

## Comunicaciones Orales

### REMICADE EN LA COLITIS ULCEROSA GRAVE CORTICORRE- FRACTARIA: PRÁCTICA HABITUAL Y FACTORES PREDICTORES DE COLECTOMÍA. ESTUDIO ECIA.

Luis Fernández Salazar<sup>(1)</sup>, Nereida Fernández Fernández<sup>(2)</sup>,  
Ramón Sánchez-Ocaña Hernández<sup>(3)</sup>, Diana Joao Matias<sup>(2)</sup>,  
Fernando Santos Santamarta<sup>(3)</sup>, Maite Herranz Bachiller<sup>(4)</sup>,  
Abdel Bouhmidj<sup>(6)</sup>, Jesús Legido Gil<sup>(6)</sup>, Vanessa Prieto Vicente<sup>(7)</sup>,  
Montserrat Rivero Tirado<sup>(8)</sup>, Ramón Pajares Villarroya<sup>(9)</sup>,  
Concepción Muñoz Rosas<sup>(10)</sup>, Jesus Barrio Andres<sup>(3)</sup>,  
Fernando Muñoz Núñez<sup>(2)</sup>, Ana Macho Conesa<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. <sup>2</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. <sup>3</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA DE VALLADOLID. <sup>4</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA. <sup>5</sup> HOSPITAL SANTA BÁRBARA DE PUERTOLLANO. CIUDAD REAL. <sup>6</sup> COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA. <sup>7</sup> COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. <sup>8</sup> HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA DE SANTANDER. <sup>9</sup> HOSPITAL INFANTA SOFÍA. SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES. MADRID. <sup>10</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO.

#### INTRODUCCIÓN

Infliximab (IFX), ciclosporina (ciclo) y cirugía son las tres opciones ante un brote grave de colitis ulcerosa corticorefractaria (CUCR).

#### OBJETIVOS

Estudio de la práctica clínica habitual y resultados en nuestros centros en cuanto al manejo con IFX de la CUCR y análisis de los factores predictores de colectomía.

#### MÉTODOS

Estudio retrospectivo en 10 hospitales. Análisis de regresión logística binaria de la variable colectomía.

#### RESULTADOS

45 pacientes seguidos desde inducción con IFX 40,7±28,8 meses. Varones 62,2%. Edad media al diagnóstico 35±15,04, edad media a la inducción 39,2±15,6. E1 8,9%, E2 33,3%, E3 57,8%. Tiempo desde diagnóstico a IFX 47,6 meses±56,7. Ingreso al diagnóstico 48,9%. Tratamientos previos: Corticoides sistémicos al diagnóstico 66,7%, ciclo o tacrolimus 26,7% (mismo brote CR 15,6%), leucocitoaféresis 11,1%, INM 53,3%. Inducción IFX+corticoides 80%. IFX+INM 80% (antes de 6 meses 10, después de 6 meses 6, a la vez 15, después 5). Intensificación en la inducción 4,4%. Mantenimiento 34 pacientes (2 NR a inducción). Intensificación en mantenimiento 26% (12/45). Reintroducción de corticoides 10/34. Efectos adversos con IFX 24,4%: Infección con ingreso 5 (1 éxitus), psoriasis 1, reacción infusional inmediata 3, otros 2. Se suspende IFX en el 51,1%: por NR 6, PR 5, EA 8 (inf 4, psoriasis 1, RII 2, otros 1), mantenimiento con INM 2 y remisión prolongada 2. Colectomía 25% tras 18,6 (0-72) meses. Análisis univariante de colectomía: Hospital OR 0,773 p 0,086 (0,577-1,037), leucocitoaféresis previa OR 6 p 0,072 (0,854-42,161), IFX+INM OR 0,163 p 0,023 (0,033-0,777). Análisis multivariante: Sexo OR 11,553 p 0,043 (1,079-123,664), hospital OR 0,599 p 0,034 (0,373-0,963), IFX+INM OR 0,055 p 0,021 (0,005-0,542).

#### CONCLUSIONES.

El cotratamiento con INM y la necesidad de intensificar son frecuentes en nuestra práctica clínica habitual en CUCR. En más de la mitad de los pacientes IFX es eficaz en inducir la remisión y mantenerla pero el 25% ha requerido colectomía tras 40,7±28,8 meses y en el 25% se presentan efectos adversos que pueden ser muy graves. La frecuencia de la colectomía difiere según el hospital. El sexo femenino y el cotratamiento con INM se asocian a menor tasa de colectomía.

### INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON ANTI-TNF EN EL METABOLISMO ÓSEO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

García García, MJ; Castro Sinosiain, B; Valero Diaz de la Madrid, MC; Llerena Santiago, S; Fernández Gil, P; García Unzueta, MT; Rivero Tirado, M; Riancho Moral, JA; Crespo García, J

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA DE SANTANDER

#### INTRODUCCIÓN

Diversos estudios concluyen que los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen mayor riesgo de osteoporosis. La elevación de citocinas pro-inflamatorias, como el TNF- $\alpha$  y las interleucinas (IL) parecen mediar, como mecanismo patogénico, en la pérdida de masa ósea en estos enfermos. Sin embargo, la influencia de los fármacos Anti-TNF en el metabolismo óseo de los pacientes con EII no es bien conocida.

#### OBJETIVOS

Queremos evaluar la influencia de los fármacos anti-TNF a sobre la densidad mineral ósea y los marcadores de remodelación ósea en los pacientes con EII.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio prospectivo que incluye a 8 pacientes (2 hombres y 6 mujeres) con EII activa, 2 con colitis ulcerosa y 6 con enfermedad de Crohn, todos con indicación para recibir tratamiento con Anti-TNF. Los parámetros clínicos fueron recogidos de forma estandarizada. Se midió la densidad de masa ósea (DMO) mediante un absorciómetro radiológico de energía dual (Hologic QDR 4500) en la columna lumbar (L1-L4) y en el cuello femoral (CF) en la primera visita y tras un año de tratamiento. Se analizaron la 25-hidroxivitamina D3 (25OHD ng/ml) y la hormona paratiroidea intacta (PTH pg/ml). Los marcadores de remodelación ósea se analizaron mediante un sistema de electroquimioluminiscencia (Eleclys 2010, Roche Diagnostic, Germany): se analizaron el pro-péptido terminal del colágeno (P1NP) y el telopéptido C-terminal del colágeno tipo 1 (CTX) en su nivel basal, a la 8 semana, a los 6 meses y un año después del inicio del tratamiento.

#### RESULTADOS

La media de edad fue de 42 años (rango 24-54). Dos pacientes recibieron tratamiento con infliximab y 6 con adalimumab. Todos los

pacientes habían recibido previamente tratamiento con 5-ASA, el 50% con azatioprina y el 20% con corticoides. La media del peso al inicio fue 61 (13) kg, igual que al año de tratamiento. La DMO en la columna lumbar fue de 1.031 (0.112) g/cm<sup>2</sup> al inicio y 1.037 (0.127) g/cm<sup>2</sup> al año. La DMO en el CF fue de 0.755 (0.131) g/cm<sup>2</sup> y 0.774 (0.120) g/cm<sup>2</sup> respectivamente. El porcentaje del cambio en la columna lumbar fue de 1% (p=0.77) y en el CF de 2.5% (p=0.15). Las determinaciones analíticas con los porcentajes de cambio respecto al valor basal se muestran en la tabla.

#### CONCLUSIONES:

1. La masa ósea de los pacientes con EII que reciben tratamiento con Anti-TNF se mantiene estable al año.
2. El PINP, como marcador de formación ósea, se incrementa a la octava semana tras el inicio del tratamiento, retornando a su nivel basal al año. La hormona paratiroidea parece incrementarse también de forma precoz tras el inicio del tratamiento, manteniéndose en cifras superiores a la basal a lo largo del año. El marcador de resorción ósea  $\beta$ -CTX y la vitamina D permanecen estables a lo largo del tratamiento.
3. Son necesarios más estudios que analicen el efecto de estos fármacos en el metabolismo óseo de los pacientes con EII.

## PAPEL DE LOS LINFOCITOS T REGULADORES EN LA MODULACIÓN DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA EN LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

Carmen Martos Plasencia; Joaquín Rodríguez Sánchez; María Adán Alonso; Melvyn Peña Gómez; Eva de la Santa Belda; Francisco Domper Bardají; Alicia Hernández Albújar; Roberto Martín Escobedo; Cristina Verdejo Gil; Bartolomé López Viedma; José Olmedo Camacho

<sup>2</sup>HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

#### INTRODUCCIÓN

Los mecanismos reguladores de la respuesta inflamatoria de la EoE son a día de hoy desconocidos. En ellos se han implicado citoquinas inhibitorias de la respuesta celular mediada por linfocitos T (IL-2), sin embargo el papel de los linfocitos T reguladores ha sido escasamente estudiado.

#### OBJETIVOS

Analizar la variación de la población linfocitaria en función de la actividad inflamatoria de la enfermedad medida por el grado de infiltración tisular por eosinófilos.

#### MÉTODOS

Se ha analizado la población de Treg-FoxP3+ sobre un total de 330 especímenes de biopsia extraídos en diferentes fases de la enfermedad (diagnóstico (B0)/tras tratamiento (B1)/recidiva (B2)), sobre 20 pacientes con EoE tratados con dieta empírica de 6 alimentos, diferenciando entre respondedores (R) y no respondedores (NR) al tratamiento. El análisis digital de las muestras se realizó con Software positive pixel count, tomando como referencia el % de píxeles fuertemente positivos (PPF).

#### RESULTADOS

Al diagnóstico se detectaron 49,35 eo/cga con un valor de FoxP3 0,13% PPF. Tras tto. en respondedores se objetivó un descenso significativo en Eo/cga (50,53 vs. 1,57; p=0,001), y en FoxP3, aunque

en este último de forma no significativa (0,10% vs. 0,06%; p=0,59). En no respondedores no se encontró variación de FoxP3 (0,18% vs. 0,18%; p=1). Cuando se compararon los valores de FoxP3 en base a la respuesta al tratamiento, se objetivaron niveles significativamente superiores en no respondedores (0,06% vs. 0,18%; p=0,04). En la reactivación de la enfermedad, se objetivó un ascenso en FoxP3 que no fue significativo (0,06% vs. 0,18%; p=0,09), a diferencia del detectado en eo/cga (1,57 vs. 58,17; p=0,001).

#### CONCLUSIÓN

Al contrario de lo que cabría esperar, la población de linfocitos Treg FoxP3+ va en paralelo al infiltrado de eo/cga lo cual traduce que la regulación de la respuesta inflamatoria en la EoE podría llevarse a cabo por otra vía independiente a esta población celular, cuyo papel en esta enfermedad aún se desconoce.

## EL TRATAMIENTO DE LA COLESTASIS GESTACIONAL CON URSODESOXICÓLICO AFECTA A LA HOMEOSTASIS MATERNO-FETAL DE LA PROGESTERONA Y DE LOS ÁCIDOS BILIARES

Felipe Jiménez (1,2,3); María C. Estiú (4); Silvia Jiménez (5); María J. Monte(1,3); Ana Mora-Soler(2); Laura Rivas(1); Elisa Lozano(1); María Morián(4); Tomás Rodríguez-Bravo(2); Ruba Al-Abdulla(1); Rocío I.R. Macias(1,3); Jose J.G. Marin(1,3)

(1) LABORATORIO DE HEPATOLOGÍA EXPERIMENTAL Y VECTORIZACIÓN DE FÁRMACOS (HEVEFARM), INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE SALAMANCA (IBSAL), UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. (4) CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN RED PARA EL ESTUDIO DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y GASTROINTESTINALES (CIBEREHD). (3) HOSPITAL MATERNO-INFANTIL RAMÓN SARDÁ, BUENOS AIRES, ARGENTINA. (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

#### ANTECEDENTES Y OBJETIVO

La colestasis intrahepática gestacional (CIG) se caracteriza por prurito y elevación de los niveles de ácidos biliares en suero materno. Esta patología se asocia con un aumento del riesgo de complicaciones intrauterinas y perinatales. La etiopatogénesis de la CIG es multifactorial, y se ha sugerido que los niveles elevados de metabolitos sulfatados de progesterona (PMS) podrían estar implicados. El objetivo de este estudio fue investigar el efecto de la administración oral de ácido ursodesoxicólico (UDCA), que es el tratamiento estándar, en la homeostasis materno-fetal de ácidos biliares y de metabolitos de progesterona.

#### MÉTODOS

Las especies moleculares de ácidos biliares y PMS se determinaron en suero materno y fetal por HPLC-MS/MS y la progesterona mediante un kit de ELISA. La expresión de proteínas transportadoras y enzimas implicadas en el metabolismo de la progesterona se determinó por RT-PCRQ y por inmunofluorescencia.

#### RESULTADOS

En situaciones de CIG se produce un marcado aumento de los niveles de ácidos biliares (tauroconjugados>> glicoconjugados>> no conjugados), de progesterona y de PMS (PM4-S> PM5-S+PM7-S> PM6-S) en suero materno, acompañado de elevados niveles séricos de ácidos biliares en suero fetal, pero no de PMS. El tratamiento con UDCA redujo la acumulación de ácidos biliares en madres

y fetos sin afectar de forma significativa a los niveles de progesterona y PMS. En placentas de pacientes con CIG se observó un aumento significativo de los niveles de RNAm de ABCG2, y esta sobre-expresión se mantenía con el tratamiento con UDCA. Por inmunofluorescencia se observó que la inmunorreactividad para ABCG2 fue mayor en las pacientes con CIG tratadas con UDCA que en las no tratadas.

#### CONCLUSIONES

La administración de UDCA reduce parcialmente la acumulación de ácidos biliares inducida por la CIG en madres y fetos, pero no corrige la elevación de la progesterona y de los PMS en suero materno. La sobre-expresión de ABCG2 en la placenta puede jugar un papel importante en la protección del feto frente a los elevados niveles de ácidos biliares y PMS en situaciones de CIG.

## ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 25 CASOS DE COLITIS MICROSCÓPICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mileidis San Juan Acosta(1); Alejandra Ochoa Palominos(1); José Miranda Bautista(1); Judith Gómez Camarero(1); Francisco Rueda Correa (2); Paola Lastra Andrade(1); Leticia Pérez Carazo(1); Camilo Padilla Suárez(1); Pedro Menchén Fernández-Pacheco(1); Cecilia González Asanza(1)

1 SERVICIO APARATO DIGESTIVO. 2 SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL GENERAL GREGORIO MARANON, MADRID.

#### INTRODUCCIÓN

La Colitis Microscópica (CM) es una enfermedad inflamatoria intestinal caracterizada por diarrea acuosa crónica. La colonoscopia suele ser normal hasta en el 80% de los casos y su diagnóstico es histológico. Existen dos tipos: la Colitis Linfocítica: > 20 linfocitos/100 células epiteliales, y la Colitis Colágena: engrosamiento de la capa de colágeno subepitelial > 10µm.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que evaluó el número de pacientes diagnosticados de CM entre los meses de enero de 2011 y agosto de 2014. Para ello se revisaron todas las colonoscopias (n=914) indicadas por diarrea crónica realizadas durante ese período.

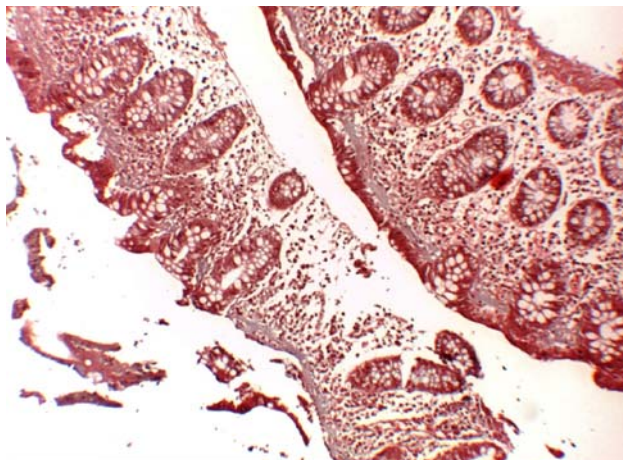


Figura 1.- Colitis Colágena (engrosamiento de capa de colágeno).

#### RESULTADOS

Se diagnosticaron 25 (2.7%) pacientes con CM: Colitis Linfocítica (88%) y Colitis Colágena (12%), 15 mujeres (60%) y 10 varones (40%), con edad mediana de 55 años (rango: 30-81 años). La mediana de evolución de la diarrea fue de 8 meses (rango: 1-72 meses). Además de la diarrea, 2 pacientes presentaron dolor abdominal, 1 paciente distensión abdominal y 1 paciente incontinencia fecal. Diez pacientes (40%) recibían tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina. Hallazgos endoscópicos: 80% con pacientes con colonoscopia normal (80%), 4% divertículos y 4% restante pólipos adenomatosos. En el 68% de los casos se tomaron biopsias de todos los tramos colónicos y en el 32% únicamente se tomó biopsia de colon ascendente-transverso. Se trataron con aminosalicilatos 8 pacientes (32%), con budesonida 7 pacientes (28%), y el resto no recibió tratamiento específico. Respondieron bien al tratamiento: 5/8 pacientes tratados con aminosalicilatos y 6/7 pacientes con budesonida.

#### CONCLUSIONES

Los casos presentados reproducen razonablemente las principales características de la CM previamente publicadas en la literatura. Sin embargo se necesitan más estudios que permitan conocer mejor la historia natural y el tratamiento de esta entidad.

## TRATAMIENTO DE RESCATE EMPÍRICO TRAS EL FRACASO ERRADICADOR DE H. PYLORI: EXPERIENCIA DURANTE 15 AÑOS EN 1.000 PACIENTES

Diego Burgos Santamaría<sup>(1)</sup>; Adrián Gerald McNicholl<sup>(1)</sup>; José-Luis Gisbert Canto<sup>(1)</sup>; Santiago Marcos<sup>(1)</sup>; Miguel Fernández-Bermejo<sup>(2)</sup>; Javier Molina-Infante<sup>(2)</sup>; Javier P Gisbert<sup>(1)</sup>

1 SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID. 2 SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA.

#### ANTECEDENTES

Los tratamientos erradicadores de H. pylori más habituales fracasan hasta en un 20-30% de pacientes en primera línea y aún más en tratamientos de rescate, principalmente por las resistencias antibióticas y el deficiente cumplimiento del tratamiento. Es por tanto necesario evaluar la eficacia y seguridad de la estrategia erradicadora global, incluyendo varias líneas de tratamiento.

#### OBJETIVO

Evaluar la eficacia y seguridad de las diferentes terapias de rescate empíricas tras al menos un fracaso erradicador de H. pylori.

#### MÉTODOS

Diseño: estudio unicéntrico retrospectivo. Pacientes: 1.000 pacientes consecutivos en los que había fracasado al menos un tratamiento erradicador (1998-2013). Intervención: los tratamientos de rescate más habituales fueron: 1) IBP-Amoxicilina-Levofloxacino (IBP-L-A); 2) Ranitidina citrato de bismuto-Tetraciclina-Metronidazol (Rcb-T-M); 3) Cuádruple terapia clásica (IBP-Bismuto-Tetraciclina-Metronidazol) (IBP-B-T-M); 4) Esomeprazol-Moxifloxacino-Amoxicilina (E-Mox-A); 5) IBP-Amoxicilina-Rifabutina (IBP-A-Rif). Rifabutina sólo se prescribió en 4ª línea, y los demás tratamientos se emplearon en segunda y tercera línea. La susceptibilidad antibiótica se desconocía, por lo que los tratamientos de rescate fueron prescritos empíricamente. En ningún caso se repitió el mismo ré-



gimen. Variable de resultado: La erradicación se definió como un test del aliento con 13C-urea negativo 4-8 semanas tras finalizar el tratamiento. Se empleó un análisis "por intención de tratar" modificado, considerando los pacientes con cumplimiento defectuoso, pero no aquellos que se perdían durante el seguimiento.

### RESULTADOS

Las tasas globales de erradicación de *H. pylori* con la 2ª, 3ª y 4ª líneas de tratamiento de rescate fueron del 74,6%, 71,1% y 50% respectivamente, con una tasa de erradicación acumulada tras la administración consecutiva de cuatro tratamientos del 99,2%. El cumplimiento del tratamiento de 2ª, 3ª y 4ª línea fue del 95,6%, 93% y 93,5%, respectivamente, con un cumplimiento global del 95,1%. La eficacia y efectos adversos de los tratamientos fueron respectivamente 83,5% y 24,2% con E-Mox-A; 77,8% y 24% con IBP-L-A; 68,9% y 21,5% con IBP-B-T-M; 66% y 33,3% con Rcb-T-M; y 62% y 37,9% con IBP-A-Rif. La mayor tasa de erradicación de segunda línea se logró con E-Moxi-A (83%), independientemente del tratamiento de primera línea prescrito.

### CONCLUSIÓN

La tasa de erradicación de *H. pylori* puede alcanzar finalmente el 99% empleando una estrategia de rescate de hasta 4 tratamientos consecutivos empíricos, sin la realización de cultivo bacteriano. La mejor estrategia de rescate para erradicar *H. pylori* es administrar secuencialmente quinolonas (2ª línea), IBP-B-T-M (3ª línea) y IBP-A-Rif (4ª línea).

## MEDIDA DE LA RIGIDEZ HEPÁTICA MEDIANTE ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA EN PACIENTES REUMÁTICOS TRATADOS CON METOTREXATE EN EL HOSPITAL DE LEÓN

Marta Aparicio Cabezedo; Laura Rodríguez Martín;  
Nereida Fernández Fernández; Diana Joao Matias;  
Begoña Álvarez Cuenllas; Luzdivina Monteserín Ron;  
Marcos Jiménez Palacios; Luis Vaquero Ayala;  
Pedro Linares Torres

HOSPITAL DE LEÓN

### INTRODUCCIÓN

El Metotrexate (MTX) es un fármaco ampliamente utilizado en el tratamiento de las enfermedades reumatológicas. Su uso de manera prolongada clásicamente ha sido asociado con fibrosis hepática (FH). Dicha fibrosis es posible medirla mediante técnicas no invasivas como la elastografía de transición (FibroScan®).

### OBJETIVO

Evaluar el grado FH mediante elastografía transitoria en pacientes con enfermedades reumatológicas tratados con MTX, su relación con la duración del tratamiento y la dosis acumulada.

### MATERIAL Y MÉTODO

Desde enero de 2013 hasta diciembre de 2013 se realizó un fibroscan a todos los pacientes con enfermedades reumatológicas que tomaban MTX en el Hospital de León. Posteriormente de forma retrospectiva se evaluó el tiempo y dosis acumulada de MTX, tipo de enfermedad reumatológica de base, uso concomitante de leflunomida, consumo de alcohol, presencia de hepatopatía previa,

diabetes mellitus (DM), alteración de transaminasas y uso de otros fármacos. Los valores de referencia del fibroscan para cada grado de fibrosis fueron: F0 <6, F1 <7,1 F2 =7,1 F3 =9,5 y F4 =14,5.

### RESULTADOS

Se incluyeron 88 pacientes (edad media 58,3 ± 13,6 años), 63,3% mujeres. Presentaban artritis reumatoide 51,1%, artritis psoriásica 22,8%, artritis seronegativas 10,2%, artritis asociada a la enfermedad de Crohn 11,4%, lupus eritematoso sistémico 3,4% espondilitis anquilosante 1,1%. El tiempo de evolución medio de la enfermedad de base fue 9,34 ± 8,4 años y la dosis media acumulada de MTX de 3213,3 ± 2371,31 mg. El tiempo medio de exposición a MTX 73,5 ± 66,25 meses. La rigidez hepática media fue 5,02 ± 1,42 KPa. La mayor parte de los pacientes presentaban F0 69/88 (78,4%), 11 (12,5%) F1 y 8 (9,1%). El 12,6% eran diabéticos y 20 pacientes (22,7%) tomaron en algún momento leflunomida, de los cuales 16 lo hicieron de manera combinada con MTX. Ningún paciente presentaba serología positiva para virus hepatotropos ni ninguna otra hepatopatía ni alteración de los parámetros de función hepática. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en el grado de FH según la enfermedad reumática de base, la duración del tratamiento, dosis semanal y acumulada de MTX o el uso de leflunomida. Los pacientes diabéticos presentaron una porcentaje mayor de F2 (27,3 vs 6,6; p<0,05).

### CONCLUSIÓN

El MTX parece ser un fármaco seguro, incluso cuando se utiliza durante años y con dosis acumuladas elevadas. La DM puede asociarse a una mayor FH. El fibroscan puede ser una herramienta útil para valorar la FH y para el seguimiento en este grupo de pacientes.

## DOBLE DERIVACIÓN ENDOSCÓPICA (DDE) PALIATIVA EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN NEOPLÁSICA BILIAR Y DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO: INTERVENCIONES Y RESULTADOS FUNCIONALES.

Guillermo González Redondo; Ramón Sánchez-Ocaña;  
Fernando Santos Santamarta; Andrea Loza Vargas;  
Rebeca Amo Alonso; Victoria Busto Bea; Henar Núñez;  
Pilar Díez Redondo; Paula Gil Simón;  
Carlos de la Serna Higuera; Manuel Pérez Miranda

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL RÍO HORTEGA. VALLADOLID

### INTRODUCCIÓN

Es posible la colocación endoscópica concomitante de stents biliares y duodenales (DDE) en pacientes con obstrucción biliar y al vaciamiento gástrico simultáneas.

### OBJETIVO

Describir técnicas y resultados de DDE en pacientes con estenosis doble maligna, biliar y duodenal, no subsidiarios de cirugía.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan pacientes consecutivos sometidos a DDE entre Enero-2010/Julio-2014, clasificados por cronología y localización estenosis duodenal (tipos I-III de Mutignani, Endosc'07). Se describen tasas de disfunción (recidiva de síntomas con stent in situ) com-

parando mediante Chi-cuadrado drenaje biliar transmural USE-guiado Vs transpapilar.

### RESULTADOS

DDE en 41 pacientes, 61 % hombres, edad 77 (30-91 años). Etiología: Cáncer páncreas 49 %, gástrico 24%, otros en 36%. Cronología presentación: primero obstrucción biliar 17 pacientes (41%), sincrónica 16 (39%) y primero duodenal 4 (10 %). Localización estenosis duodenal: bulbo 39 %, segunda porción 59 %, y tercera en 2 (Tabla 1A). Acceso a vía biliar transpapilar en 58 % y transmural en 42 %. A pesar de mayor recurso a USE frente a CPRE en las estenosis tipo II, no hubo significación en tipo de acceso biliar Vs tipo de estenosis duodenal ( $p=0,58$ ). Hubo 5 (12%) complicaciones post-procedimiento (1 grave). Tras una mediana de seguimiento de 3,5 meses (1-37) hubo 21 (55%) pacientes con algún episodio de disfunción: 10 biliares, 11 duodenales (Tabla 1B). El 85% se resolvieron mediante reintervención endoscópica, 5% cirugía y

3 éxitos por disfunción (incluido el paciente operado). No hubo diferencias significativas en tipo de drenaje biliar (transpapilar/transmural) ni incidencia de disfunción biliar. CONCLUSIÓN: La DDE paliativa es técnicamente posible mediante CPRE y USE en la mayoría de pacientes con estenosis biliar y duodenal sintomáticas concomitantes. La mitad experimentan disfunciones durante el seguimiento, que pueden tratarse satisfactoriamente mediante reintervención endoscópica.

**Tabla 1A.-** Tipo de Estenosis duodenal

Cronología	Acceso biliar	Tipo de Estenosis	
		I (bulbo)	II (2ª porción)
METACRÓNICA	USE	6	3
	CRPE	8	8
SINCRÓNICA	USE	1	6
	CRPE	4	4

**Tabla 1B.-**

DISFUNCIÓN	nº PACIENTES	nº EPISODIOS (mediana rango)	TIEMPO MEDIO	nº EXITUS
BILIAR	10	1 (1-12)	3-5 meses	2
DUODENAL	11	1 (1-5)	4 meses	1