS). Es va mesurar el consum d'IBP per cada PDSOFi segons si l'individu havia recollit receptes amb el codi ATC:A02BC els 3 mesos anteriors a la realització de la PDSOFi. Es van realitzar models de regressió logística, ajustats per sexe i edat, per analitzar si el consum d'IBP incrementava el risc de fals positiu.

**RESULTATS:** Es van incloure 4.253 PDSOFi positives (4.204 participants) amb colonoscòpia diagnòstica. La proporció de falsos positius va ser del 53,49% (45,8% en homes; 54,2% en dones). En 1.019 (23,96%) PDSOFi, a la persona se li havia dispensat IBP en els 3 mesos anteriors a la realització de la prova (21,0% homes; 27,8% dones). El consum d'IBP incrementa un 13% (IC95% 9,5-16,3%) la probabilitat d'obtenir un FP passant d'un percentatge del 50,4% al 63,3% (OR ajustat: 1,65; IC95%: 1,42-1,92).

**CONCLUSIONS:** L'ús concurrent dels IBP en el moment de la PDSOFi augmenta la probabilitat d'obtenir un resultat fals positiu. La recomanació d'evitar l'ús abans de la colonoscòpia podria reduir fins a 1 de cada 8 falsos positius.

## 115 Associació dels inhibidors de la bomba de protons amb els falsos positius de la prova de detecció de sang oculta en femta immunològica en el cribratge de càncer colorectal

Luisa C de la Peña-Negro<sup>1,2,3</sup>; Gemma Ibáñez-Sanz<sup>1,2,4</sup>; Núria Milà<sup>1,5</sup>; Francisco Rodríguez-Moranta<sup>2,4</sup>; Lorena Rodríguez-Alonso<sup>2</sup>; Montse Garcia<sup>5</sup>; Gemma Binefa<sup>5</sup>; Carmen Vidal<sup>5</sup>; Antonio Soriano<sup>2</sup>; Jordi Guardiola<sup>2,6</sup>; Victor Moreno<sup>1,4,6</sup>

*1Unitat de Biomarcadors i Susceptibilitat, Institut Català d'Oncologia-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat; 2Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge -IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat; 3Servei d'Aparell Digestiu, Hospital de Viladecans, Viladecans; 4CIBER Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), Madrid; 5Unitat de Cribratge, Institut Català d'Oncologia-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat; 6Universitat de Barcelona, Barcelona*

**INTRODUCCIÓ:** La prova de detecció de sang oculta en femta immunològica (PDSOFi) té una especificitat del 94% per a la detecció de càncer colorectal (CCR) comportant resultats falsos positius. L'ús d'inhibidors de la bomba de protons (IBP) previ a la realització de la PDSOFi podria disminuir la precisió de la PDSOFi que comportaria una reducció en l'eficàcia del cribratge de CCR.

**OBJECTIU:** Avaluar l'associació entre el consum d'IBP i un resultat fals positiu en la PDSOFi en un programa de cribratge de CCR poblacional.

**MATERIAL I MÈTODES:** Es va estudiar una cohort retrospectiva (46.783) seleccionant PDSOFi positives amb colonoscòpia realitzada pel programa de cribratge de CCR de L'Hospitalet del Llobregat, Vilafranca del Penedès i Penedès rural en el període 2010-2016. Es va considerar fals positiu un resultat positiu en la PDSOFi ( $\geq 20\mu\text{g Hb/g}$ ) seguit d'una colonoscòpia sense lesions d'intermedi risc, alt risc o CCR. Es vincularen de manera anònima

## 116 RESULTATS DE LA PRIMERA RONDA DEL PROGRAMA DE CRIBRATGE POBLACIONAL DE CÀNCER DE CÒLON I RECTE AL BAIX CAMP-PRIORAT

Joan Marsal Molero<sup>1</sup>; Montserrat Sánchez Galino<sup>1</sup>; Manuel Felipe García Rodríguez<sup>1</sup>; Marià Carulla<sup>2</sup>; Cristina Miracles Huguet<sup>2</sup>; Jaume Galceran<sup>2</sup>; Francisco J. Martínez Cerezo<sup>1</sup>

*1Servei d'Aparell Digestiu, Hospitalet Universitari Sant Joan. Reus.; 2Fundació Llaga per a la Investigació i Prevenció del Càncer. Reus*

#### INTRODUCCIÓ

El càncer de còlon i recte (CCR) és una malaltia amb un impacte elevat a Catalunya per la seva freqüència i mortalitat. No obstant això, és el càncer que més es pot beneficiar de mesures preventives, per tant són molt importants els programes de prevenció.

#### OBJECTIU

Presentar els resultats i l'impacte de la primera ronda del PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DE CÀNCER DE CÒLON I RECTE DE CATALUNYA (PDPCCRC) a les comarques del Baix Camp i Priorat.

#### PACIENTS I MÈTODES

Període de l'estudi: 2 anys, fins el 30/9/2018. Població inclosa: 198.032. Població diana (50 a 69 anys) : 47.004. Tècnica de cribratge: SOFi quantitativa, punt de tall: 100 ng/ml.

**Mètode d'invitació al programa:** carta. Recollida del kit i entrega de la mostra: als CAP.

La colonoscòpia es fa amb criteris de qualitat indicats al PDPCCRC (que són els de les guies clíniques dels programes de cribratge).

## RESULTATS

Participació: 18.335 (39,01%). Positius: 1.320 (7,2%).

Colonoscòpies: 1.165 pacients i 1.251 exploracions (86 successives).

Lesions detectades: 77 càncers invasius, 40 carcinomes in situ, 162 adenomes d'alt risc, 262 adenomes de risc mitjà, 244 adenomes de baix risc, 26 poliposis, 40 pòlips hiperplàsics, 13 Malalties Inflamatòries Intestinals i 286 negatives.

Valors dels indicadors: 94% acceptació de colonoscòpia. 97% colonoscòpies completes. Taxa de detecció d'adenoma d'alt risc + càncer invasiu 21.12 ‰. Taxa de detecció de càncer invasiu: 4,2 ‰. Proporció de CCR en estadi avançat: 25 %.

Complicacions: 1 perforació resolta endoscòpicament, 15 hemorràgies, 9 complicacions cardiorespiratòries i 6 complicacions anecdòtiques. Cap èxitus.

## CONCLUSIONS

El PDPCCRC s'ha implementat sense complicacions importants.

Les taxes de detecció d'adenomes avançats, carcinoma in situ i càncer invasiu han estat en general per damunt dels valors estàndards.

El programa ha estat ben acceptat per la població i ha permès la prevenció i diagnòstic precoç de molts casos de CCR, fet que té un gran impacte social i personal.

tumorales no estaban elevados. El tamaño mediano era de 21 mm [IQR 20 – 28 mm], 21 casos tenían CCI uninodular (estadio Ia) y 6 pacientes estadio II. Entre los pacientes con tumor único, 10 de ellos tenían un CCI único < 2cm. La SG mediana fue de 30.6 meses (CI 95%; 22.6 – 46.5) y se detectó recurrencia en 21 casos (77,8%), con un TTR de 10.1 meses (CI 95%; 7.7 – 20.9). En aquellos pacientes con un CCI único  $\geq$ 2cm, la SG fue 94.5 meses (CI 95%; 11.7 – no alcanzada), siendo esta SG estadísticamente superior a la de aquellos pacientes con CCI único > 2 cm (24.3 meses (CI 95%; 10.4 – 44.25),  $p = 0.04$ ) y a aquellos con enfermedad multinodular (26.5 meses (CI 95%; 20.23 – 41.4);  $p = 0.02$ ). Dos pacientes presentaron complicaciones relacionadas con el tratamiento: Ascitis transitoria y perforación intestinal en un caso realizado por laparotomía.

**Conclusiones:** La termoablación es una alternativa segura y ofrece una SG similar a la reportada con cirugía en pacientes con cirrosis. La SG a largo plazo es excelente en aquellos pacientes con CCI unifocal < 2cm

## 117 La termoablación es segura y eficaz en el tratamiento del colangiocarcinoma intrahepático en pacientes con cirrosis

Álvaro Díaz-González1; Ramón Vilana2,3; Luis Bianchi2,3; Ángeles García-Criado2,3; Ernest Belmonte2,3; Jordi Rimola2,3; Anna Darnell2,3; Carlos Rodríguez de Lope1; Joana Ferrer4; Carmen Ayuso2,3; Leonardo Gomes da Fonseca1,3; María Reig1,3; Jordi Bruix1,3; Alejandro Forner1,3  
11. BCLC group. Liver Unit. Hospital Clínic de Barcelona. Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica; 22. BCLC group. Servicio de radiología. Hospital Clínic de Barcelona. IDIBAPS. Universitat de Barcelo; 33. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). España; 44. BCLC group. Departamento de cirugía hepatobilio-pancreática. Hospital Clínic de Barcelona. IDIBAPS

**Introducción:** La cirugía es el tratamiento más ampliamente recomendado en estadios precoces, pero su aplicabilidad se ve limitada en pacientes con cirrosis. La termoablación podría ser una alternativa, pero se dispone de escasa evidencia.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad, seguridad y supervivencia global de la ablación térmica como tratamiento de primera línea en pacientes con colangiocarcinoma intrahepático (CCI) con cirrosis.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con cirrosis con CCI diagnosticado histológicamente y tratados en nuestra unidad desde 2001 hasta 2017. Se recogieron las características basales, procedimientos y complicaciones. El tiempo a recurrencia (TTR) y la supervivencia global (SG) se calcularon utilizando método Kaplan Meier.

**Resultados:** Se trataron 27 pacientes en nuestra unidad. El 51,7% eran hombres con edad mediana de 63,7 años. La causa más frecuente de la cirrosis era por VHC (63%), el 70,4% Child-Pugh A y la mayoría con hipertensión portal clínicamente significativa. Ninguno presentaba síntomas asociados al cáncer y los marcadores

## 118 ESTUDI DE L'EFECTE DE LA DIETA EN LA MICROBIOTA INTESTINAL EN PARTICIPANTS DEL PROGRAMA DE CRIBRATGE DEL CÀNCER COLORECTAL

Marta Malagón1,2,3; Bruna Barras1; Sara Ramió-Pujol1; Marta Serrano1; Joan Amoedo1,3; Mariona Serra-Pagès1; Jesús García-Gil1,3; Virginia Piñol3,4; Xavier Aldeguer1,2,3,4  
1GoodGut; 2Institut d'Investigació Biomèdica de Girona; 3Universitat de Girona; 4Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta

### Introducció

Alguns estudis han observat una relació entre seguir una dieta equilibrada i el baix risc de desenvolupar càncer colorectal (CCR). Existeixen indicis que associen aquest fet a l'impacte directe de la dieta sobre la microbiota intestinal. Aprofundir en la relació que existeix entre aquests factors pot permetre l'adopció de noves mesures per la prevenció del CCR.

### Materials i Mètodes

S'ha estudiat l'abundància de 13 bacteris fecals en 45 participants del programa de cribatge del CCR (17 colonoscòpies normals, 9 adenomes no avançats, 12 adenomes avançats i 4 CCR). Els subjectes proporcionaven una mostra de femta presa abans de la preparació per la colonoscòpia. El dia de la prova se'ls va realitzar una enquesta sobre els hàbits alimentaris. Els subjectes s'han agrupat en sans (colonoscòpies normals i adenomes no avançats) o neoplàsia avançada (NA). Els aliments s'han classificat segons la seva funció (reguladors, plàstics o energètics) i el seu contingut en fibra.

### Resultats

No s'han observat diferències significatives entre la dieta dels participants diagnosticats amb NA i sans.



Quan es comparen les abundàncies dels bacteris segons el diagnòstic, s'observen diferències significatives en els bacteris productors de butirat: B10, B46, *F. prausnitzii*, els filogrups I i II de *F. prausnitzii*. Per una banda, l'abundància d'aquestes espècies, juntament amb la de *B. thetaiotamicron* (bacteri sacarolític), té tendència a ser menor en sans que tenen una dieta rica en aliments plàstics (rics en proteïna i minerals). En canvi, només el filogrup I té tendència a ser més abundant en pacients amb NA amb la mateixa dieta, i el filogrup II en aquest mateix grup de pacients però amb dieta rica en aliments energètics (rics en carbohidrats i lípids) o fibra. Per altra banda, la ingesta de la resta d'aliments no es correlaciona amb canvis d'abundància dels bacteris analitzats en la població sana.

#### Conclusions

Les diferències en l'abundància dels bacteris productors de butirat entre sans i NA quan segueixen una dieta rica en aliments plàstics són indicadores d'un canvi en el nexa dieta-microbiota intestinal-CCR possiblement degut a que l'efecte de la lesió tumoral és superior al vinculat a la dieta. Calen estudis prospectius per definir-ho.

## 119 Estudio internacional y multicéntrico: seguridad y eficacia del regorafenib en pacientes tratados con sorafenib por recurrencia de carcinoma hepatocelular después de trasplante hepático

Marco Sanduzzi-Zamparelli<sup>1,2</sup>; Massimo Iavarone<sup>3,4</sup>; Federica Invernizzi<sup>3,4</sup>; Carolin Czauderna<sup>5,6</sup>; Sherrie Bhoori<sup>7,8</sup>; Giuliana Amaddeo<sup>9,10</sup>; Matteo Angelo Manini<sup>12</sup>; Miguel Fraile López<sup>13</sup>; Margarita Anders<sup>14</sup>; Matthias Pinter<sup>15,16</sup>; Maria Jose Blanco Rodríguez<sup>17</sup>; Mario Romero Cristóbal<sup>18</sup>; Gabriel Aballay Soteras<sup>19</sup>; Federico Pinero<sup>20</sup>; Gerda Elisabeth Villadsen<sup>21</sup>; Arndt Weinmann<sup>5,6</sup>; Gonzalo Crespo<sup>22,23</sup>; Vincenzo Mazzaferro<sup>7,8</sup>; Helene Regnault<sup>9,10</sup>; Massimo De Giorgio<sup>11,12</sup>; Maria Luisa González-Diéguez<sup>13</sup>; Maria Francesca Donato<sup>3,4</sup>; Maria Varela<sup>13</sup>; Marcus-Alexander Wörms<sup>5,6</sup>; Pietro Lampertico<sup>3,4</sup>; Jordi Bruix<sup>1,2</sup>; Maria Reig<sup>1,2</sup>  
*1*Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) Group. Liver Unit, Hospital Clínic; *2*IDIBAPS, CIBERehd, University of Barcelona, Spain.; *3*C.R.C. "A.M. A. Migliavacca Center for Liver Disease", Division of Gastroenterology and Hepatology; *4*Fondazione IRCCS Ca' Granda Maggiore Hospital, Milan, Italy.; *5*Department of Internal Medicine I; *6*University Medical Centre of the Johannes Gutenberg-University, Mainz, Germany.; *7*G.I. Surgery and Liver Transplantation Unit; *8*Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milan, Italy.; *9*Service d'Hépatologie, Hôpital Henri Mondor; *10*Equipe 18, INSERM U955, Virus Immunité Cancer, Créteil, France.; *11*Gastroenterology, Hepatology and Transplant Unit, Departement of Specialty and Transplant Medicine; *12*Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXI-II, Bergamo, Italy.; *13*Liver Unit, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Spain.; *14*Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, Hospital Aleman, Buenos Aires, Argentina.; *15*Department of Internal Medicine III, Division of Gastroenterology Hepatology; *16*Medical University of Vienna, Austria.; *17*Hospital de Jerez, Spain.; *18*Liver department, Gregorio Marañón Hospital, Madrid, Spain.; *19*Sanatorio de la Trinidad Mitre, Argentina.; *20*Hospital Universitario Austral, School of Medicine, Argentina.; *21*Department of Hepatology and Gastroenterology, Aarhus University Hospital, Aarhus C, Denmark.; *22*Liver Transplant Unit, Liver Unit, Hospital Clínic; *23*IDIBAPS, CIBERehd, University of Barcelona, Spain; *24*G. I. Surgery and Liver Transplantation Unit; *25*Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori and University of Milan, Milan, Italy.

**Objetivo:** Regorafenib es el primer tratamiento sistémico que mejoró la supervivencia en pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) que progresan a sorafenib. Sin embargo, se desconoce su aplicabilidad en los pacientes trasplantados (TH) con recurrencia de CHC. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la seguridad y la eficacia de regorafenib en pacientes TH.

**Método:** Estudio multicéntrico e internacional. Se registró la fecha del trasplante, tipo de tratamiento inmunosupresor, patrón de progresión a sorafenib/regorafenib y características basales clínicas y bioquímicas. Asimismo, se registró el esquema de seguimiento radiológico y los criterios de respuesta en cada centro, así como el perfil de efectos adversos(EA) de regorafenib.

**Resultados:** Fueron incluidos 28 pacientes (57 años, 68% varones, 50% VHC, 64% PS-1 y 90% con enfermedad extrahepática) en 14 Instituciones Europeas y de América del Sur. La mediana de tiempo desde el TH hasta el inicio del regorafenib fue 3,9 años (1,1-18,5) y los regímenes de inmunosupresión fueron everolimus en monoterapia, everolimus + tacrolimus, tacrolimus en monoterapia y micofenolato +/- CNi en 6, 9, 5 y 8 pacientes respectivamente. La mediana de tiempo entre inicio y fin de sorafenib al inicio de regorafenib fue de 11,2 meses y 14 días. Todos los pacientes iniciaron regorafenib a dosis completa. La mediana de tratamiento fue de 5,6 meses y todos presentaron al menos un EA. Los EA más frecuentes grado III-IV fueron fatiga (25%) y dermatológicos (18%). Se registraron reducciones de regorafenib en el 71% de los pacientes y la dosis prevalente fue 80 mg en 12 pacientes. Se reportaron niveles aumentados de everolimus y tacrolimus en 4 pacientes, y de tacrolimus en 1 paciente. 24/28 pacientes progresaron durante el tratamiento con regorafenib: el patrón de progresión fue: crecimiento extra-hepático de lesiones pre existentes (38%) y nuevas lesiones extra-hepáticas (33%). La mediana de supervivencia desde el inicio de regorafenib y desde el inicio del tratamiento secuencial sorafenib + regorafenib fue 13 y 38 meses.

**Conclusiones:** El beneficio de la secuencia sorafenib-regorafenib en pacientes TH ofrece supervivencia similar a la de los pacientes no TH. Este estudio demuestra la base racional para considerar regorafenib en ese grupo de pacientes huérfanos de tratamiento sistémico.

## 120 PARÀMETRES DE QUALITAT COLONOSCÒPIA EN UN PROGRAMA DE CRIBRATGE POBLACIONAL CÀNCER COLORECTAL (PCPCCR). MANTENIM LA QUALITAT EN RONDES CONSECUTIVES?

Giulia Pagano<sup>1</sup>; Laura Carot<sup>1</sup>; Cristina Álvarez<sup>1</sup>; Cristina Hernández<sup>1</sup>; Montserrat Andreu<sup>1</sup>; Xavier Bessa<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital del Mar de Barcelona

El manteniment dels paràmetres de qualitat de la colonoscòpia en un PCPCCR en rondes consecutives es fonamental per l'èxit del programa. La taxa de detecció d'adenomes (ADR) es un dels principals paràmetres malgrat s'han proposat altres paràmetres com la d'adenomes per colonoscòpia (APC) ó per participant (APP). No hi ha dades d'aquests paràmetres en PCPCCR basats en un test sang oculta femta (TSOF)

**Objectiu:** Avaluar l'efecte de les progressives rondes en un PCPCCR basats en un TSOF sobre els principals paràmetres qualitat colonoscòpia cribratge

**Material i mètodes:** Anàlisi de les colonoscòpies efectuades en 3 rondes del PCPCCR Barcelona (Eixample/Litoral Mar) rere un TSOF+. Definicions: ADR, SDR, AADR i ASDR: percentatge colonoscòpies on es detecta almenys un adenoma, un pòlip serrat, un adenoma avançat (component vellós, displàsia alt grau o tamany  $\geq 10$  mm) o un pòlip serrat avançat (displàsia alt grau o tamany  $\geq 10$  mm), respectivament. APC (adenoma per colonoscòpia) nombre d'adenomes dividit per el nombre total colonoscòpies, Adenoma per participant positiu (APP) nombre d'adenomes dividit per el nombre total colonoscòpies on es detecta almenys un adenoma

**Resultats:** S'han avaluat un total de 11.552 colonoscòpies en tres rondes cribratge (Ronda 1: 4182, Ronda 2:3624, Ronda 3:3746).

**Conclusió:** Els paràmetres de qualitat colonoscopia en rondes consecutives de cribratge es mantenen per sobre els estàndards. En rondes consecutives es detecten menys adenomes avançats, probablement per l'efecte del primer cribrat. En rondes consecutives hem augmentat la detecció de lesions serrades.

## 121 Millora a la participació del programa de cribratge de càncer de colon de les Illes Balears, mitjançant contacte telefònic per part de voluntaris de la AECC

Josep Reyes<sup>1,2</sup>; Marita Grimanosa Trelles<sup>1</sup>; Monica Florido<sup>1</sup>; Silvia Patricia Ortega<sup>1,2</sup>; Eduardo Yun Iyo<sup>1</sup>; Elisa Mlro<sup>3</sup>; Carmen Sanchez-Contador<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Comarcal de Inca; <sup>2</sup>Institut de Investigació Sanitària de les Illes Balears. IDISBA.; <sup>3</sup>Direcció General de Salut i Participació. Conselleria de Sanitat.

El programa de cribratge de càncer de colon de les Illes Balears va iniciar la seva segona ronda al Gener del 2017 amb la participació de l'Hospital Comarcal de Inca, com a únic centre actiu a Mallorca, abarquant la zona del centre i el nord de la illa. Passats els primers messos de funcionament de la segona ronda varem detectar una baixa participació, decidint implementar mesures per millorar-la.

### Material i Mètodes.

Es va decidir fer contacte telefònic amb totes aquelles persones a les que constava que se'ls havia enviat la carta, però no havien participat. La mesura es va aplicar al Juny del 2017.

L'hospital va habilitar una sala específica amb telèfons amb línia directa exterior. Es va comptar amb la col.laboració dels voluntaris de la AECC, de manera que cada grup de voluntaris trucava a les persones que no havien participat que eren de la seva pròpia localitat. El fet de que truquessin voluntaris (no persones professionals) i del mateix municipi ens va semblar molt adient.

Les rondes de contacte telefònic es varen desenvolupar durant 20 dies.

Es va fer un registre estricte de les persones a contactar, organitzades per municipis i dels resultats de l'intent de contacte telefònic.

### Resultats.

La taxa de participació prèvia a la intervenció era del 20,15% (havien participat 275 persones)

Es disposava de les dades de 1102 persones que no havien participat.

Es varen poder localitzar 561 persones, de les quals varen participar 222 (taxa de participació dels localitzats del 39,57%)

La taxa de participació global gràcies a la intervenció va quedar fixada al 36% (497 participants sobre 1377 cartes enviades) fins al

### Conclusions.

1- El contacte telefònic directe amb les persones que han rebut la carta però no havien participat al programa s'ha mostrat una eina molt útil per incrementar la taxa de participació al programa. Passant del 20% al 36% de participació.

2- El fet de que el contacte fos realitzar per voluntaris del mateix municipi de la persona que reb la trucada ens ha semblat molt important. La majoria són municipis petits (menys de 5000 habitants)

## 122 El tratamiento con sorafenib es una alternativa de tratamiento sistémico para pacientes que reciben diálisis. Resultado de un estudio multicéntrico e internacional

Álvaro Díaz-González1; Marco Sanduzzi-Zamparelli1; Leonardo Gomes da Fonseca1; Di Costanzo GG2; Alves R.3; Iavarone M4,5; Leal C6,7; Sacco R8; Matilla AM9; Hernández-Guerra M10; Aballay Soterias G11; Wörns MA12; Pinter M14; Varela M15; Ladekarl M16; Lopes Chagas A17,18; Minguez B19; Arenas J21; Granito A22; Sánchez-Torrijos Y23; Rojas A23; Rodríguez de Lope C24,25; Reis M26,27; Pascual S28; Rimassa L29; Liedó JL30; Huertas C31; Sangro B32; Giannini E33; Delgado M34; Vergara M35,36; Perelló C37; Lue A38; Sala M39; Gallego A40; Coll S41,42; Hernández T43; Piñero F44; Pereira G45; França A46; Marín J47; Anders M48; Mello V49; Lozano M50; Nault JC51; Menéndez JM52; García-Juárez I53; Bruix J1; Reig M1

1BCLC Group. Liver Unit. Hospital Clínic de Barcelona. IDIBAPS. CIBERehd; 2Department of Transplantation. Liver Unit. Cardarelli Hospital, Naples, Italy; 3Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, Brazil; 4CRC "A. M. and A. Migliavacca" Center for Liver Disease, Division of Gastroenterology and Hepatology; 5IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Università degli Studi di Milano, Milano, Italy; 6Departamento de Gastro-Hepatology, Hospital Federal dos Servidores do Estado; 7Universidade Federal Fluminense (Hospital Universitário Antônio Pedro), Rio de Janeiro, Brazil; 8Gastroenterology and Metabolic Diseases; Pisa University Hospital - Pisa Italy; 9. Servicio de Digestivo, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain; 10Liver Unit, Hospital Universitario de las Islas Canarias, Canary Islands, Spain; 11Unidad de Trasplante Hepático, Hospital General de Agudos Dr Cosme Argerich. Buenos Aires. Argentina; 12First Department of Medicine, University Medical Centre Johannes Gutenberg-University Mainz, Germany; 13Department of Internal Medicine III Division of Gastroenterology Hepatology; 14Vienna Liver Cancer Study Group AKH Medical University of Vienna, Austria; 15Liver Unit, Hospital Universitario Central de Asturias. IUOPA., Oviedo, Spain; 16Department of Hepatology and Gastroenterology. Aarhus University Hospital. Denmark; 17Gastroenterologia Clínica e Hepatologia do Hospital das Clínicas Faculdade Medicina Uni. Sao Paulo; 18Serviço de Hepatologia do Instituto do Cancer do Estado de Sao Paulo, Brazil; 19Liver Unit. Department of Internal Medicine, Hospital Universitari Vall d'Hebron; 20Vall d'Hebron Institut of

Research. CIBERehd. Universitat Autònoma de Barcelona., Barcelona, Spain; 21Servicio de digestivo del Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Spain; 22Unit of Internal Medicine. Department of Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, Italy; 23Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Spain; 24Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 25, Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla, Santander, Spain; 26GI / Liver Unit, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.; 27Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.; 28Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, Spain; 29Humanitas Cancer Center Humanitas Research Hospital – IRCCS, Milano. Italy; 30Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Spain; 31Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, Girona. Spain; 32Servicio de Hepatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Spain; 33Gastroenterology Unit. Department of Internal Medicine, Ospedale Policlinico San Martino. Genoa, Italy; 34Servicio de Digestivo, Hospital Universitario La Coruña, A Coruña, Spain; 35Unitat d'hepatologia. Servei d'Aparell Digestiu., Parc Taulí Hospital Universitari; 36Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT. UAB, Sabadell. Spain; 37Unidad de Hepatología, Hospital Universitario Puerta del Hierro. IDIPHIM, Madrid, Spain; 38Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza. Spain; 39. Unidad de Hepatología. Servicio de Digestivo, Hospital Germans Trias i Pujol. CIBERehd, Badalona.; 40Servicio de Patología Digestiva, Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Spain; 41. Liver Section, Gastroenterology Department. Hospital del Mar.; 42Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). IMIM., Barcelona, Spain; 43Aparato Digestivo, Hospital San Pedro, Logroño, Spain.; 44Unidad de Hígado Hospital U Austral, Buenos Aires. Argentina; 45Gastroenterology Hepatology Unit, Bonsucesso Federal Hospital. Ministry of Health, Rio de Janeiro; 46Liver Unit. Department of Medicine., Federal University of Sergipe, Sergipe, Brazil; 47Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín. Colombia; 48Servicio de Hepatología y Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina; 49Clínica AMO, Rio Vermelho, Salvador. Brazil; 50Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, Spain; 51Service d'hépatologie Hôpital Jean Verdier, Bondy, France; 52Hospital Central de las Fuerzas Armadas (Hospital Militar), Montevideo. Uruguay; 53Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México. Mexico

Evaluar la seguridad y eficacia de sorafenib en poblaciones especiales, como son los pacientes que reciben diálisis, es clave, ya que no se dispone de datos de seguridad en esta población. El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de pacientes tratados con

sorafenib y diálisis (diálisis-sor) así como la seguridad de esta población.

### Métodos

Estudio internacional, multicéntrico y retrospectivo. Se registraron las características basales, modificaciones de dosis, perfil de efectos adversos (EA), duración de tratamiento y supervivencia.

### Resultados

Se contactó con 75 centros, de los cuales el 72% respondieron: 31 centros no tenían pacientes diálisis-sor, 2 consideraban la diálisis una contraindicación para sorafenib y los 11 restantes incluyeron al menos 1 paciente. Un total de 6156 pacientes con CHC se trataron con sorafenib (2007/marzo-2018) y 22 de ellos fueron diálisis-sor (9 en Italia, 4 en España, 6 en Brasil, 1 en Argentina, 1 en Alemania y 1 en Austria) Su edad mediana fue 65,5 años, el 83,4% hombres, 40,9% VHC, 75% Child-Pugh A, 85% BCLC C y 54,6% ECOG-PS 1. El 77,3% de los pacientes tenían hipertensión arterial (HTA), 63,6% diabetes (DM) y 13,6% cardiopatía conocida. El 68,2% de los pacientes iniciaron sorafenib a dosis plena y el 31,8% a mitad de dosis. La mediana de tiempo hasta la primera modificación de dosis, mediana de tratamiento y supervivencia fue 2,4, 10,8 y 17,5 meses, respectivamente. Las causas más frecuentes de primera modificación de dosis fueron astenia (17.7%), deterioro de ECOG-PS (17.7%) y diarrea (17.7%). El motivo de suspensión definitiva fue EA-relacionados a sorafenib, progresión tumoral y EA no relacionados con sorafenib en 16,7%, 77,8% y el 5,5% de los pacientes, respectivamente. Los EA relacionados que motivaron suspensión fueron diarrea (2 pacientes) y trombosis arterial periférica (1 paciente).

### Conclusión

Nuestros datos muestran que la mediana de tiempo hasta la primera modificación, duración de tratamiento y supervivencia es similar a la población evaluada en ensayos clínicos y cohortes de pacientes que excluyen pacientes con diálisis.

## 123 Estudio internacional multicéntrico y retrospectivo en pacientes con Hemangioendotelio Epitelioide Hepático.

Marco Sanduzzi Zamparelli<sup>1,2</sup>; Jordi Rimola<sup>3,4</sup>; Carla Montironi<sup>5</sup>; Vinicius Nunes<sup>6</sup>; Venâncio Avancini Ferreira Alves<sup>9</sup>; Víctor Sapena<sup>1,2</sup>; Alejandro Forner<sup>1,2</sup>; Carrilho Flair José<sup>10,11</sup>; Alba Díaz<sup>7,8</sup>; Carla Fuster<sup>7,8</sup>; Joana Ferrer<sup>12,13</sup>; Josep Fuster<sup>12,13</sup>; Carmen Ayuso<sup>3,4</sup>; Manel Solé<sup>7,8</sup>; Maria Reig<sup>1,2</sup>; Jordi Bruix<sup>1,2</sup>  
*1BCLC group. Liver Unit, Hospital Clinic; 2IDIBAPS. CIBERehd, University of Barcelona, Barcelona, Spain.; 3BCLC group. Radiology department, Hospital Clínic; 4CIBERehd. University of Barcelona, Barcelona, Spain; 5Department of Pathology, Hospital Clinic, Barcelona, Spain.; 6Universidade Federal da Bahia, Salvador da Bahia, Brazil.; 7BCLC group. Department of Pathology, Hospital Clinic; 8IDIBAPS, University of Barcelona, Barcelona, Spain.; 9Anatomic Pathology Division, Hospital das Clinicas, Sao Paulo University, Sao Paulo, Brazil.; 10Department of Gastroenterology, Division of Clinical Gastroenterology and Hepatology; 11Hospital das Clinicas-University of São Paulo School of Medicine, Sao Paulo, Brazil.; 12BCLC group. Liver Surgery and Transplant Unit, Digestive and Metabolic Diseases Institute; 13Hospital Clínic, Barcelona. University of Barcelona, Barcelona, Spain.*

**Introducción:** el hemangioendotelio epitelioide hepático (HEH) es un tumor vascular hepático cuya etiología es desconocida y predomina en el género femenino. Se considera un tumor muy raro y no existen estudios prospectivos que caractericen esta población. El objetivo del estudio es describir el perfil de estos pacientes, así como el tratamiento de estos pacientes huérfanos de tratamiento específico.

**Métodos:** Estudio internacional (Brasil y Barcelona-Clínic), retrospectivo y multicéntrico de las características clínicas/bioquímicas/radiológicas y anatomo-patológicas de pacientes con HEH. Las muestras anatomo-patológicas y las imágenes radiológicas fueron evaluadas de forma centralizada.

**Resultados:** Entre 1994-2016 se diagnosticaron 27 pacientes con diagnóstico de HEH. Sólo se disponía de características basales clínicas/análisis en 24 pacientes. El 66,7% fueron mujeres y el 79,1% de los casos no presentaban enfermedad hepática. La mediana de edad fue de 38,7 años y el 68% de los pacientes estaban asintomáticos al diagnóstico. De los 24 pacientes incluidos, el 66,7% presentaba enfermedad multinodular y el 50% afectación extra-hepática. El 71% de los pacientes recibió al menos un tratamiento específico [resección quirúrgica (n=7), diferentes esquemas de quimioterapia (n=6) y Trasplante hepático (n=4)] y 7 recibieron solo seguimiento. La revisión anatomo-patológica se realizó en 20 pacientes, y la revisión centralizada de las imágenes en 13 pacientes, respectivamente. El patrón radiológico más frecuente en la lesión diana fue la progresiva captación de contraste centrípeta (n=6), captación periférica estable sin cambios (n=4) y persistente captación a lo largo de las fases (n=3). El diagnóstico fue confirmado con inmunohistoquímica (positivos para CD31 20/20, CD34 16/17 y factor VIII-antígeno-relacionado 6/6). La mediana de seguimiento fue 80,2 meses, 11 pacientes progresaron y 7 fallecieron. La tasa de supervivencia a los 5- y 10- años fue del 91,5% y 51,9% respectivamente.

**Conclusión:** Este estudio multicéntrico describe las características clínicas, radiológicas y anatomo-patológicas de una enfermedad huérfana de tratamiento específico, que predomina en el género femenino, con un patrón de aparición y evolución muy heterogéneo. Por lo tanto, dada la rareza del tumor y la imposibilidad de llevar a cabo ensayos clínicos, grupos de investigación internacionales deberían definir las vías moleculares involucradas y establecer el tratamiento óptimo.

## 124 BIOMARCADORS CLÍNICS, ENDOSCÒPICS I MOLECULARS PREDICTORS DE LESIONS METACRÒNIQUES AVANÇADES EN UN PROGRAMA DE CRIBRATGE POBLACIONAL DE CÀNCER COLORECTAL (PPCCR). DADES DEFINITIVES

Maria González<sup>1</sup>; Laura Carot<sup>1</sup>; Dolores Naranjo-Hans<sup>1</sup>; Mar Iglesias Coma<sup>1</sup>; Alba Dalmases<sup>1</sup>; Gemma Navarro<sup>1</sup>; Lierni Fernández<sup>1</sup>; Marc Batlle<sup>1</sup>; Andrea Buron<sup>1</sup>; Xavier Bessa<sup>1</sup>; Montserrat Andreu Garcia<sup>1</sup>; Cristina Alvarez-Urturi<sup>1</sup>  
*1Hospital del Mar*

Les guies clíniques de vigilància post-polipectomia estratifiquen únicament el risc en funció de la morfohistologia de les lesions ressecades a la colonoscòpia basal sent poc sensibles i específiques. No obstant, la predisposició genètica, els factors ambientals i patològics podrien influir amb la recurrència d'aquestes lesions amb el temps.

**Objectiu:** Determinar els factors predictors de lesions metacròniques als 3 anys en individus amb adenomes avançats (AA: displàsia d'alt grau, component vellós o  $\geq 10$  mm) i/o multiplicitat  $\geq 3$  pòlips a la colonoscòpia basal.

**Mètodes:** Anàlisi dels casos amb AA i/o multiplicitat procedents d'una àrea representativa del PCPCCR de Barcelona (Ciutat Vella-Sant Martí) amb AA i/o multiplicitat a la colonoscòpia basal realitzada a l'Hospital del Mar durant la primera ronda i colonoscòpia de vigilància als 3 anys. Recollida de dades epidemiològiques i clíniques i realització d'estudi immunohistoquímic (pèrdua d'expressió p53, MLH1, CDX2, CK20, CK7, KI67 i  $\beta$ -catenina) i mutacions APC, KRAS, NRAS, BRAF, TP53, FBXW7, CTNNB1 i SMAD4.

**Resultats:** Inclusió de 518 casos amb colonoscòpia completa. 66.2% eren homes amb edat mitja de 64 anys. 51.8% tenien hipertensió, 15% diabetes, 46.5% dislipèmia, 12.3% MPOC, 70.6% tabaquisme, 79% IMC patològic. Respecte a la colonoscòpia de vigilància, en 98 casos (18.9%) s'identificaren lesions avançades: 73 AA en 59 casos (11.4%),  $\geq 3$  adenomes en 62 casos (11.9%),  $\geq 3$  adenomes i/o serrats en 71 casos (13.7%). L'estudi immunohistoquímic es va realitzar en 478 casos i el molecular en 436 sent les més freqüents pèrdua d'expressió de CDX2 (27%) i MLH1 (52.7%) per multiplicitat i mutació en SMAD4 (31.9%) i pèrdua d'expressió MLH1 (52.7%). Cap d'aquestes alteracions biomoleculares va presentar una associació estadísticament significativa amb l'aparició de metacronies. La presència de  $\geq 3$  pòlips a la colonoscòpia basal fou l'únic predictor independent de lesió avançada a la colonoscòpia de seguiment ( $p=0.001$ ).

**Conclusió:** l'únic factor predictor de metacronia als 3 anys en individus de risc mig/alt ha sigut la presència de  $\geq 3$  adenomes a la colonoscòpia basal sense poder demostrar la utilitat dels marcadors moleculars. Per tant, després d'una completa resectió dels pòlips es podria allargar el interval de vigilància, mantenint la colonoscòpia als 3 anys en casos de multiplicitat a la basal.

## 125 Caracterització d'un model pre-clínic d'hipertensió portal idiopàtica no cirròtica

Marina Vilaseca<sup>1,2</sup>; Erica Lafoz<sup>1</sup>; Alba Diaz<sup>3</sup>; Héctor García-Calderó<sup>1,2</sup>; Maria Ruart<sup>1</sup>; Virginia Hernández-Gea<sup>1,2</sup>; Joan Carles García-Pagán<sup>1,2</sup>  
*1*Barcelona Hepatic Hemodynamic Lab, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS); *2*Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD); *3*Departament de patologia, Hospital Clínic de Barcelona. IDIBAPS.

**Antecedents/Objectiu:** La hipertensió portal idiopàtica (HPI) és una malaltia rara caracteritzada per l'augment de la pressió portal sense una causa coneguda com la cirrosi; freqüentment afecta a gent jove i està associada a una gran morbiditat. Actualment, la fisiopatologia no és coneguda i no hi ha tractaments etiològics. Existeixen models animals que presenten algunes característiques típiques, però cap reproduceix les troballes comuns (hemodinàmiques i/o histològiques) en humans, suposant una limitació per estudiar vies moleculars involucrades en el desenvolupament de la HPI, identificar noves dianes terapèutiques i avaluar nous fàrmacs. L'objectiu es desenvolupar i caracteritzar un model pre-clínic de HPI que reproduceixi la fisiopatologia de la malaltia.

**Mètodes:** Rates Sprague Dawley mascle (2 setmanes) van alimentar-se amb dieta rica en seleni (4ppm) durant 4 setmanes, seguit d'administració intraperitoneal d'oxaliplatí (3mg/kg), àcid folínic (45mg/kg) i 5-fluorouracil (25mg/kg) un cop/setmana durant 8 setmanes sota dieta normal (HPI;n=4). Rates Sprague Dawley alimentades amb dieta normal i pes corporal similar van ser les controls (CT;n=6). Van determinar-se in vivo paràmetres hemodinàmics i sistèmics: pressió arterial mitjana (MAP), pressió portal (PP), flux sanguini portal (PBF) i resistència intrahepàtica (IHR). Els canvis histològics van avaluar-se amb tinció d'hematoxilina i eosina i la fibrosi sinusoidal amb la tinció de Sirius Red.

**Resultats:** Les rates amb HPI tingueren un augment significatiu de la PP (CT:7,57 $\pm$ 0,96 vs. HPI:11,30 $\pm$ 0,85mmHg), sense canvis en la MAP ni en el PBF, resultant en una IHR augmentada (CT:4,75 $\pm$ 0,66 vs. HPI:10,18 $\pm$ 4,72mmHg/ml $\cdot$ min $\cdot$ g $\cdot$ 1). A més, les rates presentaren un fetge (CT:14,4 $\pm$ 1,5 vs. HPI:18,6 $\pm$ 2,7g) i una melsa (CT:0,85 $\pm$ 0,22 vs. HPI:1,29 $\pm$ 0,34g) més grans, sense canvis en el pes corporal, suggerint desenvolupament d'hepatosplenomegàlia. Finalment, els canvis histològics que presentaven els animals amb HPI eren: dilatació sinusoidal, hiperplàsia nodular regenerativa i fibrosi sinusoidal, principals característiques trobades en biòpsies de pacients amb HPI.

**Conclusió:** Aquest model pre-clínic de HPI reproduceix moltes característiques pròpies dels pacients: hipertensió portal sense cirrosi, esplenomegàlia i canvis histològics típics. Aquest és un model prometedor de HPI que podria emprar-se per a estudiar aquest síndrome i provar nous tractaments.

## 126 LA SANG DE LES VENES SUPRAHEPÀTIQUES NO ÉS REPRESENTATIVA DE LA POBLACIÓ DE LIMFÒCITS RESIDENTS DEL FETGE

Sergio Rodríguez Tajés<sup>1</sup>; Mireia García López<sup>1</sup>; Anna Baiges<sup>1</sup>; Elena Perpiñán<sup>1</sup>; Sabela Lens<sup>1</sup>; Juan Carlos García-Pagán<sup>1</sup>; George Koutsoudakis<sup>1</sup>; Sofia Pérez-del-Pulgar<sup>1</sup>; Xavier Forns<sup>1</sup>  
*1*Servei d'Hepatologia, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, IDIBAPS, CIBEREHD, Barcelona.

El fetge té una composició limfoide diferent a la sang perifèrica (SP), amb una major proporció de limfòcits T CD8+ i cèl·lules NK (Natural Killer). Així mateix, el fetge conté cèl·lules T de memòria residents de teixit (TRM), la funció de les quals està relacionada amb el control d'infeccions. Aquestes cèl·lules no es detecten en SP i per al seu estudi és necessària l'obtenció de teixit hepàtic. En aquest context, l'objectiu d'aquest treball va ser investigar si la població limfoide obtinguda mitjançant el cateterisme de les venes suprahepàtiques (VSH) estava enriquida en limfòcits intrahepàtics.

### Mètodes

Es van incloure 13 pacients amb indicació per un cateterisme hepàtic per via transjugular. Es van obtenir mostres SP i VSH, amb la vena no obstruïda i obstruïda mitjançant un baló, aquesta última per extreure sang provinent del sinusoides. Les cèl·lules limfoides s'analitzaren per citometria de flux multiparamètrica.

### Resultats

La freqüència de cèl·lules TRM en sang VSH va ser <1% en tots els casos, similar a la freqüència en SP, tant amb la VSH lliure o obstruïda. El ràtio CD8+/CD4+ a la sang VSH va ser <1 en tots els pacients menys un, i la mitjana de cèl·lules NK fou del 12%(8-13), amb un 6%(3-8) de cèl·lules NK CD56-bright. No trobàrem diferències significatives entre la VSH i SP quant al percentatge de cèl·lules T CD8+ o CD4+, la proporció de les cèl·lules NK o la distribució

de les subpoblacions de cèl·lules NK CD56-dim i CD56-bright. De fet, es va constatar una excel·lent correlació entre les freqüències de les poblacions limfocitàries en la sang de VSH i perifèrica intrapacient. L'expressió de PD1 i l'activitat citotòxica dels limfòcits CD8+ també van ser similars entre la sang de VSH i perifèrica.

#### Conclusions

La població limfoide trobada en les VSH és similar a la circulant en sang perifèrica i no està enriquida en TRM. Això descarta la seva utilitat per a l'estudi de les poblacions de limfòcits intrahepàtics i suggereix que els limfòcits residents de teixit romanen retinguts en la microcirculació hepàtica exercint la seva acció.

locació bacteriana) a les rates el dia de la inducció de la malaltia (dies 0, 7, 14, 21), el dia de tractament (dies 3, 10, 17, 24) i el dia d'eutanàsia (dia 28). També es va extreure el còlon per a estudi organogràfic i histològic.

#### Resultats

No hi va haver diferències significatives en l'evolució ponderal ni en la translocació bacteriana (signe de una major permeabilitat de la mucosa gastrointestinal) a 28 dies. Els nivells de ATI's del Grup A van ser significativament majors que en el Grup B (1.656 +/- 1.754 ug/mL vs 0.5423 +/- 0.6656 ug/mL; P value 0.0368).

#### Conclusió

L'aplicació endoscòpia d'una plataforma alliberadora d'Infliximab redueix la creació d'anticossos contra Infliximab a 4 setmanes en un model de colitis experimental induït per TNBS en rates.

## 127 LA COL·LOCACIÓ ENDOSCÒPICA D'UNA PLATAFORMA ALLIBERADORA DE INFLIXIMAB REDUEIX LA CREACIÓ D'ANTICOSSOS CONTRA INFLIXIMAB EN UN MODEL DE COLITIS EXPERIMENTAL EN RATES PER TNBS.

Ignacio Bon1,2; Ramon Bartolí1,2,4; Napoleon De la Ossa3; Vicente Moreno2; Ingrid Marín2; Vicente Lorenzo-Zúñiga1,2,4

1Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol; 2Unitat d'Endoscòpia, Hospital universitari Germans Trias i Pujol; 3Servei de Patologia, Hospital universitari Germans Trias i Pujol; 4CIBERehd

Els tractaments biològics amb anticossos monoclonals (mAb's) es fan servir en la teràpia de la Malaltia Inflamatòria Intestinal (MII) mitja-severa en pacients que no han respost, o són intolerants, a la teràpia convencional. Aquests fàrmacs estan enfocats contra citoquines pro-inflamatòries o altres molècules que juguen un paper important en la MII.

Els mAb's són proteïnes grans i complexes amb risc de desenvolupar reaccions d'inmunogenicitat que expliquen la absència o perduda de resposta en pacients al llarg del temps. El nostre grup ha desenvolupat una plataforma d'alliberament de fàrmacs, capaç de ser administrada endoscòpicament, per tractar de forma local les lesions inflamatòries amb una menor dosi que la via sistèmica.

#### Objectius i Mètodes

Determinar els nivells d'anticossos contra Infliximab (ATI's) mitjançant la col·locació de la nostra plataforma d'alliberament de fàrmacs vs la injecció subcutània en un model experimental de colitis crònica induït per TNBS (4 cicles, 7 dies/cicle) en rates (n=12). Els animals es van aleatoritzar en dos grups: Grup A (n=6) tractament subcutani 5mg/Kg IFX, Grup B (n=6) tractament endoscòpic 1mg IFX/mL plataforma. Es va fer un seguiment endoscòpic, analític i registre d'aspectes clínics (evolució del pes, estat de l'animal, trans-

## 128 Supervivència i replicació intracel·lular de soques Escherichia coli adherent-invasives (AIEC) i no-AIEC en dues línies cel·lulars de macròfags

Carla Camprubí-Font1; Anna Caballero-Moya1; Natàlia Pont-Redondo1; Margarita Martínez-Medina1

1Grup Microbiologia de la Malaltia Intestinal, Departament de Biologia, Universitat de Girona, Girona

El patotip Escherichia coli adherent-invasiu (AIEC) s'ha associat amb la patogènia de la malaltia de Crohn i es caracteritza, entre d'altres, per la seva capacitat de sobreviure i replicar-se en macròfags. Actualment el mètode d'identificació de AIEC no està estandarditzat. La línia cel·lular de ratolí (J774) és la més utilitzada per avaluar aquest tret fenotípic, però també s'ha emprat una línia d'origen humà (THP-1). No existeixen estudis que comparin les dues línies cel·lulars amb un ampli socari de AIEC, i només n'hi ha un que analitza soques no adherent-invasives (no-AIEC) aïllades de l'intestí. L'objectiu d'aquest treball és estudiar i comparar la supervivència i replicació intracel·lular en macròfags humans i murins d'una col·lecció de soques AIEC i no-AIEC.

S'han assajat un total 13 AIEC i 29 no-AIEC aïllades de la mucosa intestinal de pacients amb malaltia de Crohn i controls. L'índex de supervivència i replicació s'ha determinat mitjançant assajos de protecció amb gentamicina en dues línies cel·lulars (J774 i THP-1), per triplicat.

L'índex de supervivència i replicació en macròfags varia segons el patotip i la línia cel·lular assajada. Les soques AIEC (1143±750%) tenen més capacitat de replicació en macròfags murins que les no-AIEC (282±175%)(p-valor<0,001). Tot i així, el 85% de les no-AIEC també presenten capacitat de sobreviure i replicar-se en J774 (índex>100%). Hem observat però que

el 85% de les AIEC presenten un índex superior a 500%, mentre que només el 7% de les no-AIEC sobrepassen aquest valor ( $p$ -valor $<0,001$ ). En macròfags d'humà, les soques AIEC ( $90\pm 52\%$ ) presenten valors similars a les soques no-AIEC ( $119\pm 72\%$ ) ( $p$ -valor $=0,732$ ). No s'ha trobat una correlació significativa entre la capacitat de replicació bacteriana mesurada entre aquests dos models cel·lulars ( $p$ -valor $=0,525$ ).

En **conclusió**, la línia cel·lular provinent d'humans utilitzada no seria adequada per la realització d'aquests estudis amb *E. coli*. Ara bé, s'ha establert un llindar de categorització en base a la capacitat de replicació en J774 que permetria millorar la classificació de les AIEC. Es requereixen més estudis per tal de determinar l'especificitat d'aquest mètode i també caldria cercar noves línies cel·lulars humanes que s'aproximin més a la realitat de la malaltia.

bàsicament per la presència de  $\beta$ -lactamases tipus TEM, i en dues AIEC resistents a cefalosporines d'ampli espectre, per una AmpC plasmídica i per la hiperproducció d'una AmpC cromosòmica. No obstant, no s'ha trobat diferències en la freqüència de gens implicats en la resistència a  $\beta$ -lactàmics segons el patotip, però sí s'observa una major freqüència de sul1 (resistència a sulfonamides) en AIEC (34,6% vs 9,5%,  $p=0,03$ ).

Els resultats poden servir de guia en la possible aplicació d'antibiòticoteràpia en pacients amb MC en què es sospita *E. coli* com a possible agent inductor d'inflamació. L'ús de  $\beta$ -lactàmics podria seleccionar el patotip AIEC, per tant seria desaconsellat utilitzar-los per tractar infeccions en pacients amb MC portadors d'AIEC.

1. Palmela et al. 2017. *Gut* 67(3):574-587.

2. Ledder et al. 2018. *Inflamm Bowel Dis* 24(8):1676-1688.

## 129 Perfils de resistència a antibiòtics i gens implicats en *Escherichia coli* adherent invasiva

Núria Ferrer Bustins<sup>1</sup>; Francesco Strozzi<sup>2</sup>; Belén Ruiz Del Castillo<sup>3</sup>; Librado Jesus Garcia-Gil<sup>1</sup>; Luis Martínez-Martínez<sup>3,4</sup>; Margarita Martínez-Medina<sup>1</sup>  
*1Laboratory of Molecular Microbiology, Biology Department, Universitat de Girona, Girona, Spain; 2Enterome Bioscience, Paris; 3Service of Microbiology, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Instituto de Investigación Ma; 4Department of Molecular Biology, Universidad de Cantabria, Santander, Spain*

El patotip adherent invasiu d'*Escherichia coli* (AIEC) podria estar implicat en la malaltia de Crohn (MC)<sup>1</sup>. Malgrat l'ECCO actualment no recomana l'ús d'antibiòtics per tractar la MC degut a l'absència d'evidència clínica clara, darrerament s'ha postulat que la teràpia antimicrobiana podria ser efectiva si s'aplica a pacients estratificats segons el fenotip clínic o la colonització de bacteris concrets, entre d'altres<sup>2</sup>. L'objectiu del treball és determinar el perfil de resistència a antimicrobians (RAM) en soques d'*E. coli* aïllades de pacients amb MC i controls per conèixer quines teràpies podrien ser efectives o de risc en pacients colonitzats pel patotip AIEC.

S'ha determinat la sensibilitat a 30 antibiòtics en 22 AIEC i 27 no-AIEC aïllades de la mucosa intestinal de MC (N=31) i controls (N=18) mitjançant assajos *in vitro* seguint els estàndards de la CLSI. A més, s'ha seqüenciat de novo el genoma de 39 de les soques i s'ha cercat gens de RAM mitjançant el programa deepARG en aquestes i en 33 AIEC addicionals.

Les soques aïllades de MC i de controls presenten perfils similars de RAM, essent la majoria de soques sensibles a diversos aminoglicòsids i quinolones. L'anàlisi genòmica tampoc demostra una major freqüència de gens de RAM. En canvi, el grup AIEC presenta una major prevalença de soques resistents a  $\beta$ -lactàmics respecte les no-AIEC ( $p<0,042$ ). El mecanisme de resistència s'explica

## 130 NOVA PROVA DE DIAGNÒSTIC IN VITRO PER A L'AVALUACIÓ DE LA FIBROSI HEPÀTICA

Gemma Aran<sup>1</sup>; Érica Téllez<sup>1</sup>; Lucía Sanjurjo<sup>1</sup>; Mónica García-Gallo<sup>2</sup>; Leonor Kremer<sup>2</sup>; Helena Masnou<sup>3</sup>; Margarita Sala<sup>3,4</sup>; Carolina Armengol<sup>4,5</sup>; Cristina Vilaplana<sup>6,7</sup>; Maria-Rosa Sarrias<sup>1,4</sup>  
*1Innate Immunity Group, Health Sciences Research Institute Germans Trias i Pujol (IGTP), Badalona.; 2Protein Tools Unit and Department of Immunology and Oncology, Centro Nacional de Biotecnología (CNB-); 3Gastroenterology Dept., University Hospital Germans Trias i Pujol (HUGTIP), Badalona.; 4Network for Biomedical Research in Hepatic and Digestive Diseases (CIBERhd), Spain.; 5Childhood Liver Oncology Group, Program of Predictive and Personalized Medicine of Cancer (PMPCC); 6Experimental Tuberculosis Unit (UTE), IGTP, Badalona.; 7Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid*

Els macròfags juguen un paper clau en la inflamació hepàtica i sistèmica, i participen en el procés de desenvolupament de la malaltia hepàtica. El CD5L és una proteïna soluble pertanyent al superfamília dels receptors rics en cisteïna, que s'expressa majoritàriament per macròfags de teixits. Té un paper clau en el control de les respostes inflamatòries, amb implicació en processos com ara la infecció, inflamació, aterosclerosi i càncer. En sang, el CD5L circula en altes concentracions i s'ha proposat com a possible biomarcador de malaltia hepàtica.

Nosaltres hem desenvolupat un assaig d'ELISA per mesurar la concentració de CD5L en plasma humà, amb una sensibilitat de 0,2 ng / ml, una reproduïbilitat del 5,7% i una repetibilitat del 2,4%. Mitjançant aquest kit, vam mesurar els nivells plasmàtics de CD5L en una cohort de pacients en diferents etapes de la malaltia hepàtica crònica (n = 74). La concentració plasmàtica de CD5L era la següent (mitjana  $\mu\text{g} / \text{ml} \pm \text{SD}$ ): cirròtica,  $11 \pm 5,7$ , n = 63; hepatitis crònica  $3,6 \pm 1,2$ , n = 11; sa  $4,2 \pm 0,8$ , n = 7). Els nivells de CD5L es van correlacionar positivament amb l'augment dels índex

de la fibrosi FIB4 i APRI. La sensibilitat i especificitat de CD5L per a la discriminació de F3-4 de F0-1, utilitzant la corba de ROC, va ser de 0,82 i 0,86, respectivament (AUROC 0,85,  $p < 0,0001$ ), amb un valor de tall de 5.021  $\mu\text{g} / \text{ml}$  i valor predictiu positiu del 94,74% i un valor predictiu negatiu del 60%. Les nostres dades confirmen que els nivells circulants de CD5L són un indicador del dany hepàtic, específicament de la fibrosi. A més, hem generat una nova prova in vitro per a la determinació dels nivells de CD5L com a biomarcador per a la fibrosi.

## 131 CANVIS SEQÜENCIALS DEL MICROBIOMA DE GANGLIS LIMFÀTICS MESENTÈRICS I RESPOSTA IMMUNE EN UN MODEL EXPERIMENTAL DE CIRROSI EN RATES

Elisabet Sánchez<sup>1,4,5</sup>; Alba Santiago<sup>2</sup>; Allison Clark<sup>2</sup>; Marta Pozuelo<sup>2</sup>; Miguel Calvo<sup>2,4</sup>; Francisca Yañez<sup>2</sup>; Guillaume Sarrabayrouse<sup>2</sup>; Lidia Perea<sup>3</sup>; Silvia Vidal<sup>3,4</sup>; Cándido Juárez<sup>3,4</sup>; Carlos Guamer<sup>1,4,5</sup>; Chaysavanh Manichanh<sup>2,4,5</sup>; German Soriano<sup>1,4,5</sup>

<sup>1</sup>Departament de Gastroenterologia, Hospital Santa Creu i Sant Pau, Institut de Recerca, IIB-Sant Pau; <sup>2</sup>Departament de Gastroenterologia, Institut de Recerca de Vall d'Hebron; <sup>3</sup>Departament d'Immunologia, Institut de Recerca, IIB-Sant Pau, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; <sup>4</sup>Universitat Autònoma de Barcelona; <sup>5</sup>CIBERehd, Instituto de Salud Carlos III

La microbiota intestinal té un paper important en la progressió de la cirrosi, on la translocació bacteriana és un factor clau en la patogènesi i en l'aparició de complicacions. No obstant això, la relació entre els canvis en la microbiota intestinal, la resposta immune i la progressió de la cirrosi no són ben coneguts.

### Objectius:

Estudiar els canvis en la composició del microbioma i la resposta immune durant la progressió de la cirrosi induïda per CCl<sub>4</sub> en rates en diferents compartiments clau en la translocació bacteriana.

### Material i Mètodes:

Estudi de la composició per seqüenciació del gen 16S de ADNr (Illumina), la càrrega microbiana per qPCR (Applied Biosystems) i la resposta immune (ELISA eBiosciences) a femtes, contingut ileocecal, ganglis limfàtics mesentèrics, sang i líquid ascític de rates control, rates de 6, 8 i 10 setmanes d'inducció de cirrosi per sondatge gàstric de CCl<sub>4</sub>, i rates cirròtiques amb ascites.

### Resultats:

En rates control i rates tractades amb CCl<sub>4</sub> el microbioma de ganglis limfàtics mesentèrics, sang i líquid ascític va tenir una composició similar, i diferent de la de femta i contingut ileocecal. La inducció de cirrosi va produir un augment en l'abundància relativa de bacteris beneficiosos (simbionts) per intentar desplaçar a patobionts, però en desenvolupar ascites, els simbionts no van aconseguir compensar els patobionts. La càrrega microbiana als ganglis limfàtics mesentèrics de les rates amb ascites va augmentar amb correlació positiva amb l'abundància relativa de patobionts (Proteobacteria). Les abundàncies relatives d'Escherichia i Candidatus Arthromitus van correlacionar-se amb nivells sistèmics elevats de TNF $\alpha$  e IL6. Candidatus Arthromitus es va detectar en contingut ileocecal, ganglis limfàtics mesentèrics, líquid ascític i sang però no en femtes, el que suggereix que les determinacions de microbiota fecal no són representatives de la disbiosi del contingut ileocecal.

### Conclusions:

Els canvis del microbioma, tant en femta com en contingut ileocecal, estan associats amb canvis microbians en els ganglis limfàtics mesentèrics, i amb un augment en la producció de citocines proinflamatòries durant la inducció de cirrosi experimental. Aquests resultats proporcionen evidències addicionals del paper que juga l'eix intestí-fetge-resposta immune en la progressió de la cirrosi.

## 132 Un suplement nutricional ric en àcid docosahexaenoic millora la hipertensió portal en un model pre-clínic de malaltia hepàtica crònica

Zoe Boyer-Díaz<sup>1</sup>; Nicoló Manicardi<sup>2</sup>; Peio Aristu<sup>1</sup>; Laia Abad<sup>2</sup>; Anabel Fernández-Iglesias<sup>2</sup>; Martí Ortega-Ribera<sup>2</sup>; Joan Carles Domingo<sup>3</sup>; Paloma Morata<sup>4</sup>; Jaume Bosch<sup>1,2,5</sup>; Jordi Gracia-Sancho<sup>1,2,5</sup>

<sup>1</sup>Barcelona Liver Bioservices, Barcelona; <sup>2</sup>Liver Vascular Biology Research Group, IDIBAPS, Barcelona; <sup>3</sup>Departament de Bioquímica, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona; <sup>4</sup>BrudyLab, Barcelona; <sup>5</sup>CIBERehd

Elevats nivells d'estrès oxidatiu al fetge juguen un paper clau en la progressió i empitjorament de la malaltia hepàtica crònica i la hipertensió portal (HP). Estudis previs han demostrat l'efectivitat d'estratègies antioxidants farmacològiques o gèniques millorant la HP, si bé aquestes no han arribat a la capçalera del pacient. En aquest estudi hem avaluat els efectes d'un suplement nutricional antioxidant ric en triglicèrids d'àcid docosahexaenoic (DHA) com a possible teràpia per millorar la HP i la fibrosi hepàtica.

### Mètodes

In vitro. El fenotip de cèl·lules hepàtiques estrellades humanes (LX-2) incubades 72h amb DHA (10-50 $\mu\text{M}$ ) fou avaluat en termes de marcadors d'activació ( $\alpha$ -SMA i TGF $\beta$ R) i proliferació (PDGFR $\beta$  i assaig de proliferació).

In vivo. Rates wistar mascle amb malaltia hepàtica crònica induïda per l'administració crònica de tioacetamida (12 setmanes) foren tractades dues setmanes amb oli de peix ric en DHA (500 mg/kg/dia) o placebo (oli d'oliva) (n=12 per grup). Al finalitzar el tractament s'avaluà: hemodinàmica hepàtica i sistèmica (pressió portal, pressió arterial, flux venós portal), estrès oxidatiu hepàtic (tíncid dihidroeti-di), fibrosi hepàtica (vermell de siri), fenotip de la cèl·lula hepàtica estrellada (HSC: col·lagen i  $\alpha$ -SMA) i anàlisi bioquímic.



### Resultats

In vitro. DHA va promoure la desactivació de HSC de forma concentració-dependent (50uM: -93% en a-SMA, -92% en TGFb, -98% en PDGFRb, tot  $p < 0.05$ ) sense modificar la seva viabilitat.

In vivo. Les rates amb malaltia hepàtica crònica tractades amb oli ric en DHA mostraren una millora en la PP (-15%;  $p=0.03$ ) sense canvis en el flux portal, suggerint una reducció en la resistència vascular intrahepàtica (-33%,  $p=0.17$ ). Els mecanismes subjacents a la millora hemodinàmica inclogueren una reducció en l'estrès oxidatiu intrahepàtic (-21%;  $p=0.02$ ), desactivació de HSC (-46% en l'expressió proteica d'a-SMA;  $p=0.05$ ), juntament amb una tendència en millorar la fibrosi hepàtica (-17%;  $p=0.16$ ) sense canvis en paràmetres bioquímics.

### Conclusions

El present estudi pre-clínic demostra que un suplement nutricional antioxidant ric en DHA millora de forma moderada però significativa la HP i la malaltia hepàtica crònica. Aquests resultats encoratgen l'avaluació d'aquest tipus d'estratègia terapèutica no farmacològica com a nou tractament per a la HP i la cirrosi.

- Efectes indirectes d'emricasan: Les comunicacions paracrines entre cèl·lules hepàtiques foren caracteritzades en resposta a emricasan ( $n=5$  experiments independents).

### Resultats

L'administració in vivo d'emricasan a rates cirròtiques va comportar una millora global en el fenotip de totes les subpoblacions cel·lulars hepàtiques: els hepatòcits mostraren una millora en la funció sintètica i l'expressió de marcadors clau, les LSEC presentaren un fenotip vasodilatador, les HSC es desactivaren i els macròfags es polaritzaren cap a un fenotip reparador.

Els experiments in vitro van confirmar que el tractament directe amb emricasan d'hepatòcits de rates i humans cirròtics millora el seu fenotip, si bé no va tenir un efecte sobre les cèl·lules no parenquimals.

Els experiments de comunicació intercel·lular van revelar una millora en el fenotip de LSEC, macròfags i especialment HSC tractades amb medi obtingut d'hepatòcits tractats amb emricasan. Aquests efectes foren mediat per la fracció exosomal del secretoma.

### Conclusió

El present estudi mostra que emricasan millora de forma directa els hepatòcits cirròtics que, al seu torn, milloren paracrinament el fenotip de les cèl·lules no parenquimals. Futurs anàlisis aclariran quins mediadors paracrins són responsables d'aquesta comunicació hepato-sinusoidal.

## 133 Mecanismes moleculars dels efectes beneficiosos d'emricasan en la hipertensió portal i la malaltia hepàtica crònica: rellevància de la comunicació hepato-sinusoidal

Jordi Gracia-Sancho<sup>1,2,3</sup>; Nicoló Manicardi<sup>1</sup>; Martí Ortega-Ribera<sup>1</sup>; Anabel Fernández-Iglesias<sup>1</sup>; Anabel Fernández-Iglesias<sup>1</sup>; Zoe Boyer-Díaz<sup>3</sup>; Patricia Contreras<sup>4</sup>; Alfred Spada<sup>4</sup>; Jaime Bosch<sup>1,2,3</sup>  
*1Liver Vascular Biology Research Group, IDIBAPS, Barcelona; 2CIBERE-HD; 3Barcelona Liver Bioservices, Barcelona; 4Conatus Pharmaceuticals*  
Temàtica: 7. Bàsics

### Antecedents

La malaltia hepàtica crònica (MHC) es caracteritza per fibrosi extensa, necroapoptosi i disfunció sinusoidal. L'inhibidor de pan-casases emricasan ha mostrat resultats prometedors en la millora de la disfunció sinusoidal hepàtica, la fibrosi i la hipertensió portal en models pre-clínic de MHC. En aquest estudi hem avaluat els mecanismes subjacents a aquests efectes beneficiosos.

### Mètodes

El fenotip d'hepatòcits primaris (síntesi d'albumina i urea, expressió de HNFa i transportadors cel·lulars), cèl·lules endotelials sinusoidals (LSEC; producció d'òxid nítric, expressió d'ET-1 i eNOS), cèl·lules hepàtiques estrellades (HSC; expressió d'a-SMA i col·lagen I) i macròfags hepàtics (TNF $\alpha$ , IL-6, IL-10 i Arg1) fou avaluat en les següents condicions experimentals:

- Efectes directes d'emricasan. a) Administració in vivo: Cèl·lules de rates cirròtiques (model CCl<sub>4</sub>) foren aïllades després d'una setmana de tractament amb emricasan (10mg/kg/dia) o vehicle (carboximetilcel·lulosa) ( $n=10$ /grup); b) Administració in vitro: Cèl·lules de rates cirròtiques o explants de fetges humans (etiologia EtOH) foren aïllades i tractades amb emricasan (10-50uM; 24-72h) o vehicle ( $n=5$  experiments independents).

## 134 Identificació d'indicadors bacterians a la mucosa intestinal per diferenciar específicament Colitis Ulcerosa de Malaltia de Crohn colònica.

Mireia López-Siles<sup>1</sup>; Paula Torrent<sup>1</sup>; Xavier Aldeguer<sup>2,3,4</sup>; Miriam Sabat-Mir<sup>3,4</sup>; L. Jesús García-Gil<sup>1</sup>; Margarita Martínez-Medina<sup>1</sup>  
*1Laboratori Microbiologia Molecular, Departament de Biologia, Universitat de Girona, Girona.; 2Departament de Gastroenterologia, Hospital Dr. Josep Trueta, Girona.; 3Departament de Gastroenterologia, Parc Hospitalari Martí i Julià, Salt.; 4Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. J Trueta, Parc Hospitalari Martí i Julià, Salt.*

Les microbiotes intestinals dels pacients amb Malaltia de Crohn (MC) i colitis ulcerosa (CU) són diferents<sup>1</sup>. Malgrat que la localització de la malaltia és un paràmetre rellevant per a la pràctica clínica<sup>2</sup>, pocs estudis han posat de manifest els canvis en la comunitat microbiana entre els subtipus de malaltia inflamatòria intestinal (MII) que afecten al colon (E1, E2, E3 i C-MC i IC-MC).

L'objectiu del treball és analitzar la riquesa, la diversitat i la composició de la microbiota associada a la mucosa colònica de pacients MII localitzada al colon per identificar marcadors bacterians que permetin discriminar-les.

Mitjançant seqüenciació d'amplicons de la regió V4 del gen 16S rRNA pel mètode Illumina MiSeq, s'ha analitzat la microbiota associada a la mucosa del colon en 21 pacients amb CU (5E1, 6E2 i 10E3) i 22 amb MC (12C-MC i 10IC-MC), amb una profunditat de 23.611 seqüències/mostra. S'han cercat diferències entre localitzacions realitzant l'anàlisi de l'alfa diversitat (riquesa i diversitat) i l'abundància relativa de taxons (OTUs) a diferents nivells taxonòmics (fílum-gènere).

La riquesa (Sobs=55-288) i diversitat (InvSimp=1,9-38,9) de la comunitat bacteriana és similar entre totes les localitzacions de

MII comparades. S'han identificat 6 OTUs (Ab relativa=0,16-20,91%) que determinen una signatura microbiològica diferencial entre localitzacions. L'abundància de seqüències corresponents als OTUs 36, 61 i 75 és significativament major en pacients amb C-MC en comparació amb els que presenten CU de qualsevol localització ( $P \leq 0,037$ ). Els OTUs 2 i 11 presenten diferències entre localitzacions de CU ( $P \leq 0,047$ ) mentre que l'abundància relativa de l'OTU 51 és superior en C-MC en comparació amb IC-MC ( $P=0,031$ ).

En conclusió, la riquesa, la diversitat i la composició de la microbiota associada a la mucosa del colon en pacients amb MII colònica és molt similar. No obstant, s'han identificat 6 taxons diferencials. La quantificació d'aquests taxons permetria refinar l'ús de biomarcadors per (i) donar suport al diagnòstic entre MII que afecten la mateixa localització (CU i C-MC) i/o (ii) podrien aplicar-se per a explorar el risc d'extensió de la malaltia (E1 fins a E3 o de C-MC a IC-MC).

[1]Machiels,K et al.2014.Gut.63(8):1275-83.

[2]Satsangi,J et al.2006.Gut.55(6):749-753.

regime of VDZ blocks the migration of T and B cells to the intestinal lamina propria. This effect is due to the complete blockade of a4b7 but probably helped by the reduced presence of the integrin in the cell surface.

## 135 Unraveling Vedolizumab mechanism of action in IBD

Marisol Veny<sup>1</sup>; Alba Garrido<sup>1</sup>; Helena Bassolas<sup>1</sup>; Maria Carme Masamunt<sup>1</sup>; Miriam Esteller<sup>1</sup>; Montse Arroyes<sup>1</sup>; Ana Maria Corraliza<sup>1</sup>; Jesús Castro-Pocheiro<sup>1</sup>; Agnès Fernández-Clotet<sup>1</sup>; Ingrid Ordás<sup>1</sup>; Elena Ricart<sup>1</sup>; Maria Esteve<sup>2</sup>; Julià Panés<sup>1</sup>; Azucena Salas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Gastroenterology, IDIBAPS, Hospital Clínic, CIBERehd, Barcelona, Spain; <sup>2</sup>Department of Gastroenterology, Hospital Universitari Mutua Terrassa, CIBERehd, Terrassa, Spain

Vedolizumab (VDZ) is approved for IBD therapy since 2014. VDZ targets the integrin alpha4-beta7 (a4b7) which facilitates the migration of leukocytes to the intestine. Remission with VDZ is achieved in <45% of patients in the case of ulcerative colitis (UC). This lack of universal efficacy and the current diversity of drugs for IBD justify the necessity of biomarkers to help in the election of the proper drug for each patient. The final aim of this ongoing project is to unravel the mechanism of action of VDZ by assessing its effect in UC patients and potentially correlate response/remission to VDZ with the studied parameters establishing a good biomarker for this drug. In this regard, our specific objectives are: 1) analyze the frequencies of lymphocytes in the intestine and peripheral blood; 2) characterize the expression of integrins a4b7, a4b1 and aEb7 in lymphocytes and 3) determine the a4b7 occupancy achieved by VDZ. Our flow data show that percentages of T and B cells in the intestine decrease at week 14 and 46 after VDZ initiation without an accumulation of these cells occurring in peripheral blood. Moreover, VDZ therapy reduces the amount of a4b7 and a4b1 present in the membrane of most lymphocytic populations in blood and intestine. Interestingly, we observe an increase in the percentage of circulating aEb7+ memory CD8 T cells in VDZ-treated patients, but differently to Etrolizumab we do not observe any effect of VDZ on the frequencies of aEb7 in the intestine. Finally, we show that a4b7 occupancy is total in all patients, time points and immune populations studied. In conclusion, our results confirm that the current

## 136 Diferències regionals en la distribució de les subpoblacions de limfòcits atípics CD4+CD8+αα/αβ i CD8+αα/αβ a la mucosa intestinal sana i de la malaltia de Crohn

E. Tristan<sup>1,2</sup>; A. Carrasco<sup>1,2</sup>; M. Verdú<sup>1</sup>; A. Martín<sup>1,2</sup>; Y. Zabana<sup>1,2</sup>; M. Aceituno<sup>1,2</sup>; L. Ruiz-Campos<sup>1,2</sup>; B. Arau<sup>1,2</sup>; F. Fernández-Bañares<sup>1,2</sup>; M. Esteve<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servei de Gastroenterologia, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Universitat de Barcelona, Terrassa; <sup>2</sup>Centro de Investigación Biomédica en red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd)

**Introducció:** Els limfòcits atípics dobles positius (DP, CD3+C-D4+CD8+) i dobles negatius (DN, CD3+CD4-CD8-) estan poc estudiats i són rellevants en l'homeòstasi intestinal i en la fisiopatologia de la malaltia de Crohn (MC). Estudis previs del nostre grup han descrit un patró específic de DN relacionat amb la MC i de DP, que és localització-dependent (Carrasco et al., 2017). L'homodímer CD8αα o l'heterodímer CD8αβ a la superfície dels limfòcits defineixen dues subpoblacions de DP (CD4+CD8+) i de CD8+. S'ha suggerit que aquestes subpoblacions poden ser rellevants en la supressió de la inflamació i en el reconeixement de bacteris (Sarrabayrouse et al., 2015).

**Mètodes:** S'han inclòs 6 MC del colon, 6 MC de íleum (en fase d'activitat i sense tractament immunosupressor) i 9 controls sans (biòpsies aparellades d'íleum, colon dret i esquerre); les subpoblacions limfocitàries DP, DN, DP\_CD8αα, DP\_CD8αβ, CD8\_CD8αα, CD8\_CD8αβ s'han analitzat al citòmetre BD LSRFortessa. Els limfòcits intraepitelials (LIEs) s'han obtingut mitjançant un mètode enzimàtic suau overnight prèviament validat (Carrasco et al., 2013). S'ha realitzat estadística no paramètrica per a dades aparellades (controls sans) i desapparellades (controls- MC).

Resultats: A la mucosa intestinal sana: 1) es confirma l'augment de les DN ( $p=0,009$ ) i disminució de les DP ( $p=0,049$ ) al colon respecte l'íleon 2) Les subpoblacions DP\_CD8 $\alpha\alpha$ , DP\_CD8 $\alpha\beta$ , CD8\_CD8 $\alpha\alpha$ , CD8\_CD8 $\alpha\beta$  mostren marcades diferències entre íleon i colon (taula). A la MC del colon es detecta una reducció de DP que no es tradueix en modificacions de les subpoblacions DP\_CD8 $\alpha\alpha$ , DP\_CD8 $\alpha\beta$ . En canvi, i malgrat que els CD8+ no mostren diferències entre MC i controls, les seves subpoblacions CD8\_CD8 $\alpha\alpha$  i CD8\_CD8 $\alpha\beta$  es troben disminuïdes i augmentades respectivament a la MC vs controls ( $p=0,05$ ). A la MC ileal es detecta una reducció de DN respecte dels controls ( $p=0,018$ ).

Conclusions: La particular distribució regional de subpoblacions cel·lulars a l'intestí sa, suggereix la seva rellevància en el manteniment de l'homeòstasi intestinal. Es confirmen la major part de canvis prèviament detectats en les subpoblacions de DP i DN a la MC. Les modificacions detectades en algunes poblacions de limfòcits no sempre comporten canvis en les seves subpoblacions i viceversa.

cial entre cèl·lules enterocítiques i secretores deriva en una pèrdua de funció barrera epitelial que no reverteix si no es recupera la normoxia.

Finalment, mitjançant una cohort independent de pacients com a rèplica dels resultats anteriors, s'ha analitzat una sèrie de marcadors de reparació cel·lular i recuperació tissular en mostres de teixit de pacients de Crohn amb i sense recurrència precoç. Novament, es relaciona l'aparició de complicacions post-quirúrgiques amb alteracions a processos moleculars de destí i viabilitat cel·lular, a través de la via NOTCH i HES1, l'apoptosi i l'hipoxia.

Els pacients que recuperen sense tantes complicacions de la situació post-operatoria activen vies moleculars per compensar la falta d'oxigen generada durant el procés inflamatori, promovent una completa re-epitelització i cicatrització tissular, a diferència dels pacients que recorren de forma precoç que no combaten la situació d'hipoxia. En aquests pacients no es recupera l'homeostasi intestinal i es veuen alterats processos de diferenciació cel·lular claus per una correcta recuperació de la funció barrera de la línia epitelial després de la ressecció ileocecal.

## 137 Condicions d'hipòxia en un procés inflamatori dificulten la recuperació i cicatrització post-quirúrgica en malalts de Crohn.

Arce Garcia-Jaraquemada<sup>1,2</sup>; Adrià Aterido<sup>5</sup>; Violeta Lorén<sup>1,2,3</sup>; Yamile Zabana<sup>1,6</sup>; Farah Kamberovic<sup>1</sup>; Miriam Ferreiro<sup>1</sup>; Toni Julià<sup>5</sup>; María Vicario<sup>3,4</sup>; Eugeni Domènech<sup>1,3,6</sup>; Miriam Mañosa<sup>1,3,6</sup>; Eduard Cabré<sup>1,3,6</sup>; Josep Manyé<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Grup de Recerca en Malaltia Inflammatory Intestinal (GReMI); <sup>2</sup>Institut de Recerca Germans Trias i Pujol (IGTP), Badalona (Barcelona).; <sup>3</sup>Centro de Investigación en Red sobre Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERE-HD), Madrid.; <sup>4</sup>Unitat de Recerca en Malalties Digestives. Institut de Recerca Vall d'Hebron (IRVH), Barcelona.; <sup>5</sup>Grup de Recerca en Reumatologia (IRHVH). Parc Científic de Barcelona.; <sup>6</sup>Hospital Universitari "Germans Trias i Pujol". Badalona (Barcelona).

L'anàlisi transcriptòmic, realitzat sobre reseccions ileocecal de malalts de Crohn, destaca principalment processos biològics lligats al metabolisme de l'oxigen i a la regulació de la diferenciació cel·lular. Aquestes vies moleculars apareixen com a protagonistes de la resposta diferencial dels pacients amb i sense recurrència post-quirúrgica precoç davant d'un procés inflamatori. Per aprofundir sobre aquests resultats, vam determinar mitjançant un microarray d'expressió els nivells de diverses proteïnes. Apareixen, de nou rellevants, proteïnes relacionades amb la re-epitelització com a procés reparador (MMP14), i mecanismes de determinació del destí cel·lular (HES1).

Paral·lelament, per tal de dilucidar l'efecte d'una situació combinada d'inflamació i falta d'oxigen sobre l'epiteli intestinal, s'ha estudiat in vitro la repercussió molecular d'exposar dues línies cel·lulars a estats d'hipoxia aguda o crònica. La mort de les cèl·lules més diferenciades al no suportar les condicions cròniques d'hipoxia contraresta amb una major supervivència i definició fenotípica de les cèl·lules més indiferenciades. Aquest comportament diferen-

# XXVIII | Societat Catalana de CONGRÉS | Digestologia 24 al 26 de gener 2019 Palau de Congressos de Tarragona

## Secretaria Tècnica



L'Acadèmia  
ASSOCIACIÓ CATALANA DE GASTROENTERÒLOGIA I  
HEPATOLÒGIA



### Informació

Enric Clarella • Tel. 932 001 852  
enricclarella@academia.cat

### Inscripcions

Lourdes Campañá • Tel. 932 032 765  
lourdescampaya@academia.cat

Departament d'Activitats i Congressos  
Major de Can Caralleu, 1-7 • 08017 Barcelona  
Riex 932 123 549 • [www.scdigestologia.org](http://www.scdigestologia.org)



## Organitza



Societat  
Catalana de  
Digestologia