

XXXV

CONGRÉS DE LA SCD

FIRA DE REUS
28, 29 i 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia

11è Curs en Investigació Bàsica i Translacional en Digestologia

11è Taller Videoforum d'Endoscòpia



Comunicacions Orals

O1 Model predictiu de mortalitat postoperatoria en pacients amb cirrosi. Surgical Risk Score for patients with Cirrhosis (S-RISC).

Lidia Canillas^{1,2,3}; Natalia Jiménez-Esquivel^{4,5}; Alberto Amador^{6,7}; Anna Brujats^{8,9,10}; Jordi Sánchez-Delgado^{10,11,12}; Amalia Pelegrina^{1,3,13}; Carlos Pardo⁴; Sergi Homdedeu^{6,7}; Montse Camps⁸; Carla de Sàrraga^{11,12}; Juan Álvarez^{1,3,14}; Xavier Duran¹⁵; Fernando Burdío^{1,3,13}; Enric Reverter^{4,5}; José A. Carrión^{1,2,3}

¹Departament de Medicina i ciències de la vida, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona;

²Secció d'Hepatologia, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital del Mar, Barcelona; ³IMIM

(Hospital del Mar Medical Research Institute), Barcelona; ⁴Secció d'Hepatologia,

Hospital Clinic, Barcelona; ⁵Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer

(IDIBAPS), Barcelona; ⁶Secció d'Hepatologia, Servei Aparell Digestiu, H. Universitari

de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat; ⁷Grup de recerca malalties hepatobiliars i

pancreàtiques, IDIBELL, UB, L'Hospitalet de Llobregat; ⁸Departament de

Gastroenterologia i Hepatologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona;

⁹Institut de recerca Sant Pau (IR Sant Pau), Universitat Autònoma de Barcelona,

Barcelona; ¹⁰Centro de Investigación Biomédica Red de Enfermedades Hepáticas y

Digestivas (CIBERehd); ¹¹Unitat d'Hepatologia, Servei Aparell Digestiu, Hospital

Universitari Parc Taulí, Sabadell; ¹²Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí

(I3PT). Universitat Autònoma de Barcelona. Sabadell.; ¹³Servei de Cirurgia General,

Hospital del Mar, Barcelona; ¹⁴Servei d'Anestesiologia, Hospital del Mar, Barcelona,;

¹⁵Unitat de Bioestadística, Hospital del Mar Research Institute (IMIM), Barcelona

Introducció: el model de referencia per predir la mortalitat postquirúrgica en pacients amb cirrosi es el VOCAL-Penn però la seva capacitat predictiva pot disminuir en cohorts del nostre entorn. Els objectius són: 1) dissenyar i validar un nou model, i 2) compararlo amb el VOCAL-Penn.

Mètodes: Estudi multicèntric, retrospectiu en pacients amb cirrosi i cirurgia major extrahepàtica. Disposem de dues cohorts: centres no trasplantadors (cohorte A-disseny) i trasplantadors (cohorte B-validació). Es recolliren variables de comorbiditat, malaltia hepàtica i complexitat quirúrgica (mínima-baixa/moderada/alta/extrema). L'anàlisi univariat es realitzà mitjançant χ^2 i U-Mann-Whitney. El model fou creat mitjançant regressió logística binària i la seva discriminació (estadístic-c) fou avaluada a la cohorte A i B, i comparada amb el VOCAL-Penn.

Resultats: S'inclogueren 2.045 pacients: cohorte A(n=1.046) i cohorte B(n= 999). Mediana d'edat 65 anys, el 68% eren homes, la cirrosi era per alcohol (49,6%) i viral (31,6%). La mediana de plaquetes era $127 \cdot 10^9/L$ (RIQ $86-178 \cdot 10^3/uL$). El 36,5% tenien ascites, i en el 69% de les endoscòpies (n=1.669) varius esofàgiques. El procediments foren urgents en el 38,1%. La complexitat fou mínima-baixa (18,7%), moderada (54,8%), alta (16,4%) i extrema (10,2%). La mortalitat als 90 dies de la cirurgia fou del 10,5% en la cohorte A(n=114), i del 10,1% en la cohorte B(n=101). La mortalitat, en la cohorte A, es va relacionar amb: edat, ASA, bilirubina, albúmina, INR, creatinina, sodi,



hemoglobina, plaquetes, ascites, emergència i complexitat quirúrgica. Les variables associades de forma independent amb la mortalitat [ORa (IQR); p] foren: edat [1,08 (1,06-1,11); $p < 0,001$], bilirubina [1,38 (1,20-1,60); $p < 0,001$], INR [2,16 (1,30-3,58); $p = 0,003$], sodi [0,93 (0,89-0,98); $p = 0,006$], plaquetes [0,99 (0,99-0,99); $p = 0,034$], ascites [2,32 (1,27-4,24); $p = 0,006$], emergència [2,01 (1,23-3,26); $p = 0,005$] i complexitat moderada [2,51 (1,11-5,70); $p = 0,027$], alta [6,79 (2,74-16,81); $p < 0,001$] i extrema [11,96 (4,67-30,60); $p < 0,001$]. L'estadístic-c del SS-RISC i del VOCAL-Penn fou en la cohort A de 0.856 i 0,792, respectivament ($p = 0.002$) i en la cohort B de 0.872 i 0.826, respectivament ($p = 0.042$).

Conclusió: El model SS-RISC té una capacitat excel·lent per predir mortalitat postoperatòria en pacients amb cirrosi. Al nostre entorn, SS-RISC és millor que el VOCAL-Penn.



O2 Liraglutida redueix la fibrosi en un model microfluídic de fetge cirròtic humà

María Andrés-Rozas^{1,2,5}; Peio Aristu-Zabalza^{1,2,5}; Gabriela Chullo³; Guofeng Liu¹; Yiliam Fundora³; Rosa Villa⁴; Anabel Fernández-Iglesias¹; Sergi Guixé-Muntet¹; Jordi Gracia-Sancho^{1,5}

¹Liver Vascular Biology Lab, IDIBAPS - CIBEREHD, Barcelona; ²Facultat de Medicina - UB; ³Unitat de Trasplantament Hepàtic, Hospital Clínic de Barcelona; ⁴CNM-CSIC-CIBERBBN, Bellaterra; ⁵Barcelona Liver Bioservices

Introducció: La malaltia hepàtica crònica continua essent una causa rellevant de morbiditat i mortalitat, sense tractaments antifibròtics eficaços. Els anàlegs del receptor GLP-1 han mostrat efectes beneficiosos en fases inicials, però es desconeixen en estadis avançats. Aquest estudi va tenir com a objectiu establir un model microfluídic de làmines hepàtiques de precisió (PCLS) humanes per a cultius prolongats i avaluar l'efecte antifibròtic de la liraglutida en teixit cirròtic, amb especial atenció al remodelatge dels col·làgens de la matriu extracel·lular (ECM).

Mètodes: Es van cultivar hPCLS procedents de fetges cirròtics (ALD i MetALD) sota condicions convencionals o microfluídiques (n=5/grup). Es van analitzar la viabilitat, necrosi, fibrosi i funció hepàtica a les 24h, 72h i 7dies. Les interaccions cel·lulars es van estudiar per immunofluorescència. Les hPCLS cirròtiques es van tractar amb liraglutida (200µM) o vehicle durant 7 dies (n=6-7), i es va avaluar el perfil fibrogènic a nivell transcriptòmic i proteic. Addicionalment, es va analitzar la composició de col·làgens en teixit hepàtic sa (n=17), cirròtic compensat (n=8) i descompensat (n=21).

Resultats: L'anàlisi proteòmica va revelar un augment de COL1α1, COL4α2, COL6α3 i, especialment, COL10α1, present des de les fases inicials. Les hPCLS cultivades al xip microfluídic van mostrar menor necrosi (-59%), fibrosi (-33%) i alliberament de LDH, ALT i AST al dia 7, amb major secreció d'albúmina (+52%) i millor preservació de la comunicació HSC-LSEC. Liraglutida va reduir l'activació d'HSCs i va disminuir l'expressió d'IL6 i IL1β. Tot i no observar canvis fenotípics a les LSECs, es va detectar una intensa comunicació paracrina HSC-LSEC. El tractament amb liraglutida va reduir la fibrosi (-24%) i l'expressió de COL1α1 (-45%) i COL10α1 (-67% en teixit, -17% en medi), p<0.05.

Conclusions: El model hepàtic humà 3D basat en PCLS microfluídiques preserva la integritat tissular fins a 7 dies i permet estudiar l'efecte antifibròtic de fàrmacs. La liraglutida desactiva HSCs i promou el remodelatge de l'ECM en teixit cirròtic, consolidant aquest sistema com una eina translacional prometedora per al desenvolupament de noves teràpies antifibròtiques. COL10α1 s'identifica com un potencial biomarcador de progressió i regressió de la malaltia hepàtica.



O3 Reflux gastroesofàgic i alteracions de la motilitat esofàgica en pacients amb obesitat mòrbida i sotmesos a cirurgia bariàtrica. anàlisi i comparació entre tècniques (sleeve vs bypass gàstric)

María Valero Serratosal¹; Pere Clavé^{1,2}; Esther Mans¹; Elisabeth Palomeras¹; Silvia Carrión^{1,2}

1Hospital Universitari de Mataró; 2Centro de investigación Biomecánica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD)

Introducció: La malaltia per reflux gastroesofàgic (ERGE) és una complicació freqüent després de la cirurgia bariàtrica, especialment després de la gastrectomia vertical (SG). Aquest estudi analitza les alteracions funcionals esofàgiques i la seva relació amb la tècnica quirúrgica emprada.

Objectiu: Avaluar la motilitat esofàgica, la funció de la unió esofagogastrica (UEG) i la fisiopatologia de l'ERGE abans i després de cirurgia bariàtrica, comparant els resultats entre SG i bypass gàstric (RYGB).

Metodologia: Es van incloure de forma prospectiva pacients amb obesitat mòrbida o IMC >35 kg/m² amb comorbiditats, candidats a cirurgia bariàtrica, excloent aquells amb cirurgia esofagogastrica prèvia o hèrnia hiatal gran. Abans de la cirurgia es van realitzar qüestionaris de símptomes, gastroscòpia, manometria esofàgica d'alta resolució i pH-impedanciometria 24 hores. Després de la intervenció es va tornar a interrogar per la clínica i es van repetir els estudis funcionals per comparar els resultats entre ambdues tècniques.

Resultats: De 50 pacients (25 SG, 25 RYGB), van completar el seguiment 31 (17 SG, 14 RYGB). No es van observar diferències preoperatories significatives entre grups. Després de la cirurgia, la pirosi va ser més freqüent després de SG (44% vs 4%, p<0,001), amb ERGE de novo en el 41% enfront del 0% en RYGB. El 65% de les pacients amb SG va presentar temps d'exposició àcida patològic (AET>6%) enfront del 7% en RYGB (p=0,001). El SG va augmentar el nombre i durada d'episodis de reflux i va reduir la impedància basal nocturna. Manomètricament, després de SG es va observar disminució de la pressió de relaxació de l'EEI (IRP4s) i de la contracció de la UEG, sense canvis rellevants en la motilitat corporal esofàgica.

Conclusions: El RYGB mostra un efecte protector enfront del desenvolupament d'ERGE i preserva millor la fisiologia esofàgica. En canvi, el SG s'associa a elevada incidència d'ERGE de novo i deteriorament funcional de la UEG. La modificació de la tècnica quirúrgica per conservar l'anatomia de l'EEI i la realització d'estudis funcionals preoperatoris podrien optimitzar la selecció del procediment i reduir complicacions digestives a llarg termini.



O4 Millorant el programa de cribratge de càncer colorectal amb una firma bacteriana

Cristina Miracle¹; Margarita Villar²; Javier Pamplona³; Marco Aurelio Albuquerque⁴; Marc Albert⁵; Mònica Rivera⁶; Alberto Ameijide¹; Jaume Galceran¹

¹Hospital Universitari Sant Joan de Reus, IISPV, Reus; ²Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, IISPV, Tortosa; ³Institut d'Assistència Sanitària de Salt, IDIBGI, Girona; ⁴Hospital de Palamós, Palamós; ⁵Hospital Comarcal de la Garrotxa, Olot; ⁶Hospital de Figueres - Fundació Salut Empordà, Figueres

Amb 7025 nous casos estimats per a l'any 2024, el càncer colorectal (CCR) és el més incident a Catalunya. El cribratge actual, basat en la prova immunològica de sang oculta en femta (TSOFi) seguida de colonoscòpia confirmatòria en els positius, presenta una baixa especificitat fet que genera una elevada càrrega assistencial per colonoscòpies innecessàries.

L'eina diagnòstica "RAID-CRC Screen" es basa en una signatura bacteriana per al diagnòstic del CCR i de lesions avançades (LA) (≥ 1 cm i/o displàsia d'alt grau i/o component vellós). Aquesta eina analitza mitjançant qPCR, utilitzant la mostra de femta restant del TSOFi, l'abundància relativa de diferents bacteris associats al CCR. L'objectiu d'aquest treball ha estat avaluar la capacitat diagnòstica del "RAID-CRC Screen" i la reducció de colonoscòpies sense LA en implementar-lo en el programa de cribratge de CCR de Catalunya (PDPCCR).

Estudi observacional prospectiu d'una cohort multicèntrica (5 hospitals), amb participants del PDPCCR amb una TSOFi(+). Colonoscòpia com a estàndard de referència. *Sensibilitat*: proporció de veritables(+) del TSOFi que la prova identifica com a positius. *Especificitat*: proporció de falsos(+) del TSOFi que la prova identifica correctament com a veritables(-).

1.405 casos: 44 CCR, 472 LA, 889 no LA. **TSOFi100 (ng/ μ L) + RAID-CRC Screen**: Sensibilitat 95,5% per CCR i 82,6% per LA+CCR. Especificitat o reducció de falsos(+): 18,4%. **TSOFi118 + RAID-CRC Screen i TSOFi124 + RAID-CRC Screen**: reducció de colonoscòpies del 28–31%, comparable a TSOFi sol a 151 o 155 ng/ μ L, amb menys CCR no detectats per cada 1.000 colonoscòpies evitades (4-5 TSOFi + RAID-CRC Screen vs 7-8 càncers amb TSOFi sol).

Amb la mateixa eficiència operativa, la combinació amb RAID-CRC Screen preserva la capacitat de detecció, oferint un equilibri més favorable entre eficiència i impacte clínic, cosa que reforça la seva utilitat clínica per millorar l'efectivitat del cribratge.

La redistribució de les colonoscòpies estalviades podria ampliar l'abast del cribratge: de les més de 23.000 colonoscòpies anuals del PDPCCR, se'n podrien evitar fins a 4.180, que permetrien detectar 1.569 LA i 146 CCR addicionals.

Estudi finançat per GoodGut SL.



O5 Avaluació de les comorbiditats cardiometabòliques en l'hepatopatia avançada per masld i impacte del control glucèmic i del pes sobre la rigidesa hepàtica

Cautar El Maimouni^{1,2}; Alba Jiménez-Masip^{4,5,6,7}; Lidia Canillas^{8,9}; Isabel Serra¹⁰; Mercedes Vergara^{4,7,11}; Rosa Morillas^{4,7,12,13}; Maria Poca^{4,14}; Teresa Broquetas¹⁵; Adrià Rodríguez¹⁶; Eva Erice¹⁷; Anna Sòria^{1,2,3,4}; Laura Pagès^{4,5,6,7}; Jose Carrión^{8,9}; Meritxell Casas^{4,7,11}; Alba Ardevol^{4,7,12,13}; Diego Rojo^{4,5,6,7}; Nuria Alonso^{4,7,18}; M Teresa Julián^{4,7,18}; Octavi Bassegoda^{1,2,3}; Pere Ginès^{1,2,3,4}; Juan Manuel Pericàs^{4,5,6,7}; Isabel Graupera^{1,2,3,4}

¹Servei d'Hepatology. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona; ²Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (FRCB-; ³Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona (UB). Barcelona; ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CiberEHD).; ⁵Servei d'Hepatology, Àrea de Malalties Digestives, Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; ⁶Institut de Recerca Vall d'Hebron (VHIR), Campus Hospitalari Vall d'Hebron Barcelona. Barcelona; ⁷Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona; ⁸Secció Hepatology, Servei Aparell Digestiu, Hospital del Mar. Barcelona; ⁹IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute). Barcelona; ¹⁰Unitat d'Hepatology de l'Hospital Dr Josep Trueta. Girona; ¹¹Unitat d'Hepatology, Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell; ¹²Unitat de Hepatology, Servei Aparell Digestiu, Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona; ¹³Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol (IGTP); ¹⁴Unitat d'hepatology, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona; ¹⁵Secció Hepatology, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat; ¹⁶Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona; ¹⁷Servei d'Aparell Digestiu, Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Sant Joan Despí; ¹⁸Servei d'Endocrinologia i Nutrició, Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona

Introducció: Malgrat que els factors cardiometabòlics influeixen en la progressió de la MASLD, existeix poca evidència sobre com la seva presència i control afecten l'evolució de les formes avançades (cACLD).

Objectius: Avaluat la prevalença i el control de les comorbiditats cardiometabòliques en pacients amb cACLD-MASLD, i analitzar l'impacte dels canvis del control glucèmic i del pes en l'evolució de la malaltia.

Mètodes: Estudi prospectiu, observacional i multicèntric del Grup de Treball de MASLD de la SCD en pacients amb MASLD avançada. Es recolliren variables clíniques, analítiques, ecogràfiques i d'elastografia (LSM) a la inclusió i seguiment. Es definí progressió com augment de LSM <10 a ≥ 10 kPa o $\geq 30\%$, i millora com reducció ≥ 10 a <10 kPa o $\geq 30\%$.

Resultats: S'inclogueren 635 pacients (49,6% dones, 66 anys [RIQ: 59–72]). LSM basal: 17,3kPa (12–25,7), CAP: 309 dB/m (269–351). El 73% tenia diabetis (12,5% mal control, HbA1c $\geq 8.5\%$) i 64,7% obesià (IMC 32kg/m² [29–36]); només 16,5% rebien agonistes del rGLP-1. El 82% tenia risc cardiovascular alt/molt alt; 55,9% no assolien



objectius de LDL i 56,5% no prenen estatines. Dels 284 pacients amb ≥ 2 elastografies (≥ 1 any), 14,8% progressaren i 38,4% milloraren (seguiment: 26 mesos [17–45]). Es reduí significativament l'HbA1c (6,7% $\rightarrow$ 6,4%; $p=0,009$) i el pes (86 $\rightarrow$ 83 kg; $p=0,001$). La progressió del LSM s'associà amb mal control glucèmic (47,6% vs. 5,3%; $p=0,002$), i la millora amb bon control (44,7% vs. 19%; $p=0,002$). El 35% perdé $\geq 5\%$ del pes i el 16% $\geq 10\%$. Mantenir o guanyar pes s'associà a progressió del LSM (28%, 17,6% vs 8,3% en els que perderen $\geq 5\%$; $p=0,03$). La pèrdua ponderal es relacionà directament amb la millora de LSM (58%, 43% i 33% per pèrdues $>10\%$, 5–9,9% i $<5\%$; $p=0,028$). L'ús d'estatines no influí en el LSM. La progressió del LSM s'associà a més risc d'esdeveniments hepàtics (OR 4,3; IC 95% 1,5–12,8; $p=0,013$).

Conclusions: El maneig subòptim de les comorbiditats metabòliques en la cACLD-MASLD és freqüent. La millora del control glucèmic i la reducció ponderal s'associen amb millora del LSM, suggerint que optimitzar aquests factors pot frenar la progressió de la malaltia.



O6 Estudi comparatiu entre drenatge endoscòpic precoç (<4 setmanes) vs tardà de col·leccions pancreàtiques necròtiques: Anàlisi amb puntuació de propensió

Júlia Escuer-Turu¹; Elvira Guarner²; Sergi Homdedeu³; Virginia Alonso⁴; Àfrica Lores⁴; Sònia Fernández Herrera⁵; Sara Navajas²; Sandra Maisterra¹; Julio G. Velasquez Rodríguez¹; Joana Bordas Solé¹; Francesc Bas-Cutrina¹; Ana García García De Paredes⁶; José-Miguel Esteban⁷; Álvaro Terán⁸; Ferran González-Huix⁹; Manuel Pérez-Miranda¹⁰; Juan J. Vila Costas¹¹; Sílvia Salord³; Enrique Vázquez Sequeiros⁶; Juli Busquets Barenys¹²; Charly Guarner-Argente²; Eva Santafosta⁴; Carme Loras Alastruey⁵; Judith Peñafiel¹³; Joan B. Gornals¹

¹Unitat d'Endoscòpia, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge;
²Unitat d'Endoscòpia, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Sant Pau i Santa Creu, Barcelona; ³Unitat de Patologia Pancreàtica, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge; IDIB; ⁴Medicina Intensiva, Hospital Universitari de Bellvitge; IDIBELL; Universitat de Barcelona, Barcelona; ⁵Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Mutua de Terrassa; Centro de Investigación Biomédica en Red de E; ⁶Unitat d'Endoscòpia, Servei de Gastroenterologia i Hepatologia, Hospital Universitari Ramón y Cajal; ⁷Unitat d'Endoscòpia, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ⁸Unitat d'Endoscòpia, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Marqués de Valdecilla, Santand; ⁹Unitat d'Endoscòpia, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; ¹⁰Unitat d'Endoscòpia, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Río Hortega, Valladolid; ¹¹Unitat d'Endoscòpia, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Navarra, Pamplona; ¹²Unitat de Cirurgia Hepatobiliopancreàtica, Servei de Cirurgia General i Digestiva, Hospital Universi; ¹³Unitat de Bioestadística, IDIBELL; Universitat de Barcelona, Barcelona

Introducció: Les guies clíniques actuals recomanen esperar 4 setmanes des de l'aparició d'una pancreatitis aguda necròtica abans de considerar un drenatge endoscòpic. Tanmateix, en la pràctica clínica, hi ha col·leccions agudes —majoritàriament infectades— en què es planteja un drenatge endoscòpic precoç.

Objectiu: Comparar l'eficàcia clínica i la seguretat dels pacients sotmesos a drenatge precoç vs tardà de col·leccions pancreàtiques necròtiques.

Material

i

mètodes:

Els pacients amb pancreatitis necròtica i col·leccions pancreàtiques tractades amb drenatge endoscòpic “precoç” (període 2010–2025) en una cohort multicèntrica van ser comparats amb dades de drenatges endoscòpics “tardans” de col·leccions necròtiques (tipus WON) de 63 pacients inclosos en l'assaig clínic aleatoritzat multicèntric PROMETHEUS.

Es va realitzar una anàlisi tipus propensity score analysis amb ponderació per la inversa de la probabilitat de tractament (Inverse Probability Treatment Weighting, IPTW) per minimitzar l'efecte de factors de confusió (edat, sexe, infecció, ASA). Variable principal: necessitat de rescat quirúrgic. Variables secundàries: èxit clínic, nombre de sessions (necrosectomies), esdeveniments



adversos i mortalitat relacionada amb l'endoscòpia.

Resultats: Població total de 107 pacients: 43 en el grup “precoç”, aparellats amb 63 del grup “tardà”.

La indicació més freqüent en ambdós grups va ser la infecció. Necessitat de cirurgia postdrenatge endoscòpic (“tardà” vs “precoç”): 1,54/62,62 (2,46%) vs 4,97/50,45 (10,9%), $p=0,069$; OR=4,851 [IC95%: -0,106; 3,86], sense diferències significatives. Èxit clínic similar en ambdós grups: 41,3/62,62 (65,96%) vs 35,5/50,45 (76,95%), $p=0,441$; OR=1,722 [IC95%: -0,303; 1,433]. Mort relacionada: 1,56/62,62 (2,49%) vs 3,63/50,45 (8,06%), $p=0,324$; OR=3,437 [IC95%: -0,579; 3,542], sense diferències. Major necessitat de sessions (necrosectomia) en el grup “precoç”: 0,62/62,62 (0,99) vs 3,93/50,45 (8,62%), $p=0,024$.

Conclusions: Els resultats clínics en ambdós drenatges (tardà i precoç) van ser similars pel que fa a la necessitat de rescat quirúrgic, èxit clínic o mortalitat relacionada. Tot i així, el grup “precoç” va requerir un major nombre de sessions.



O7 Evolució i predicció de l'impacte econòmic de la malaltia inflamatòria intestinal a catalunya: un estudi basat en la població

Garcia-Sagué B¹; Brunet-Mas E^{1,2}; Vela E^{3,4}; Pontes C^{5,6}; Melcarne L¹; Frisancho LE¹; Llovet LP¹; Puy A¹; Pedregal-Pascual P⁷; Lario S^{1,2}; Ramirez-Lazaro MJ^{1,2}; Villoria A^{1,2,9}; Coward S⁸; Gilaad G Kaplan⁸; Calvet X^{1,2,9}

¹Servei d'Aparell Digestiu. Hospital Universitari Parc Taulí; ²CIBERehd, Instituto de Salud Carlos III; ³Àrea de Sistemes d'Informació. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; ⁴Digitalization for the Sustainability of the Healthcare System (DS3), Barcelona, Spain; ⁵Àrea Assistencial. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; ⁶Departament de Farmacologia, de terapèutica i de Toxicologia. Universitat Autònoma de Barcelona; ⁷Servei d'Aparell Digestiu. Hospital de Santa Creu i Sant Pau; ⁸Division of Gastroenterology and Hepatology, Cumming School of Medicine, University of Calgary, Cana; ⁹Departament de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducció: La distribució i evolució temporal de la despesa sanitària associada a la malaltia inflamatòria intestinal (MII) ha estat poc estudiada. Aquest estudi analitza la tendència dels costos dels pacients amb MII a Catalunya entre 2011 i 2024, identificant els principals costos i projectant les despeses futures fins al 2036.

Mètodes: Es van incloure tots els pacients registrats al Sistema de Vigilància de la Salut de Catalunya (CHSS) amb diagnòstic de MII i almenys una prescripció d'un fàrmac específic per aquesta malaltia. El CHSS recull dades prospectives de la despesa sanitària pública d'una població de fins a 8 milions d'habitants l'any 2024 (41.442 amb MII). Es van analitzar les dades d'ús de recursos sanitaris i es van calcular les despeses segons els costos estàndard establerts pel Departament de Salut de Catalunya. Els costos es van estimar per al conjunt dels pacients amb MII i de forma separada per a la malaltia de Crohn (MC) i la colitis ulcerosa (CU). Es va utilitzar un model autoregressiu de mitjana mòbil intriguada (ARIMA) per projectar els costos totals fins al 2036.

Resultats: La despesa sanitària total atribuïble a la MII es va triplicar, passant de 67,4 milions d'euros el 2011 a 201,6 milions el 2024. El cost mitjà per pacient va augmentar de 3.981€ a 4.753€. Els tractaments biològics van representar la principal despesa, especialment en el cas de la MC. El cost dels biològics per pacient va disminuir un 16,6% en la MC, però va augmentar un 44,5% en la CU. Els pacients amb MC van presentar, de forma consistent, costos per càpita més elevats. Les projeccions van apuntar a creixement continuat de la despesa total, que podria assolir els 308,87 milions d'euros l'any 2036.

Conclusió: Tant la despesa sanitària total com la despesa per pacient derivada de la MII va augmentar notablement a Catalunya entre el 2011 i el 2024, impulsades principalment per la despesa en medicaments, malgrat l'extens ús de biosimiliars. Aquests resultats poden ser útils per a la planificació de polítiques sanitàries futures.



O8 Planimetria per impedància (FLIP) en l'avaluació de les estenosis esofàgiques benignes: valoració de la precisió de la mesura i la seva relació amb la necessitat de re-dilatacions

Irene Fernández Rodríguez¹; Alberto Ezquerro-Durán¹; Jorge Núñez¹; Elizabeth Barba¹; Isis K. Araujo¹

¹Hospital Clínic de Barcelona

Introducció: Les estenosis esofàgiques benignes són una troballa endoscòpica freqüent, però els casos complexos i refractaris poden suposar un repte. El FLIP (Functional Luminal Imaging Probe) és una eina valuosa per valorar trastorns funcionals esofàgics, però l'ús en estenosis és limitat.

Objectius: Determinar el diàmetre (D), l'índex de distensibilitat (DI) i la pressió (P) abans i després de la dilatació d'estenosis esofàgiques i correlacionar aquests paràmetres amb el nombre de sessions necessàries o la necessitat de re-dilatació després d'una millora inicial.

Mètodes: Es van incloure pacients programats per a dilatació esofàgica entre el juliol de 2022-juliol de 2024 a un centre hospitalari. Es van realitzar mesures amb FLIP a diversos volums durant l'avaluació inicial previ a la primera dilatació i a la darrera sessió. Les dades clíniques es van recollir abans de la primera dilatació i després de la última, emprant qüestionaris validats i una base de dades electrònica. Per a tots els pacients era la seva primera dilatació llevat d'aquells amb lesions per agents càustics.

Resultats: Van incloure's 20 pacients amb 22 lesions (edat mitjana 57,4 anys; 31,8% dones). Les etiologies queden resumides a la Taula 1. Es va observar una millora significativa en les mesures endoscòpiques i amb FLIP després de la dilatació (Taula 2). Els diàmetres post-dilatació, però, foren més baixos en les mesures realitzades amb FLIP: 15mm vs 13,2mm ($p = 0,0001$). Es va observar una milloria significativa en els qüestionaris ES i BEDQ ($p < 0,00001$), però no en el GERD-Q. No hi hagué diferències significatives en funció del nombre de sessions ni es van registrar efectes adversos greus.

Cinc pacients van requerir redilatació el primer any (3 lesions càustiques, 1 pèptica, 1 líquen pla); presentaven de forma significativa un DI inicial més baix que la resta: 0,3 (RIQ 0,2-0,5) vs. 1,2 (0,5-3,1).

Conclusions: Les mesures pre-dilatació són similars amb endoscòpia i FLIP, però l'endoscòpia tendeix a sobreestimar el diàmetre post-dilatació. Un DI inicial baix podria predir la necessitat de re-dilatació, suggerint que el FLIP podria ser útil en casos seleccionats per predir fracàs al tractament. Es necessiten, però, més estudis per confirmar la seva utilitat.



O9 El tractament a curt termini amb albúmina millora la concentració de sodi sèric i redueix la mortalitat en pacients amb cirrosi i hiponatrèmia hipervolèmica

Adrià Juanola^{1,2,3}; Maria José Moreta^{1,2,3}; Cristina Solé^{3,4}; Martina Pérez-Guasch^{1,2,3}; Jordi Gratacós-Ginès^{1,2,3}; Anna Soria^{1,2,3}; Selene Iavarone^{1,2}; Berta Cuyàs^{3,5}; Marta Martín-Llahí⁶; Ann Thu Ma^{1,2}; Enrico Pompili^{1,2}; Maria Amorós⁷; Anna Cruceta⁷; Sonia Diestro⁸; Gemma Domenech⁸; José Ríos^{8,9}; Jordi Sánchez-Delgado^{3,4}; Núria Fabrellas^{1,2,3,10}; Isabel Graupera^{1,2,3}; Elisa Pose^{1,2,3}; Pere Ginès^{1,2,3,11}

¹Liver Unit, Hospital Clínic of Barcelona, Barcelona, Catalonia, Spain.; ²Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Catalonia, Spain.; ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd).; ⁴Departament of Gastroenterology and Hepatology. Parc Tauli Hospital Universitari. Institut d'Investi.; ⁵Department of Gastroenterology, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcel.; ⁶Department of Gastroenterology, Hospital de Sant Joan Despi Moisès Broggi.; ⁷Clinical Trial Unit, Hospital Clínic of Barcelona, Barcelona, Spain.; ⁸Biostatistics and Data Management Core Facility, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i S.; ⁹Biostatistics Unit, Faculty of Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain.; ¹⁰Faculty of Nursing, University of Barcelona, Barcelona, Catalonia, Spain.; ¹¹Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Barcelona, Barcelona, Catalonia, Spain.

Introducció: La hiponatrèmia hipervolèmica és una complicació freqüent en els pacients amb cirrosi descompensada i associa una elevada mortalitat. Actualment no disposem d'un tractament efectiu, i la teràpia es basa en la restricció de líquids i la retirada dels diürètics. Alguns estudis apunten que l'administració d'albúmina podria ajudar a millorar la concentració de sodi en sang. El nostre objectiu va ser avaluar l'eficàcia de l'administració d'albúmina en pacients amb cirrosi descompensada i hiponatrèmia dilucional.

Mètodes: Assaig clínic multicèntric, obert, amb pacients amb cirrosi i hiponatrèmia hipervolèmica. Els participants, amb $\text{Na} \leq 133 \text{ mEq/L}$, van ser assignats aleatòriament a rebre o albúmina (fins a resolució de la hiponatrèmia o un màxim de 10 dies: 1 g/kg el primer dia i després 40 g/dia) afegida al tractament estàndard —restricció de líquids i retirada de diürètics—, o bé només tractament estàndard. L'objectiu principal era aconseguir la resolució de la hiponatrèmia, definida com un augment del sodi sèric $\geq 5 \text{ mEq/L}$ amb un valor final $> 130 \text{ mEq/L}$.

Resultats: Es van incloure 52 pacients (edat de 61 anys; 69% homes; 73% amb cirrosi per alcohol). El valor del MELD en el moment de la inclusió era de 17 i el Na de 128 mEq/L . La resolució completa de la hiponatrèmia es va aconseguir en 12 pacients (48%) del grup albúmina, enfront només 4 (15%) del grup amb tractament estàndard [RR 3,39; IC95% 1,27–9,05; $p=0,015$]. La mortalitat als 28 dies va ser menor en el grup amb albúmina (cap defunció) en comparació amb el grup control (5 defuncions; $p=0,022$). També es va observar una incidència més baixa d'insuficiència renal aguda (24% vs 56%; HR 0,37; IC95% 0,15–0,93; $p=0,034$). Es van registrar dos casos d'insuficiència



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



respiratòria probablement relacionats amb l'albumina, que van millorar després de suspendre'n l'administració.

Conclusions: En pacients amb cirrosi i hiponatremia hipervolèmica, l'administració a curt termini d'albumina s'associa amb una major taxa de resolució de la hiponatremia, menor mortalitat i menys casos d'insuficiència renal aguda en comparació amb el tractament estàndard basat en la restricció de líquids i la retirada de diürètics. L'albumina intravenosa es presenta, per tant, com una opció terapèutica prometedora en aquest context clínic.



O10 Factors clínics i biològics com a predictors de curació mucosa en la colitis ulcerosa moderada tractada amb esteroides.

Jordina Llaó¹; Gisela Piñero¹; Margalida Calafat¹; Eugeni Domènech¹; en representació de l'estudi CECUM de Geteccu¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Disposem de poca evidència sobre factors predictors associats a curació mucosa (CM) en pacients amb colitis ulcerosa (CU) moderada tractada amb esteroides. L'objectiu d'aquest estudi fou analitzar l'associació entre la rapidesa en la millora de variables clíniques amb els nivells de calprotectina i la CM endoscòpica un cop finalitzat un curs convencional d'esteroides. Materials i mètodes: S'inclogueren tots els pacients a l'assaig clínic aleatoritzat prospectiu CECUM de GETECCU que completaren l'avaluació endoscòpica a les 8 setmanes. Es recolliren les variables clíniques als 7 dies, 4 i 8 setmanes: rectorràgia, urgència i deposicions nocturnes, puntuacions parcials de Mayo i Walmsley, i nivells de calprotectina. La CM endoscòpica a setmana 8 es definí com un Mayo endoscòpic de 0. Es compararen les diferències entre grups i s'analitzà l'associació entre l'evolució clínica precoç i la curació mucosa mitjançant estadística descriptiva i models de regressió logística, ajustats per variables clíniques basals. Resultats: Dels 75 pacients inclosos en l'estudi CECUM, 58 disposaven d'endoscòpia a la setmana 8. El 48% eren dones amb una mediana d'edat de 49 (19-79), 98% no fumadors, 52% CU extensa i un 32% havien rebuts esteroides prèviament. La taxa de curació mucosa a les 8 setmanes fou del 29% (17 de 58). En l'anàlisi univariada, la desaparició de rectorràgia a la setmana 4, l'ús de tractament tòpic i els nivells de calprotectina <250 als 7 dies i <150 a les 4 setmanes s'associaren a CM ($p < 0,05$). A la regressió logística multivariada s'identificaren com factors independents associats a CM el tractament tòpic als 7 dies (OR 9,96; IC95% 1,51–65,83; $p = 0,017$), nivells de calprotectina <250 µg/g als 7 dies (OR 5,48; IC95% 1,28–23,45; $p = 0,022$) i nivells de calprotectina <150 µg/g a les 4 setmanes (OR 5,15; IC95% 1,13–23,32; $p = 0,034$). Conclusions: La normalització precoç de la calprotectina i l'ús de tractament tòpic durant la primera setmana són predictors independents de CM en la CU amb activitat moderada tractada amb esteroides. Aquests resultats reforcen el valor de la calprotectina com a marcador no invasiu de decisió clínica i per altra banda recolzen l'ús de tractament tòpic combinat quan s'inicien esteroides orals.



O11 El consum actiu d'alcohol no altera la rigidesa hepàtica mesurada per elastografia transitòria

Jordi Gratacós-Ginès^{1,2}; Lorenzo Ciocca²; Nikolaj Torp³; Queralt Herms¹; Martina Pérez^{1,2,4}; Ruth Nadal²; Marta Cervera²; Pere Ginès^{1,2,4}; Maja Thiele³; Elisa Pose^{1,2,4}

¹Servei d'Hepatologia, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Espanya; ²Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, Espanya; ³Servei d'Hepatologia, Hospital Universitari d'Odense, Odense, Dinamarca; ⁴Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona, Barcelona, Espanya

Antecedents/objectiu: No és clar si el consum d'alcohol en el moment de realitzar una elastografia transitòria (ET) influeix en la mesura de la rigidesa hepàtica (RH) de manera independent a la presència d'esteatohepatitis.

Mètodes: Anàlisi transversal de dues cohorts prospectives de cribratge de malaltia hepàtica mitjançant ET: 1) DECIDE: individus amb factors de risc metabòlic o consum d'alcohol de risc de la població general a Dinamarca (2017–2022); i 2) ALCOFIB: persones amb consum d'alcohol de risc de la unitat d'addiccions de l'Hospital Clínic (2019–2024). Es definiren tres grups de consum d'alcohol segons resultats d'etilglucurònid urinari (uETG) o fosfatidiletanol (PEth): a) nul/baix: uETG <200ng/mL o PEth <20ng/mL; b) intermedi: uETG 200–2000ng/mL o PEth 20–200ng/mL; c) alt: uETG >2000ng/mL i PEth >200ng/mL. L'AST s'utilitzà com a marcador d'esteatohepatitis i el paràmetre d'atenuació controlada (CAP) per quantificar l'esteatosi. La classificació per subtipus de malaltia hepàtica per dipòsit de greix (SLD, de l'anglès) fou basada en l'última nomenclatura de consens internacional.

Resultats: S'inclogueren 3.519 participants, amb una proporció similar de sexes (52% masculí) i una edat mediana de 57 anys. Es constatà consum d'alcohol intermedi i alt en 991 (30%) i 826 (25%) individus, respectivament. 454 (13%) presentaren AST elevada. La RH mediana fou 4,8 kPa, i 345 (10%) mostraren RH ≥ 8kPa. En l'anàlisi multivariable ajustada per covariables, el consum d'alcohol no s'associà amb la RH (coeficients B per a consum intermedi i alt: -0,330 [-1,107 – 0,448] i -0,359 [-1,891 – 1,172]). En canvi, AST (B = 0,065 [0,050–0,080]) i CAP (B = 0,007 [0,004–0,010]) sí que s'hi associaren independentment. La distribució dels valors de RH fou similar entre grups de consum d'alcohol, però diferent segons AST i CAP (Figura). En l'anàlisi amb regressió logística, només AST i CAP —i no el consum d'alcohol— s'associaren amb RH ≥ 8kPa. Altres factors associats foren l'índex de massa corporal, la GGT i les plaquetes. Els resultats foren similars i uniformes segons el tipus de SLD.

Conclusions: El consum d'alcohol en el moment de l'ET no altera la RH. Repetir la mesura després d'assolir l'abstinència només s'hauria de considerar en pacients amb enzims hepàtics elevats.



O12 Seguiment a llarg termini (5 anys) de l'estudi multicèntric BANDING-TSE: Lligadura amb banda sense resecció de tumors subepitelials de petita mida (Long-BANDING-TSE).

Sandra Maisterra 1,2,3,5; Francesc Bas-Cutrina 1,2,4,5; Carme Loras-Alastruey 6,7; Albert Pardo 8; Raquel Ballester-Clau 9; Ferran González-Huix 9; Carlos Huertas 10; Carlos Guarner-Argente 11; Juan Colán-Hernández 12; Cristian Tebé 13; Joan B Gornals 1,2,3,5

1 (1) Unitat d'Endoscòpia, Servei de l'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge., 2 (2) Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL)., 3 (3) Universitat de Barcelona (UB)., 4 (4) Servei de l'Aparell Digestiu, Hospital General de Granollers., 5 (5) Universitat Internacional de Catalunya (UIC)., 6 (6) Unitat d'Endoscòpia, Servei de l'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Mútua Terrassa., 7 (7) Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madr., 8 (8) Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona., 9 (9) Unitat d'Endoscòpia, Servei de l'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lle., 10 (10) Unitat d'Endoscòpia, Servei de l'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Girona Doctor Josep, 11 (11) Unitat d'Endoscòpia, Servei de l'Aparell Digestiu, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau., 12 (12) Unitat d'Endoscòpia, Servei de l'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, 13 (13) Institut de Recerca Germans Trias i Pujol (IGTP).

Introducció: L'estudi BANDING-TSE va revelar que la lligadura amb banda sense resecció combinada amb biòpsia *single-incision needle-knife* (SINK) permetia un canvi de maneig clínic en el 92,7% dels tumors subepitelials (TSE) ≤ 10 -mm en els controls a 1-any (*Gastrointest Endosc*-2023). El seguiment a llarg termini quedà pendent per a valorar el potencial risc de recidiva dels TSE.

Objectiu: Principal: Avaluar la recidiva a 5-anys dels TSE amb èxit clínic a 1-any amb AP inadequada o potencial maligna (ip-TSE). Secundaris: analitzar la recidiva global de tots els TSE a llarg termini (g-TSE), factors de risc associats, èxit i impacte clínic global, seguiment de casos “no exitosos” i rendiment diagnòstic final de la biòpsia.

Materials i Mètodes: Seguiment a 5-anys de pacients inclosos en estudi prospectiu multicèntric (7-centres). Període d'estudi: Març-2017 a Maig-2025. Seguiment específic dels ip-TSE mitjançant USE i biòpsia simple. Anàlisi de recidiva global de tots els g-TSE inclosos en BANDING-TSE (NCT03247231).

Resultats: Selecció de TSE amb èxit clínic a l'any: n=78/122; 68,4% (95%IC: 59,1-76,8) i els ip-TSE: n=42. Pèrdues en 5-anys: n=6. Casos totals ip-TSE: n=36 (AP: 18 incerta, 12 NEN [neoplàsia-neuroendocrina], 6 GIST). Recidiva a 5-anys de ip-TSE: 2,8% (n=1/36; 1 NEN). Recidiva global de g-TSE a llarg termini: 6,6% (n=4+1/76; 2 pòlips fibroides inflamatoris [IFP], 1 pàncrees ectòpic, 1 AP inadequada, 1 NEN). Subanàlisi



recidiva g-TSE ≤ 10 -mm vs. >10 -mm: 1,6% (n=1/61) vs. 28,4% (n=4/14); RR multivariable: 23,3 (95%IC: 1,06-511); p=0,046. Èxit clínic g-TSE: 65,7% (n=71/108). Impacte clínic g-TSE: 77,6% (n=90/116); subgrup TSE ≤ 10 -mm: 92,1% (n=70/76). Seguiment casos “no exitosos” (n=37): biòpsia-SINK inicial AP-benigna (n=13); acord clínic de no seguiment (n=8); controls USE (n=12); terapèutica mitjançant DSE (2 IFP, 1 GIST); resecció quirúrgica (1 GIST). Rendiment diagnòstic AP global: 71,8% (n=79/110).

Conclusions: La recidiva a 5-anys tan dels ip-TSE (amb potencial maligne o AP inadequada) com de tots els TSE inclosos en l'estudi, és baixa. Una mida de TSE >10 -mm sembla ser un factor de risc associat.

	GLOBAL	TSE ≤ 10-mm	TSE >10-mm
Recidiva-SÍ	5 (6,6%)	1 (1,6%)	4 (28,6%)
Recidiva-NO	71 (93,4%)	61 (98,4%)	10 (71,4%)



O13 Avaluació multidimensional de l'adherència a la dieta sense gluten i evolució clínica en pacients amb malaltia celíaca: estudi de base poblacional de pràctica clínica real

Ivan Villar Balboa^{1,2}; Meritxell Regí Bosque^{2,3}; Yolanda Rando Matos^{2,4}; Ana Fernández Gómez^{2,5}; Montserrat Merino Audí^{2,6}; Ivan Arapovic Amat^{2,7}; Natalia Sánchez Gómez^{2,8}; Ivan Valencia Pedraza^{2,9}; Albert Martín Cardona¹⁰; Emma Sudrià Lopez¹⁰; Oriol Cunillera Puértolas¹¹; Betlem Salvador González¹¹; Jesús Almeda Ortega¹¹; Fernando Fernández Bañares¹⁰; Maria Esteve Comas¹⁰

¹Equip d'Atenció Primària Florida Sud; ²Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina; ³Equip d'Atenció Primària Can Serra; ⁴Equip d'Atenció Primària Florida Nord; ⁵Equip d'Atenció Primària Santa Eulàlia Nord; ⁶Equip d'Atenció Primària Torrossa; ⁷Equip d'Atenció Primària Sant Josep; ⁸Equip d'Atenció Primària Centre; ⁹Equip d'Atenció Primària Santa Eulàlia Sud; ¹⁰Servei Aparell Digestiu. Hospital Universitari Mútua Terrassa. CIBERehd; ¹¹Unitat de Suport a la Recerca Costa de Ponent. IDIAPJGol

Antecedents: No s'han publicat estudis comparant mètodes d'avaluació de l'adherència a la dieta sense gluten (DSG) i la resposta clínica-serològica en adults amb malaltia celíaca (MC) de la població general.

Objectius: avaluar (1) l'adherència a la DSG i la relació amb factors sociodemogràfics, clínics, d'informació i forma de seguiment; (2) predictors de la resposta clínica-serològica; i (3) utilitat d'una única determinació oportunista de pèptids immunogènics del gluten en orina (GIP-orina).

Mètodes: Estudi transversal poblacional que inclogué tots els celíacs adults d'un estudi epidemiològic de la ciutat de l'Hospitalet de Llobregat [269.382 habitants]. L'adherència a la DSG es va avaluar mitjançant l'autoinforme de 4 setmanes i escala visual analògica (EVA), qüestionari CDAT i determinació de GIP-orina. La resposta clínica-serològica a la DSG es valorà per símptomes, analítica, densitometria òssia i serologia.

Resultats: S'inclogueren 392 pacients (mediana:41,9 anys [RIQ, 25,3–54,8];70,9% dones). L'adherència a la DSG va superar el 50% amb tots els mètodes (CDAT:76,0%; autoinforme 4 setmanes: 68,1%; EVA autoinformada: 61%; GIP-orina:50,3%). El 25% van assolir resposta clínica-serològica completa. S'observà una millora de l'adherència al llarg del temps ($p<0,05$) amb tots els mètodes d'avaluació, paral·lelament a una millora de la resposta clínica-serològica completa ($p<0,05$). Els predictors independents de resposta van ser bona adherència global autoinformada (a-OR: 2,04; IC 95%: 1,05–4,07), resultat negatiu de GIP-orina (a-OR: 2,04; IC 95%: 1,12–3,80), diagnòstic en la infància (a-OR: 2,08; IC 95%: 1,16–3,73), sexe masculí (a-OR: 2,07; IC 95%: 1,18–3,65) i pertinença a associació de pacients (a-OR: 1,94; IC 95%: 1,07–3,52). La comorbiditat (a-OR: 0,49; IC 95%: 0,26–0,85) i el seguiment mèdic (a-OR: 0,44; IC 95%: 0,26–0,76) s'associaren inversament.



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia

 Societat
Catalana de
Digestologia

Conclusions: El consum de gluten autoinformat i la determinació de GIP-orina van ser els mètodes amb millor rendiment i van predir de manera independent la resposta clínica-serològica. Això confirma que capturen dimensions diferents de l'adherència, fet que recolza l'ús seqüencial. La resposta clínica-serològica a la DSG en la comunitat va ser inferior a la descrita prèviament en centres de referència. Proposem un algoritme orientat a l'atenció primària per millorar el maneig de la MC (figura adjunta).



O14 Drenatge biliar transhepàtic percutani vs a drenatge biliar guiat per ecoendoscòpia en el tractament de l'obstrucció biliar distal maligna irresecable: assaig multicèntric prospectiu controlat europeu (Estudi PUMa).

Albert Sumalla-Garcia^{3,16,17}; Joan B. Gornals^{3,16,17}; Juan J Vila⁴; Arthur Schmidt^{5,6}; Tobias Kleemann⁷; José Ramón Aparicio Tormo⁸; Ahmad Amanzada⁹; Markus Dollhopf¹⁰; Eduardo Redondo-Cerezo¹¹; Jochen Weigt¹²; Torsten Voigtländer¹³; Thomas von Hahn¹⁴; Franziska Franck¹⁰; Francisco Javier García-Alonso¹⁵; Martin Schich^{5,6}; Stefan Prax¹; Amaia Arrubla⁴; Armin Küllmer⁵; Felix Grassmann¹⁸; Jochen Rudi²; Carlos T. Valiente^{1,2}; Manuel Perez-Miranda¹⁵; Daniel Schmitz^{1,2}

¹Helios Kliniken Schwerin, Hamburg, Alemanya; ²Theresienkrankenhaus i St. Hedwig-Klinik, Heilidelberg, Alemanya; ³Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, Espanya; ⁴Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Espanya; ⁵Hospital Universitari de Friburg, Alemanya; ⁶Robert-Bosch-Krankenhaus Hospital, Stuttgart, Alemanya; ⁷Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, Cottbus, Alemanya; ⁸Hospital General Universitari d'Alacant, Alacant, Espanya; ⁹Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Alemanya; ¹⁰München Klinik Neuperlach, Munic, Alemanya; ¹¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, Espanya; ¹²Universitätsklinikum Magdeburg, Magdeburg, Alemanya; ¹³Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Alemanya; ¹⁴Asklepios Klinik Barmbek, Hamburg, Alemanya; ¹⁵Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid, Espanya; ¹⁶Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Espanya; ¹⁷Institut de Recerca Biomèdica Bellvitge (IDIBELL); ¹⁸Facultat de Medicina d'Hamburg, Hamburg, Alemanya

Antecedents: La inferioritat del drenatge biliar percutani (PC-DB) davant del guiat per ecoendoscòpia (USE-DB) per al tractament de l'obstrucció biliar distal maligna (OBMD) irresecable després del fracàs de la CPRE no s'ha demostrat de manera concloent. Per tant, es realitza un assaig prospectiu, controlat, internacional, multicèntric i de no inferioritat per comparar la PC-DB i USE-DB (incloent coledocoduodenostomia, Hepaticogastrostomia, drenatge-anterògrad i Rendez-Vous) per al tractament de l'OBMD.

Mètodes: Entre el desembre del 2018 i l'agost del 2024, es van seleccionar pacients de 14 centres d'Espanya i Alemanya i es van assignar a centres amb alta experiència en PC-DB o USE-DB. Es va planificar la col·locació d'una pròtesi biliar metàl·lica als dos grups i un seguiment de sis mesos per als dos grups. El criteri de valoració principal va ser l'èxit tècnic (implantació de pròtesis biliar). Anàlisi realitzada mitjançant L'estudi va incloure l'emparellament per puntuació de propensió (*Propensity score matching*).

Resultats: Es van incloure a l'estudi un total de 209 pacients (edat mitjana: 73 anys). Es va aconseguir l'èxit tècnic de PC-DB i USE-DB en 62 de 68 (91,2 %) pacients i en 138 de 141 (97,9 %) pacients ($p = 0,06$), respectivament. L'èxit clínic (reducció $\geq 50\%$ del nivell de bilirubina en set dies), la puntuació del dolor, la taxa d'esdeveniments adversos (AGREE 1-4), la durada de l'estada hospitalària i la supervivència global no van ser significativament diferents entre els dos grups. Tot i això, el grup USE-DB va tenir un temps de procediment més curt (43,7 vs. 58,1 minuts) i una taxa més baixa de



reintervencions biliars per pacient als 30 dies (0,04 davant 0,31/pacient) que el grup PC-DB.

Conclusions: Encara que l'USE-DB s'associa amb una menor durada del procediment i una menor taxa de reintervencions biliars, el PC-DB amb col·locació de pròtesi primària no és inferior a l'USE-DB per a l'OBMD irresecable. Tots dos procediments són opcions terapèutiques possibles després del fracàs de la CPRE.

Número de registre de l'assaig NCT03546049 (ClinicalTrials.gov).



O15 L'infliximab indueix un fenotip termogènic, mitocondrialment actiu i antiinflamatori al creeping fat en pacients amb malaltia de Crohn

Diandra Monfort-Ferré¹; Claudia Cepero¹; Margarita Menacho¹; Laura Clua- Ferré^{1,2}; Iris Ginés¹; Alicia Moliné¹; Aleidis Caro¹; Joan Ferrerres¹; Roger Suau²; Josep Manyé^{2,3}; Carolina Serena^{1,3}

¹Hospital Universitari Joan XXIII. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili. Tarragona;

²Institut de Recerca Germans Trias i Pujol (IGTP), Badalona; ³Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid

Antecedents: La malaltia de Crohn (MC) és un trastorn inflamatori intestinal crònic associat a la formació del *creeping fat* (CrF), un teixit adipós perilesional metabòlicament actiu que participa en la inflamació i pot contribuir a la progressió de la malaltia. El CrF pot adquirir un fenotip termogènic ("browning"), associat a una major activitat mitocondrial i a propietats antiinflamatòries i reparadores. En aquest context, les teràpies anti-TNF, com l'infliximab, podrien modular no només la inflamació intestinal sinó també el comportament metabòlic del teixit adipós. Aquest treball avalua els efectes de l'infliximab sobre la resposta termogènica, mitocondrial i immune del CrF en pacients amb MC.

Mètodes: Es va dur a terme un estudi observacional amb biòpsies de CrF de pacients amb MC tractats amb infliximab i de pacients naïve per a anti-TNF (n=6 per grup). A partir d'aquestes mostres, es van analitzar l'expressió gènica i proteica per caracteritzar el perfil metabòlic i inflamatori del teixit. Paral·lelament, es van aïllar adipòcits madurs derivats del CrF per estudiar la biogènesi mitocondrial i els mecanismes de *browning* associats al tractament. En un segon estudi funcional *ex vivo*, es van obtenir biòpsies de CrF de pacients operats de MC (n=5) i es van tractar amb infliximab (5 mg/kg, 24 h) per avaluar-ne els efectes directes. L'expressió gènica es va determinar mitjançant RT-qPCR. Es considerarà significatiu p<0,05.

Resultats: Els pacients amb tractament Infliximab van mostrar un augment significatiu de l'expressió de UCP1 tant a nivell proteic com gènic, en comparació amb els naïve. Els adipòcits madurs derivats del CrF van presentar un increment de marcadors de biogènesi mitocondrial (TFAM, NRF1), termogènesi (UCP1, PPARG) i citoquines antiinflamatòries (IL4, ADIPOQ, IL13), amb reducció de marcadors proinflamatoris (TNF, LEP). Els explants tractats *ex vivo* amb Infliximab van confirmar aquests efectes, mostrant un augment dels marcadors de "browning" i mitocondrials (UCP1, PPARG, CIDEA, NAMPT, TFAM, NRF1) i una modulació immune favorable amb disminució de TNF i CCL2 i increment d'IL10 i IL4.

Conclusions: L'Infliximab indueix una reprogramació metabòlica i immune del CrF, promovent un fenotip termogènic, mitocondrialment actiu i antiinflamatori.



O16 Els canvis fenotípics impulsats per proteases en macròfags associats a lípids atenuen la progressió de la MASH

Júlia Cacho Pujol^{1,2,3}; Paloma Ruiz-Blázquez^{1,2,3,4}; Maria Fernández-Fernández^{1,2,3,4}; Alejandro del Castillo-Cruz^{1,2,3}; Lucia Calderón-Robles¹; Anna Moles^{1,2,4}

¹Institut d'Investigacions Biomèdiques de Barcelona (IIBB-CSIC); ²IDIBAPS; ³Universidad de Barcelona; ⁴CiberEHD

Antecedents i objectius: L'esteatohepatitis associada a la disfunció metabòlica (MASH) és la causa més comuna de disfunció hepàtica. La inflamació és un factor biològic clau de la MASH i els macròfags són efectors essencials tot i que el seu paper és encara molt controvertit. Recentment s'ha descrit el paper de les proteases, com les catèpsines (Cts), en el canvi fenotípic dels macròfags durant la fibrosi hepàtica, però es desconeix el seu paper en els macròfags durant la MASH. Per tant, aquest estudi té com a objectiu investigar el paper de la CtsD associada als macròfags durant la MASH.

Mètodes: Es va administrar regular diet (RD) o Wester Diet (WD)+CCl₄ a ratolins CtsDF/F o CtsD^{ΔMyel} durant 6 mesos per induir la MASH i es va avaluar el dany hepàtic (ALT), la fibrosi (SR i HP), la proliferació (BrdU) i l'acumulació de lípids (ORO). El metabolisme dels lípids i el fenotípic dels macròfags es van avaluar mitjançant RTqPCR en teixit hepàtic CtsDF/F o CtsD^{ΔMyel} 6M-WD+CCl₄ i en macròfags hepàtics aïllats de CtsDF/F o CtsD^{ΔMyel} alimentats 1 mes amb CDAHFD.

Resultats: La deleció de CtsD en macròfags va reduir significativament l'acumulació de lípids en el fetge de ratolins CtsD^{ΔMyel} alimentats 6 mesos amb WD+CCl₄ sense produir canvis en el dany hepàtic, la fibrosi o la proliferació. L'anàlisi dels macròfags hepàtics aïllats de ratolins alimentats amb CDAHFD durant 1 mes va demostrar una disminució significativa en l'expressió de marcadors relacionats amb els macròfags associats a lípids (LAMs): Arg1, FOLR2, TREM2, CD204, LXRA, en macròfags CtsD^{ΔMyel}. En consonància, també es va observar una reducció en l'expressió de TREM2 i CD204 en fetges WD+CCl₄-CtsD^{ΔMyel}, mentre que el nombre total de macròfags (F4/80) es va mantenir similar. Finalment, els canvis fenotípics dels macròfags van anar acompanyats d'alteracions en l'expressió de gens relacionats amb el metabolisme lipídic (CD36, LXRA, NPC2) en fetges WD+CCl₄ CtsD^{ΔMyel}.

Conclusió: La deleció de la CtsD en macròfags modula el fenotip dels macròfags associats a lípids, contribuint a una reducció de l'acumulació de lípids al fetge i a l'atenuació de la progressió de la MASH.



O17 Alta prevalença de fibrosi hepàtica prèviament no diagnosticada en la població adulta europea, associada a factors de risc metabòlics i al consum d'alcohol: Projecte LiverScreen

Isabel Graupera^{1,2,3}; Maja Thiele⁴; Laurent Castera⁵; Guillem Pera⁶; Salvatore Piano⁷; Anna Soria^{1,2,3}; Núria Fabrellas^{2,3,8}; Pere Torán⁶; Carla Chacón⁶; Katrine Bech⁴; Helle Schnefeld⁴; Marta Tonon⁷; Simone Incicco⁷; Joël Moussy⁹; Vincent Lévy¹⁰; Anita Madir¹¹; Sandro Kukic¹²; Daniel Jan Havaj¹³; Svetlana Adamcova Selcanova¹³; Jesse Pustjens¹⁴; Laurens A. van Kleef¹⁴; Alba Jiménez-Massip¹⁵; Laura Pagès¹⁵; Mirko Zoncapè¹⁶; Susanne N Weber¹⁷; Peter R. Galle¹⁸; Rebecca Harris¹⁹; Luis Ibañez-Samaniego²⁰; Alba Díaz^{21,22}; Sönke Detlefsen²³; Miquel Serra Burriel²⁴; Anita Arslanow²; Peter Andersen⁴; Judit Pich²⁵; Eva Bonfill²⁵; Marko Korenjak²⁶; Céline Fournier-Poizat²⁷; Anne Llorca²⁷; Marie-Caroline Gourmelon²⁷; Harry J de Koning²⁸; Josep-Lluís Falcó²⁹; Adrià Juanola^{1,2,3}; Elisa Pose^{1,2,3}; Ingrid Arteaga⁶; Laura Muñoz Castillo³⁰; Ida Falk Villesen⁴; Johanne Kragh Hansen⁴; Valeria Calvino⁷; Roberta Gagliardi⁷; Bahija Boutouria⁵; Frane Pastrovic¹¹; Petra Dinjar Kujundžić¹¹; Daniela Žilinčanová¹³; Karolina Sulejova¹³; Diego Rojo¹⁵; Robert J. de Knecht¹⁴; Maykon Diego Melo¹⁵; Antonio Torrejón³¹; Rosario Hernández³²; Jordi Hoyo³²; Raquel López-Martos³⁰; Montserrat Garcia-Retortillo³³; Rosa M Morillas³⁰; Michael P. Manns³⁴; Tom Hemming Karlsen³⁵; Philip N. Newsome³⁶; Patrick S. Kamath³⁷; Rafael Bañares²⁰; Neil Guha¹⁹; Jörn M. Schattenberg³⁸; Frank Lammert^{39,40,41}; Emmanuel Tsochatzis¹⁶; Willem Pieter Brouwer¹⁴; Juan Manuel Pericàs^{15,42}; Lubomir Skladany¹³; Ivica Grgurevic¹¹; Paolo Angeli⁷; Dominique Roulot¹⁰; Aleksander Krag⁴; Llorenç Caballeria⁴³; Pere Ginès^{1,2,3,21}

¹Liver Unit, Hospital Clínic of Barcelona, Barcelona, Catalunya, Spain; ²FCRB-IDIBAPS, Barcelona, Catalunya, Spain; ³CIBEREHD, Madrid, Spain; ⁴Centre for Liver Research, Dept of Gastro and Hepatology, Odense University Hospital, Odense, DK; ⁵Department of Hepatology, Hôpital Beaujon, Université de Paris, France; ⁶Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord, IDIAPJGol, Mataró, Spain; ⁷Unit of Internal Medicine and Hepatology, DIMED, University and Hospital of Padova, Italy; ⁸Faculty of Nursing, University of Barcelona, Barcelona, Spain; ⁹Centre d'examen de santé, CPAM, Bobigny, France; ¹⁰Unité d'Hépatologie, Hôpital Avicenne, AP-HP, Université Paris 13, Bobigny, France; ¹¹Dept of Gastro, Hepatology and Clin Nutrition, University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia; ¹²University of Zagreb School of medicine, Zagreb, Croatia; ¹³Div of Hep, GastroLiver Transplant, FD Roosevelt Univ Hospital, Banska Bystrica, Slovak Republic; ¹⁴Dept of GastroHepatology, Erasmus MC-University Medical Centre, Rotterdam, The Netherlands; ¹⁵Liver Unit, Department of Internal Medicine, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain; ¹⁶UCL Institute for Liver and Digestive Health, Royal Free Hospital, London UK; ¹⁷University Hospital Homburg; ¹⁸Dept of Internal Medicine I, University Medical Center of the Johannes Gutenberg, Mainz, Germany; ¹⁹NIHR Nottingham Biomedical Research Centre (BRC), Nottingham, United Kingdom; ²⁰Gastro and Hepatology Service, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain; ²¹Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Barcelona, Barcelona, Spain; ²²Department of Pathology, Hospital Clínic, Barcelona, Spain; ²³Department of Pathology, Odense University Hospital, University of Southern Denmark, Odense, DK; ²⁴Epidemiology biostatistics prevention institute,



University of Zurich, Zurich, Switzerland; ²⁵Clinical Trial Unit, Hospital Clínic, Barcelona, Spain; ²⁶European Liver Patients' Association, Brussels, Belgium; ²⁷Echosens, Paris, France; ²⁸Department of Public Health, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, the Netherlands; ²⁹GENESIS Biomed, Barcelona, Spain; ³⁰Liver Unit, Hospital Germans Trias i Pujol, IGTP, Badalona, Spain; ³¹Health, Safety, Emergencies of SEAT CUPRA Volkswagen Group Comp in Spain, Martorell, Spain; ³²Institut Català de la Salut (ICS). BCN. Àmbit d'Atenció Primària, Barcelona, Spain; ³³Liver Section, Gastro Dept, Hospital del Mar, Department of Medicine, Barcelona, Spain; ³⁴Health Sciences, Hannover Medical School MHH, Hannover, Germany; ³⁵Section of Gastro, Department of Transpl Medicine, Oslo University Hospital, Oslo, Norway; ³⁶National Institute for Health Research Biomedical Research Centre at Univ Hosp, Birmingham, UK; ³⁷Divis of Gastro and Hepato, Mayo Clinic College of Medicine and Science, Rochester, USA; ³⁸Klinik für Innere Medizin II Universitätsklinikum des Saarlandes, Germany, Saarlandes, Germany; ³⁹Department of Medicine II, Saarland University Medical Center, Homburg, Germany; ⁴⁰Institute for Occupational Medicine and Public Health, Saarland University, Homburg, Germany; ⁴¹Hannover Medical School (MHH), Hannover, Germany; ⁴²Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain; ⁴³Fundació Institut Universitari per a la recerca (IDIAPJGol), Metropolitana Nord, Barcelona, Spain

Antecedents i Objectius: Estudis previs suggereixen que la presència de fibrosi hepàtica no diagnosticada és freqüent en la població general, però la seva veritable magnitud i els seus factors de risc predominants continuen essent poc clars.

Objectius: (1) determinar la prevalença de fibrosi hepàtica no diagnosticada a la població general i (2) analitzar-ne l'associació amb factors metabòlics i el consum d'alcohol.

Mètodes: Es van incloure participants de la població general d'edat ≥ 40 anys. La fibrosi hepàtica es va estimar mitjançant elastografia de transició (FibroScan®). Es va definir cribratge positiu com una mesura de rigidesa hepàtica (LSM) ≥ 8 kPa o un nivell d'alanina aminotransferasa $\geq 1,5$ vegades el límit superior de la normalitat. Els individus amb almenys un d'aquests criteris van ser derivats a la consulta d'hepatologia per confirmar la presència de malaltia hepàtica crònica amb fibrosi (CLD) mitjançant analítica, nova elastografia, ecografia i biòpsia. El principal resultat va ser la prevalença de LSM ≥ 8 kPa en la població estudiada.

Resultats: Es van reclutar 30.199 individus (edat mitjana 58 anys; 57% dones; 89% caucàsics) procedents de 9 països europeus. El 70% dels participants presentaven factors metabòlics, mentre que el 59% referien consum d'alcohol, essent aquest consum definit com a nociu ($\geq 14/21$ UBE en dones/homes) en un 6,1%. La taxa global de cribratge positiu va ser del 6,9%, i la prevalença de LSM ≥ 8 kPa del 4,6%. Els valors elevats de LSM es van associar significativament amb obesitat, diabetis tipus 2 i consum nociu d'alcohol. Dels individus derivats, el 61% van completar l'avaluació per hepatologia i es va confirmar la presència de CLD amb fibrosi en el 32%, corresponent a una



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



prevalença estimada global de fibrosi de l'1,6%. La malaltia hepàtica per esteatosis va representar el 93% dels casos diagnosticats.

Conclusions: La fibrosi hepàtica no diagnosticada és freqüent en la població general europea i està principalment associada a factors de risc metabòlics i al consum d'alcohol. La seva detecció precoç és clau per implementar estratègies personalitzades que permetin prevenir la progressió cap a cirrosi i les seves complicacions, amb un impacte potencial rellevant en salut pública.



O18 Resultats clínics i valor dels scores pronòstics després del TIPS: experiència del registre EuroTIPS

Anna Baiges¹; Marika Rudler²; Michael Praktiknjo³; Hélène Larrue⁴; Lara Biribin⁵; Tomas Guasconi⁶; Emma Vanderschueren⁷; Faisal Khan⁸; Hannah Old⁹; Lukas Hartl¹⁰; Jesus Donate¹¹; Alvaro Giráldez-Gallego¹²; Louis Dalteroché¹³; Fanny Turon¹; Charlotte Bouzbib²; Markus Kimmann³; Lucie Cavailles⁴; Dario Saltini⁶; Geert Maleux⁷; Sanchit Sharma⁹; Mattias Mandorfer¹⁰; Louise China⁹; Valeria Perez - Campuzano¹; Charles Roux²; Jörn Arne Meier³; Luis Tellez¹¹; Chris Verslype⁷; Marcello Bianchini⁷; Marie-Angèle Robic⁴; Josune Cabello Calleja³; Sarah Mouri²; Virginia Hernández-Gea¹; Laure Elkrif¹³; Agustin Albillos¹¹; Thomas Reiberger¹⁰; Dhiraj Tripathi⁸; David Patch⁹; Wim Laleman⁷; Filippo Schepis⁶; Marco Senzolo⁵; Christophe Bureau⁴; Jonel Trebicka³; Dominique Thabut²; Juan Carlos García Pagán¹

¹Barcelona Hemodynamic Lab, Liver Unit, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, UB, CIBEREHD, ERN; ²AP-HP, Sorbonne Université, Liver Intensive Care Unit, Hepatogastroenterology Department; ³Department of Medicine B, University Hospital Muenster, Muenster, Germany;; ⁴Service d'Hépatologie Hôpital Rangueil CHU Toulouse 1 avenue Jean Poulhes 31059 Toulouse France; ⁵Gastroenterology, University-Hospital of Padua, ERN; ⁶Severe Liver Diseases Department Unit, Azienda Ospedaliero-Universitaria of Modena, Italy; ⁷Department of Gastroenterology and Hepatology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgi; ⁸Liver Unit, Queen Elizabeth Hospital, University Hospitals Birmingham, UK; ⁹Royal Free Hospital, London, United Kingdom;; ¹⁰Vienna Hepatic Hemodynamic Lab, Medical University of Vienna, Vienna, Austria; ¹¹Servicio de Gastroenterología y Hepatología Hospital Ramon y Cajal . IRYCIS, CIBEREHD, Madrid; ¹²Unit Digestive Diseases, Virgen del Rocío University Hospital, Sevilla, Spaine; ¹³Service d'hépatogastroentérologie Hôpital Trousseau, Tours, France

Antecedents i objectius: El *shunt* portosistèmic intrahepàtic transjugular (TIPS) és un tractament eficaç de les complicacions derivades de la hipertensió portal (HP). Tanmateix, les diferències en les indicacions i en la tècnica entre centres poden influir significativament en els resultats. El registre EuroTIPS, fundat el 2020, recull dades prospectives de 19 centres europeus amb l'objectiu d'aconseguir dades uniformes de tots els centres. L'estudi té per objectiu avaluar el valor pronòstic dels índexs MELD, Child-Pugh, CLIF-C AD, FIPS i de la combinació bilirubina <3 mg/dL i plaquetes >75 G/L en la supervivència, així com resolució d'ascites, ressagnat i encefalopatia hepàtica manifesta (EH).

Mètodes: Estudi multicèntric internacional prospectiu. Recollida de dades clíniques i tècniques de tots els TIPS consecutius col·locats des del 2020 i seguiment durant un any.

Resultats: Dels 1.881 pacients registrats, es van incloure 987 pacients amb cirrosi que disposaven de seguiment complet (edat mitjana 56,6 anys; 71% homes). Les principals etiologies eren alcohol (67,3%), MASLD (20,2%) i VHC (8,9%). Els valors basals mitjans eren MELD 14,1, Child-Pugh 8,1, CLIF-C AD 48,9 i FIPS -1,3. El TIPS es va indicar per sagnat relacionat amb HP en 465 pacients (47%), per ascites



recurrent/refractària en 356 (36%), per trombosi portal en 55 (5,5%), preoperatori en 54 (5,5%) i altres causes en 57 (5,7%). Durant el seguiment, només 61 pacients (6%) van presentar sagnat post-TIPS, i 45% van desenvolupar almenys un episodi d'EH. En total, 185 pacients van morir i 88 van ser trasplantats, amb una supervivència lliure de trasplantament a un any del 72%. Entre els pacients amb ascites refractària, el TIPS va controlar completament l'ascites en el 69% dels casos. Tots els scores analitzats van mostrar associació independent amb la supervivència, però amb una capacitat predictiva modesta (C-index <0,7).

Conclusions: Els scores actuals tenen una precisió limitada per predir la supervivència després del TIPS. Les anàlisis futures de la cohort EuroTIPS buscaran millorar els models predictius per optimitzar la selecció de pacients i els resultats clínics.



O19 Innovant i simplificant el tractament de la Incontinència Anal: nova metodologia sense necessitat d'instrumentació

Bouchra Benslaiman¹; Claudia Barber Casellas¹; Fernando Azpiroz²; Jordi Serra^{1,2}

1Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2Fundació Institut de recerca Vall d'Hebron (VHIR)

Antecedents: El biofeedback anorectal és un tractament efectiu per a la incontinència anal. No obstant això, requereix d'una gran quantitat de recursos que limiten l'accés al tractament. El nostre objectiu va ser desenvolupar un tractament original i senzill de la incontinència anal que pogués dur-se a terme en la consulta mèdica, sense ajuda d'instrumentació.

Mètodes: Assaig aleatoritzat, paral·lel i controlat amb placebo en el qual van participar 53 pacients (edat 25-77 anys) afectades d'incontinència anal i tributàries de tractament amb biofeedback. Al grup de biofeedback se'ls va realitzar una única sessió de tractament i se'ls va ensenyar, mitjançant guia manual i el suport audiovisual d'un vídeo explicatiu, els exercicis a realitzar diàriament. Les pacients del grup placebo es van instruir a prendre una càpsula de placebo via oral diàriament. Abans i després de 3 mesos de tractament es van avaluar: 1) el nombre d'escapaments durant 2 setmanes registrats en un diari (variable principal), l'escala de Wexner per a la incontinència, el test d'ansietat/depressió (HAD) i la qualitat de vida relacionada amb la incontinència (FIQL).

Resultats: Les pacients del grup biofeedback van reduir significativament el nombre d'escapaments després del tractament (disminució del $47 \pm 11\%$ respecte a abans del tractament; $p=0.021$ respecte a increment del $103 \pm 68\%$ del grup placebo). La disminució en el nombre d'escapaments en el grup de biofeedback es va associar a una reducció en: 1) la puntuació en l'escala de Wexner (reducció de $9 \pm 7\%$); 2) els nivells d'ansietat quantificats en l'HAD (reducció del $10 \pm 5\%$); i 3) increment en la qualitat de vida en els dominis d'estil de vida, conducta i vergonya (increment de $23 \pm 7\%$, $26 \pm 8\%$ i $29 \pm 9\%$, respectivament); $p < 0.05$ vs pretractament per a tots. No es van produir canvis significatius en l'escala de Wexner, l'HAD ni en cap dels dominis del FIQL després del tractament amb placebo.

Conclusió: La incontinència anal pot corregir-se eficaçment mitjançant una tècnica senzilla de biofeedback anorectal no instrumental, aplicada amb suport audiovisual, i accessible per a ser realitzada en la consulta sense cap mena d'instrumentació addicional.



O20 Narrow Band Imaging versus Intel·ligència Artificial en el cribratge de displàsia colònica en pacients amb malaltia inflamatòria intestinal: un estudi prospectiu, aleatoritzat i creuat (ESTUDI CLEAR-IBD)

Xavier Serra-Ruiz 1,3; Marc Pigrau Pastor 3; Maria Dolores Castillo Cejas 3; Elena Céspedes Martínez 1; Luis Fernando Mayorga Ayala 1; Claudia Herrera de Guise 1; Virginia Robles Alonso 1; Ernesto Lastiri 1; Joan Dot 3; Natalia Borruel Sainz 1,2

1 Unitat d'Atenció Crohn-Colitis, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Vall d'Hebron, 2 CIBEREHD, 3 Servei d'Endoscòpia Digestiva, Hospital Universitari Vall d'Hebron

Introducció: El càncer colorectal (CCR) és una complicació de la malaltia inflamatòria intestinal (MII). Les tècniques recomanades per cribratge de displàsia són cromoescòpia amb colorant, cromoescòpia virtual (NBI) i llum blanca d'alta definició. Existeixen sistemes d'intel·ligència artificial (IA) que faciliten la detecció de lesions (CADE), però no s'han estudiat en MII.

Objectius i mètodes: L'objectiu principal de l'estudi és avaluar la taxa de pèrdua de lesions neoplàsiques (NMR) entre NBI i el sistema d'IA ENDO-AID CADE d'OLYMPUS. Es consideren neoplàsiques l'adenocarcinoma, l'adenoma serrat, l'adenoma tubular i qualsevol grau de displàsia.

Es tracta d'un estudi prospectiu, unicèntric i creuat, amb pacients consecutius amb colitis ulcerosa (CU) o malaltia de Crohn (MC) colònica de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron que compleixin criteris de vigilància de CCR.

Cada pacient és examinat per dos endoscopistes. El primer explora colon amb IA o NBI, documenta resultats i actua en conseqüència – resecció o biòpsia; el segon, desconexant els resultats, examina amb la tècnica alternativa i actua sobre les lesions no detectades. Els endoscopistes alternen IA i NBI.

Amb una discordança esperada d'1,5 i potència del 80% (error beta 0,2; alfa 0,05), la mostra estimada és de 60.

Resultats: Fins juny 2025 s'havien reclutat i analitzat 18 pacients; fins octubre s'han reclutat, però no analitzat, 42 pacients. Dels 18 analitzats, 10 tenen CU (5 extensa) i 5 MC; 4 reben tractament biològic. No hi ha diferències basals entre els grups segons tècnica inicial.

Es van detectar 8 neoplàsies intraepiteliales en 5 pacients: 5 en la primera exploració i 3 en la segona. En l'anàlisi per lesió, la NMR va ser 2/8 (25%) amb NBI i 1/8 (12,5%) amb IA (p=ns). En l'anàlisi per pacient, la NMR va ser 2/5 (40%) amb NBI i 1/5 (20%) amb IA (p=ns). El temps mitjà d'exploració va ser de 09:30 amb NBI i 09:57 amb IA (p=ns). Es va detectar activitat histològica de la MII en 3 pacients.

Conclusions: Amb una quarta part de la mostra, la IA sembla una alternativa igualment efectiva a la NBI per detectar neoplàsies intraepiteliales en MII. El tancament de l'estudi es preveu per desembre 2025.



O21 Estudi pilot de sedació conscient assistida amb realitat virtual en procediments endoscòpics de baixa complexitat (EVIRA)

Arnold Gonzalez Rojas¹; Nadia Chahri Vizcarro¹; Carlos Hernandez¹; Paola Torres¹; José Ferrer Costa¹

¹Hospital Municipal de Badalona

Introducció: La gastroscòpia diagnòstica és un procediment curt i segur, però no sempre ben tolerat per pacients amb ansietat o baixa predisposició a la sedació conscient, fet que pot dificultar la cooperació i generar malestar. La realitat virtual (RV), basada en la distracció immersiva, ha demostrat utilitat en entorns clínics per reduir l'ansietat i millorar l'experiència del pacient. La seva aplicació com a complement no farmacològic podria facilitar la tolerància sense interferir en la dinàmica assistencial.

Objectiu: Avaluar l'impacte de l'ús de la realitat virtual conjuntament amb la sedació conscient en gastroscòpies, analitzant-ne l'efecte en la reducció de l'ansietat i de les molèsties percebudes.

Material i Mètodes: Estudi pilot prospectiu realitzat a l'Hospital Municipal de Badalona. S'hi van incloure pacients adults citats per a gastroscòpia ambulatoria amb sedació profunda, que podien optar per participar a l'estudi EVIRA. Es van utilitzar ulleres Meta Quest 2 i la plataforma Reality Telling per reproduir vídeos relaxants abans i durant el procediment. Es van recollir constants vitals, nivells d'ansietat (STAI-6 pre i post intervenció), usabilitat (System Usability Scale) i una valoració qualitativa d'integració per part del personal sanitari.

Resultats: Del total de 67 pacients que es van presentar el dia de la prova, 51 pacients van acceptar la gastroscòpia amb sedació conscient i 46 amb ajuda de la RV (90,2%), després de rebre tota la informació. En el grup amb RV, es va observar una reducció significativa de l'ansietat ($p = 0,001$), així com de la pressió arterial sistòlica ($p = 0,002$) i la freqüència cardíaca ($p = 0,037$). La usabilitat va ser alta ($SUS = 84,4$). El personal assistencial va valorar positivament la seva integració.

Conclusions: La realitat virtual va ser ben acceptada, va reduir l'ansietat i es va integrar sense dificultats en la pràctica clínica. Aquest estudi suggereix la seva utilitat com a estratègia alternativa a la sedació profunda, obrint la via a estudis ampliat amb grup control.



O22 Tractament de la distensió abdominal: resultats d'un assaig aleatoritzat, controlat amb placebo utilitzant una tècnica no instrumental

Claudia Barber-Caselles^{1,2,3}; Teodora Pribic²; Jordi Serra^{1,2,3}; Fernando Azpiroz²

¹Secció de Motilitat Digestiva. Àrea de Malalties Digestives. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Institut d'investigació Vall d'Hebron (VHIR), Barcelona; ³Centro de investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd)

Antecedents: La distensió abdominal visible en pacients amb trastorns de la interacció intestí-cervell és conseqüència d'una dissinergia abdominofrènica (contracció diafragmàtica i relaxació de la paret abdominal), que pot corregir-se mitjançant biofeedback guiat per electromiografia o pletismografia. Aquestes tècniques són complexes i la seva disponibilitat es limitada. El nostre objectiu va ser desenvolupar un tractament original i senzill que es pogués aplicar sense ajuda d'instrumentació.

Mètodes: En un assaig aleatoritzat, paral·lel, controlat amb placebo (ClinicalTrials.gov NCT06150638), s'hi van incloure 41 pacients consecutius (34 dones, 6 homes; edats 18-58 anys) amb trastorns de la interacció intestí-cervell que presentaven distensió abdominal visible desencadenada pels àpats.

Als pacients del grup de biofeedback se'ls va explicar el mecanisme de la distensió abdominal i se'ls va ensenyar a relaxar el diafragma i a contreure la paret abdominal, amb supervisió guiada per un operador mitjançant un suport audiovisual original.

Al grup placebo, es van realitzar mesuraments simulats del moviment abdominal i toràcic, i es va administrar una pastilla de placebo.

Es van realitzar tres sessions de 30 minuts durant un període d'intervenció de 4 setmanes, amb instruccions per fer exercicis diaris o prendre el placebo tres vegades al dia.

Abans i després del tractament es van avaluar: a) la resposta a un àpat desencadenant (canvis en el perímetre abdominal i descens diafragmàtic); i b) els símptomes clínics (escales diàries durant 7 dies consecutius).

Resultats: Els pacients del grup de biofeedback (n=19) a) van reduir el descens diafragmàtic en un 91±9% i l'increment del perímetre abdominal en un 59±14%); i b) van millorar els símptomes clínics (la distensió abdominal va disminuir en un 24±7%).

En el grup placebo (n=20) a) el descens diafragmàtic i l'augment del perímetre abdominal no van millorar (increment del 34±33% i 4±24%, respectivament; p<0.05 vs biofeedback; i b) no es van observar canvis en els símptomes clínics (la distensió abdominal va disminuir un 8±3%; p=0.025 vs biofeedback).

Conclusió: En pacients amb trastorns de la interacció intestí-cervell, la dissinergia abdominofrènica es pot corregir de manera eficaç mitjançant una tècnica de biofeedback no instrumental, que pot ser aplicada a la consulta sense necessitat cap instrumentació específica.



O23 Rendiment diagnòstic dels criteris clínics establerts per a la identificació de candidats a tractament farmacològic en pacients amb MASLD: Impacte del perfil metabòlic

Alba Jiménez-Masip^{1,2,3,4}; Raluca Pais; Laura Pagès^{1,2}; Diego Rojo^{1,2}; Eduard Mas²; Zoraida Ruiz²; Vlad Ratziu⁵; Alessandra Mangia⁶; Juan M Pericàs^{1,2,3,4}

¹1. Servei d'Hepatologia, Àrea de Malalties Digestives, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; ²2. Institut de Recerca Vall d'Hebron (VHIR), Campus Hospitalari Vall d'Hebron Barcelona, Barcelona; ³3. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona; ⁴4. Centres Espanyol de Recerca Biomèdica en Malalties Hepàtiques i Digestives (CIBERehd), Madrid, Es; ⁵5. Institute for Cardiometabolism and Nutrition, Sorbonne Université and Hospital Pitié Salpêtrière; ⁶6. Liver Unit, Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza, IRCCS San Giovanni Rotondo, San Giovanni

Objectiu: Resmetirom i semaglutida han obtingut recentment l'aprovació condicional de la FDA/EMA per al tractament de la malaltia hepàtica esteatòtica associada a disfunció metabòlica (MASLD) amb fibrosi. L'objectiu d'aquest estudi és avaluar el rendiment diagnòstic dels criteris clínics proposats per identificar candidats a tractament amb Resmetirom i determinar si la seva precisió depèn del perfil metabòlic del pacient.

Metodologia: Estudi multicèntric transversal realitzat a tres centres europeus (Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; i IRCCS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo, Italy) que va incloure pacients amb MASLD que presentaven analítica, elastografia de transició (ET), ecografia i biòpsia hepàtica en un interval ≤ 6 mesos.

Es van considerar candidats a tractament farmacològic, aquells pacients amb esteatohepatitis ((NASH Activity Score (NAS ≥ 4)) y fibrosis F2-F3. Es van aplicar els criteris clínics proposats (Nouredin et al, CGH 2024): (AST >20 UI/L en homes, >17 UI/L; en dones; CAP >280 dB/m; ET10-20kPa; absència de signes ecogràfics de cirrosis i/o hipertensió portal o plaquetopènia ($<140.000/\text{mm}^3$). Es va determina la sensibilitat (S), l'especificitat (E), els valors predictius (VPP, VPN) i la validesa global a la cohort total i als diferents subgrups metabòlics, definits per obesitat (IMC $\geq 30\text{Kg}/\text{m}^2$) i diabetis mellitus tipus 2 (DM2).

Resultats: Es van incloure 723 pacients: DM2 sense obesitat (n=156), obesitat sense DM2 (n=185), DM2 i obesitat (n=263) i pacients sense obesitat ni DM2 (n=119).

La S, el VPN i la validesa diagnòstica global van ser comparables entre els subgrups, mentre que l'E (76%; IC95% [72–80]) i el VPP (41%; IC95% [35–48]) van variar significativament entre categories (p $<0,01$ i p=0,01). L'obesitat sense DM2 es va associar a un risc més elevat de falsos positius (OR 1,92; IC95% [1,24–2,60]; p $<0,01$), mentre que la DM2 es va associar a una probabilitat més elevada de veritables positius (OR 1,67; IC95% [1,25–2,08]; p $<0,01$).

Conclusions: El rendiment diagnòstic dels criteris per identificar candidats a tractament farmacològic depèn del perfil metabòlic. En pacients amb obesitat sense DM2, l'especificitat disminueix a causa d'un excés de falsos positius, mentre que en presència de DM2, la capacitat diagnòstica és màxima, independentment de l'IMC.



O24 Estricturotòmia endoscòpica com a tractament per a les estenosis de la Malaltia de Crohn: seguretat, èxit tècnic i resultats a llarg termini en una cohort prospectiva

Elisabetta Bretto¹; Gherzon Casanova¹; Miquel Urpí¹; Ingrid Ordás¹; Elena Ricart¹; Berta Caballol¹; Agnès Fernández¹; Claudia García¹; Jordi Rimola¹; Sonia Rodríguez¹; Begoña González Suárez¹

¹Hospital Clinic de Barcelona

Antecedents: Fins a un 30% dels pacients amb Malaltia de Crohn (MC) desenvolupen estenosis intestinals al llarg de la seva evolució, fet que constitueix un repte terapèutic. Les estenosis fibròtiques responen escassament al tractament mèdic, mentre que la cirurgia, tot i ser efectiva, comporta riscos de complicacions i recurrència. La dilatació endoscòpica amb baló (EBD) és àmpliament utilitzada, però sovint requereix sessions repetides. En aquest context, l'estructurotòmia endoscòpica (ES) amb IT Knife ha emergit com una alternativa que permet abordar directament el component fibròtic de l'estenosi. Tot i això, l'evidència sobre la seva eficàcia i seguretat és encara limitada.

Objectiu: L'objectiu principal va ser la supervivència lliure de cirurgia als 12 mesos. Els objectius secundaris inclouen l'èxit tècnic, l'èxit clínic i seguretat de la tècnica.

Pacients i Mètodes: Entre 2018 i 2024 es va realitzar prospectivament ES amb IT Knife a pacients amb MC i estenosis curtes (≤ 3 cm).

Resultats: Es van incloure 22 pacients (edat mitjana $45,0 \pm 12,8$ anys; 59,1% estenosis anastomòtiques). L'èxit tècnic immediat es va aconseguir en el 91% (20/22) dels procediments. Els esdeveniments adversos van ser infreqüents, dos casos d'hemorràgia diferida (9%), un dels quals va requerir hemostàsia endoscòpica. Clínicament el 95% (19/20) dels pacients continuaven asimptomàtics als 12 mesos. La supervivència lliure de cirurgia a l'any va ser del 91% (20/22).

Conclusions: La ES amb IT Knife és una tècnica segura, factible i eficaç aconseguint control dels símptomes i una supervivència lliure de cirurgia amb una baixa taxa de complicacions. Aquest estudi ofereix el seguiment sistemàtic més llarg reportat fins ara, reforçant la utilitat a llarg termini de l'ES en la pràctica clínica. Aquests resultats donen suport a la incorporació de l'ES en l'algoritme terapèutic al costat de la EBD, i ressalten la necessitat d'estudis prospectius multicèntrics per validar els resultats.



O25 Reutilització de l'atrapa-pòlips, una forma d'abordar la sostenibilitat: estudi multicèntric de no inferioritat.

Patricia Pedregal¹; Oliva Ros Fargas¹; Jaume Boadas²; Montserrat Cornet²; Sara Galter²; Cristina Romero Mascarell¹; Jordi Gordillo Abalos¹; Cristina Gómez Oliva¹; Mar Concepcion Martin¹; Marianette Murzi Pulgar¹; Laia Escude Torrella¹; Arnau Artero Cruañas³; Carme Loras Alastruey³; Maribel Olivé⁴; Nuria Orra⁴; Inés López⁴; Mireia Gálvez⁴; Celia Sanahuja⁴; Mihaela Danalachi⁴; Raffaella Romito⁵; Elvira Guarner-Escribano⁵; Ignacio Blanco Nodal⁵; Raquel Muñoz-González⁶; Juan Colán-Hernández⁶; Sara Navajas Serena⁷; Agnès Soriano⁷; Alberto Pardo Balteiro⁸; Alba Lira Aguilar⁹; Gerard Grau-Manrubia¹⁰; Cristina Roig-Ramos¹¹; Sonia Garcia¹²; Vicente Lorenzo-Zúñiga¹²; Gemma Espín¹³; Patricia Pedregal-Pascual¹; Carles Guarner-Argente¹

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; ²Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa; ³Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa; ⁴Hospital Clínic, Barcelona; ⁵Hospital de Berga, Berga; ⁶Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; ⁷Clínica Tres Torres, Barcelona; ⁸Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, Tarragona; ⁹Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell; ¹⁰Centre Mèdic Teknon, Barcelona; ¹¹Hospital Dos de Maig, Barcelona; ¹²Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia; ¹³Hospital General de Granollers, Granollers

Introducció: L'atrapa-pòlips, dissenyat per a un sol ús, és una de les tantes deixalles generades en una unitat d'endoscòpies. No hi ha estudis que avaluïn la seguretat o l'impacte de la seva reutilització.

Objectiu: Avaluar la seguretat i eficiència de la reutilització dels atrapa-pòlips a la colonoscòpia.

Material i mètodes: Estudi prospectiu, multicèntric, observacional i de no inferioritat incloent pacients sotmesos a colonoscòpies amb ús d'atrapa-pòlips, i agrupats segons grup rebuig (GReb) o grup reutilització (GReu), segons pràctica habitual de cada centre. Comparem la taxa d'infecció, taxa de febre, taxa de resultats anatomopatològics anòmals i diferència de material utilitzat a cada grup. El marge de no inferioritat per a l'objectiu principal d'infecció (δ) es va fixar en 0.4%.

Resultats: Entre febrer i juliol de 2025 es van incloure 1813 pacients (931 a GReb, 882 a GReu), 1018 (56%) homes i amb edat mitja 64 ± 11 anys, sense diferències entre grups.

Va haver 25 casos d'hemorràgia diferida (1,4%) i 2 perforacions (0,01%). No es van descriure clars esdeveniments d'infecció post-colonoscòpia. Van presentar febre autolimitada o altres possibles esdeveniments infecciosos 10/902 (1,1%) i 29/902 (3,2%) a GReb i 10/849 (1,1%) i 16/849 (1,9%) a GReu ($p=0,89$ i $0,08$). En cap cas es va considerar que els esdeveniments tinguessin relació amb l'atrapa-pòlips. No va haver diferències entre altres esdeveniments adversos.



Pel que fa l'anatomia patològica, en 3/718 (0.4%) al GReb i 2/264 (0.8%) al GReu no es va observar pòlip ($p=0.62$). No es van detectar altres alteracions significatives.

Al GReb es van utilitzar 45 atrapa-pòlips (amb un cost de 415€/1000pac i unes emissions de CO₂ de 19.23kg CO₂eq/1000pac) i 953 al GReu (cost de 2.189€/1000pac i emissions de 316,95kg CO₂eq/1000pac), suposant una disminució de costos del 84% i una disminució d'emissions de CO₂eq del 74%.

Conclusions: Reutilitzar l'atrapa-pòlips té una seguretat i resultat no inferior al seu rebuig, amb una gran disminució de material utilitzat, el que ho posiciona com una estratègia segura i més sostenible.



O26 Hepaticogastrostomia versus hepaticogastrostomia i drenatge endoscòpic anterògrad endoscòpic en obstrucció biliar maligna: Estudi observacional multicèntric amb puntuació de propensió (propensity score analysis).

Maria Puigcerver-Mas^{1,2,3}; Jose Ramon Aparicio-Tomo⁴; Enrique Pérez-Cuadrado Robles⁵; J. Jayanta Samanta⁶; Sridhar Sundaram⁷; Brian Iván Zurita-Céspedes⁸; Belen Martínez-Moreno⁴; Jahnvi Dhar⁶; Christophe Cellier⁵; Julia Escuer-Turu^{1,2,3}; Amaia Arrubla-Gamboa⁸; Pedro López-Muñoz⁴; Sonia Fernandez-Herrera^{9,10}; Mahajan Akhil⁷; Sergi Homdedeu-Montaña^{1,2,3}; Berta Laquente Saez^{2,3,11}; Carles Fabregat Franco^{2,3,11}; Judith Peñafiel-Muñoz^{2,3,12}; Juli Busquets-Barenys^{1,2,3}; Carme Loras-Alastruey^{9,10}; Juan J. Vila⁸; Joan. B. Gornals^{1,2,3}

¹Unitat Hepato-Bilio-Pancreàtica, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, Catalunya; ²Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL); ³Universitat de Barcelona, Barcelona; ⁴Unitat d'Endoscòpia, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alacant; ⁵Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Europeo Georges Pompidou, Paris; ⁶Dept. of Gastroenterology, Post Graduate Institute of Medical Education Research, Chandigarh, India; ⁷Dept. of Digestive Diseases and Clinical Nutrition. TATA MEMORIAL HOSPITAL, Homi Bhabha Block, India; ⁸Unidad de Endoscopia, Hospital Universitario de Navarra; Instituto de Investigación Sanitaria de Nav; ⁹Servei Aparell Digestiu, Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Terrassa, Spain; ¹⁰Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madrid; ¹¹Servei Oncologia Mèdica, Hospital Duran i Reynals, Institut Català d'Oncologia, Barcelona; ¹²Unitat de Bioestadística (UBiDi), Barcelona

Introducció: L'hepatogastrostomia (HGS) combinada amb el drenatge endoscòpic anterògrad (HGAS) en l'obstrucció biliar maligna (OBM) està guanyant popularitat. L'HGAS permet un drenatge biliar doble (enlloc d'un de sol), cosa que podria associar beneficis clínics. Tanmateix, les comparacions entre el doble drenatge i l'HGS única són encara escasses.

Objectiu: Comparar, mitjançant una anàlisi de puntuació de propensió, l'eficàcia i seguretat entre les dues tècniques (HGS vs. HGAS).

Material i mètodes: Estudi observacional multicèntric de procediments consecutius d'HGS i HGAS realitzats en pacients amb OBM en 7 centres terciaris (entre 2017-2024) amb anàlisi retrospectiu. Es va realitzar un *propensity score analysis* amb ponderació per probabilitat inversa de tractament (*Inverse Probability Treatment Weighting*, IPTW) per minimitzar l'efecte dels factors de confusió (edat, sexe, indicació clínica, causa d'OBM, motiu de CPRE fallida, bilirrubina prèvia). Anàlisi: èxit clínic i tècnic, esdeveniments adversos (EA), recurrència biliar obstructiva (RBO) i reintervenció (RBI).

Resultats: D'un total de 335 procediments (HGS o HGAS), 294 van ser identificats com a OBM tractats amb pròtesis metàl·liques (253 HGS i 41 HGAS). Després d'anàlisi IPTW, es van comparar 205 pacients (173,5 HGS i 32,5 HGAS). Diagrama de flux a **Figura 1**. Èxit tècnic similar entre ambdues tècniques (HGS vs. HGAS):



97%(IC95%:93,42–99,06) i 100%(IC95%:88,78–100), respectivament, $p=0,34$. Èxit clínic superior al grup HGAS: 98,4%(IC95%:83,3–99,9) vs. 80,4%(IC95%:71,28–84,96); OR 14,11(IC95%:1,9–22), $p=0,005$. Els EA-immediats van ser similars: 16,5/173,4(9,55%) i 1,8/32,5(5,71%); OR 0,57(IC95%:0,08–2,21), $p=0,48$. Els EA-precoços (24h–14d), més elevats al grup HGAS: 9,5/32,5(29,2%) vs. 16,2/173,4(9,3%); OR 4,02 (IC95%:1,57–9,92), $p=0,003$. Els EA-tardans ($>14d$) van ser similars: 12,2/173,4 (7%) vs. 1,2/32,5 (3,7%); OR 0,57 (IC95%:0,08–2,21), $p=0,48$. La comparació entre RBO i RBI va afavorir percentualment el grup HGAS, sense diferències significatives: RBO: 7,1%(IC95%:4,04–12,44) vs. 2,7%(IC95%:0,08–16,7), $p=0,36$; i RBI: 12,5%(IC95%:8,1–18,51) vs. 5,3%(IC95%:0,79–21,42), $p=0,25$.

Conclusions: La comparació entre HGS i HGAS va ser similar quant a l'èxit tècnic. L'èxit clínic va ser superior al grup HGAS; tanmateix, HGAS es va associar amb una taxa més alta d'EA precoços. Les RBO i la necessitat de reintervenció tendiren a ser favorables per HGAS, sense diferències significatives.



O27 Ha canviat la història natural de la recurrència post-quirúrgica de la malaltia de Crohn en les darreres 3 dècades? Meta-anàlisi de grups placebo en estudis controlats.

Gisela Piñero¹; Míriam Mañosa^{1,2}; Sofia Dall'Oglio¹; Andrea Avella¹; Maria Puig¹; Laura Gonzalez¹; Margalida Calafat^{1,2}; Eugeni Domènech^{1,2}

¹*Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.;*

²*CIBEREHD*

Introducció: Els canvis en les estratègies de prevenció i tractament de la recurrència post-quirúrgica (RPQ) de la malaltia de Crohn (MC) en les darreres dècades s'han traduït en una millora pronòstica a llarg termini. Desconeixem, però, si el posicionament de la cirurgia en l'era dels biològics i els canvis en les tècniques quirúrgiques així com l'exposició prèvia a determinats fàrmacs poden haver canviat la història natural de la RPQ.

Objectiu: Avaluar la RPQ endoscòpica (RPQe) i clínica (RPQc) en les darreres 3 dècades en malalts amb MC sotmesos a resecció quirúrgica sense prevenció ni tractament posterior.

Mètodes: Revisió sistemàtica i meta-anàlisi dels assajos clínics controlats de prevenció de la RPQ publicats en anglès i espanyol que inclogueren grup placebo. S'enregistraren dades relatives al disseny dels estudis, característiques de la població inclosa i taxes de RPQ endoscòpica i clínica dels grups placebo. Els estudis s'agruparen en 3 períodes: abans del 2000, 2000-2010 i després del 2010. Els resultats mostren la taxa acumulada amb l'IC95% del model d'efectes aleatoris i l'heterogeneïtat entre estudis (I²) (<25% baixa; 25-50% moderada; 50-75% alta; >75% molt alta).

Resultats: S'inclogueren 20 estudis dels 39 identificats (8 <2000; 7 del 2000-2010; 5 >2010). Respecte al disseny només un seleccionà població de risc, 3 només inclogueren primeres cirurgies, 4 feren lectura centralitzada d'endoscòpies i 19 utilitzaren l'índex de Rutgeerts. Respecte als factors de risc, la taxa de malaltia perianal fou disponible en 2, patró penetrant en 7 i tabaquisme en 12. L'exposició prèvia a immunomoduladors fou disponible en 7 i a biològics en 13. De totes aquestes característiques, únicament la disponibilitat de la taxa de tabaquisme fou menor en els estudis d'abans del 2000. Tampoc s'observaren diferències en la durada mitja de la malaltia en el moment de la cirurgia entre les 3 èpoques. Les taxes de RPQe i RPQc es mostren a la **Taula 1**.

Conclusions: Malgrat els canvis en tècniques quirúrgiques i en estratègies d'introducció precoç d'immunomoduladors i biològics, la taxa de RPQe i RPQc semblen mantenir-se estable en les darreres tres dècades, sent les diferències observades degudes al disseny dels estudis.



O28 Biomarcadors relacionats amb la fragilitat en pacients amb cirrosi hospitalitzats

Javier Fajardo¹; M. Àngels Ortiz⁴; Jordi Sánchez^{2,3}; Elisabet Cantó⁴; Eva Román^{1,3}; Mireia Miquel^{2,3,5}; María Mulet⁴; Naujot Kaur¹; José Alberto Ferrusquía^{2,3}; Maria Poca^{1,3}; Cristina Solé^{2,3}; Berta Cuyàs^{1,3}; Meritxell Casas^{2,3}; Edilmar Alvarado^{1,3}; Teresa Monllor²; Sheila Alforcea²; Andreu Ferrero-Gregori¹; Anna Brujats¹; Josep Maria Barradas²; Mercedes Vergara²; Àngels Escorsell¹; Sílvia Vidal⁴; German Soriano¹

1Servei de Patologia Digestiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.; 2Servei de Patologia Digestiva. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.; 3Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD).; 4Institut de Recerca Sant Pau (IR Sant Pau), Barcelona.; 5Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC), Vic.

Introducció: La fragilitat és un factor pronòstic important en els pacients amb cirrosi, independentment del grau d'insuficiència hepàtica. Identificar biomarcadors associats podria millorar el coneixement dels mecanismes implicats i ajudar a dissenyar noves estratègies terapèutiques. L'objectiu del nostre estudi va ser identificar potencials biomarcadors associats a la fragilitat en pacients amb cirrosi hospitalitzats.

Pacients i mètodes: Es van incloure consecutivament pacients ingressats per cirrosi descompensada sense ACLF en les unitats d'hospitalització convencional de dos hospitals. En l'ingrés es va avaluar la fragilitat mitjançant el Liver frailty index (LFI) i l'estudi de la composició corporal mitjançant l'angle de fase (AF) per bioimpedància elèctrica. Es van recollir variables clíniques i analítiques, i se'n van determinar diversos biomarcadors de potencial rellevància en el context de la cirrosi i la fragilitat. Els pacients van ser seguits prospectivament durant un any per registrar la mortalitat, reingressos hospitalaris i caigudes.

Resultats: Es van incloure 109 pacients amb cirrosi (edat mitjana 62 ± 11 anys, 77% homes, 69% etiologia enòlica, MELD $15,7 \pm 5,3$). El LFI es va correlacionar amb edat ($r=0,34$, $p<0,001$), índex de Charlson ($r=0,41$, $p<0,001$) i AF ($r=-0,25$, $p=0,008$) però no amb Child-Pugh, MELD i CLIF-AD. Entre els biomarcadors, LFI es va correlacionar negativament amb miostatina ($r=-0,22$, $p=0,04$) i FABP-6 ($r=-0,28$, $p=0,009$) i positivament amb TNFRS1 ($r=0,26$, $p=0,02$). L'AF es va correlacionar positivament amb albúmina ($r=0,24$, $p=0,01$) i AHSG ($r=0,23$, $p=0,03$), i negativament amb PCR ($r=-0,21$, $p=0,04$), resistina ($r=-0,30$, $p=0,005$), LRG1 ($r=-0,21$, $p=0,05$) i TNFRS1 ($r=-0,25$, $p=0,02$). Tant LFI com AF van ser factors predictius de mortalitat, però no de reingressos ni caigudes.

Conclusió: La fragilitat avaluada mitjançant el LFI i l'AF es va associar amb un perfil inflamatori i metabòlic desfavorable en pacients amb cirrosi hospitalitzats, amb nivells elevats de PCR, resistina, TNFRS1 i LRG1, i disminució d'albúmina i AHSG. Les diferències en el perfil de biomarcadors entre el LFI i l'AF són coherents amb els diferents dominis de la fragilitat avaluats pels dos mètodes. Aquests resultats poden



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



contribuir a identificar noves dianes terapèutiques per millorar la fragilitat en els pacients amb cirrosi.

Paraules clau: Cirrosi, angle de fase, fragilitat, biomarcadors, inflamació, bioimpedància elèctrica.



O29 Avaluació de l'impacte de la utilització del cribatge sistemàtic i universal amb el programari basat en intel·ligència artificial AIMS-OD en el diagnòstic de la disfàgia orofaríngia a l'Hospital Universitari de Mataró

Alberto Martín^{1,2}; Omar Ortega^{1,2}; Cristina Amadó³; Jaume Miró³; Francisco Ruz⁴; Antonio Ruiz⁴; Pere Clavé^{1,2}

¹Laboratori de Fisiologia Gastrointestinal, Hospital Universitari de Mataró, Universitat Autònoma de; ²Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd); ³Artificial Intelligence Massive Screening - Medical S.L. (AIMS MEDICAL), Mataró, Espanya.; ⁴Departament d'Informàtica, Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, Espanya.

Introducció: La disfàgia orofaríngia (DO) és altament prevalent en pacients d'edat avançada hospitalitzats, però el cribatge clínic és lent i requereix molts recursos humans, provocant un infradiagnòstic del 80%. L'Hospital Universitari de Mataró (HUM) ha desenvolupat un software basat en intel·ligència artificial, AIMS-OD, que permet el cribatge automàtic i ràpid (5seg) de tots els pacients hospitalitzats, amb bones propietats psicomètriques (84% sensibilitat, 62% especificitat, AUC=0,79).

Objectiu: Comparar la taxa de diagnòstic de DO registrada amb el codi de la Classificació Internacional de Malalties (CIM-10;R13) i/o diagnòstic clínic amb el Test de Deglució Volum-Viscositat (MECV-V) l'any anterior a la implementació d'AIMS-OD (2021) amb els tres anys següents (2022–2024), així com l'infradiagnòstic segons la prevalença establerta.

Material i mètodes: Estudi retrospectiu abans-després comparant la taxa de diagnòstic de DO entre els anys 2021–2024.

La població d'estudi inclou tots els pacients >65 anys ingressats per qualsevol motiu a l'HUM. La taxa de diagnòstic de DO es va calcular considerant el nombre total de pacients amb DO (CIM-10 + MECV-V) entre el nombre total de pacients hospitalitzats en cada període.

L'infradiagnòstic es va estimar comparant els casos diagnosticats amb la prevalença (35,3%) establerta en un metaanàlisi en unitats generals d'hospitalització (Riverlrsud MC,2023).

Resultats: Entre 2022-2024 s'han cribrat el 100% dels pacients >65 anys (29.984). El 2021, 889 pacients van ser diagnosticats de DO (10,82% de 8.216 ingressos). Entre 2022 i 2024, després de la implementació d'AIMS-OD, el nombre de pacients diagnosticats de DO va augmentar significativament fins a 1.193 (19,28% de 6.188 ingressos), 2.509 (19,33% de 12.980 ingressos) i 2.390 (22,09% de 10.819 ingressos) ($p<0,0001$), respectivament. Pel que fa a la codificació CIM-10, els casos codificats al 2021 van ser 538 arribant als 1.463 al 2024 ($p<0,0001$). La taxa estimada d'infradiagnòstic de DO passa del 69,3% el 2021 fins al 37,4% el 2024 ($p<0,0001$).



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia

 Societat
Catalana de
Digestologia

Conclusions: La implementació del cribratge sistemàtic i universal de la DO amb AIMS-OD a l'HUM ha comportat un augment significatiu (>180%) en el nombre de pacients d'edat avançada diagnosticats clínicament de DO mitjançant el V-VST, permetent seleccionar les estratègies terapèutiques més adequades per a cada pacient.



O30 Individualització posològica basada en models farmacocinètics poblacionals i persistència d'infliximab en la malaltia inflamatòria intestinal: experiència en vida real (2013–2024).

Lorena Rodríguez-Alonso¹; Núria Padullés²; Francisco Rodríguez-Moranta¹; Eugenia Santacana²; Judit Orobitg¹; Sara Quiles³; Katherine Auquilla¹; Alexandra Ruiz-Cerulla¹; Jordi Guardiola¹

¹Servei d'Aparell Digestiu, IDIBELL, Hospital Universitari de Bellvitge; ²Servei de Farmàcia, IDIBELL, Hospital Universitari de Bellvitge; ³Tècnic d'investigació, IDIBELL

Introducció: La persistència al tractament amb infliximab(IFX) és un indicador essencial d'eficàcia i seguretat a llarg termini en la malaltia inflamatòria intestinal(MII). L'estratègia de monitorització proactiva de concentracions sèriques, combinada amb la individualització posològica basada en models farmacocinètics poblacionals(MIPD), permet optimitzar l'exposició al fàrmac segons les característiques de cada pacient. Aquest enfocament pot reduir la necessitat de tractament immunosupressor associat i millorar els resultats clínics. L'objectiu d'aquest estudi fou analitzar la persistència d'IFX després de la implementació d'una estratègia MIPD al nostre centre.

Materials i mètodes: Estudi observacional retrospectiu en un hospital terciari(2013–2024). Des de 2013 es monitoritzen les concentracions pre-dosi(Cmin) d'IFX. Entre 2013-2018 les decisions terapèutiques es van basar en criteri clínic(proactiu/reactiu). A partir del 2018 es va implementar una estratègia estrictament proactiva segons MIPD. Es van incloure pacients adults amb MII tractats amb IFX, recollint dades demogràfiques, clíniques, índexs d'activitat (Harvey-Bradshaw/Mayo parcial), concentracions d'IFX, pauta posològica i motiu de suspensió. Els principals resultats van ser la persistència, les taxes de retenció i l'efectivitat clínica.

Resultats: Es van analitzar 349 pacients(53,3% homes): 203 amb malaltia de Crohn(58,2%) i 145 amb colitis ulcerosa(41,6%). Al llarg de l'estudi, 57 pacients van canviar a formulació subcutània(2022-2024). Un total de 187 pacients(53,6%) van suspendre IFX, principalment per pèrdua de resposta secundària(19,2%), pèrdua primària(8,9%) i anticossos anti-IFX(7,5%). Les pautes intensificades van augmentar del 27,7% al 82,4%. La Cmin en fase de manteniment va augmentar de 2,9 mg/L(IQR 3,8) el 2013 a 12,8 mg/L(IQR 4,8) al final del període.

Amb la implementació de MIPD, la persistència global d'IFX va millorar un 48,4% des de l'inici del tractament(3,1 a 4,6 anys) i un 60,5% quan s'exclouen els inicis de tractament (3,8 a 6,1 anys). Les taxes de retenció post-MIPD van ser del 70% a 1 any, 62% a 2 anys i 49% a 5 anys. L'ús d'immunosupressors concomitants es va reduir del 65,4% al 48,4% amb millora de la persistència.

Conclusions: La MIPD millora la persistència d'IFX en MII, amb taxes de retenció elevades i menys necessitat d'immunosupressors. Aquestes dades reforcen el paper de la MIPD com a eina clau en l'optimització terapèutica personalitzada.



O31 Prevalença i factors associats a la infecció pel virus del papil·loma humà en homes amb malaltia inflamatòria intestinal: estudi prospectiu PAPIMALE

Antonio Giordano¹; Justyna Szafranska³; Cristina Gely¹; Carlos González-Muñoz¹; Victoria Fusté-Chimisana³; Jordi Gordillo-Ábalos¹; Caterina Fumagalli³; Federico Bertoletti¹; Iñigo Espinosa-Mariscal³; Elena Ricart²; Esther Garcia-Planella¹

¹Servei de Patologia Digestiva, IR-SANTPAU, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; ²Servei de Gastroenterologia, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona; ³Servei d'Anatomia Patològica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Antecedents: La infecció pel virus del papil·loma humà (VPH) és una de les malalties de transmissió sexual més freqüents i constitueix un factor de risc per al desenvolupament de neoplàsies anals i orofaríngies, especialment en dones amb malaltia inflamatòria intestinal (MII) en tractament immunosupressor. Tanmateix, les dades disponibles en pacients de sexe masculí són escasses. L'objectiu d'aquest estudi va ser estimar la prevalença de la infecció pel VPH en homes amb MII i analitzar-ne els factors demogràfics, clínics i conductuals associats.

Mètodes: Es van reclutar homes d'entre 18 i 79 anys amb diagnòstic de colitis ulcerosa o malaltia de Crohn entre febrer 2024 i octubre 2025. Es van obtenir mostres orals i anals per a la detecció mitjançant PCR de genotips de VPH d'alt i baix risc. En els casos positius d'alt risc es va realitzar una citologia segons la classificació de Bethesda. Els participants van completar un qüestionari autoadministrat sobre conductes sexuals i antecedents d'infeccions de transmissió sexual.

Resultats: Es van incloure 109 pacients (edat mediana 52 anys [RIQ 40–60]); 66,4% amb colitis ulcerosa i 33,6% amb malaltia de Crohn. Es va detectar VPH anal en 15 pacients (13,8%), amb 13 genotips d'alt risc (predominantment 31 i 52) i 11 de baix risc (genotip 6 el més freqüent). Quatre pacients amb VPH d'alt risc presentaven alteracions citològiques (1 L-SIL, 3 ASC-US). La prevalença va ser més elevada en els grups de 26-40 anys (14,8%) i 41-65 anys (15,6%). El VPH oral es va detectar en 4 pacients (3,7%), tots amb coinfecció anal; dos presentaven genotips d'alt risc (51 i 82), sense alteracions citològiques. No es van observar diferències segons el tipus de MII, tractament biològic/immunosupressor, però la infecció va ser més freqüent en homes que tenen sexe amb homes (75%) i en bisexuals (50%) que en heterosexuals (7,9%).

Conclusions: La prevalença de la infecció pel VPH en homes amb MII és comparable a la de la població general. No s'han identificat associacions amb el tipus de MII ni amb la teràpia, tot i que el risc és més elevat en homes amb conductes sexuals d'alt risc.



O32 La presència de gastropàrèsia identifica a un subtipus clínic d'alt risc en l'esclerosi sistèmica

Francisco Alejandro Félix-Téllez¹; Alfredo Guillen-del-Castillo¹; Claudia Pedroza²; Ariadna Aguilar^{1,6}; Claudia Barber^{1,6}; Carolina Malagelada^{1,6,7}; Laura Polo-Figueras¹; Laura Trigriner¹; Claudia Codina-Clavaguera¹; Michael Hughes^{4,5}; Jordi Serra^{1,6}; Carmen Pilar Simeón-Aznar¹; Zsuzsanna H. McMahan⁴; Luis G Alcala-Gonzalez¹

1Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2Institute for Clinical Research and Learning Health Care, UT Houston Medical School; 3The University of Manchester; 4UTHealth Houston; 5Northern Care Alliance NHS Foundation Trust; 6Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas; 7Universitat Autònoma de Barcelona

Introducció: L'afectació gastrointestinal és freqüent i clínicament rellevant en l'esclerosi sistèmica (ES). La recerca s'ha centrat de manera desproporcionada en l'afectació esofàgica. No obstant això, l'afectació gàstrica ha estat poc explorada, malgrat el seu potencial per influir de manera substancial en els símptomes digestius, l'estat nutricional i els desenllaços globals de la malaltia.

Mètodes: Estudi transversal de casos i controls en una cohort de l'Hospital Vall d'Hebron (2015–2024), es van incloure pacients amb ES que comptaven amb manometria esofàgica i buidament gàstric per gammagrafia. Definim gastroparesia com a retenció gàstrica $\geq 20\%$ /4 hores. Es van examinar associacions entre la presència de gastroparesia i característiques demogràfiques, clíniques i immunològiques de l'ES i la seva relació amb desenllaços clínics d'interès (compost de mort i/o trasplantament pulmonar) mitjançant corbes de Kaplan–Meier i models de regressió de Cox.

Resultats: Es van incloure 94 pacients (edat mitjana 48 ± 12 anys; 81% dones). El buidament gàstric va ser compatible amb gastroparesia en 33 pacients (35%). No es van observar diferències en edat, sexe, durada de la malaltia ni subtipus cutani. Els pacients amb gastroparesia van presentar major prevalença de malaltia pulmonar intersticial (63,6% vs. 39,3%; $p=0,024$) i afectació esofàgica més severa (contractilitat absent, 75,8% vs. 45,9%; $p=0,005$). Immunològicament, la gastroparesia es va associar a menor prevalença d'anticossos antientròmer (27,3% vs. 55,0%; $p=0,010$) i major freqüència d'anti-U1RNP (15,6% vs. 1,7%; $p=0,011$). Durant un seguiment mitjà de $2,8 \pm 1,7$ anys (260 persones-any), 16 pacients (17%) van morir i/o van rebre trasplantament pulmonar. En l'anàlisi de regressió de Cox no ajustat, la gastroparesia es va associar fortament amb pitjors desenllaços (HR=6,47; IC95%: 2,09–20,10; $p=0,001$), i aquesta associació va romandre significativa després de l'ajust per factors de confusió (contractilitat absent, malaltia pulmonar intersticial, sexe, subtipus cutani i durada de la malaltia, HR=4,23; IC95%: 1,25–14,33; $p=0,020$).

Conclusions: La gastroparesia és freqüent en l'ES i s'associa amb un fenotip clínic més sever, un perfil autoimmunitari específic (menor freqüència d'ACA i major d'anti-



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



U1RNP) i un increment en el risc de mort o trasplantament pulmonar. L'avaluació del buidament gàstric hauria de considerar-se en l'avaluació integral de l'ES.



O33 Biòpsia hepàtica guiada per ecoendoscòpia: ¿és rellevant el número de passades i el lòbul punxat?

Arnau Artero¹; Isabel Salvador¹; Sonia Fernàndez¹; Agnès Raga¹; Raimón Rifà¹; Berta López¹; Laura Bordoy¹; Clarisa González²; Carme Ferrer²; Maria Esteve^{1,3}; Carme Loras^{1,3}

¹Departament de Gastroenterologia, Hospital Universitari Mútua Terrassa;
²Departament d'Anatomia Patològica, Hospital Universitari Mútua Terrassa; ³Centre de Recerca Biomèdica en Xarxa de Malalties Hepàtiques i Digestives (CIBERehd)

Introducció: La biòpsia hepàtica guiada per ecoendoscopia (BH-USE) és una tècnica eficaç i segura per a l'estudi de malalties hepàtiques. Malgrat això, existeix una evidència científica limitada pel que fa a la tècnica (número de passades) i la diferència entre punxar els dos lòbuls.

Objectiu: Comparar: 1) la rendibilitat diagnòstica, qualitat histològica i seguretat segons el número de passades. 2) la qualitat histològica de la mostra entre lòbul hepàtic dret (LHD) i esquerre (LHE).

Mètodes: Estudi retrospectiu i unicèntric, basat en una cohort prospectiva de pacients sotmesos a BH-USE amb agulla de cito-histologia de 19G entre octubre de 2020 i març de 2025. Pel primer objectiu, es van crear dos grups de pacients segons la realització de 3-4 passades (grup A) vs 2 passades (grup B). Pel segon objectiu, es van analitzar tots els pacients.

Resultats: Es van incloure un total de 168 pacients (113 al grup A i 55 al grup B), amb una mediana d'edat de 57 anys (45,25-66); 109 dones (64,9%). Rendibilitat diagnòstica global del 97,6%, amb una mediana de número espais porta (NEP) de 16,5 (10-24) i una mida de mostra (MM) de 10 mm (10-15). Taxa d'incidències globals del 6,5%. No es van observar diferències en la rendibilitat diagnòstica ni en les incidències entre el grup A i B: (98,2% vs. 96,4%) i (6,2% vs. 7,3%), respectivament. Pel que fa a la qualitat histològica de les mostres, no es van trobar diferències entre els dos grups en quant a NEP total, MM total, NEP-LHD/LHE; sent la MM-LHE significativament menor en el grup B (mediana 10 (7,25-15) vs 7 (5-10); p=0,014). Respecte el segon objectiu, no es van trobar diferències histològiques entre els dos lòbuls; NEP/MM-LHD: 7 (5-12)/10 (7-13) vs NEP/MM-LHE: 8 (5-12)/10 (7-12,5).

Conclusions: La realització de 2 passades mitjançant BH-USE seria suficient per obtenir una bona rendibilitat diagnòstica. En cas de dificultat i/o impossibilitat tècnica, la punxada d'un sol lòbul no afectaria la qualitat histològica de la mostra.



Sessió Pòsters

P34 Comparació del rendiment de l'agulla histològica (FNB) davant de la citològica (FNA) en el diagnòstic dels tumors subepitelials (TSE) del tub digestiu.

Paula Oliver¹; Vicnoris de La Cruz¹; Silvia Gallego¹; Lucía Moyano¹; Silvia Montoli¹; Juan Ignacio Tellechea¹; Carlos Zugasti¹; Joan Carles Quer¹; Albert Pardo¹
¹Servei de l'Aparell Digestiu; Hospital Universitari de Tarragona, Joan XXIII.

Introducció: La punció guiada per USE és el mètode més utilitzat per caracteritzar histològicament els TSE del tub digestiu. Tot i que la FNB hauria de millorar el rendiment d'aquesta tècnica, els estudis publicats ofereixen resultats contradictoris.

Objectiu: Comparar el rendiment de la FNB davant de la FNA en l'obtenció de diagnòstic etiologic i en la caracterització molecular dels TSE del tub digestiu.

Mètodes: Estudi observacional i retrospectiu. Es van revisar els informes ecoendoscòpics i anatomopatològics de totes les punçons guiades per USE de TSE digestius realitzades al nostre centre entre gener de 2008 i maig de 2025.

Resultats: Es van analitzar un total de 108 procediments; 57 (53%) FNA i 51 (47%) FNB. En totes les FNB l'agulla utilitzada va ser de calibre 22G, mentre que en 30 FNA es va utilitzar 19G. En les FNA es va fer valoració citològica in situ, però no en les FNB. El diagnòstic més freqüent va ser el tumor estromal (GIST) (n=55; 51%) i la localització més habitual, la gàstrica (n=74; 68%). Globalment, no es van observar diferències significatives entre ambdues agulles ni en l'obtenció de diagnòstic (74% FNA vs. 69% FNB) ni en la capacitat de caracterització molecular (56% FNA vs. 63% FNB). Restringint l'anàlisi únicament a agulles de 22G, tampoc no hi va haver diferència pel que fa a l'obtenció de diagnòstic (70% FNA vs. 69% FNB), però sí en relació amb la caracterització molecular (37% FNA vs. 63% FNB; p=0,03). En el cas concret dels GIST, la FNB es va associar a una major capacitat de determinar Ki67 (37% FNA vs. 68% FNB; p=0,03).

Conclusions: Tot i que no es va observar que la FNB millorés significativament la possibilitat d'obtenir un diagnòstic, sí que es va associar a una major capacitat de caracterització molecular i de determinació de l'índex de proliferació en GIST. Tot això, sense requerir valoració citològica in situ.



P35 Eficàcia i seguretat de la resecció mucosa endoscòpica “underwater” (UEMR) en lesions duodenals: anàlisi d’una sèrie unicèntrica

Roland Juan¹; Paula Oliva¹; Leyanira Torrealba¹; Berta Oliveras¹; Fatimetu Mohamed¹; Andreina Delgado¹; Jordi Perpiñà¹; Carlos Huertas¹; David Busquets¹
¹Hospital Universitari Josep Trueta

Introducció: Els pòlips duodenals no ampul·lars es troben fins en un 5% de totes les gastroscopies; la gran majoria s’identifiquen de manera incidental en pacients asimptomàtics. Tot i que la major part són benignes, s’estima que els adenomes representen entre el 10% i el 20% d’aquestes lesions.

La majoria de guies internacionals recomanen la resecció endoscòpica d’aquests adenomes duodenals; aquesta pot associar-se a una taxa d’esdeveniments adversos propera al 15% (predominantment sagnat i perforació) en estudis prospectius, amb una recurrència local significativa durant el seguiment.

La resecció “underwater” (UEMR) s’ha proposat com una tècnica innovadora i potencialment segura per a aquest abordatge.

Objectiu i mètodes: Estudi retrospectiu d’una cohort de 23 pacients sotmesos a resecció de lesions duodenals mitjançant tècnica UEMR en un únic centre. Es van recollir variables clíniques, tècniques, anatomopatològiques i de seguiment endoscòpic. L’objectiu principal va ser determinar la taxa de resecció completa (R0) i la incidència de complicacions relacionades amb la tècnica.

Resultats: La mida mitjana de les lesions resecades va ser de 14,9 mm. La tècnica UEMR en fragments es va aplicar en el 47,8% dels casos; la resta, en bloc.

La taxa de resecció R0 confirmada endoscòpicament va ser del 82,6%, amb 3 pacients pendents d’endoscòpia de revisió.

Les complicacions immediates en forma d’hemorràgia van ocórrer en el 4,3% dels casos (1 pacient), mentre que un 8,7% van presentar sagnat en els 7 dies posteriors (2 pacients que van requerir ingrés hospitalari sense necessitat de transfusió sanguínia). No es van registrar complicacions greus ni perforacions.

Conclusions: La tècnica UEMR és una opció eficaç i segura per al tractament endoscòpic de lesions duodenals no ampul·lars seleccionades, amb una taxa molt alta de resecció completa (R0) i un baix risc de complicacions. Aquestes dades donarien suport a la seva utilització com a primera línia en centres amb experiència.



P36 Taxa de Detecció d'Adenoma i Taxa de Detecció de Lesió Serrada de les colonoscòpies de cribratge de l'Hospital Sant Joan de Reus

Cristina Miracle¹; Jàmnica Bigorra¹; Jordi Civit¹; Francina Saladié¹; Marià Carulla¹; Elena Virumbrales¹; Manuel Felipe García Rodríguez¹; Lilian Rufina Álvarez Gonçalves¹; Francisco José Martínez Cerezo¹

¹Hospital Universitari Sant Joan de Reus, IISPV, Reus

En els programes de cribratge de càncer colorectal un dels indicadors principals emprats en l'anàlisi de la qualitat de la colonoscòpia ha estat la Taxa de Detecció d'Adenoma (TDA) i, cada cop més també, la Taxa de Detecció de Lesió Serrada (TDLS), ja que s'ha vist que la via serrada de progressió dels pòlips podria ser responsable del 15-30% dels càncers colorectals i, alhora, una proporció important dels càncers d'interval es podrien deure a errors d'identificació de lesions serrades.

L'objectiu d'aquest treball ha estat avaluar la TDA i la TDLS en les colonoscòpies del Programa de Detecció Precoç de Càncer Colorectal (PDPCCR) a la nostra Unitat d'Endoscòpia, així com també la variabilitat entre anys i endoscopistes.

Estudi retrospectiu observacional de les colonoscòpies del PDPCCR a la Unitat d'Endoscòpia del nostre Centre. S'han exclòs de l'anàlisi els endoscopistes amb <30 colonoscòpies anuals. TDA i TDLS: % de persones en que s'ha ressecat almenys un adenoma o una lesió serrada, respectivament, en la primera colonoscòpia.

Des de l'inici de l'activitat del PDPCCR a la UBCP, al 2016, la TDA s'ha mantingut per sobre el 50%, encara que amb un lleuger descens, amb un màxim de 67,2% al 2016 i mínim de 50,2% al 2024. Per contra, la TDLS ha anat incrementant i ha passat d'un 2,5% al 2016 i un mínim de 0,8% al 2017, a un màxim de 32,9% al 2022 i 32,0% al 2025.

Segons endoscopista els valors de la TDA s'han mantingut sempre superiors al 40% tot i que s'observen diferències segons professional i any, amb un màxim de 71,2% i un mínim de 42,1%. Pel que fa a la TDLS, els valors per endoscopista són molt baixos en els primers anys d'activitat 2016-2017, però augmenten en els últims anys amb un màxim observat del 46,3%.

Els valors de TDA i TDLS, tant globals com per endoscopista, assoleixen els indicadors recomanats confirmant la qualitat de les colonoscòpies del PDPCCR realitzades a la nostra Unitat, tot i observar certa variabilitat entre professionals.



P37 Eficàcia de la gastrojejunostomia guiada per ecoendoscòpia en neoplàsia gàstrica obstructiva. Experiència unicèntrica preliminar

Sofia Dall'Oglioli¹; Andrea Avella¹; Agostina Begliardo¹; Laura Gutiérrez¹; Isabel Miguell¹; Edgar Castillo¹; Eloi Núñez¹; Juan Colan-Hernandez¹

1Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Introducció: La gastrojejunoanastomosi guiada per USE (GY-USE) s'ha convertit en una opció freqüent en el maneig de l'obstrucció del tracte de sortida gàstric. El seu ús en la neoplàsia gàstrica depèn del grau d'afectació, condicionant-se el tractament oncoespecífic segons l'estat nutricional del pacient.

Objectiu: Valorar l'eficàcia i la seguretat de la GY-USE entre altres procediments de suport nutricional en pacients amb càncer gàstric obstructiu.

Material i mètode: Anàlisi retrospectiva, unicèntrica, de pacients amb neoplàsia gàstrica localment avançada o disseminada registrats a la base de dades de la unitat funcional de patologia esofagogàstrica de l'Institut Català d'Oncologia-Badalona amb valoració nutricional des de març/2022 fins a juny/2025. Es va valorar l'eficàcia del procediment mitjançant l'escala GOOSS (Gastric Outlet Obstruction Scoring System).

Resultats: De 49 pacients, 11 presentaven estenosi en el moment del diagnòstic (22,4%) amb una mediana de GOOSS de 2 (RIQ 0,5–3). Del total, 36 (73,5%) no van rebre procediments invasius. Tretze pacients (26,53%) van rebre un procediment nutricional en una mediana d'1,97 mesos (RIQ 0,89–13,30): 7 (14,3%) GY-USE, 3 (6,1%) gastrojejunoanastomosi quirúrgica (GY-QX), 2 (4,1%) sonda nasojejunal i 1 (2%) pròtesi duodenal, aconseguint-se èxit tècnic en tots. La mediana de GOOSS postprocediment va ser de 3 (RIQ 2–3) per a la GY-USE, per a la resta de procediments en conjunt i per als no intervinguts al final del seguiment. No hi va haver esdeveniments adversos en GY-USE; un pacient amb GY-QX va presentar infecció de la ferida quirúrgica. En 6 (85,7%) pacients amb GY-USE es va reiniciar la quimioteràpia als 13,65 dies (RIQ 3,75–78,25). La mediana de supervivència per a la GY-USE va ser de 17,83 mesos (RIQ 10,84–36,85) i per al grup sense intervenció va ser de 10,08 mesos (RIQ 5,66–14,34).

Conclusions: La GY-USE en pacients amb neoplàsia gàstrica obstructiva sembla ser una tècnica eficaç associada a una millora de la nutrició. Són necessaris estudis aleatoritzats per establir el seu paper en la neoplàsia gàstrica obstructiva.



P38 Rendimiento diagnóstico y la calidad histológica de las muestras obtenidas mediante biopsia por ecoendoscopia entre las agujas EchoTip ClearCore™ y Acquire™ en lesiones pancreáticas sólidas: experiencia en un hospital de tercer nivel. Resultados prel

David Tumialán-García¹; Miquel Masachs¹; Monder Abu-Suboh¹; Jordi Armengol¹; Jorge Guevara¹; Maria Dolores Castillo¹; Anna Benages¹; Marc Pigrau¹; Carmela Iglesias¹; Jordi Temprana¹; M. Carme Dinares¹; Joan Dot Bach¹

1Hospital Universitario Vall d'Hebron

Introducción: La obtención de muestras histológicas adecuadas mediante biopsia por EUS- FNB es fundamental para el diagnóstico y manejo dado que permite no solo confirmar malignidad, sino también caracterizar el tumor a nivel molecular para terapias personalizadas.

Objetivo y métodos: Comparar el rendimiento diagnóstico y la calidad histológica de las muestras obtenidas mediante las agujas EchoTip ClearCore™ y Acquire™ en biopsias por ecoendoscopia de lesiones pancreáticas sólidas. Se realizó un estudio descriptivo correlacional retrospectivo en 17 pacientes que cumplían criterios de inclusión y sin criterios de exclusión, entre junio y septiembre de 2025. Se evaluaron la localización tumoral, MOSE (presencia de núcleo visible), número de pases, calidad histológica, complicaciones y necesidad de repetir la biopsia.

Resultados: La localización más frecuente fue cabeza/uncinado (64.7%). En todos los casos se obtuvo un núcleo visible adecuado (≥ 4 mm). El tamaño tumoral fue en EchoTip™: media 34.4 mm (rango 14–80 mm) y en Acquire™: media 24.7 mm (rango 15–32 mm). La necesidad de más de un pase fue en 76.5% del total. No se reportaron complicaciones post procedimiento. Todas las muestras presentaron MOSE adecuado (≥ 4 mm). Al comparar dispositivos, EchoTip™ mostró mayor frecuencia de muestras diagnósticas (53.3% vs 46.7%) y mejor calidad histológica (64.3% vs 35.7%), mientras que Acquire™ requirió más pases. El número medio de pases fue similar (EchoTip™ 2.7 vs Acquire™ 2.1; $p=0.22$). La calidad histológica fue alta en el 82.4% de las muestras y el diagnóstico concluyente se obtuvo en el 88.2% sin significancia estadística ($p=0.49$). El rendimiento diagnóstico global fue del 80% para EchoTip ClearCore™ y del 100% para Acquire™, sin diferencia significativa ($p=0.48$). Solo en dos casos (11,8%) hubo necesidad de repetir la biopsia al no ser diagnóstica inicialmente. Necesidad de intervención quirúrgica en uno (5,9%) de los casos totales, pero esta biopsia fue diagnóstica inicialmente.

Conclusiones: Ambos dispositivos demostraron seguridad y rendimiento diagnóstico satisfactorio. No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el tipo de aguja con la calidad de la muestra histológica y con el rendimiento diagnóstico. La principal limitación del estudio fue el tamaño muestral reducido.



P39 Utilitat de la instil·lació endoscòpica de contrast enteral en el maneig de les perforacions iatrogèniques de còlon tractades endoscòpicament

Laura Tapias Solís¹; Maria Raffaella Romito¹; Amparo Moscardó Ribes¹; Ainhoa Gracia Carlos¹; Clàudia Valls Cusine¹; Elisabeth Sant Savall¹; Federico Cáceres Chaparro¹; Marianne Murzi Pulgar¹; Ignacio Blanco Nodal¹; Patricia Pedregal-Pascual¹; Laia Escudé Torrell¹; Mar Concepción Martín¹; Carlos Guarner-Argente¹

1Hospital Santa Creu i Sant Pau

Objectiu: Avaluar l'eficàcia del tancament endoscòpic de perforacions iatrogèniques del còlon i determinar la utilitat de la instil·lació de contrast enteral després del procediment.

Mètodes: Revisió retrospectiva de les perforacions detectades durant la colonoscòpia al nostre centre (2013–2025), definint com a èxit la resolució sense cirurgia. Anàlisi de la utilitat de la instil·lació de contrast per detectar fuites i reduir el temps d'inici de la dieta en pacients amb tractament exitós.

Resultats: De 72 pacients amb perforació, 43 (59,7%) eren dones (edat mitjana 70 ± 12 anys). Es va intentar tractament endoscòpic en 60 (83,3%): 44(100%) d'etiologia tèrmica i 16/28(57%) per tracció ($p<0.01$). Es va aconseguir èxit clínic en 56/72(77%): amb una taxa significativament superior en les perforacions tèrmiques (42/44; 95.5%) que per tracció (14/28; 50%; $p<0.01$). Entre els pacients tractats endoscòpicament, l'èxit global va ser de 56/60 (93.3%) sense observar diferències entre ambdós grups ja que l'èxit en perforacions per tracció augmentava a 14/16 (87.5%; $p=0.29$). Es van utilitzar clips convencionals en 48 casos (80%), clips OVESCO en 11 (18,3%) i sutura APOLLO en 1(1,7%).

En 12/60 (20%) tractats no es va considerar necessària la instil·lació de contrast per perforacions petites i alta immediata. Dels altres 48, es va instil·lar contrast en 39 (81%) i no en els 9 restants. En un pacient amb sospita endoscòpica de tancament incomplet, el TAC no va detectar fuga i, per tant, es va realitzar tractament conservador, evitant cirurgia. Tres (7,7%) van presentar fuga de contrast i el maneig va ser conservador (2 per fuga mínima i 1 per fuga retroperitoenal). En els casos tractats amb èxit, fer servir contrast va avançar la reintroducció de dieta de 4.7 ± 3.5 a 2.1 ± 2.2 dies ($p=0.02$), malgrat que la detecció de fuga la va endarrerir (5 ± 3.6 vs 1.9 ± 1.9 dies; $p=0.017$).

Conclusió: El tractament endoscòpic de les perforacions iatrogèniques del còlon és eficaç, sobretot en el cas de les perforacions tèrmiques. La instil·lació endoscòpica de contrast entèric pot ser útil per detectar o descartar la persistència de perforació i per reduir el temps de reintroducció de la dieta.



P40 Eficàcia de la revisió endoscòpica de pròtesis biliars en pacients amb neoplàsia pancreàtica no resecable

María Agostina Begliardo¹; Anna Pelach²; Marc Vidal²; Andrea Avella²; Sofia Dall'oglio²; Laura Gutiérrez-Rios²; Isabel Miguel²; Edgar Castillo²; Eloi Nuñez²; Juan Colan-Hernandez²

1^a Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol, Badalona; 2^a Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

Introducció: L'augment de la supervivència del càncer de pàncrees implica canvis a la pràctica clínica, com ara la revisió de les pròtesis biliars. El maneig és heterogeni donada l'absència de recomanacions específiques.

Objectiu: Avaluar les indicacions i l'eficàcia del tractament endoscòpic de les pròtesis biliars a la neoplàsia de pàncrees no resecable.

Material i mètode: Anàlisi retrospectiva, unicèntrica, de pròtesis en pacients amb icterícia per neoplàsia pancreàtica que requeriran revisió entre juny del 2022 i juny del 2025, després de l'èxit tècnic i clínic inicial. Èxit tècnic definit com a repermeabilització de la pròtesi i èxit clínic com la resolució del quadre.

Resultats: Es van realitzar 12 CPRE: 7 (58,3%) amb pròtesis metàl·liques parcialment cobertes, 3 (25%) metàl·liques no cobertes i 2 (16,7%) plàstiques.

Indicacions van ser: 6 (50%) colestasi dissociada, 5 (41,7%) obstrucció de la pròtesi per prova d'imatge i 1 (8,3%) colangitis.

Temps mitjà fins a la sospita de deficiència va ser de 409,25 dies (DE 279,56).

En 2 pacients es van col·locar inicialment pròtesis plàstiques, amb èxit tècnic i clínic, requerint revisió precoç. La papil·la era accessible en 10 pacients (83,3%), amb èxit tècnic del 100% i en 2 (16,7%) amb estenosi duodenal no es va realitzar tractament de rescat.

Es va observar defecte de repleció intraprotèsic en 8 (66,7%) colangiografies.

Terapèutica realitzada consisteix en: recanvi de pròtesis en 3 casos (25%), neteja de la pròtesi amb pilota en 2 (16,6%), col·locació d'una pròtesi a una altra en 2 (16,6%) i combinació de pilota i col·locació de pròtesi en 3 (2).

Les pròtesis intraprotèsis van ser plàstiques en 4 casos (80%) i metàl·lica coberta en 1 cas (20%).

L'èxit clínic de la revisió va ser de 100%.

Seguiment mitjà després de la revisió va ser de 248,58 dies (DE 290,21), amb 7 (58,3%) defuncions durant el període d'estudi.

Conclusions: La revisió endoscòpica de les pròtesis biliars a la neoplàsia obstructiva de pàncrees és una tècnica eficaç. Cal precisar la indicació davant l'augment de la supervivència. La terapèutica endoscòpica clàssica sembla suficient; tanmateix, calen estudis addicionals per determinar millor la utilitat.



P41 Eficàcia dels drenatges pèlvics guiats per ecoendoscopia: experiència unicèntrica

Laura Gutiérrez-Rios¹; Eloi Núñez¹; Sofia Dall'Oglio¹; Andrea Avella¹; M. Agostina Begliardo¹; Isabel Miguel¹; Edgar Castillo¹; Juan Colan-Hernandez¹

1Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Introducció: Tradicionalment, el drenatge de col·leccions pèlviques es realitzava mitjançant radiologia intervencionista. Tanmateix, en determinats casos l'abordatge percutani no és factible, postulant-se el drenatge guiat per ultrasons endoscòpic (USE) com a una alternativa viable.

Objectiu: Avaluar l'eficàcia i seguretat del drenatge de col·leccions pèlviques guiat per USE.

Material i mètodes: Anàlisi retrospectiva i unicèntrica de pacients sotmesos a drenatge guiat per USE. Es revisaren les històries clíniques de la base de dades de la unitat d'endoscòpia, valorant l'èxit tècnic (col·locació adequada del drenatge) i èxit clínic (resolució de la col·lecció a proves imatges de control).

Resultats: S'inclogueren 12 casos amb una mida mediana de la col·lecció de 70mm (RIQ 61-80). Èxit tècnic i clínic en el 100% dels casos. S'utilitzaren pròtesis plàstiques en 8 pacients (66%): 4(33%) mitjançant tècnica Seldinger i 4 (33%) amb tècnica Freehand utilitzant un dispositiu amb cistotom integrat (Ring knife TM MTW). En un cas, es col·locà pigtail a través de fistula espontània. En 2 pacients (17%) s'empraren pròtesis tipus LAMS amb tècnica Freehand. En el cas restant, es creà una fistula sense precisar col·locació de pròtesis. Es registrà un cas d'alliberament accidental de pigtail dins de la cavitat, recuperant-se després de dilatació amb baló i drenatge final exitós mitjançant col·locació de dos pigtails. La mediana de seguiment fou de 11 mesos (RIQ 2-24). S'observaren 3 casos de migració espontània de pigtail: 2 evolucionaren favorablement amb maneig conservador i un cas precisà de rescat quirúrgic. Es retiraren 6 pròtesis (55%), mediana de duració del drenatge de 99 mesos (RIQ 24-171) amb tancament posterior de la fistula en tots ells.

Conclusió: El drenatge de col·leccions pèlviques guiat per USE sembla ser una tècnica eficaç i segura. Es requereixen estudis aleatoritzats per establir l'estratègia tècnica i el tipus de dispositius òptims.



P42 Temps de descens de bilirrubina en icterícia obstructiva posterior a drenatge transpapilar

Andrea Avella Marcos¹; Agostina Begliardo¹; Sofia Dall'oglio¹; Laura Gutiérrez¹; Isabel Miguel¹; Edgar Castillo¹; Eloi Nuñez¹; Juan Colan-Hernandez¹

1Hospital Germans Trias i Pujol

En la icterícia obstructiva maligna, el drenatge biliar transpapil·lar mitjançant CPRE és la tècnica habitual. Quan no és factible, el drenatge transparietohepàtic (DTPH) representa una alternativa. S'ha demostrat que el descens de la bilirrubina condiciona l'inici del tractament oncoespecífic.

L'objectiu principal fou avaluar el temps necessari per aconseguir una reducció del 50 % de la bilirrubina i valors ≤ 2 mg/dL després del drenatge biliar mitjançant CPRE. Com a objectius secundaris, es va analitzar el temps fins a l'inici del tractament oncoespecífic i la incidència d'esdeveniments adversos (EA).

Es tracta d'una anàlisi retrospectiu unicèntric que inclou pacients amb icterícia obstructiva maligna sotmesos a drenatge biliar entre desembre de 2022 i juny de 2025. Es va utilitzar la base de dades local de primeres visites a la unitat de neoplàsia pancreàtica de l'Institut Català d'Oncologia-Badalona.

De 135 visites, es van incloure 51 pacients: 17 (33,3 %) amb malaltia localment avançada, 15 (29,4 %) borderline resecable i 13 (25,5 %) metastàtics. La mitjana de bilirrubina total prèvia al drenatge fou de 12,82 mg/dL.

El 94 % (48) va rebre drenatge endoscòpic, essent el 92 % (47) transpapil·lars, amb col·locació de pròtesi metàl·lica parcialment coberta en el 70 % dels casos. La mitjana per assolir un descens del 50 % de la bilirrubina va ser de 2 dies (RIQ 4), i ≤ 2 mg/dL en 25,5 dies (RIQ 20). El DTPH es va utilitzar en 3 pacients (6 %) com a rescat per papil·la inaccessible, amb mitjanes de 8 i 10 dies, respectivament.

Després del drenatge transpapil·lar, la mitjana fins a l'inici del tractament neoadjuvant fou de 41 dies (RIQ), i de 40,5 dies (RIQ) per al tractament pal·liatiu oncoespecífic. Es van registrar 16 EA (%), 12 en els primers 3 dies (10 pancreatitis lleus), 2 pancreatitis lleus als 7 dies i 2 EA tardans (no especificats).

El drenatge transpapil·lar s'associa a un descens ràpid del 50 % del valor de la bilirrubina, assolint nivells aptes per al tractament oncoespecífic al cap d'un mes. Les noves tècniques guiades per ecoendoscopia (USE) ofereixen alternatives prometedores, però calen més estudis comparatius.



P43 Colangitis recurrent: anàlisi retrospectiu dels factors de risc i la resposta al tractament en una cohort 59ospitalaria

Pablo Gálvez Martín¹; Joel Flores Arriaga¹; Stephanie Tasayco¹

1Hospital Universitari Vall d'Hebron

Introducció: La colangitis aguda recurrent (CAR) és un quadre clínic caracteritzat per infeccions repetides de l'arbre biliar, en presència o absència de patologia obstructiva. Les causes més freqüents són patologia benigna com a disfunció de l'esfínter d'Oddi (DEO) que inclou fibrosi d'aquest per manipulació repetida, pancreatitis crònica (PC) o patologia maligna com ampul·lomes o càncer de pàncrees.

Mètodes: Es tracta d'una sèrie de casos retrospectiva de 18 pacients que van ingressar en el nostre servei entre els anys 2015 i 2025 per quadre de CAR. S'han recollit dades demogràfiques i clíniques, així com el nombre d'episodis, aïllaments microbiològics i tractaments instaurats.

Resultats: Dels 18 pacients, 6 eren homes i 12 dones, tots estaven en tractament habitual amb IBPs i una mediana d'edat de 78 anys. Es va dividir la cohort en 2 subgrups: el primer grup de 10 pacients que es va considerar apte per a cirurgia (amb una mediana d'edat menor), l'etiologia de les CAR de la qual era patologia benigna (DEO o PC) als qui se'ls va sotmetre a tractament quirúrgic mitjançant hepaticojunostomia. Després del tractament van disminuir sensiblement el nombre d'episodis i els aïllaments van ser negatius o monobacterians, a diferència del grup no quirúrgic, amb una mediana d'edat major, aïllaments polimicrobians i amb majors resistències i en els qui es va iniciar profilaxi antibiòtica amb millora en el nombre d'episodis.

Conclusions: La CAR és un quadre que requereix de tractament antibiòtic repetit amb risc morbimortalitat i de resistències microbianes, per la qual cosa un tractament a llarg termini sigui quirúrgic o profilaxi antibiòtica, ha de plantejar-se segons cada cas.



P44 Diverticulotomia endoscòpica de Zenker: experiència en un centre de referència regional.

Vicnoris De La Cruz¹; Paula Oliver¹; Silvia Gallego¹; Lucia Moyano¹; Juan Ignacio Tellechea¹; Michelle Bautista¹; Carlos Zugastil¹; Diego Larrea¹; Albert Pardol¹; Joan Carles Quer Boniquet¹

1Hospital Universitari Joan XXIII

Introducció: El diverticle de Zenker és una patologia infreqüent, la simptomatologia de la qual pot provocar un deteriorament significatiu de la qualitat de vida. El tractament endoscòpic ha esdevingut una alternativa mínimament invasiva i segura, amb resultats clínics satisfactoris. Presentem la nostra experiència institucional en el seu maneig. Objectiu: Descriure els resultats de la nostra cohort de pacients amb diverticle de Zenker tractats mitjançant tècniques endoscòpiques. Determinar el grau d'eficàcia tècnica i clínica, així com la taxa de complicacions associades.

Material i mètodes: Estudi observacional, retrospectiu, descriptiu i unicèntric. S'hi van incloure pacients amb diverticle de Zenker simptomàtic que van rebre tractament endoscòpic entre els anys 2010 i 2025. Es van analitzar variables demogràfiques, clíniques, tècniques d'intervenció, complicacions i les taxes d'èxit tècnic i clínic.

Resultats: Es van realitzar 18 intervencions en 13 pacients, efectuades per quatre endoscopistes amb experiència. La mediana de seguiment va ser de 17 mesos. El 61,5% eren homes, amb una edat mitjana de 74 anys. El símptoma predominant va ser la disfàgia i la mediana de la mida del diverticle, de 20 mm. La tècnica més emprada va ser la diverticulotomia amb dispositiu LigaSure. Es van registrar dues complicacions menors (una laceració mucosa i un hematoma a la úvula), sense perforacions. La taxa d'èxit tècnic va ser del 100% i la d'èxit clínic, del 94,4%. Cinc pacients (38,5%) van requerir reintervenció per recurrència després d'un interval mitjà de dos anys, assolint-se novament l'èxit clínic en tots els casos.

Conclusions: En la nostra experiència, l'abordatge endoscòpic amb LigaSure demostra un alt índex d'èxit tècnic i una bona seguretat en el tractament del diverticle de Zenker. Tot i que la taxa de reintervenció va ser relativament elevada en comparació amb altres sèries, en tots els casos es va aconseguir un èxit clínic sostingut a llarg termini. Malgrat que les tècniques endoscòpiques més recents semblen oferir millors resultats pel que fa a la reintervenció i a l'èxit clínic, la diverticulotomia amb LigaSure continua essent una alternativa eficaç, segura i reproducible, especialment indicada per a endoscopistes no familiaritzats amb les tècniques d'espai terciari.



P45 Definint el fenotip aspirador: anàlisi videofluoroscòpica de l'aspiració en adults d'edat avançada amb disfàgia orofaríngia

Omar Ortega^{1,2}; Alberto Martín^{1,2}; Lucilla Guidotti¹; Daniel Español¹; Noemí Tomsen^{1,2}; Pere Clavé^{1,2}

1Laboratori de Fisiologia Digestiva. Hospital Universitari de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme.; 2Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), ISCIII

Introducció: L'aspiració és un mecanisme fisiopatològic clau en el desenvolupament de complicacions respiratòries en pacients amb disfàgia orofaríngia (DO). Tot i això, el "fenotip aspirador" no ha estat completament descrit. Aquest estudi té com a objectiu definir el "fenotip aspirador" en adults d'edat avançada amb DO mitjançant videofluoroscòpica (VFS).

Mètodes: Estudi de cohort retrospectiu que va incloure 2.331 adults ≥ 65 anys amb símptomes de DO que van realitzar una VFS entre 2013-2023 a l'Hospital Universitari de Mataró. Es van analitzar dades clíniques (comorbiditats [Charlson], funcionalitat [Barthel]), i paràmetres deglutoris (residu faringi [escala Robbins], escala de penetració-aspiració [PAS], temps de tancament del vestíbul laringi [VL] i d'obertura de l'esfínter esofàgic superior [EES]). Els pacients es van estratificar segons la severitat PAS per identificar predictors d'aspiració ($PAS \geq 6$).

Resultats: L'edat mitjana va ser de $78,3 \pm 7,6$ anys (52,9% dones) i l'índex de Barthel $60,9 \pm 32,3$. Es va detectar DO en 90,4% dels participants (42,9% aspiració). Els aspiradors ($PAS \geq 6$) eren més vells ($79,1 \pm 7,5$ vs. $76,9 \pm 7,5$ anys), amb major proporció d'homes (34,1% vs 41,8%), major dependència funcional (Barthel $53,7 \pm 34,6$ vs. $69,9 \pm 29,4$), més comorbiditats (Charlson $1,95 \pm 3,11$ vs. $0,91 \pm 2,02$) i més infeccions respiratòries (9,2% vs. 3,8%; $p < 0,001$). El temps de tancament del VL va ser més lent en PAS 6–8 ($419,9 \pm 185,4$ ms) que en PAS 3–5 ($362,4 \pm 107,9$ ms; $p < 0,001$) i que en PAS 1–2 ($259,9 \pm 105,1$ ms; $p < 0,0001$). Els aspiradors silencis presentaven un tancament del VL més prolongat ($468,6 \pm 240,4$ ms; $p < 0,01$). L'aspiració es va associar significativament amb major retard en el temps de tancament del VL (OR:10,04; $p < 0,001$) i d'obertura del EES (OR:13,56; $p = 0,025$), major residu faringi (OR:18,25; $p < 0,001$) i sexe masculí (OR:17,50; $p < 0,001$).

Conclusions: L'estudi identifica característiques clíniques i fisiològiques pròpies del fenotip aspirador en pacients d'edat avançada amb DO, destacant el retard en el tancament del VL (protecció via aèria) i l'obertura del EES, i major residu faringi. Els resultats reforcen el valor de la VFS per comprendre la fisiopatologia de la DO i desenvolupar intervencions personalitzades dirigides a reduir el temps de tancament del VL per disminuir el risc d'aspiració.



P46 Eficàcia i seguretat en vida real dels anàlegs de la somatostatina en el tractament de l'anèmia crònica secundària a angiodisplàsies gastrointestinals

Karim Ramos B.1; María Saenz1; Luis Ceresuela 1; Joan P. MonteyS1; Bernat Villanueva1; Eva Erice1

1Hospital de Sant Joan Despi Moisès Broggi

Introducció: Les angiodisplàsies gastrointestinals són causa freqüent d'anèmia crònica ferropènica per pèrdues digestives. Els anàlegs de la somatostatina (AS) tenen efectes antiangiogènics i vasomoduladors, podent reduir la necessitat de transfusió d'hemoderivats i ferroteràpia. Aquest estudi avalua la seva eficàcia i seguretat en pràctica clínica real.

Objectiu: Avaluar l'eficàcia i la seguretat d'octreòtida d'alliberament prolongat en pacients amb anèmia crònica per angiodisplàsies.

Mètodes: Estudi observacional i retrospectiu. Es van incloure 100 pacients tractats entre gener de 2021 i desembre de 2024, dels quals 79 havien rebut un mínim de 3 dosis amb un seguiment de 12 mesos (cohorte d'eficàcia). Es va definir "resposta" com l'increment ≥ 1 g/dL en mitjana d'hemoglobina i/o reducció $\geq 50\%$ del requeriment transfusional i ferroteràpia. Es van comparar variables pre i posttractament per proves aparellades.

Resultats: La mitjana d'edat fou 78 anys i 66% eren homes, 66% presentaven comorbiditat elevada i 68% prenen tractament antitrombòtic. La distribució de les angiodisplàsies era difusa en el 68% dels casos. El 44% dels pacients va requerir fulguració endoscòpica l'any previ a l'inici d'AS.

La dosi mitjana d'octreòtida a la cohorte d'eficàcia fou 19,7 ($\pm 3,2$) mg/mes. L'hemoglobina va augmentar de 9,2 ($\pm 1,2$) a 11,7 ($\pm 1,5$) g/dL ($p < 0,001$); les transfusions van disminuir de 2,3 a 0,7 /any ($p < 0,001$) i el requeriment de ferro de 3,3 a 1,8 g/any ($p < 0,001$). Els episodis d'anemització es van reduir d'1,8 a 0,4 /any ($p < 0,001$), així com els procediments endoscòpics i els ingressos hospitalaris ($p < 0,001$). Van complir criteris de resposta 66 pacients (83,5%). A l'anàlisi multivariant, es va identificar la insuficiència renal com a factor de no resposta, però sense assolir significança estadística ($p = 0,06$).

De la cohorte total, 14 pacients van presentar efectes adversos, amb retirada del fàrmac en 5 casos. Es van registrar 14 defuncions en el primer any de tractament, sense que cap fos atribuïble a aquest.

Conclusions: A la nostra pràctica clínica, el tractament mèdic d'elecció de l'anèmia per angiodisplàsies són els AS. Una dosi inicial de 20 mg/mes és efectiva i segura, aconseguint control de l'anèmia en aquesta població fràgil.



P47 Desenvolupament d'una escala de qualitat per a la manometria esofàgica d'alta resolució

Ariadna Aguilar^{1,2}; Claudia Barber^{1,2}; Camila Ritieni¹; Bouchra Benslaiman¹; Maria José Perez-Panzano¹; Frank Zerbib³; Jordi Serra^{1,2}

1Hospital Universitari Vall d'Hebron, Unitat de Motilitat, Aparell Digestiu, Barcelona, Espanya; 2Centre d'Investigació Biomèdica en Xarxa de Malalties Hepàtiques i Digestives (CIBEREHD), Espanya; 3CHU de Bordeaux – Hôpital Haut Leveque, Hepato-Gastroenterologia, Pessac, França

La manometria esofàgica és una prova molesta que requereix la col·laboració del pacient, influint en la qualitat del procediment. Objectiu: desenvolupar una escala de qualitat per a la manometria esofàgica d'alta resolució, que relacionés la qualitat tècnica de l'estudi amb la fiabilitat diagnòstica. Es va crear una escala de 0 a 10 punts basada en set indicadors: pas del catèter a través de la unió esofagogastrica, pressions basals avaluable, nombre de deglucions vàlides en supí i sedestació, realització de maniobres de provocació i absència d'artefactes.

Es van classificar els estudis en cinc categories:

1. 0–2 punts: manometria no interpretable.
2. 3–4 punts: deficient - baixa fiabilitat diagnòstica.
3. 5–6 punts: deficient - fiabilitat moderada.
4. 7–8 punts: deficient - alta fiabilitat.
5. 9–10 punts: excel·lent - diagnòstic fiable.

Es van avaluar prospectivament 90 estudis per dos observadors (amb alta i baixa experiència). Rere una primera revisió, es va aplicar una versió revisada de l'escala en una segona ronda. A més de la puntuació, cada observador va emetre un diagnòstic (Chicago IV) i va indicar el seu nivell de confiança (alta, mitjana o baixa). En cas de discrepància, un tercer observador expert va desempatar.

L'acord inicial va ser de 30 casos (κ de Cohen = 0,274) amb l'escala original, millorant a 67 de 90 estudis amb la versió revisada (κ = 0,718). Les discrepàncies principals van correspondre al nombre de deglucions vàlides (12 casos) i a la pressurització intragàstrica (8 casos). El 85% dels estudis es van classificar com d'alta qualitat (≥ 7). La confiança diagnòstica va ser alta en el 86 %, mitjana en el 14 % i mai baixa, correlacionant-se amb la puntuació de qualitat ($p < 0,001$). Els observadors van discrepar en el diagnòstic en 8 estudis (dos de baixa qualitat i sis d'alta). Després de la revisió experta, es va assolir consens en els 90 casos.

L'escala de qualitat desenvolupada per a la manometria esofàgica és reproduïble i permet valorar tant la qualitat tècnica de la prova com la fiabilitat del diagnòstic final. Són necessaris estudis amb un major nombre de pacients per confirmar-ne la validesa a gran escala.



P48 Efecte de l'estimulació perifèrica i central sobre la freqüència deglutòria espontània en pacients amb disfàgia orofaríngia post-ictus en fase aguda

Daniel Españaó López¹; Noemí Tomsen^{1,2}; Lucilla Guidotti¹; Omar Ortega^{1,2}; Pere Clavé^{1,2}

¹Hospital Universitari de Mataró; ²CIBEREHD

Introducció: Els pacients amb disfàgia orofaríngia post-ictus (PSOD) presenten una reducció crítica de la freqüència de deglució espontània (SSF), associada a alteracions sensibles i motores que augmenten el risc d'aspiració de secrecions orofaríngies. La combinació d'estimulació perifèrica amb agonistes dels canals TRP i d'estimulació central amb corrent directa transcranial (tDCS) podria incrementar la SSF. L'estudi va tenir com a objectius: 1) avaluar la SSF en pacients amb i sense disfàgia després d'un ictus agut, i 2) analitzar l'efecte de l'estimulació aparellada amb piperina o capsàicina i tDCS sobre la SSF en pacients amb PSOD agut.

Mètodes: L'estudi va incloure dos subestudis. (1) Descriptiu: 69 pacients post-ictus aguts (53 amb disfàgia, 16 sense), en què es va mesurar la SSF (deglucions/min) mitjançant electromiografia suprahioïdal i accelerometria cricotiroidal durant 10 minuts. (2) Intervencional, prospectiu, creuat i simple cec: 37 pacients amb PSOD segons el test de volum-viscositat (V-VST), aleatoritzats en tres grups:

A) Dia 1: Piperina 150 µM + tDCS (anodal, hemisferi no afectat; 20 min, 2 mA); Dia 2: placebo + tDCS simulada.

B) Dia 1: Piperina 1 mM + tDCS; Dia 2: placebo + tDCS simulada.

C) Dia 1: Capsàicina 10 µM + tDCS; Dia 2: placebo + tDCS simulada.

Es van administrar quatre bolus de 10 mL cada 5 minuts durant la tDCS/simulada. Es va avaluar la funció deglutòria (V-VST, SSF) abans i després de cada sessió, i es van recollir mostres de saliva (Salivette®) per quantificar la substància P (SP) mitjançant ELISA.

Resultats: Els pacients amb PSOD van mostrar una SSF significativament reduïda ($0,21 \pm 0,23$) respecte als sense disfàgia ($0,46 \pm 0,31$; $p = 0,0047$). Cap agonista va millorar els signes d'eficàcia o seguretat ni la SP salivar. El grup A va augmentar la SSF un 54%, el grup B la va reduir un 6% i el grup C la va incrementar un 144% ($p = 0,024$). No hi va haver canvis amb placebo + tDCS simulada.

Conclusió: La SSF està fortament reduïda en pacients amb PSOD agut. L'estimulació aparellada amb Capsàicina 10 µM + tDCS va millorar la SSF, mentre que els resultats amb piperina suggereixen un efecte més rellevant de l'estimulació perifèrica que de la central.



P49 Mecanismes de l'alteració de l'obertura de l' esfínter esofàgic superior mitjançant videofluoroscòpia en voluntaris sans vs. ancians amb diferents fenotips de disfàgia orofaríngia

Miguel Martínez Guillén¹; Pere Clavé^{1,2}; Daniel España¹; Noemí Tomsen^{1,2}; Mónica Zavala^{1,3}; Silvia Carrión^{1,2}

1Unitat de Proves funcionals digestives, Hospital Universitari de Mataró; 2Centro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd), Institut; 3Universidad La Salle México, Ciudad de México, México.

Introducció: La videofluoroscòpia (VFS) és el patró d'or per l'estudi de la disfàgia orofaríngia (DO) i permet caracteritzar les diferències a la resposta motora orofaríngia (RMOF), els signes de seguretat i d'eficàcia en diferents fenotips de pacients amb DO.

Material i mètodes: Es van seleccionar 134 VFS realitzades a l'Hospital Universitari de Mataró entre 2009 i 2012 de pacients amb alteració de l'obertura de l'esfínter esofàgic superior (EES), seleccionant 15 ancians amb DO i diverticle de Zenker (DZ) (73 ± 11 anys), 62 amb DO i barra del múscul cricofaríngi (BCF) (77 ± 10 anys) i 35 ancians (68 ± 18 anys) amb alteració de l'apertura de l'EES (AAEES) secundària a malalties neurològiques. També es van seleccionar 12 voluntaris joves sans (VSJ) ($40,2 \pm 2,5$ anys), 10 voluntaris sans ancians (VSA) ($75,8 \pm 3,1$ anys).

Tots els pacients es van sotmetre a una VFS amb deglucions duplicades de 5 ml amb una viscositat de 250 mPa•s i es van estudiar els signes de seguretat i d'eficàcia i la mètrica de la RMOF.

Resultats: Signes d'eficàcia: els tres grups de pacients amb DO presenten alteració de l'eficàcia amb increment del residu orofaríngi en comparació amb VSJ i VSA, sent més significatiu en els pacients amb AAEES els quals presenten pitjor propulsió lingual i major presència de deglució fraccionada. Signes de seguretat: els pacients amb AAEES presenten major risc d'aspiracions que els ancians amb DZ i BCF encara que aquests presenten alt percentatge de penetracions. La resposta motora orofaríngia està enlentida en tots els grups d'ancians, però amb un allargament més significatiu, en comparació amb VSJ, en els grups amb BCF i AAEES.

Conclusió: Els pacients amb DO presenten diferents patrons VFS segons l'etiologia de l'alteració de l'obertura de l'EES. Els pacients amb DZ i BCF mantenen la protecció de la via aèria amb baixa prevalença d'aspiracions en comparació amb els pacients amb AAEES amb major prevalença d'aspiracions, propulsió dèbil del bol i residu orofaríngi.



P50 Freqüència dels trastorns del eix intestí-cervell a les consultes generals de gastroenterologia d'un hospital de tercer nivell

Lidón Muñoz del Campo 1; Noelia Keiran 1; Anna Calm 1; Ingrid Marín 1

1 Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objectiu: Els trastorns de l'eix intestí-cervell (TEIC) són causes freqüents de consulta en gastroenterologia i generen un important consum de recursos assistencials. S'ha descrit una prevalença poblacional global del 40,3%, però hi ha poques dades en entorns clínics especialitzats. L'objectiu d'aquest estudi va ser determinar la freqüència i caracteritzar els pacients amb TEIC a les primeres visites de gastroenterologia general en un hospital de tercer nivell.

Mètodes: Estudi retrospectiu que va revisar aleatòriament el 50% de les primeres consultes ateses entre juliol de 2023 i juny de 2024. Es va registrar l'edat, sexe, diagnòstic segons els criteris de Roma IV, presència de múltiples TEIC i nombre de visites de seguiment. Es van incloure TEIC esofàgics, gastroduodenals, intestinals i dolor abdominal funcional.

Resultats: De 863 primeres visites revisades, 242 (28%) van correspondre a TEIC confirmats i 100 (11,6%) es trobaven en procés diagnòstic. El 74,8% dels pacients eren dones, amb una mediana d'edat de 51 anys (RIQ 34–66). Els diagnòstics més freqüents van ser: síndrome de l'intestí irritable (SII) 106 (43,8%), dispèpsia funcional 39 (16,1%), restrenyiment funcional 41 (16,9%), distensió abdominal 33 (13,6%), diarrea funcional 21 (8,7%) i dolor abdominal funcional 21 (8,7%). La Taula 1 mostra la distribució dels diferents TEIC, sexe i edat dels pacients. La majoria dels diagnòstics van ser més freqüents en dones, excepte la diarrea funcional. El 12,4% dels pacients van presentar dos TEIC i l'1,7% en van presentar tres. La mediana de visites de seguiment fins al moment fou de 4 (RIQ 3–5).

Conclusions: Aquests resultats mostren que els TEIC representen gairebé un terç de les primeres consultes en gastroenterologia, amb predomini de SII, restrenyiment i dispèpsia funcional. El nombre de visites de seguiment evidencia la càrrega assistencial que generen aquests trastorns i la necessitat de disposar de circuits diagnòstics i terapèutics adequats.



P51 Resultats en pràctica clínica de la budesonida orodispersable en l'esofagitis eosinofílica: experiència d'una cohort unicèntrica

Judith Cortada-Solé¹; Laura Patricia Llovet-Soto¹; Leticia Hernández-Sánchez-Carnerero¹; Carla de Sárraga-Pugés¹; Juan Pablo Méndez-Medrano¹; Belen Garcia-Sagué¹; LE Frisancho¹; Eduard Brunet-Mas^{1,3}; Anna Puy-Guillén¹; Jordi Vives-Moreno¹; Albert Villoria-Ferrer¹; Luigi Melcarne¹; Xavier Calvet-Calvo^{1,2,3}

1Servei Aparell Digestiu. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació Parc; 2Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.; 3CIBERehd, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain;

Introducció: La budesonida orodispersable ha demostrat eficàcia en la inducció de remissió en l'esofagitis eosinofílica (EoE), essent escasses les dades en pràctica real pel seu recent ús. L'objectiu va ser avaluar l'eficàcia clínica, histològica i estructural, així com la seguretat de la budesonida orodispersable en pacients amb EoE tractats en condicions reals.

Mètodes: Estudi retrospectiu unicèntric de pacients amb EoE que van iniciar budesonida orodispersable com a tractament d'inducció, havent fracassat altres tractaments. Es van recollir dades demogràfiques, clíniques i endoscòpiques basals i post-tractaments. La remissió clínica es va definir com absència de disfàgia, impactació o reflux refractari. La remissió histològica es va establir amb <15 eosinòfils/CGA, considerant resposta parcial la reducció >50%. La remissió composta requeria remissió clínica i histològica simultània. L'anàlisi estadística va incloure estadística descriptiva i proves bivariades per avaluar possibles factors associats a manca de resposta, considerant significatiu un valor de $p < 0,05$.

Resultats: Es van incloure 26 pacients ($n=20$, 76,9% homes), amb edat mediana al diagnòstic de 30,9 anys [IQR 21,7–41,1]. La clínica inicial més freqüent va ser impactacions ($n=21$, 80,8%) i disfàgia ($n=18$, 69,2%). Durant l'evolució, tots ells ($n=26$, 100%) havien rebut IBP, 16 (61,5%) budesonida tòpica FM i 14 (53,8%) dieta d'eliminació.

Al moment de l'anàlisi 17 pacients (65,4%) disposaven d'endoscòpia de control, mentre que 9 (34,6%) la tenien pendent. Entre els avaluats, la remissió histològica completa es va assolir en 14/17 (82,4%), una resposta parcial amb 17Eos/CGA (0,6%) i dues no respostes (1,2%). La remissió clínica va ser 24/26 (92,3%) i la remissió composta 14/17 (82,4%). Dels tres pacients sense remissió composta, un no va presentar resposta clínica ni histològica i dos van mostrar dissociació clínico-histològica.

Respecte als canvis estructurals, 12/26 pacients (46,2%) presentaven estenosi al diagnòstic, que es va resoldre en vuit d'ells després de la inducció (66,7%), sense requerir dilatació. Els efectes adversos descrits van ser candidiasi en 4 pacients (15,4%). No es van identificar factors predictors de manca de resposta en l'anàlisi bivariada.



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



Conclusions: La budesonida orodispersable va assolir altes taxes de remissió clínica i histològica en la pràctica real amb milloria de les estenosis. Aquests resultats recolzen l'ús de la budesonida orodispersable com a tractament d'inducció en cas de fracàs d'altres línies de tractament.



P52 Bevacizumab com a tractament de rescat en angiодisplàsies gastrointestinals i GAVE refractaris: experiència de dos centres

Romero-Velastegui S.1; Garcia-Sagué B1; Brunet-Mas E1,3; García-Iglesias P2; Melcarne L1; Frisancho LE1; Llovet LP1; Puy A1; De Sarraga C1; Lario S1,3; Ramirez-Lazaro MJ1,3; Villoria A1,3,4; Calvet X1,3,4

1Servei d'Aparell Digestiu. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació P; 2Servei d'Aparell Digestiu. Consorci de l'Anoia. Hospital Universitari d'Igualada; 3CIBERehd, Instituto de Salud Carlos III; 4Departament de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona

Introducció: Les angiодisplàsies gastrointestinals (AGDI) i l'ectàsia vascular antral gàstrica (GAVE) són causes freqüents d'hemorràgia digestiva recurrent i d'anèmia crònica. El tractament endoscòpic i els anàlegs de la somatostatina (AS) poden no aconseguir una resposta clínica satisfactòria. El bevacizumab, un anticòs monoclonal contra el factor de creixement endotelial vascular, podria representar una alternativa terapèutica en pacients refractaris. L'objectiu d'aquest estudi va ser descriure l'experiència de dos centres en l'ús de bevacizumab com a teràpia de rescat en aquests pacients.

Mètodes: Estudi retrospectiu bicèntric que va incloure pacients amb AGDI i/o GAVE tractats amb bevacizumab després del fracàs dels AS. Es va realitzar una anàlisi descriptiva i comparativa. Les variables quantitatives es van expressar com a mediana i les qualitatives com a percentatge. Les comparacions abans i després del tractament es van fer mitjançant la prova de rangs amb signe de Wilcoxon per a dades aparellades. Es considerà significativa una $p < 0,05$.

Resultats: Es van incloure cinc pacients (60% dones) amb sagnat refractari als AS. Tots presentaven hipertensió arterial, el 60% tenia dislipidèmia i el 40% diabetis mellitus tipus 2, estenosi aòrtica o malaltia renal crònica. Tots van iniciar bevacizumab per manca de resposta als AS. El tractament amb bevacizumab va associar-se a una reducció significativa dels requeriments transfusionals i un augment dels nivells d'hemoglobina (ambdues $p = 0,04$), amb tendència a la reducció de procediments endoscòpics ($p = 0,06$), hospitalitzacions ($p = 0,06$) i, en menor mesura, ús de ferro endovenós ($p = 0,19$). La ferritina ($p = 0,23$), l'índex de saturació de transferrina ($p = 0,35$) i el ferro sèric ($p = 0,23$) van mostrar resultats variables sense significació estadística. No es van detectar efectes adversos. La mediana de durada del tractament va ser de 12 mesos (interval 8–18 mesos).



P53 Influència de l'ús de probiòtic al tractament de l'infecció per h.pylori

Carlos Hernandez¹; W. Fernandez¹; K. Moran¹; M. Aranda¹; N.Chahri¹

1Hospital Municipal Badalona

L'infecció per *Helicobacter Pylori* és una infecció crònica que afecta al 50% de la població.

Els antibiòtics son el tractament d'elecció però associen efectes secundaris que poden produir una discontinuïtat del tractament i una menor eficàcia en l'erradicació.

Per aquest motiu es realitza un estudi prospectiu doble cec amb 139 pacients, derivats des d'atenció primària amb test H.Pylori positiu, i s'aleatoritzen en dos grups: un rep tractament antibiòtic i un probiòtic (67 pacients) i el segon grup rep tractament antibiòtic i placebo(72 pacients).

Després de realitzar el tractament, està asimptomàtic un 65,2% del grup de probiòtic vs 54,9% del grup placebo. Millora la clínica però sense estar asimptomàtic un 10.6% vs 16,9%. Persisteix amb les mateixes molèsties un 24,2% vs 26,8%. Empitjoren 0% vs 1,4% Atès el resultat del control post tractament dels pacients que tenen un resultat negatiu, el 60,2% estan asimptomàtics, el 18,4% milloren, el 20,4% persisteixen amb les mateixes molèsties i l'1% empitjora. Mentre que si el resultat del control és positiu, el 50% millora i el 50% persisteix amb les mateixes molèsties.

Comparant el grup probiòtic vs el grup placebo s'observa un menor percentatge de pacients sense diarrees 53,5% vs 46,5%, durant el tractament.

Dels pacients amb diarrea, del grup probiòtic un 22,7% tenen <25% dies diarrea vs 15,4% del grup placebo. Igualment, del grup probiòtic un 47,7% tenen <50% de dies amb diarrea vs 36,4%.

Atès l'escala de Bristol els pacients amb diarrea:

Refereixen deposicions Bristol 7 durant 67 dies al grup probiòtic vs 95 dies al grup placebo.

Tanmateix, també presenten menor número de deposicions Bristol 7. S'han referit 217 deposicions Bristol 7 al grup probiòtic vs 344 el placebo.

Conclusions: Associar probiòtic al tractament antibiòtic del H.Pylori augmenta el número de pacients asimptomàtics post tractament.

S'observa un major percentatge de pacients sense diarrees durant el tractament.

Dels que tenen diarrees, s'observa menor percentatge de dies de diarrees,

En el cas de les diarrees severes duren menys dies i amb menor número de deposicions



P56 Avaluació objectiva de l'afectació gastrointestinal en la síndrome antisintetasa

Pablo Pastor¹; Alejandro Félix Téllez¹; Clara Edo-Fernández²; Albert Gil-Vila^{2,3}; Ernesto Trallero-Araguás⁴; Carolina Malagelada^{1,3}; Albert Selva-O'Callaghan^{2,3}; Luis G Alcalá-González^{1,3}

1Digestive System Research Unit, Vall d'Hebron University Hospital, Barcelona, Spain; 2Systemic and Autoimmune Diseases Unit, Internal Medicine. Vall d'Hebron University Hospital.; 3Department of Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain.; 4Rheumatology department. Vall Hebron University Hospital, Barcelona, Spain.

Antecedents: La síndrome anti-sintetasa (ASyS) és un trastorn autoimmunitari infreqüent caracteritzat per la presència d'anticossos anti-aminoacil-ARNt sintetasa (anti-ARS), associat amb miositis, malaltia pulmonar intersticial o artritis. Tot i que s'ha descrit ocasionalment la seva afectació gastrointestinal (GI), les seves manifestacions motores continuen poc caracteritzades. L'objectiu d'aquest estudi va ser descriure la disfunció motora GI en pacients amb ASyS mitjançant tècniques avançades de motilitat i correlacionar les troballes objectives amb les característiques de la malaltia i els símptomes digestius.

Mètodes: Es van analitzar quatre pacients consecutius amb ASyS derivats al nostre centre per avaluació de la motilitat GI entre 2018 i 2024. Tots van ser avaluats mitjançant manometria esofàgica d'alta resolució, gammagrafia de buidament gàstric i manometria jejunal d'alta resolució durant 5 hores (3 hores de dejú i 2 hores durant infusió de nutrients a nivell jejunal). Les dades clíniques i immunològiques es van obtenir d'una base de dades prospectiva.

Resultats: Es van analitzar quatre pacients (75% dones; edat mitjana 53 anys, rang 41-64) amb una durada mitjana de la malaltia va ser de 9 anys (rang 4-30). Tots presentaven anticossos anti-ARS (3 anti-Jo1 i 1 anti-EJ). Tres mostraven afectació muscular amb elevació de CK (2637 U/L, rang 1019-5073), a més d'electromiografia i biòpsies musculars patològiques.

Tots els pacients van presentar alteracions en una o més proves de motilitat GI. La manometria esofàgica va mostrar aperistalsi del cos esofàgic en tres pacients i esfínter esofàgic inferior hipotens en tres pacients. El buidament gàstric va estar retardat en 2 pacients. La manometria jejunal va mostrar disfunció motora en dejú en tots els pacients: absència de contraccions peristàltiques (n=2), activitat neuropàtica desorganitzada (n=1) i absència de complexos de fase III (n=3). Tres pacients van presentar resposta motora anormal als nutrients: hipomotilitat (n=1) i patró neuropàtic (n=1). L'afectació GI i muscular van coexistir en tres pacients, tot i que la possible correlació requereix de major estudi.

Conclusió: La ASyS s'associa amb una disfunció motora gastrointestinal que pot afectar tot el tracte digestiu. Aquestes troballes donen suport a l'existència d'una dismotilitat GI subjacent en aquests pacients i a la necessitat d'una avaluació motora específica.



P55 Eficàcia i seguretat dels anàlegs de GLP-1 en pacients amb malaltia inflamatòria intestinal i obesitat.

Gisela Piñero¹; Karla Mariaca²; Margalida Calafat^{1,3}; Clara Joaquim²; Jordina Llaó¹; Míriam Mañosa^{1,3}; Eugeni Domènech^{1,3}

1Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.;
2Servei d'Endocrinologia, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.;
3CIBEREHD

Introducció: Fins un 40% dels pacients amb malaltia inflamatòria intestinal (MII) presenten obesitat. Les recomanacions actuals consideren els fàrmacs anti-obesitat (FAO) (exceptuant l'orlistat) una alternativa terapèutica en aquests pacients. La seva recent aprovació i la limitació del finançament dels FAO a la diabetis fan que l'evidència d'eficàcia i seguretat en MII sigui escassa.

Objectius: Avaluar l'eficàcia, la seguretat i l'impacte sobre l'evolució de la MII dels FAO.

Mètodes: Estudi retrospectiu i descriptiu de pacients amb MII tractats amb FAO per indicació d'obesitat en el servei d'Endocrinologia del nostre centre. L'eficàcia es mesurà en base a la pèrdua ponderal. L'impacte sobre la MII s'avaluà a partir de la variació dels índexs clínics d'activitat, paràmetres d'activitat biològica i necessitat d'escalament terapèutic. Es varen registrar tots els efectes adversos i el motiu de retirada de FAO.

Resultats: S'inclogueren 13 pacients (7 dones), 8 amb malaltia de Crohn i 5 amb colitis ulcerosa. Cinc pacients presentaven obesitat grau I, 6 grau II i 2 grau III. Cinc pacients amb diabetis. El 85% presentaven comorbiditats cardiovasculars o metabòliques. Dos pacients havien estat sotmesos a cirurgia bariàtrica i 4 a reseccions intestinals per la MII. Tots els pacients van rebre anàlegs GLP-1 (12 semaglutida, 1 dulaglutida) durant una mitja de 16 mesos (IIQ 4-26). La pèrdua ponderal mitja fou de 5Kg (3 pacients sense pèrdua ponderal, 4 <5%, 3 5-10% i 3 >10%). Cinc pacients presentaren efectes adversos (3 distensió abdominal, 1 nàusees, 1 restrenyiment), que motivaren retirada en un. Tots els pacients iniciaren els FAOs estant en remissió clínica i cap dels presentà activitat durant el seguiment. Cap pacient requerí escalament terapèutic de la MII. Basalment, 7/11 (64%) pacients presentaven PCR inferior a 5 mg/l i en la darrera visita 8/9 (89%). El 91% (10/11) presentaven calprotectina fecal basal <250ug/g i a la darrera visita el 100% (7/7).

Conclusions: en pacients amb MII i obesitat, la semaglutida sembla ser eficaç en almenys la meitat dels casos, manté un bon perfil de seguretat, no empitjora la activitat de la MII i inclús podria millorar-la.



P56 Avaluació de l'impacte de les variants de tpmt i nudt15 en la toxicitat de les tiopurines com a tractament en malaltia inflamatòria intestinal

Amparo Moscardó Ribes¹; Iván Martín Da Silva²; Pau Riera Armengol²; Sara Bernal³; Laura Tapias Solís¹; Ainhoa Gracia Carlos¹; Antonio Giordano¹; Carlos González Muñoz¹; Federico Bertoletti¹; Esther Garcia-Planella¹; Jordi Gordillo Ábalos¹

1Servei de Gastroenterologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2Servei de Farmàcia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 3Servei de Genètica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Introducció: Les tiopurines representen un tractament fonamental en la malaltia inflamatòria intestinal (MII). El seu ús roman elevat donat el bon perfil costo-efectiu, la sinèrgia amb els anti-TNF i el coneixement del seu perfil de seguretat. Tanmateix, no és infreqüent l'aparició d'efectes adversos (EA). La tiopurina metiltransferasa (TPMT) i la nucleósido difosfato hidrolasa 15 (NUDT15) són dos enzims clau en el seu metabolisme.

Objectius: Avaluar la relació entre la mutació dels genotips de TPMT i NUDT15 i l'aparició de toxicitat per tiopurines.

Mètodes: Estudi observacional retrospectiu d'un hospital terciari en pacients amb MII. Es va determinar el genotip de les variants de TPMT i NUDT15 entre els anys 2022 i 2025. Es va avaluar l'aparició d'EA del tractament amb tiopurines en relació a la presència o no de les variants estudiades.

Resultats: De 203 pacients amb genotip disponible, 80 van rebre tiopurines (52% dones, 22% fumadors, 47% amb Colitis Ulcerosa, 53% amb Malaltia de Crohn). Deu pacients presentaven variants dels enzims TPMT/NUDT15, rebent una dosi mitja 1,2 mg/kg/d (DE 0,6mg/kg/d) de tiopurines. La resta de pacients (70) van rebre una dosi mitja de 1,8mg/kg/d (DE 0,6 mg/kg/d). Cinc pacients (50%) amb les variants enzimàtiques van presentar EA (sent els més freqüents mielotoxicitat 40% i dolor osteoarticular 40%) enfront 32/70 pacients (45%) sense aquestes variants (EA més freqüents intolerància gastrointestinal 31%, mielotoxicitat 28% i hepatotoxicitat 25%), sense observar-se diferències significatives en els dos grups de pacients ($p=0,53$).

Conclusions: Malgrat ajustar la dosi de les tiopurines segons el genotip de les variants TPMT/NUDT 15, la presència d'efectes secundaris en ambdós grups de pacients és similar, tot i que els EA dosis-depenent són més infreqüents després d'ajustar la dosi segons el genotip TPMT/NUDT15.



P57 Administració Proactiva d'Infliximab Guiada per un Model Farmacocinètic en l'Enterocolitis Immunomediada Refractària als Corticoides

Daniel Felipe Herrera Chavez¹; Luis Fernando Mayorga Ayala¹; Claudia Herrera-deGuise¹; Elena Céspedes¹; Xavier Serra Ruiz¹; Ernesto Lastiri¹; María Larrosa García¹; Sonia García García¹; Maria Teresa Sanz Martínez¹; Virginia Robles Alonso¹; Natalia Borrueal Sainz¹

1Hospital Universitari Vall d'Hebron

Antecedents: Els corticoides sistèmics són el tractament de primera línia per a l'enterocolitis immunomediada (ECI) moderada o greu. L'infliximab (IFX) es recomana en els casos refractaris als corticoides; tanmateix, fins a un 37% dels pacients no hi responen. Els règims amb dosis repetides d'IFX poden millorar els resultats i reduir les recurrències, però les estratègies de maneig òptimes encara no estan definides. En aquest estudi descrivim una sèrie de pacients tractats amb IFX guiat per un model farmacocinètic (pk).

Mètodes: Sèrie de casos retrospectiva i descriptiva a la unitat de malaltia inflamatòria intestinal d'un hospital de tercer nivell (gener 2021 - octubre 2025). L'estudi va incloure pacients adults hospitalitzats amb ECI moderada a greu corticorefractària que van rebre IFX guiat per un model pk. Es van recollir i analitzar dades demogràfiques i clíniques.

Resultats: El model pk es va aplicar en sis pacients per oferir orientació addicional en les decisions terapèutiques. L'edat mediana va ser de 59,5 anys i tres pacients eren dones. El temps mediana entre la primera dosi d'immunoteràpia i el desenvolupament de l'ECI va ser de 29,4 setmanes. L'endoscòpia va revelar malaltia extensa en el 66,7% dels pacients, i el 33,3% presentava afectació gastrointestinal superior. A l'inici, el 50% tenia inflamació severa. L'administració mediana d'IFX va ser de 2,5 dosis, assolint concentracions medianes a les setmanes 1 i 2 després de la primera dosi de 33,7 µg/mL i 45,2 µg/mL respectivament, amb un interval mediana entre la primera i la segona dosi de 10 dies. Es va aconseguir remissió clínica mantinguda lliure de corticoides en 4 dels 6 pacients (66,7%), amb un seguiment mediana de 41,2 (IQR 11,1–52,1) setmanes; dos pacients van morir a causa d'una complicació infecciosa.

Conclusions: La dosificació d'IFX guiada per un model pk va mostrar beneficis en pacients amb ECI. L'ús de models farmacocinètics pot afavorir estratègies de dosificació més personalitzades, cosa que podria millorar els resultats del tractament en subgrups de pacients amb malaltia greu. Calen estudis prospectius per definir millor les estratègies terapèutiques òptimes per a l'ECI.



P58 Teràpia de rescat amb infliximab guiada per un model farmacocinètic en pacients hospitalitzats amb colitis ulcerosa moderada-greu

Elena Céspedes-Martínez 1; Sonia García-García 2; Virginia Robles 1; Xavier Serra 1; Maria Larrosa-Garcia 2; Claudia Herrera 1; Luis Mayorga-Ayala 1; Ernesto Lastiri 1; Elena Oller 1; Natalia Borrueal 1

1 Unitat d'Atenció Crohn-Colitis (UACC) Gastroenterology Department. Hospital General Vall d'Hebron., 2 Servicio de Farmacia, Hospital Vall d'Hebron, 3 Elena Oller

Introducció:

L'optimització de l'exposició a infliximab durant la fase d'inducció és clau en la colitis ulcerosa (CU), especialment en pacients hospitalitzats, en què l'aclariment accelerat del fàrmac pot comprometre la resposta terapèutica. L'objectiu d'aquest estudi va ser avaluar l'impacte d'una estratègia d'optimització de l'infliximab guiada per la monitorització farmacocinètica terapèutica mitjançant un model farmacocinètic en pacients hospitalitzats amb CU moderada-greu.

Métodos:

Estudi de cohort unicèntric que va incloure pacients hospitalitzats amb CU moderada-greu que van iniciar infliximab entre 2017 i 2025. La inducció es va personalitzar de manera prospectiva mitjançant una estratègia de dosificació guiada per un model farmacocinètic. Les dades es van analitzar de forma retrospectiva. La resposta clínica a la setmana 6 es va definir com una reducció ≥ 2 punts i $\geq 25\%$ respecte al valor basal en el *partial Mayo score* (pMayo). La resposta bioquímica es va definir com una reducció $>50\%$ de la proteïna C reactiva (PCR) respecte al valor basal. Així mateix, es van avaluar la durabilitat del tractament i els paràmetres farmacocinètics.

Resultats:

Es van incloure 23 pacients. Les característiques demogràfiques es mostren a la Taula 1. Divuit pacients (78%) van assolir resposta clínica a la setmana 6 ($p < 0,001$) i 10 pacients (43%) van assolir resposta bioquímica ($p = 0,001$). Vuit pacients van suspendre l'infliximab: dos per immunogenicitat i un per pèrdua de seguiment. La durabilitat del tractament a l'any va ser del 75%. L'estatus HLA-DQA1*05 i l'ús concomitant d'immunomoduladors o corticoides no van influir en els resultats. Un aclariment més elevat de l'infliximab a la setmana 6 es va associar amb la discontinuació del tractament, sense assolir significació estadística (IC del 95%: 0,245–0,413; $p = 0,19$).

Conclusions:

La teràpia de rescat amb infliximab guiada per un model farmacocinètic constitueix una estratègia factible i eficaç per a la personalització del tractament en pacients hospitalitzats amb colitis ulcerosa, i s'associa a taxes elevades de resposta i a una durabilitat adequada del tractament a llarg termini.



P59 Falsos positius de la Calprotectina fecal en pacients en remissió profunda

Lorena Rodriguez-Alonso¹; Cinta Espuny¹; Sandra Maisterra¹; Francisco Rodriguez-Moranta¹; Silvia Anton¹; Anna Espuny¹; Sofia Castro¹; Silvia Castellet¹; Alexandra Ruiz-Cerulla¹; Jordi Guardiola¹

IServei d'Aparell Digestiu, IDIBELL, Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció: La calprotectina fecal (CF) és un biomarcador essencial per monitorar activitat en colitis ulcerosa (CU). Tanmateix, la interpretació de valors intermedis pot ser controvertida, especialment en pacients en remissió endoscòpica i en tractament amb inhibidors de la bomba de protons (IBP). L'impacte dels IBP sobre la CF i la correlació amb activitat histològica en pràctica real no estan ben definits.

Objectiu: Avaluar la capacitat de la CF per identificar inflamació subclínica en CU i determinar el paper del tractament amb IBP en elevacions aparentment falses.

Mètodes:

Estudi observacional, retrospectiu, unicèntric; incloent pacients amb CU amb determinació de CF dins els 90 dies previs a la colonoscòpia. Es van recollir variables clíniques (extensió, duració, malaltia perianal), fàrmacs (AAS, AINE, IBP), endoscòpiques (mayo 0-1, pseudopòlips, colon tubular, cicatrius), i histològiques. Es definí fals positiu com CF > 250 µg/g amb Mayo 0-1 i histologia no activa (absència de neutròfils).

Resultats: Es van incloure 116 pacients en remissió clínica amb una colonoscòpia Mayo 0-1 i una CF vàlida. La mediana de CF fou 91 µg/g [IQR 56-245]. Un 25% presentava una CF > 250 i un 37% una CF > 150. Un 15,5% mostrà activitat histològica aguda. Els falsos positius "purs" (CF > 250 amb Mayo 0-1 i histologia no activa) representaren 24 pacients (21%). No s'identificaren variables associades a fals positiu. En el subgrup amb CF > 150 i Mayo 0-1, el 45% dels casos falsament elevats estaven en tractament amb IBP (p=0,03). L'ús d'IBP s'associà principalment a valors intermedis (150-250 µg/g), sense explicar elevacions marcades (>250 µg/g).

Conclusions: En pacients amb CU en remissió profunda, la CF > 250 µg/g fou infreqüent i impredecible. Els IBP poden tenir un paper en les elevacions moderades (150-250 µg/g), potenciant la necessitat de repetir el biomarcador abans d'introduir canvis terapèutics.



P60 Cal dilatar les estenosis de l'anastomosi ileo-còlica en pacients amb malaltia de crohn asimptomàtics?

Gisela Piñero¹; Míriam Mañosa^{1,2}; Margalida Calafat^{1,2}; Antía Vidal¹; Jordina Llaó¹; Laura Gonzalez¹; Maria Puig¹; Eugeni Domènech^{1,2}

1Servei Aparell Digestiu, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.; 2CIBEREHD

Introducció: L'estenosi de l'anastomosi ileo-còlica en pacients amb malaltia de Crohn (MC) sotmesos a resecció ileo-còlica (RIC) és freqüent i comporta la impossibilitat d'avaluar adequadament la recurrència post-quirúrgica (RPQ) i la possibilitat de presentar símptomes oclusius. Tot i això, no està establert si cal procedir a dilatació endoscòpica davant aquesta troballa en pacients asimptomàtics.

Mètodes: S'identificaren, de la base Eneida local, els pacients amb MC i RIC amb estenosi infranquejable per endoscòpia de l'anastomosi ileo-còlica en algun moment i s'enregistraren les dades clíniques i tractaments mèdics, si es procedí a dilatació endoscòpica (DE) i l'evolució posterior en relació símptomes, hospitalització i cirurgia.

Resultats: S'inclogueren 44 pacients (39% dones; 55% L1, 45% L3; 16% L4; 9% B1, 36% B2, 55% B3; 34% perianal), 41% fumadors actius, 27% amb cirurgies prèvies. La indicació de la colonoscòpia fou el seguiment de RPQ en 61% i la valoració de símptomes (dolor abdominal, diarrea o pèrdua de pes) en 29%, tot i que el 38% presentaven símptomes en el moment de l'endoscòpia. La mediana de temps entre cirurgia i diagnòstic endoscòpic de l'estenosi fou de 140 (IIQ 73-184) mesos. En 18 pacients (41%) es procedí a DE en algun moment (9 ja en l'endoscòpia diagnòstica d'estenosi). En el 83% d'aquests pacients es va poder explorar l'íleon neoterminal i establir l'índex de Rutgeerts. No s'enregistrà cap cas de perforació intestinal ni hemorràgia que requerís intervencionisme. Al final del seguiment, 14 pacients (32%) desenvoluparen símptomes oclusius, 12 (27%) requeriren hospitalització per simptomatologia oclusiva i 20 (45%) requeriren una nova cirurgia (mediana 21 mesos des del diagnòstic d'estenosi [IIQ 4-41]). En l'anàlisi univariada, en el total de la cohort nos'observaren diferències en l'aparició de nova simptomatologia, hospitalització per oclusió i nova cirurgia segons s'hagués fet o no DE. Els pacients que es dilataren estant asimptomàtics, presentaren una tendència no significativa cap a una menor taxa de símptomes obstructius en el seguiment i noves cirurgies.

Conclusions: En pacients amb MC i RIC, la dilatació de l'estenosi de l'anastomosi és segura, permet la correcta avaluació de la RPQ ileal però no sembla aportar altres beneficis.



P61 Valor predictiu del Clinical Decision Support Tool (CDST) per a la resposta a vedolizumab en malaltia de Crohn: experiència d'una cohort unicèntrica

Mar Salas Llopart¹; Eduard Brunet-Mas^{1,2}; Belén Garcia-Sagué¹; Luigi Melcarnel¹; Luis Enrique Frisancho¹; Laura Patricia Llovet¹; Anna Puy¹; Sergio Lario^{1,2}; Maria José Ramirez Lázaro^{1,2}; Jorge del Estal⁴; Judith Cortada¹; Albert Villoria^{1,2,3}; Xavier Calvet^{1,2,3}

1Servei d'Aparell Digestiu. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació Par; 2CIBERehd, Instituto de Salud Carlos III.; 3Departament de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona.; 4Servei de Farmàcia Digestiu. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació P

Introducció: El vedolizumab és un anticòs monoclonal anti-integrina $\alpha 4\beta 7$ amb acció intestinal selectiva indicat en la malaltia de Crohn (MC). Recentment s'ha desenvolupat i validat el Clinical Decision Support Tool (CDST)¹, que combina variables clíniques i bioquímiques per estimar la probabilitat de resposta al vedolizumab en la CU. L'objectiu d'aquest estudi és avaluar el valor predictiu del CDST en els pacients amb MC tractats amb vedolizumab al nostre hospital.

Mètodes: Estudi observacional retrospectiu i unicèntric. Es van incloure pacients adults (>18 anys) amb MC que van iniciar tractament amb vedolizumab entre 2019 i 2023, amb un seguiment mínim de sis mesos. Es van recollir variables demogràfiques, activitat clínica (índex de Harvey-Bradshaw, HBI), albúmina, proteïna C reactiva (PCR) basals, exposició prèvia a anti-TNF i cirurgia intestinal. El CDST es va calcular segons els criteris validats, classificant els pacients en probabilitat baixa, intermèdia o alta de resposta. Es van avaluar la resposta clínica, la remissió clínica i la remissió lliure de corticoides als sis mesos i al final del seguiment. Les variables quantitatives es van expressar com mitjana $\pm$ desviació estàndard (DE) i les qualitatives com a freqüències i percentatges. L'associació entre el CDST i les variables de resposta es va analitzar mitjançant el test χ^2 .

Resultats: Es van incloure 14 pacients (57% dones; $61,6 \pm 13,4$ anys); el 86% havia rebut anti-TNF i el 29% cirurgia intestinal. L'HBI basal mitjà va ser de $6,7 \pm 2,3$. Segons el CDST, 1 pacient (8%) presentava baixa probabilitat de resposta, 4 (29%) intermèdia i 9 (64%) alta. Als sis mesos, la resposta clínica va ser del 71,4%, la remissió clínica del 64,3% i la remissió lliure de corticoides del 57,1%, mantenint-se estables al final del seguiment ($42,7 \pm 28,9$ mesos). Es va observar una tendència no significativa a millors resultats en el grup d'alta probabilitat de resposta segons el CDST inicial ($\chi^2 = 1,48$; $p = 0,48$).

Conclusions: El CDST mostra una tendència sense significació estadística a predir millor la resposta clínica a vedolizumab en pacients amb MC. Són necessaris estudis més amplis per validar-ne la precisió i consolidar-ne la integració a la pràctica clínica.



P62 Ús concomitant de teràpia biològica i Immune checkpoint inhibitors en pacients amb malaltia inflamatòria intestinal: una sèrie de casos

Virginia Robles Alonso¹; Ernesto Lastiri¹; Xavier Serra¹; Elena Céspedes¹; Luís Mayorga¹; Claudia Herrera de Guise¹; Elena Oller¹; Zahira Pérez¹; Natalia Borruel¹

¹Unitat d'Atenció Crohn i Colitis, Servei de l'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Vall d'Hebron,

Introducció: Els *Immune checkpoint inhibitors* (ICI) han revolucionat el tractament oncològic, però els efectes adversos gastrointestinals relacionats amb la immunitat (GI-irAEs) són freqüents, especialment en pacients amb malaltia inflamatòria intestinal (MII). L'evidència sobre com gestionar la MII durant la teràpia amb ICI és limitada i sovint s'interromp l'immunosupressió en el diagnòstic de càncer.

Objectiu: Descriure la seguretat i l'eficàcia clínica del co-tractament amb agents biològics i ICI en pacients amb MII i càncer.

Mètodes: Sèrie de cinc casos tractats en un únic centre. Es van recollir dades de tipus de càncer, activitat de la MII, règims de biològic/ICI, esdeveniments adversos i resultats oncològics. Els biològics utilitzats van ser vedolizumab (VDZ) o ustekinumab (UST), iniciats o mantinguts de forma concomitant amb ICI.

Resultats: La sèrie inclou pacients amb carcinoma hepatocel·lular, carcinoma renal de cèl·lules clares, melanoma i càncer de mama. En tots els casos es va administrar VDZ o UST juntament amb ICI. En un seguiment de fins a 3 anys, els pacients van mantenir la remissió de la MII amb biomarcadors i/o endoscòpia normals; no es van registrar GI-irAEs potencialment mortals. Les respostes oncològiques es van mantenir (remissió completa o parcial, o malaltia estable). Un pacient va poder reprendre l'ICI després de toxicitat sota cobertura amb VDZ. Un altre pacient va requerir intensificació d'UST amb bona resposta clínica i recuperació de nivells vall.

Conclusions: En pacients seleccionats amb MII, iniciar o mantenir un biològic amb perfil de seguretat favorable de manera concomitant a la teràpia amb ICI pot ajudar a prevenir recaigudes de MII i GI-irAEs sense comprometre l'eficàcia antitumoral. Aquesta estratègia, encara no recollida a les guies, mereix avaluació prospectiva.



P63 Relació entre la funció tiroïdal i el desenvolupament d'esdeveniments hepàtics i cardiovasculars en pacients amb MASLD

Diego Rojo^{1,2}; Laura Pagès^{1,2}; Alba Jimenez-Mas^{1,2,3,4}; Eduard Mas²; Nerea Gómez²; Zoraida Ruiz²; Andrew Makary²; Nil Ricart²; Clara Sabiote²; Juan M. Pericàs^{1,2,3,4}

1 Servei d'Hepatology, Àrea de Malalties Digestives, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; 2 Institut de Recerca Vall d'Hebron (VHIR), Campus Hospitalari Vall d'Hebron, Barcelona; 3 Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona; 4 Centros Investigación Biomédica en Red, Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madrid, España

Objectiu: Avaluar la relació entre la funció tiroïdal i el risc de desenvolupar events hepàtics i cardiovasculars majors en pacients amb malaltia hepàtica associada a disfunció metabòlica (MASLD).

Mètodes: Estudi retrospectiu unicèntric que va incloure pacients amb seguiment ≥ 1 any i determinacions repetides de funció tiroïdal (TSH, T3, T4). Es recopilaren variables demogràfiques, analítiques, rigidesa hepàtica mitjançant elastografia transitoria (LSM) i comorbiditats metabòliques i CV.

Els events hepàtics es definiren com carcinoma hepatocel·lular, trasplantament, mort d'origen hepàtic i/o descompensació. Els events cardiovasculars (CV) van incloure: mort d'origen cardíac, cardiopatia isquèmica o accident cerebrovascular.

Resultats: Dels 2310 pacients inicialment avaluats, 904 complien els criteris d'inclusió i foren analitzats, amb un seguiment mitjà de 4,5 anys. L'edat mitjana fou de 57 anys, el 55,3% dones i l'IMC mitjà $32,9 \pm 6,2$ kg/m². El 16,5% presentaven disfunció tiroïdal, principalment hipotiroïdisme. El 26,8% referien consum actiu d'alcohol < 3 UBES/dia, el 17,9% eren fumadors i el 28,8% exfumadors.

A la Taula 1 es detallen les característiques basals i l'anàlisi bivariada dels pacients, estratificats segons l'aparició d'esdeveniments hepàtics o CV.

A l'anàlisi multivariant ajustada per MELD, plaquetes, LSM i edat, valors més alts de TSH s'associaren amb un risc més alt d'events hepàtics (OR 1,18; IC 95%: 1,02–1,35; $p=0,021$), mentre que T3 s'associà amb un risc menor (OR 0,13; IC 95%: 0,04–0,40; $p<0,001$) i T4 mostrà una tendència similar (OR 0,09; IC 95% 0,007–1,17; $p=0,067$).

En models ajustats per edat, sexe, malaltia CV prèvia i tabaquisme, la TSH es va associar amb més risc d'events cardiovasculars (OR 1,19; IC 95%: 1,02–1,39; $p=0,029$), mentre que la T3 amb menor risc (OR 0,32; IC 95%: 0,13–0,79; $p=0,014$).

Conclusions: En pacients amb MASLD, un perfil de menor activitat tiroïdal caracteritzat per TSH elevada i T3 reduïda s'associa amb un risc augmentat d'events hepàtics i CV, mentre que T4 es va relacionar només amb events hepàtics. Aquests resultats suggereixen un paper potencial de la funció tiroïdal com a marcador pronòstic rellevant al MASLD.



P64 Avaluació de l'Enhanced Liver Fibrosis® test com a eina per a la identificació de pacients amb MASLD candidats a tractament farmacològic

Laura Pagès^{1,2}; Alba Jiménez-Masip^{1,2,3,4}; Pablo Gabriel-Medina²; Eduard Mas²; Nerea Gómez²; Zoraida Ruiz²; Diego Rojo^{1,2}; Roser Ferrer^{2,3}; Juan M. Pericàs^{1,2,3,4}

1Servei d'Hepatologia, Àrea de Malalties Digestives, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; 2Institut de Recerca Vall d'Hebron (VHIR), Campus Hospitalari Vall d'Hebron, Barcelona; 3Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona; 4Centros de Investigación Biomédica en Red, Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madrid

Introducció: la correcta identificació dels pacients amb malaltia hepàtica associada a disfunció metabòlica (MASLD) candidats a tractament farmacològic (Resmetirom/Semaglutida) continua sent un repte clínic. L'Enhanced Liver Fibrosis® (ELF) test s'ha proposat com a potencial eina en aquest context.

Objectiu: avaluar la capacitat diagnòstica de l'ELF, tant de forma aïllada com combinada amb l'elastografia de transició (ET) per identificar pacients amb fibrosi grau 2–3 (F2–F3) i explorar l'efecte del perfil metabòlic en el seu rendiment.

Mètodes: estudi transversal que inclogué pacients amb MASLD que disposaven de dades d'ELF, biòpsia hepàtica i ET realitzats en un període ≤ 6 mesos. Es van considerar candidats a tractament els pacients amb fibrosi F2–F3 per biòpsia. Els punts de tall utilitzats van ser: ET 10–19,9 kPa, ELF 9,8–11,3 (aïllat) i ELF 9,2–9,7 (en combinació amb l'ET). Es va calcular sensibilitat, especificitat, valors predictius i precisió diagnòstica per la cohort completa i els subgrups diabetis mellitus tipus 2 (DM2) i obesitat ($\text{IMC} \geq 30$).

Resultats: es van incloure 112 pacients; 49 (43,7%) amb fibrosi grau 2–3, 36 (16,1%) grau 0–1 i 27 (12,1%) grau 4 per biòpsia. El test més sensible va ser l'ET tant en la cohort global (53%; IC 95% 39,4–66,3%; $p=0,01$) com en ambdós subgrups, sense diferències entre aquests últims (58,6%; IC 95% 40,7–74,5%; $p=0,06$). La combinació ET-ELF va presentar l'especificitat més elevada en tots els escenaris: cohort completa (88,9%; IC 95% 78,8–94,5%; $p \leq 0,001$), $\text{IMC} \geq 30$ (91,8%; IC 95% 80,8–96,8; $p \leq 0,001$) i DM2 (81,1% IC 95% 65,8–90,5%; $p=0,03$). En $\text{IMC} \geq 30$, la combinació ET-ELF va assolir la major precisió diagnòstica (67,9%; IC 95% 56,9–77,3%; $p=0,22$), mentre que en DM2 no s'observaren diferències en la precisió dels diferents tests.

Conclusions: l'ELF és comparable a l'ET per identificar pacients amb MASLD candidats a tractament farmacològic, independentment del seu perfil metabòlic. Ara bé, la combinació dels dos mètodes millora la precisió diagnòstica, augmenta l'especificitat i redueix el número de falsos positius, especialment en pacients amb obesitat.



P65 Trastorn mental greu (TMG): població diana per al cribratge de malaltia hepàtica?

Nuria Cañete Hidalgo^{4,6}; Cristóbal Díez-Aja^{1,6}; Teresa Salvador^{1,6}; Herminia Manteca^{3,6}; Ignacio Castro^{2,6}; Sergio Murcia^{2,6}; Elena Colominas^{5,6}; Esther Garrido^{4,6}; Diego Lázaro^{4,6}; Xavi Bessa^{4,6}; Montserrat García-Retortillo^{4,6}

1CSM Sant Martí Nord; 2CSM Sant Martí Sud; 3CSM La Mina; 4Secció Hepatologia. Servei de Digestiu; 5Servei de Farmàcia; 6Hospital del Mar

Introducció: Les persones amb trastorn mental greu (TMG) tenen un risc elevat de malaltia hepàtica per factors com estils de vida poc saludables, alta prevalença de comorbiditats metabòliques i limitacions en l'accés a la prevenció derivades de l'estigma i la fragmentació assistencial. En el marc del projecte MENTAL-C es va realitzar un cribratge d'hepatitis víriques i d'altres factors associats amb hepatopatia en aquesta població.

Objectius:

- Identificar pacients amb sospita de malaltia hepàtica.
- Analitzar els factors de risc associats.

Material i mètodes: Estudi d'intervenció no aleatoritzat i unicèntric. Es van incloure pacients del Centre de Salut Mental (CSM) amb diagnòstic de TMG segons DSM-V i almenys una visita anual. La selecció va ser realitzada per l'equip mèdic o d'infermeria del CSM.

El cribratge es va efectuar de manera oportunista mitjançant anàlisis de control habituals. Es van recollir dades demogràfiques, comorbiditats, consum de tòxics i tipus de TMG. L'equip d'Hepatologia de l'hospital de referència va oferir suport remot. Es va definir sospita de malaltia hepàtica davant FIB-4 $\geq 1,45$ i/o elevació de transaminases, proposant elastografia hepàtica en aquests casos.

Resultats: Entre maig de 2022 i setembre de 2024 es va proposar participar a 240 pacients, dels quals 226 (94,2%) van acceptar. La majoria eren homes (58,6%) i l'edat mediana va ser de 52 anys (rang 18–85). La prevalença de factors de risc metabòlic va ser: hipertensió arterial 20,8%, diabetis mellitus 14,6%, dislipèmia 25,7% i obesitat (IMC >30) 42,9%; el 23,5% presentava ≥ 2 factors metabòlics.

En 71 pacients (34,6%) es va identificar sospita de malaltia hepàtica. D'aquests, 5 presentaven hepatitis C activa, 1 cirrosi per VHC tractat, 1 colangitis biliar primària i 1 cirrosi alcohòlica. El sexe masculí i l'IMC >30 es van associar de manera significativa amb la sospita d'hepatopatia. Només 9 pacients (14%) van completar l'elastografia hepàtica, sense valors >8 kPa.

Conclusions: Els pacients amb TMG presenten una elevada prevalença de factors de risc metabòlic i de sospita de malaltia hepàtica. Aquests resultats recolzen la conveniència d'incorporar el cribratge hepàtic sistemàtic als Centres de Salut Mental com a part d'una atenció integral a aquesta població vulnerable.



P66 Detecció de malaltia hepàtica crònica en pacients amb trastorn per consum d'alcohol a la unitat hospitalària de desintoxicació

Berta López-Sáez¹; Carla de Sárraga²; Alicia Capilla³; Erika Martínez³; Martina Pérez⁵; Teresa Monllor²; Esther Westermeyer²; Sheila Alforcea²; Alejandra Sánchez²; Andrea Peña²; Judith Cortada²; Mar Salas²; José Ferrusquía-Acosta^{2,4}; Meritxell Casas²; Mireia Miquel^{2,4}; Mercedes Vergara^{2,4}; Isabel Parra³; Cristina Solé^{2,4}; Jordi Sánchez-Delgado^{2,4}

1Unitat d'Hepatologia, Servei Aparell Digestiu, Hospital Universitari Mútua de Terrassa; 2Unitat d'Hepatologia, Servei Digestiu, Hospital Universitari Parc Taulí Sabadell, I3PT. UAB.; 3Servei Psiquiatria, Hospital Universitari Parc Taulí. Centre Atenció i Seguiment Drogodependència; 4CIBERehd, Instituto de Salud Carlos III; 5Unitat de Suport a la Recerca, Hospital Universitari Parc Taulí, I3PT.

Introducció: La malaltia hepàtica per alcohol sovint es diagnostica en fase avançada suposant pitjor pronòstic. Es recomana realitzar cribratge de la malaltia hepàtica avançada en grups de risc, però el mètode d'elecció i la prevalença d'aquesta no estan ben definits.

Objectiu: Determinar la prevalença de rigidesa hepàtica augmentada (RHA) en pacients ingressats a la Unitat Hospitalària de Desintoxicació (UHD). Validar els marcadors indirectes de fibrosi (FIB-4, LRS, FORNS, APRI) en comparació amb l'elastografia de transició(ET) i avaluar l'abstinència dels pacients als 3 i 6 mesos de l'ingrés.

Material i mètodes: Estudi prospectiu unicèntric, incloent pacients hospitalitzats a la UHD per desintoxicació d'alcohol entre març 2024 i octubre 2025. Es van obtenir dades clíniques, analítiques, ecografia abdominal i ET. Els pacients amb RHA(FibroScan®≥8Kpa) o marcadors indirectes de fibrosi alterats, van ser derivats a Hepatologia. Es va avaluar l'abstinència i l'evolució analítica als 3 i 6 mesos. Als pacients amb ET≥8Kpa es va repetir ET als 3 mesos.

Resultats: Es van incloure 105 pacients de 47±10 anys, 71% homes, amb consum mitjà de 171±112 grams d'alcohol/dia durant 21±13 anys, i un 71% amb consum d'altres tòxics. La prevalença de RHA va ser del 11%(n=12), amb una mitjana de 14±6 kPa. Aquests pacients presentaven valors de VCM, GOT, GPT, GGT i bilirubina significativament més elevats, en comparació als pacients sense RHA(p<0.05). Les AUROC per predir RHA van ser: LRS 0,87 (IC95% 0,77-0,96), APRI 0,84 (IC95% 0,74-0,94), FIB-4 0,82 (IC95% 0,70-0,94), Forns 0,78 (IC95% 0,63-0,93). Als 3 i 6 mesos, el 54%(n=53) i el 53%(n=42) estaven abstinents i el 20%(n=20) i 15%(n=12) havien reduït el consum d'alcohol, respectivament. Als 3 mesos, la majoria de pacients amb RHA van mostrar millora dels marcadors de fibrosi(p<0.05). No es van identificar predictors d'abstinència.

Conclusions: La prevalença de RHA en pacients ingressats a UHD és de 11%, malgrat ser una cohort jove. El LRS, l'APRI i el FIB-4 mostren un alt rendiment diagnòstic i haurien d'incorporar-se sistemàticament a la pràctica clínica. De forma interessant, després de l'ingrés i el cribratge, la majoria millora els marcadors de fibrosi, recolzant les intervencions precoces.



P67 Validació prospectiva del meld score $\geq$ 19 i la presència d'ascites com a criteris d'alt risc en pacients cirròtics child b amb hemorràgia digestiva per varius esofàgiques

T. Balari¹; M. Garcia-Guix^{1,2}; A. Amador^{1,2}; S. Ortega¹; A. Cachero¹; R. Rota¹; T. Broquetas¹; J. Castellote^{1,2}

1Secció Hepatologia, Servei Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL.; 2Universitat de Barcelona

Introducció: El pronòstic dels pacients amb hemorràgia varicosa (HDA-VE) ha millorat amb la implementació de noves teràpies, incloent-hi el TIPS preventiu (pTIPS) en pacients d'alt risc. No obstant, les indicacions als pacients CHILD-B no estan completament definides. A un estudi previ amb una cohort antiga (2013-2017) en pacients CHILD-B, el MELD $\geq$ 19 i la presència d'ascites seleccionaven adequadament un grup amb un risc més elevat de mortalitat.

Objectiu: Validar prospectivament la presència d'ascites i el valor del MELD com a criteris d'alt risc de mortalitat en pacients CHILD-B amb HDA-VE en una cohort actual, en l'era del p-TIPS i de l'erradicació del VHC.

Mètodes: Inclusió consecutiva de tots els pacients amb cirrosi CHILD-B que ingressaven per HDA-VE entre el 2018-2024, excloent-se els sotmesos a pTIPS. Anàlisi de mortalitat a les 6 setmanes i supervivència lliure de trasplantament (TH) segons el mètode de Kaplan-Meier considerant mort i TH esdeveniments competitiu.

Resultats: Van incloure's 88 pacients. L'alcohol va ser l'etiologia principal (54%) seguit de la malaltia metabòlica/mixta (15%). 14 (16%) pacients tenien un MELD $\geq$ 19 i 63 (71%) presentaven ascites. Van morir 10 pacients (11%) a les 6-setmanes. La mortalitat a 6-setmanes dels pacients amb MELD $\geq$ 19 va ser superior respecte a aquells amb un MELD $<$ 19, amb o sense ascites (28,6%vs8,1%, p=0,027). En funció del MELD i l'ascites es distingeixen 3 grups amb risc creixent de mortalitat: MELD $<$ 19 sense ascites, MELD $<$ 19 amb ascites i MELD $\geq$ 19 (mortalitat=4,8%, 9,4% i 28,6% p=0.074). El grup MELD $\geq$ 19, presenta menor supervivència a 1 y 5 anys en comparació als altres dos grups amb MELD $<$ 19 (57%, 22% vs.70% i 60% respectivament, p=0.025). Al grup amb MELD $<$ 19, l'ascites discrimina aquells amb major risc de mortalitat lliure TH (supervivència a 1 i 5anys=85% i 75% al grup sense ascites vs60% i 46% al grup amb ascites, p=0.05).

Conclusions: Validem de forma prospectiva els criteris prèviament definits. El MELD $\geq$ 19 i l'ascites discriminen adequadament el risc de mortalitat en pacients CHILD-B amb HDA-VE. Aquests criteris podrien ser útils per seleccionar pacients d'alt risc tributaris d'un p-TIPS i evitar-lo en aquells amb mínim risc de mortalitat.



P68 Seguretat i resposta patològica de la sirt en pacients amb chc de gran mida en estadi inicial. Experiència en un centre de tercer nivell

Anna Pèlach¹; Maria Bermúdez¹; Rosa Morillas¹; Helena Masnou¹; Alba Ardèvol¹; Sergio Lafuente¹; Jordi Deportós¹; Jaume Sampere¹; Gerardo Tovar¹; Francesc Espin¹; Fernando Pardo¹; Maria Torner¹

1Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Introducció: La SIRT (en anglès: selective internal radiation therapy) és un tractament locoregional indicat en estadis inicial o intermedi de carcinoma hepatocel·lular (CHC), especialment en tumors uninodulars no tributaris a altres tractaments o per a augmentar la ressecabilitat del mateix.

Objectius: L'objectiu principal és avaluar la seguretat i la taxa de resposta completa patològica en pacients amb CHC uninodular de gran mida tractats amb SIRT amb posterior cirurgia ressecciva.

Mètodes: Estudi observacional retrospectiu amb recollida de dades prospectiva, unicèntric incloent 54 pacients amb CHC tractats amb SIRT a un centre de tercer nivell entre 11/2018 i 9/2025. Es recolliren característiques basals dels pacients, estadiatge i càrrega tumoral així com seguiment posterior. S'analitzaren en detall les dades anatomopatològiques dels pacients operats post SIRT.

Resultats: S'inclogueren 54 pacients, 41 homes (75.9%) amb una mitjana d'edat de 69 anys. Vint-i-vuit pacients tenien diabetis mellitus (51.9%), 12 arteriopatía perifèrica (22.2%) i 19 estaven sota tractament anti-trombòtic (35.2%). Una mica més de la meitat dels pacients tenien cirrosi (31 pacients, 57.4%) i segons classificació Child Pugh, A: 22 pacients (40.4%), B: 9 (5 pacients B7, 3 pacient B8 i 1 pacient B 9). D'aquests pacients amb cirrosi, 26 (48.1%) presentaven hipertensió portal i 12 (22.2%) clínicament significativa. Segons l'estadiatge tumoral, 32 pacients (59.2%) foren estadis inicials (6 BCLC-0 i 26 BCLC-A), 17 (31.5%) BCLC-B i 5 pacients (9.3%) BCLC-C (tots per afectació vascular VP1). 41 pacient (75.9%) presentaven malaltia uninodular amb una mediana de mida tumoral de 52.5 mm (10-150 mm). Segons la indicació de la SIRT, 18 pacient (33.3%) varen ser tractats amb intenció d'afavorir la ressecabilitat i, d'aquests, 7 pacients (13%) varen ser operats. Cap d'ells va assolir necrosis completa histològica (la màxima necrosi observada va ser del 80% en un pacient amb CHC de 85 mm). Només 9 pacients (16.6%) varen presentar efectes adversos, tots lleus.

Conclusions: La SIRT constitueix una tècnica segura en pacients amb CHC, a destacar en aquells casos de gran mida amb cirurgia adjuvant. No hem identificat cap cas de resposta patològica completa segons peça quirúrgica en probable relació amb la mida tumoral.



P69 Avaluació de l'estat nutricional i el seu valor pronòstic en una cohort de pacients amb cirrosi hospitalitzats

Noelia Keiran³; Lidón Muñoz³; Guillem Socias²; Alba Ardèvol³; Albert Bayo²; Maria Torner³; Maria Bermúdez³; RM Morillas^{1,3}; Helena Masnou^{1,3}

*1*Centro de investigación Biomédica en Red. Enfermedades Hepáticas y Digestivas. CIBERehd.; *2*Servei Endocrinologia i Nutrició. Hospital Germans Trias i Pujol; *3*Unitat Hepatologia. Servei Aparell Digestiu. Hospital Germans Trias i Pujol.

Introducció: La malnutrició i la sarcopenia són complicacions freqüents en la cirrosi i n'empitjoren el pronòstic. S'han associat amb progressió de la malaltia hepàtica i amb augment del risc de presentar complicacions i mortalitat.

Objectius: Avaluar la presència de malnutrició i/o sarcopenia en una cohort de pacients cirròtics ingressats per descompensació clínica amb cribratge positiu segons Royal Free Hospital Nutrition Prioritizing tool (RFH-NPT), eina de cribratge nutricional específic del pacient cirròtic. Així mateix, avaluar l'associació de malnutrició i sarcopenia amb reingrés precoç (<30 dies) i mortalitat en aquesta població.

Disseny: Estudi descriptiu prospectiu d'una cohort de pacients cirròtics ingressats per descompensació, de març/2024 a abril/2025 amb RFH-NPT >1.

Els pacients es valoraren per Dietètica i Nutrició i s'avaluà l'estat nutricional mitjançant els criteris GLIM per malnutrició i massa i força muscular per sarcopenia. Es recolliren dades clíniques i analítiques així com reingrés precoç i mortalitat a 6 mesos de l'alta.

Resultats: Durant l'estudi, dels 97 pacients ingressats, s'incloeren 73 pacients (75.2%), (58/15 Home/Dona), edat mitjana de 61+/-12 anys, l'etiologia més freqüent de la cirrosi fou alcohol (52,1%), síndrome metabòlica+alcohol (17,8%), síndrome metabòlica i virus hepatitis B (5.5% respectivament). El principal motiu d'ingrés fou descompensació ascítica (21.9%) seguit d'infecció (20,5%). El 75,3% eren Child Pugh B o C amb una mitjana de MELD 16 +/-6.5 i MELD-Na 19 +/-6,7. El 60,3% s'havien descompensat prèviament i un 30,1% tenia carcinoma hepatocel·lular, (41% complien criteris de Milà). El 52,1% complien criteris GLIM de malnutrició, això s'associà independentment a major edat (p=0,007;IC 1,02-1,12) i mortalitat als 6 mesos (p=0,035;IC 1,11-15,03). El 60,3% presentaven sarcopenia i aquesta s'associà amb puntuació major de MELD (p=0,03;IC 0,82-0,99) i menor IMC (P=0,018;IC 0,78-0,98).

Així mateix, el 31.5% dels pacients reingressaren precoçment, aquest fet, s'associà al MELD-Na (p=0,021;IC 0,82-0,98), no obstant, no s'objectivà associació amb malnutrició ni sarcopenia.

Conclusions: Més de la meitat de pacients amb puntuació RFH-NPT>1 presentaren malnutrició i/o sarcopenia. Únicament el MELD-Na s'associà al reingrés precoç.

La malnutrició s'associà significativament a mortalitat als 6 mesos però no a reingrés precoç. La sarcopenia tot i objectivar-se una tendència a augmentar la mortalitat, aquesta no fou significativa.



P70 Incidència de trombosi portal en pacients amb hemorràgia per varices esofàgiques

Tomás Balari¹; Marta Garcia-Guix^{1,2}; Alberto Amador^{1,2}; Alba Cachero¹; Rosa Rota¹; José Castellote^{1,2}; Teresa Broquetas¹

1Secció Hepatologia, Servei Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL; 2Universitat de Barcelona.

Introducció: La trombosi portal (TP) presenta una incidència al voltant del 10% als 5 anys en pacients amb cirrosi i s'ha evidenciat que l'hemorràgia per varices (HDAv) s'associa a major risc de desenvolupar-ne. Es desconeix si l'esteatosi hepàtica metabòlica (EHMet) augmenta el risc de TP. L'objectiu principal de l'estudi va ser estudiar la incidència de TP després d'un episodi d'HDAv i el secundari, avaluar si l'EHHMet o els factors metabòlics n'eren factors de risc.

Mètodes: estudi retrospectiu observacional unicèntric, incloent pacients amb cirrosi ingressats per HDAv entre 2013 i 2021. Els criteris d'exclusió foren la TP prèvia o diagnosticada a l'episodi d'HDA, TIPS, el tractament anticoagulant, seguiment <6 mesos o sense prova d'imatge semestral. S'avaluaren variables clíniques, analítiques i endoscòpiques al moment de l'HDAv i les ecografies de seguiment.

Resultats: es varen avaluar 315 pacients amb HDAv, dels quals es van excloure 65(20,6%) per TP a l'ingrés, 28(8,8%) varen rebre un TIPS i 64(20,3%) tenien un seguiment <6 mesos. Finalment es van incloure 139 pacients. La mediana (RIQ) d'edat va ser de 60 anys (50-68), el Child-Pugh era A/B/C en el 28.8%/57.6/13.7%. L'etiologia va ser enòlica en 48.6%, VHC 26.6% i EHHMet 12.3%. La prevalença HTA/DM/DLP i obesitat va ser de 46.8/38.1/21.6/29.5%. En una mediana de seguiment de 47 (17-73) mesos, 36 pacients (25.9%) presentaren TP. La incidència acumulada de TP als 1,3 i 5 anys va ser de 6.47%, 16.5% i 21.6%. Un 22% dels casos es varen presentar en els primers 6 mesos. El 55,6% afectaven a la porta principal. La TP va ocórrer en 29,4% EHHMet VS 25,4% en no EHHMet (p=0.43). Cap dels factors de risc metabòlic, ni la funció hepàtica, ni la presència d'ascitis s'associaren a un major risc de TP.

Conclusions: un 21.6% pacients amb hemorràgia per varices poden presentar una trombosi portal als 5 anys de seguiment. Ni l'EHHMet ni els factors de risc metabòlic semblen augmentar-ne el risc, si bé la baixa prevalença de d'EHHMet en la nostra cohort en limita la capacitat d'anàlisi. Aquests resultats requereixen validació en cohorts amb major representació d'EHHMet.



P71 Utilitat clínica del genotip de la TPMT i dels metabòlits de l'azatioprina en el maneig de l'hepatitis autoimmune

Ignasi Olivas^{1,2}; Judit Julian³; Ana Lizana³; Pinelopi Arvaniti^{1,5}; Helena Hernández-Évole^{1,2}; Sergio Rodríguez-Tajes^{1,2,5}; Jaime Sainz de Medrano³; Mercè Brunet^{2,3,4,5}; María Carlota Londoño^{1,2,4,5}

1 Servei d'Hepatologia, Hospital Clínic Barcelona; 2 Institut d'Investigació Biomèdica August Pi y Sunyer (IDIBAPS), Barcelona; 3 Servei de Bioquímica i Genètica Molecular, Secció de Farmacologia i Toxicologia, Hospital Clínic; 4 Universitat de Barcelona; 5 CIBERehd

Introducció: En pacients amb hepatitis autoimmune (HAI) tractats amb azatioprina (AZA), les guies recomanen determinar el genotip de la tiopurina metiltransferasa (TPMT) i monitoritzar els metabòlits 6-tioguanina (6-TG) i 6-metilmercaptapurina (6-MMP) per optimitzar el tractament; però l'evidència sobre la seva utilitat en la pràctica clínica és limitada.

Objectius:

Avaluar l'impacte de la determinació del genotip de la TPMT i dels nivells de 6-TG i 6-MMP en el maneig de pacients amb HAI.

Mètodes: Estudi retrospectiu de 112 pacients amb HAI tractats amb AZA i prednisona. Es van analitzar els polimorfismes *3B, *3C i *3A del gen TPMT mitjançant qPCR. Les concentracions eritrocitàries de 6-TG i 6-MMP es van mesurar per cromatografia líquida d'ultra-alt rendiment acoblada a espectrometria de masses.

Resultats: La majoria de pacients eren dones (67%), caucàsiques (89%) i amb una mediana d'edat de 55 anys. El temps mitjà entre l'inici d'AZA i la primera determinació va ser de 3,3 anys. Els motius principals de la determinació dels metabòlits van ser resposta insuficient (45%) i ajust de dosi (55%). Dels 96 pacients genotipats, set (7%) eren heterozigots per l'al·lel *3A i la resta "wild type" (WT). La mediana de 6-TG va ser de 386 pmol/8×10⁸ i la de 6-MMP de 1.541 pmol/8×10⁸. No es van observar diferències en 6-TG entre WT i heterozigots, però el 6-MMP va ser significativament menor en els heterozigots (p<0,001).

Es va trobar correlació positiva entre la dosi d'AZA i els nivells de 6-TG tant en WT com en heterozigots, però sense associació amb la resposta bioquímica completa (RBC) ni amb la incidència d'anèmia o leucopènia.

El maneig guiat per metabòlits va comportar modificacions terapèutiques en 38 pacients (29%), incloent reducció o augment de la dosi d'AZA, canvi a micofenolat de mofetil (MMF) i detecció de manca d'adherència.

Conclusions: La combinació del genotip de la TPMT i la monitorització dels metabòlits de l'AZA permet identificar variacions metabòliques i problemes d'adherència, afavorint l'ajust terapèutic. Tot i així, els nivells de 6-TG no es van associar amb la RBC ni amb la toxicitat, la qual cosa limita la seva utilitat a pacients amb resposta insuficient.



P72 Eficàcia i seguretat del seladelpar en una cohort de vida real

Noelia Keiran¹; Antia Vidal¹; Helena Masnou^{1,2}; Alba Ardèvol¹; Maria Torner¹; Maria Bermúdez¹; RM Morillas^{1,2}

¹Unitat Hepatologia. Servei Aparell Digestiu. Hospital Germans Trias i Pujol.;

²Centro de investigación Biomédica en Red. Enfermedades Hepáticas y Digestivas. CIBERehd.

Introducció: SELADELPAR, en combinació amb l'àcid ursodesoxicòlic (AUDC), està indicat per al tractament de la colangitis biliar primària (CBP) en adults que no responen adequadament a l'AUDC o com a monoteràpia en adults que no toleren l'AUDC.

Objectius: Caracteritzar la població de pacients tractats amb Seladelpar a l'HGTiP en pràctica clínica, descrivint eficàcia, tolerabilitat i efectes adversos. Valorar si es confirmen els resultats dels assaigs clínics fase 3 en una cohort de vida real.

Disseny: El tractament de la CBP s'ha realitzat seguint el protocol del centre. S'han inclòs els pacients consecutius tractats amb Seladelpar des de l'aprovació del fàrmac. S'han recollit dades demogràfiques, clíniques, analítiques i efectes adversos de les històries clíniques dels pacients.

Resultats: S'han inclòs 9 pacients amb resposta inadequada a l'AUDC, 7 dones i 2 homes, amb edat mitjana de 69±21,11 anys, 3 d'ells amb cirrosi, 2 amb varices esofàgiques petites, 7 amb tractament previ amb Àcid Obeticòlic+/-fibrats.

Abans d'iniciar el Seladelpar, 4 pacients presentaven pruija, dels quals, 3 requerien prendre Resincolestiramina.

La mitjana de concentració inicial de fosfatasa alcalina (FA) va ser 262,4±239,6U/L(2,2 vegades el valor límit superior de normalitat (LSN) i la de bilirubina total va ser 0,63 ±0,22 mg/dl. A l'inici, els pacients d'estudi presentaven elevacions d'altres paràmetres hepàtics:alanina aminotransferasa (ALT) 44,4±31U/L, aspartat aminotransferasa (AST) 52±37,9U/L i gamma glutamiltransferasa (GGT) 271,2±220,7U/L. Al primer mes de tractament es detectà una reducció mitja del 43% de la FA, del 17% en la GGTP, del 7% de l'ALT i l'AST i del 8% de la bilirubina, i al mes 3 del 58%, 57%, 18%, 8% i 14% respectivament. Recollida de dades encara en marxa.

El fàrmac fou ben tolerat, sense aparició d'efectes adversos i amb millora de la pruija ja des d'el primer mes de tractament.

Conclusions: Aquesta anàlisi preliminar d'una cohort de pràctica clínica mostra que el tractament amb Seladelpar és eficaç i ben tolerat en pacients cirròtics i no cirròtics, tant naïve com prèviament tractats amb Àcid Obeticòlic i/o fibrats. La nostra anàlisi preliminar amb dades de vida real reproduïx les dades prèvies dels estudis fase 3 de Selade



P73 Identificació d'una població de macròfags mecano-sensibles enriquida en fases inicials de la malaltia hepàtica crònica

Javier Vicente-Mora^{1,2}; Laia Aguilar-Corominas^{1,2}; Alicia Martínez-Álvarez^{1,2}; Pau Sancho-Bru¹; Isabel Graupera³; Pere Ginès³; Elisa Pose³; Mar Coll^{1,2} *Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Espanya; 2Universitat de Barcelona, Departament de Medicina, Barcelona, Espanya; 3Liver Unit, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Espanya*

Antecedents: La malaltia hepàtica crònica (CLD, en anglès) es caracteritza per una fibrosi progressiva que augmenta la rigidesa tissular. Les forces físiques influeixen en el dany i la reparació dels teixits, però el seu efecte sobre els macròfags, les cèl·lules immunitàries hepàtiques més abundants, continua sent poc conegut. El Nuclear Factor of Activated T cells (NFAT) emergeix com un factor de transcripció associat al remodelatge tissular en cèl·lules mieloides i un possible integrador de vies mecano-sensibles.

Hipòtesi: L'augment de la rigidesa hepàtica activa un subgrup de macròfags (macròfags amb fenotip mecànic, MechMACs) mitjançant vies de senyalització mecano-sensibles, promovent l'activació de NFAT1 i l'adquisició d'un fenotip pro-resolutiu que contribueix a la reparació del teixit.

Mètodes: Es van analitzar dades transcriptòmiques de mostres hepàtiques humanes en diferents estadis de CLD (scRNA-seq de teixit hepàtic total [sans=3; inicial=3; avançat=6] i RNA-seq de macròfags aïllats [sans=5; avançat=4]). La detecció de MechMACs es va realitzar mitjançant immunofluorescència en seccions hepàtiques d'individus sans i pacients cirròtics. Els assajos funcionals es van dur a terme amb macròfags derivats de cèl·lules mare pluripotents induïdes (iMACs) cultivats sobre gels de poliacrilamida de diferent rigidesa, i l'expressió gènica es va avaluar per qPCR.

Resultats: L'anàlisi transcriptòmica va identificar una població diferenciada de macròfags hepàtics residents NFAT1⁺/TRPV4⁺ (MechMACs), present en les fases inicials de la CLD i caracteritzada per l'activació de vies mecano-sensibles i de remodelació tissular. Els MechMACs es van detectar en reseccions hepàtiques de pacients amb cirrosi, però no en fetges sans. Els iMACs expressaren marcadors de macròfags residents (FOLR2, TIMD4) i NFAT1, recolzant-ne l'ús com a model in vitro. En substrats més rígids, els iMACs mostraren sobreexpressió de gens mecano-sensibles (TRPV4, RAC1) i pro-resolutius (MMP9, NRP1, VEGFA).

Conclusions: S'ha identificat, per primera vegada, una població de macròfags que expressa el factor de transcripció mecano-sensible NFAT, enriquida en les etapes inicials de la CLD. In vitro, aquests macròfags sobreexpressen gens de mecano-sensació i pro-resolutius en resposta a un augment de la rigidesa, suggerint que les forces físiques del microambient modulen directament el seu fenotip. Estudis funcionals addicionals són necessaris per esclarir la funcionalitat dels MechMACs.



P74 Del dany inicial a la cirrosi: l'evolució de l'angiogènesi en la malaltia hepàtica crònica

Laia Aguilar Corominas^{1,2}; Alicia Martínez Álvarez²; Javier Vicente Mora^{1,2}; Jordi Gratacós Ginès³; Pere Ginès³; Elisa Pose³; Mar Coll^{1,2}

1Universitat de Barcelona; 2Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer; 3Liver Unit, Hospital Clínic de Barcelona

L'angiogènesi és un procés implicat en la remodelació i reparació tissular. En la malaltia hepàtica crònica (MHC), el dany persistent altera el micro-ambient hepàtic, provocant canvis en l'arquitectura vascular i les cèl·lules endotelials. L'objectiu és caracteritzar com canvia l'angiogènesi al llarg de la progressió de la MHC.

Es va realitzar seqüenciació de cèl·lula única (scRNAseq) en biòpsies hepàtiques de controls sans (n=3) i de pacients amb malaltia hepàtica associada a l'alcohol (ALD) en diferents estadis (inicial n=3, hepatitis alcohòlica [AH] n=8). Vam generar signatures geniques de poblacions de cèl·lules endotelials identificades. Es va realitzar immunofluorescència dels principals marcadors endotelials en biòpsies hepàtiques de controls sans (n=6), pacients amb ALD sense fibrosi (n=4) i pacients amb ALD en diferents estadis de fibrosi (fibrosi lleu n=6, avançada n=8). Es van validar els processos d'angiogènesi mitjançant l'expressió mitjana geomètrica amb dades de transcriptòmica de teixit hepàtic total de pacients amb MHC (controls sans n=6; MHC inicial n=5; MHC avançada n=20).

La scRNAseq va revelar un augment de cèl·lules endotelials sinusoidals hepàtiques (LSECs) durant les primeres etapes de la MHC. Els pacients amb AH van mostrar una proliferació de cèl·lules endotelials associades a la fibra (CD34⁺). Aquests resultats es van validar mitjançant dades transcriptòmiques. L'anàlisi proteòmica va mostrar un augment inicial del marcador LSEC LYVE1, juntament amb un increment dels vasos CD34 en fases avançades de la malaltia, amb una correlació negativa entre ambdues poblacions endotelials. En pacients amb cirrosi, els vasos CD34 es localitzaven principalment dins del nínxol fibròtic, però també es detectaven a la perifèria dels nòduls de regeneració. Vam identificar processos de capil·larització en biòpsies de pacients (vasos doblement positius CD34⁺/LYVE1⁺). En alguns nòduls es va observar pèrdua completa de l'expressió de LYVE1 i vascularització exclusiva CD34⁺.

L'angiogènesi experimenta una remodelació dinàmica al llarg de la progressió de la MHC. Les etapes inicials es caracteritzen per l'expansió de les LSECs, mentre que en les fases avançades s'observa una transició cap a vasos capil·laritzats CD34⁺. Hi ha pèrdua del fenotip sinusoïdal i l'aparició d'una xarxa vascular patològica relacionada amb la fibrosi.



P75 Efecte de la nicotina sobre el perfil inflamatori de les cèl·lules mare mesenquimals i el teixit adipós mesentèric en la malaltia de crohn i la colitis ulcerosa

Iris Ginés¹; Diandra Monfort-Ferré¹; Albert Boronat-Toscano¹; Noelia Ramirez²; Margarita Menacho¹; Laura Clua- Ferré^{1,4}; Claudia Cepero¹; Gemma Valldossera¹; Aleidis Caro¹; Maria José Mañas³; Roger Suau⁴; Josep Manyé^{4,5}; Carolina Serena¹

1Hospital Universitari Joan XXIII. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili. Tarragona; 2Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili. Reus; 3Hospital San Pau i Santa Tecla. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili. Tarragona; 4Institut de Recerca Germans Trias i Pujol (IGTP), Badalona; 5Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid

Introducció: El tabaquisme exerceix efectes oposats en les malalties inflamatòries intestinals (MII): agreuja la malaltia de Crohn (MC) però pot tenir un efecte protector en la colitis ulcerosa (CU). Tot i això, es desconeix quin component del tabac és responsable d'aquests efectes diferencials. Les cèl·lules mare mesenquimals derivades del teixit adipós (AdMSCs) del mesenteri contribueixen a la regulació immune i al manteniment de l'homeòstasi intestinal. El nostre grup ha descrit alteracions funcionals d'aquestes cèl·lules en la MC, fet que podria afavorir la inflamació local. En aquest context, hem explorat si la nicotina, principal alcaloide del tabac, pot ser un dels factors responsables d'aquestes disfuncions cel·lulars i si els seus efectes difereixen entre MC i CU.

Materials: AdMSCs de pacients amb MC no fumadors es van exposar a nicotina (0, 0.1, 0.5 i 1 μ M). Es van quantificar citocines pro- i antiinflamatòries (IL1B, IL6, CCL2, IL10) mitjançant PCR i ELISA, i s'hi van analitzar el balanç apoptòtic (rati BAX/BCL2). Paral·lelament, explants mesentèrics de pacients amb MC i CU no fumadors es van incubar amb nicotina (0, 0.1 i 1 μ M) per avaluar l'expressió de marcadors inflamatoris (CCL2, IL6, IL1B), d'estrès oxidatiu (HSPA5), antiinflamatoris (IL13) i immunològics (NOD2).

Resultats: En AdMSCs de MC, la nicotina a 0.1 μ M —concentració similar a la detectada en plasma en fumadors habituals— va induir un augment significatiu de CCL2, IL6 i IL1B, sense canvis en el ratio BAX2/BCL. Dosis superiors no van modificar la resposta, suggerint un efecte màxim a dosis baixes. En explants ex vivo, la nicotina va generar un patró diferencial entre MC i CU: en MC, va augmentar marcadors proinflamatoris i d'estrès oxidatiu, mentre que en CU es va observar una tendència cap a un perfil antiinflamatori (IL13).

Conclusions: La nicotina exerceix efectes perjudicials sobre les AdMSCs i el teixit adipós mesentèric en la MC, promovent un fenotip proinflamatori. En canvi, en la CU podria afavorir una resposta més reguladora. Aquestes diferències poden contribuir a explicar la influència oposada del tabaquisme en ambdues patologies.



P76 Evaluación de la semaglutida y de intervenciones en el estilo de vida en un modelo dietético de rata con enfermedad hepática metabólica y asociada al alcohol (MetALD) con fibrosis avanzada

María Martínez-Gómez^{1,2,4}; Imma Raurell^{1,2,3}; M Serra Cusidó^{1,2}; Sophia C. Parks²; Joan Genescà^{1,2,3,4}; Maria Martell²; Meritxell Ventura-Cots^{1,2,3,4}; Juan M. Pericàs^{1,2,3,4}

*1*Universitat Autònoma de Barcelona (UAB); *2*Laboratori Malalties Hepàtiques, Vall d'Hebron Institut Recerca (VHIR); *3*Servei d'Hepatologia, Àrea de Malalties Digestives, Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH); *4*Centro de investigación Biomédica en Red, Área de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBER ehd)

Introducción: La enfermedad hepática metabólica y asociada al alcohol (MetALD) se ha propuesto recientemente como una entidad distinta, sin embargo, su historia natural y opciones terapéuticas permanecen poco caracterizadas. Los agonistas del receptor GLP-1, aprobados para diabetes tipo 2 y obesidad - factores de riesgo de MetALD -, se han estudiado en lesiones hepáticas de origen metabólico (MASLD) y alcohólicas (ArLD). El objetivo del estudio fue desarrollar un modelo dietético traslacional en ratas que reproduzca MetALD con fibrosis avanzada e hipertensión portal (HP), permitiendo evaluar intervenciones terapéuticas y comparar sus características con las de MASLD.

Métodos: Se estableció un modelo experimental de 20 semanas, iniciándose las intervenciones en la semana 16. Se evaluaron parámetros hemodinámicos, histológicos, biomarcadores séricos, expresión génica y proteica, y perfil inmunológico mediante ensayo multiplex.

Resultados: En comparación con el grupo control, los modelos MASLD y MetALD mostraron aumento del peso corporal, dislipidemia, elevación de AST y ALT, insulino-resistencia intrahepática, esteatosis, fibrosis, mayor presión portal, reacción ductular (RD), infiltración de macrófagos y citocinas proinflamatorias. La fibrosis avanzada y RD fue más frecuente en MetALD que en MASLD (75% vs. 58,3%).

El tratamiento con semaglutida produjo pérdida de peso significativa (2-25%) en todos los grupos, independientemente de la dieta o del cese del alcohol. La sensibilidad a la insulina se normalizó tras la intervención dietética. La esteatosis disminuyó de grado S3 a S1 en el 50% de los animales al retirar la dieta. Todas las intervenciones redujeron la fibrosis, siendo mayor la mejoría al combinar dieta, abstinencia alcohólica y semaglutida ($p < 0.001$). La presión portal y la resistencia vascular intrahepática se redujeron con la combinación de semaglutida y cesión de la dieta, alcanzando valores similares a los controles. La administración de semaglutida por sí sola no mejoró significativamente la fibrosis ni presión portal.

Conclusión: El modelo de MetALD reproduce lesiones metabólicas y alcohólicas, incluida la fibrosis avanzada y la HP. La combinación de semaglutida con dieta y abstinencia alcohólica mejoró la esteatohepatitis, la fibrosis y la HP. Una RD más marcada, evidenciada mediante CK-7, se identificó como una de las principales diferencias histológicas entre MetALD y MASLD.



P77 Efecte combinat de l'atorvastatina i l'ambrisentan sobre les alteracions hemodinàmiques i la fibrosi hepàtica en un model translacional de rata de MASLD amb fibrosi avançada

M Serra Cusidó^{1,3}; Imma Raurell^{1,2,3,4}; María Martínez-Gómez^{1,3,4}; Sophia C. Parks¹; Juan M. Pericàs^{1,2,3,4}; María Martell¹; Joan Genescà^{1,2,3,4}

1Laboratori Malalties Hepàtiques, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR); 2Servei d'Hepatologia, Àrea de Malalties Digestives, Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH); 3Universitat Autònoma de Barcelona (UAB); 4Centro de Investigación Biomédica en Red, área de enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd)

Introducció: La malaltia hepàtica esteatòsica associada a disfunció metabòlica (MASLD) es caracteritza per l'acumulació de greix al fetge, que pot progressar a inflamació, fibrosi i hipertensió portal (HP). Malgrat la seva creixent rellevància clínica, les opcions terapèutiques són limitades per la manca de models animals translacionals que reproduïxin l'espectre complet de la malaltia. El nostre grup va desenvolupar un model de NASH no fibròtic que, tractat amb atorvastatina (Ato) i ambrisentan (Amb), reduïa l'esteatohepatitis i la HP. En aquest estudi avaluem l'efecte combinat d'Ato i Amb sobre la fibrosi, la funció endotelial i les alteracions hemodinàmiques en un model translacional de MASLD amb fibrosi avançada.

Mètodes: A punt final es van mesurar els paràmetres hemodinàmics. Amb les mostres es van realitzar estudis histològics (H&E i Sirius Red), així com anàlisis gèniques i proteïques relacionades amb la fibrosi, la senyalització d'insulina i la funció endotelial (Fig. 1).

Resultats: Els animals amb MASLD van incrementar l'AST, ALT, HP, resistència a la insulina, esteatohepatitis i fibrosi avançada. Ni Ato ni Amb, sols o combinats, van reduir el pes corporal ni van revertir la insulina-resistència. La combinació AtoAmb va restaurar la funció endotelial (P-eNOS i KLF2). De manera notable, AtoAmb va afavorir la regressió de la fibrosi, corroborat per: 1) menor estadi fibròtic, 2) reducció de col·lagen dipositat (Fig. 1), 3) descens de Colla1 i α SMA equiparable a nivells de control, i 4) menor expressió de TIMP1. Tot i això, la esteatosi severa i la HP van romandre inalterades. L'anàlisi de correlacions va revelar una relació feble entre la pressió portal i la fibrosi, però forta amb la severitat de la esteatosi, suggerint que aquesta és el principal determinant de la compressió sinusoidal i de la HP.

Conclusions: La combinació d'Ato i Amb presenta un efecte sinèrgic revertint la fibrosi hepàtica en un model de rata amb MASLD, però no redueix la HP, probablement per la persistència de la esteatosi severa. Aquests resultats evidencien la dissociació entre fibrosi i pressió portal en la MASLD avançada i la necessitat d'estratègies multidirigides que abordin tant l'acumulació lipídica com la fibrosi per millorar la HP.



P78 Desenvolupament d'un nou model matemàtic per caracteritzar la dinàmica de la interacció entre cèl·lules tumorals i macròfags mitjançant cultius en 3D

Qiaoling Ye^{1,4}; Vytaute Plekaviciute¹; Rodney Macedo Gonzales¹; Laura Martinez Verbo¹; Jana Vazquez Navarro¹; Raquel A. Martinez García de la Torre^{2,3}; Pau Sancho-Bru^{2,3}; Daniel López⁴; Clara Prats⁴; Maria-Rosa Sarrias^{1,3}

1Innate Immunity Group, Germans Trias i Pujol Health Sciences Research Institute (IGTP), Badalona; 2Plasticidad y reparación tisular en enfermedades hepáticas; 3CIBERehd; 4Departament de Física, Institute for Research and Innovation in Health (IRIS), Universitat Politècnica

Els macròfags associats al tumor (TAMs, de l'anglès Tumor Associated Macrophages) són el tipus de cèl·lula immunitària més abundant en el microambient tumoral, constituint entre el 30 i el 50% de les cèl·lules immunitàries infiltrades. La presència de TAMs s'ha correlacionat amb un mal pronòstic en una gran varietat de càncers, inclosos els de fetge i pulmó. Per tant, els TAM són una diana immunoterapèutica molt interessant.

En aquest sentit, diversos fàrmacs es troben actualment en assaigs clínics, com ara aquells dirigits a inhibir l'eix CSFR1-CSF1, CD47-SIRPa i potenciar CD40-CD40L. A més, nosaltres i altres grups hem publicat recentment un nou enfocament per bloquejar l'activitat dels TAMs en el càncer, basat en bloquejar la proteïna CD5L.

Els TAMs humans encara estan poc definits i manquen models precisos per estudiar la seva interacció amb les cèl·lules tumorals. En aquest treball, hem generat co-cultius en 3D de línies tumorals amb macròfags, com a plataforma per poder analitzar noves immunoteràpies dirigides a TAMs. Hem co-cultivat línies cel·lulars de càncer de fetge i de pulmó —concretament HepG2, Huh7, SNU398 i A549, H23 i EBC1—, macròfags (cèl·lules THP1) i fibroblasts (cèl·lules MRC-5), amb l'objectiu de caracteritzar la interacció de les cèl·lules tumorals amb els TAMs i com evolucionen amb el temps.

A més, hem ajustat un model matemàtic a la dinàmica del creixement tumoral sense i amb la presència de macròfags, amb la finalitat de caracteritzar i comprendre millor els patrons observats. Aquest model constitueix una eina valuosa per als investigadors que estudien teràpies dirigides als macròfags en el càncer.



P79 Perfil de miRNAs com a eina predictiva de la fibrosi durant la malaltia hepàtica crònica

Alejandro del Castillo-Cruz^{1,2,3}; Victoria Cairolí⁴; Julia Cacho-Pujol^{1,2,3}; Lucia Calderón- Robles¹; Núria Benítez-Paredes¹; María Victoria Preciado⁴; Pamela Valva⁴; Anna Moles^{1,2,5}

*1*Instituto de Investigaciones Biomédicas de Barcelona (IIBB-CSIC), Barcelona, España; *2*IDIBAPS, Barcelona, España; *3*Universidad de Barcelona, Barcelona, España; *4*IMIPP (CONICET- GCBA), Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina; *5*CiberEHD, Madrid, España

Antecedents i objectius: Les malalties hepàtiques cròniques (CLD) són una causa creixent de morbiditat i mortalitat global, caracteritzades per inflamació persistent, activació de cèl·lules estrellades i acumulació de matriu extracel·lular. Davant l'absència de teràpies antifibròtiques específiques i biomarcadors validats, els microRNAs (miRNAs) destaquen com a reguladors epigenètics claus en la fibrogènesi i la regeneració hepàtica. Aquest projecte té com a objectiu caracteritzar el seu perfil d'expressió en models murins i mostres humanes de CLD per avaluar-ne el potencial diagnòstic, funcional i terapèutic.

Mètodes: Es van determinar els nivells de miR-92a-3p, miR-122-5p, miR-194-5p, miR-320a-3p i miR-423-3p mitjançant RTqPCR en fetges de ratolins C57BL/6J sotmesos a diferents models progressius de fibrosi amb CCl₄ (4 i 8 setmanes, i reversió), BDL (7 i 14 dies), Western diet + CCl₄ (6 mesos) i CDAHFD (8 setmanes). El grau de fibrosi es va confirmar mitjançant tinció Sirius Red, RTqPCR per a Col1A1 i nivells d'hidroxiprolina en teixit hepàtic. Es van validar aquest resultat en pacients amb hepatitis C crònica (CHC) segregats segons el nivell de fibrosi (METAVIR) F<2(n=16) vs F≥2(n=13). Resultats: Els models murins van mostrar una progressió de la fibrosi associada a marcadors clàssics (SR, Col1A1 i HP), diferenciant entre estadis de fibrosi primerencs i avançats. L'anàlisi de miRNAs va evidenciar una expressió diferencial segons el grau de fibrosi: els miR-92a-3p, miR-122-5p, miR-194-5p, miR-320a-3p i miR-423-3p van disminuir en etapes primerenques en els models CCl₄, WD+CCl₄ i CDAHFD, mentre que en el model de BDL només ho van fer els miR-122-5p, miR-194-5p i miR-423-3p. A més, tots els miRNAs van mostrar una correlació positiva amb la progressió de la fibrosi en el model CCl₄, però únicament els miR-122-5p i miR-194-5p ho van fer en el de BDL. Aquestes troballes es van validar en pacients amb CHC, exhibint una modulació similar dels miRNA segons el nivell de fibrosi.

Conclusió: L'expressió hepàtica dels miR-122-5p i miR-194-5p està associada a la progressió de la fibrosi hepàtica en diferents models murins i mostres de pacients, mostrant el seu potencial com a nous biomarcadors o dianes terapèutiques en la progressió de la fibrosi hepàtica.



P80 Impacte positiu d'una intervenció educativa infermera en l'adherència dels pacients amb Malaltia de Wilson

Anna Miralpeix Vissil,2,3; Montserrat Rodríguez4; Núria Fabrellas2,3,5; Mercè Torra2,6; Anna Pocurull1,2; Cristina Collazos1; Èlia Canga1,2,3; Xavier Forns1,2,5,7; Zoe Mariño1,2,5,7,8

1Servei d'Hepatologia, Hospital Clínic, Barcelona; 2Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona; 3Facultat d'Infermeria, Escola de Doctorat, Universitat de Barcelona; 4Servei de Farmàcia, Hospital Clínic, Barcelona; 5CIBERehd; 6Servei de Bioquímica i Genètica Molecular, Hospital Clínic, Barcelona; 7Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona; 8ERN-RARE Liver, Hospital Clínic, Barcelona

Introducció:

La Malaltia de Wilson (MW) és una malaltia genètica rara del metabolisme del coure amb gran heterogeneïtat clínica. Requereix tractament indefinit amb fàrmacs de posologia complexa, preses espaciades de les ingestes i efectes adversos freqüents. Estudis previs evidencien que la baixa adherència s'associa a pitjor control metabòlic del coure i evolució clínica. Per aquests motius, s'ha dissenyat un programa educatiu infermer individualitzat per abordar-la.

Objectiu: Descriure l'impacte del programa educatiu als 6 mesos.

Mètodes: Estudi prospectiu en pacients amb MW (Hospital Clínic Barcelona). S'han realitzat dues visites infermeres: basal per avaluar l'adherència al tractament i fer una intervenció educativa individualitzada segons les barreres identificades, i de seguiment als 6 mesos. L'adherència s'ha avaluat mitjançant: cursos clínics mèdics, registres de farmàcia (baixa si recollida < 80%) i qüestionari auto-reportat ARMS-e (baixa si puntuació ≥ 16). S'han comparat les dades als dos punts (McNemar) i els pacients adherents vs no adherents al seguiment (X², U-MannWhitney).

Resultats: Inclusió de 54 pacients amb MW: 54% dones, edat mediana 39 (RIQ:29-47) anys, 20 (RIQ:14.5-28) anys de mediana des del diagnòstic i 72% fenotip hepàtic. El 50% rebia tractament amb quelants i el 50% amb sals de zinc, amb una durada mediana de 12 (RIQ:2-20) anys; cap pacient va requerir canvi de fàrmac entre visites.

La baixa adherència es va reduir d'un 39% basal al 24% al seguiment ($p=0.039$) segons ARMS-e, amb els oblots i la necessitat de prendre diverses dosis diàries com a problemes més habituals. Els pacients no adherents al seguiment eren més joves que els adherents (29 vs 39,5 anys, $p=0.032$), persistint una tendència no estadísticament significativa a mantenir nivells superiors d'ALT i coure intercanviable, sense diferències segons sexe, fenotip, tipus de tractament ni nivell educatiu. Els canvis en l'avaluació clínica i de farmàcia no van ser significatius.



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



Conclusions: La intervenció educativa infermera demostra un impacte positiu en la millora de l'adherència al tractament dels pacients amb MW, malgrat disposar d'una mostra petita (habitual en malalties rares) i d'una única avaluació als 6 mesos. Cal incidir especialment en els pacients joves, menys adherents. Està previst realitzar una nova visita per avaluar-ne l'impacte a llarg termini.



P81 Consulta d'infermeria en cures de gastrostomia endoscòpica percutània: reducció de la atenció urgent al nostre centre

Núria Padilla Vidal¹; Marta Navarrete Piñero¹; René Louvriex Freire¹; David Busquets Casals¹; Carla Coll Solà¹

1Hospital Trueta de Girona

Títol

Consulta d'infermeria en cures de gastrostomia endoscòpica percutània: reducció de l'atenció urgent al nostre centre

Introducció: La gastrostomia endoscòpica percutània (PEG) és el procediment mitjançant el qual es col·loca una sonda intragàstrica a través de la paret abdominal per via endoscòpica, aquesta permet l'administració de líquids, aliments o medicaments directament a l'estómac. No obstant, les complicacions associades poden originar consultes urgents i hospitalitzacions, afectant la qualitat de vida dels pacients i generant un impacte rellevant al sistema sanitari.

Objectius: Avaluar l'eficàcia en la reducció de l'atenció urgent per complicacions derivades del maneig de la PEG, d'una consulta monogràfica d'infermeria dedicada al seguiment i cura.

Material i mètodes: Estudi observacional retrospectiu (2019-2025) que va incloure tots els pacients a qui se'ls va inserir una PEG. Es van recollir variables demogràfiques, clíniques i evolutives. Els resultats es van comparar amb el període previ (2019-2022) a la implementació de la consulta actual (2023-2025).

Resultats: S'hi van incloure 181 pacients (28% dones); el 66% eren dependents. La indicació principal va ser neurològica (41%), seguida de patologia ORL (24%) i oncològica (16%). La mitjana d'utilització de la gastrostomia va ser de 227 dies per pacient, sent la causa de retirada més freqüent l'èxitus (58,56%), seguida de la reintroducció de l'alimentació oral (24,86%).

La implementació de la consulta d'infermeria es va associar a una reducció de les visites a urgències, respecte a la cohort prèvia (42% vs. 21%), i a un increment en el temps d'ús de la PEG, de més de 70 dies.

Conclusions: La consulta monogràfica d'infermeria per a pacients portadors de PEG, és una intervenció eficaç per disminuir ingressos urgents generats per complicacions en el maneig de la sonda, i alhora prolongar la seva funcionalitat.

La seva implementació hauria de considerar-se un model de referència per optimitzar la cura d'aquests pacients.



P82 Protocol simplificat de teràpia amb biofeedback en sedestació amb vàter portàtil per a dissinèrgia defecatòria

Sonia Peiró¹; Noelia Keiran¹; Lidón Muñoz¹; Anna Calm¹; Ingrid Marín¹

1Unidad de Neurogastroenterología y motilidad digestiva, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol,

Objectiu:

La teràpia amb biofeedback és el tractament d'elecció de la dissinèrgia defecatòria (DD). No existeix un protocol estandarditzat en quant a nombre, freqüència i modalitat de les sessions, i la seva aplicació suposa una elevada càrrega assistencial. L'objectiu d'aquest estudi és descriure i avaluar la factibilitat i els efectes clínics d'un protocol reduït de biofeedback, realitzat en sedestació, per al tractament de la DD.

Mètodes: El protocol consistia en dues sessions de biofeedback d'una hora de duració separades dos mesos, amb avaluació i correcció de la maniobra defecatoria primer en decúbit lateral i posteriorment en sedestació (Figura 1). Cada sessió incloïa: educació postural i higienodietètica, entrenament guiat amb biofeedback i pautes d'autoexercici domiciliari. S'inclogueren pacients entre 18-79 anys tractats mitjançant aquest protocol durant 2025 dels quals disposéssim de la informació de la manometria anorectal, així com la pressió abdominal i relaxació esfinteriana durant les sessions de biofeedback. S'excloueren aquells que en la primera sessió ja presentaven una relaxació completa del complex esfinterià. Es va considerar resposta satisfactòria l'obtenció de relaxació esfinteriana $\geq 20\%$ o relaxació completa amb expulsió de la sonda al final de la segona sessió. Els pacients sense resposta adequada foren candidats a una tercera sessió.

Resultats: S'analitzaren 11 pacients, el 54,5% dones amb mitjana d'edat de 61 (RIQ 49-75). Segons el tipus de DD, 4 eren tipus I, 1 tipus II, 4 tipus III i 2 tipus IV. Nou pacients (81,8%) van presentar millora de la relaxació esfinteriana després de dues sessions, amb adequada premsa abdominal en tots els casos. La Taula 1 mostra l'evolució de la relaxació esfinteriana entre les diferents sessions. Dos pacients (P3 i P11) precisaren una sessió addicional per relaxació insuficient.

Conclusió: Un protocol reduït de teràpia amb biofeedback aconsegueix una resposta satisfactòria en aproximadament el 80% dels pacients, permetent reservar sessions addicionals per a casos no responedors i reduint així la càrrega assistencial. L'ús d'un vàter portàtil i la realització de la tècnica en sedestació és factible i podria afavorir la integració i retenció de les maniobres defecatòries. Es requereixen estudis controlats i amb major grandària mostral per a confirmar aquestes troballes.



P83 Elaboració d'un pla de cures d'infermeria en pacients sotmesos a ampul·lectomia endoscòpica en un hospital de nivell III

Diana maria villamil lópez¹; adriana denisa popescu¹

Iconsorci corporació sanitària parc taulí

Introducció: L'ampul·lectomia endoscòpica és una tècnica invasiva que consisteix en la resecció de la papil·la de Vater per al diagnòstic i tractament de lesions petites localitzades en aquesta zona o quan el pacient té un alt risc per a una major cirurgia. Les cures d'infermeria en pacients sotmesos a aquesta intervenció són fonamentals per garantir la seguretat i el benestar durant tot el procés assistencial, en la prevenció de complicacions i la recuperació satisfactòria del pacient.

Objectius:

General: Elaborar un pla de cures d'infermeria a pacients sotmesos a ampul·lectomia endoscòpica.

Específic: Oferir una atenció integral i seguretat clínica al pacient sotmès a ampulectomia endoscòpica des de la preparació, durant la intervenció i en el postoperatori immediat.

Pla de cures: Valoració inicial i preparació:

- Mantenir comunicació i empatia amb el pacient.
- Valoració preoperatoria del pacient per mitjà de l'entrevista d'infermeria i història clínica.
- Registre de constants vitals i avaluació de riscos o complicacions. (comorbiditats, sagnats o perforacions).
- Valoració per equip multidisciplinari.
- Instauració d'accés venós i profilaxi.

Cures durant el procediment:

- La col·laboració activa de l'equip d'infermeria inclou la preparació i maneig de l'instrumental, administració de medicació profilàctica i el procés anestèsic, monitorització de constants vitals i resposta del pacient.
- Mantenir la via aèria i l'estabilitat hemodinàmica, registrant tots els passos i esdeveniments durant la intervenció (Vigilància i maneig del sagnat).
- Oferir comoditat i seguretat del pacient.

Cures postoperatories immediates:

- Vigilància en la unitat de recuperació, control del dolor amb Escala Visual Analògica (EVA), valorar signes de sagnat, perforació o complicacions. Valorar escala d'Aldrete.
- Ingress hospitalari durant 24h. Observació, control del dolor i recuperació de la funció gastrointestinal.
- Identificar problemes de salut del pacient utilitzant el model de les 14 necessitats bàsiques de Virginia Henderson.

Educació i alta:



- Instruccions i recomanacions escrites per al pacient. Incloent la reintroducció alimentària, signes d'alarma (sagnat, dolor persistent o símptomes de complicació).
- Seguiment en consultes externes.

Conclusió/ Discussió: Una vegada elaborat el pla de cures d'infermeria en pacients sotmesos a ampulectomia endoscòpica s'espera la millora en la qualitat assistencial en pacients que se sotmeten a aquesta intervenció.



P84 Impacte sobre les preparacions de colonoscòpies

Montserrat Masip Barrafón¹; Rosanna Mestres Monllor¹; Silvia Figuerola Gómez¹; Salvador Machlab Machlab¹

1 Consorci Sanitari Parc Taulí

Introducció: Amb la implementació de la nova unitat d'endoscòpia s'ha incorporat un registre de control amb la finalitat d'identificar i analitzar els motius pels quals no es realitzen les colonoscòpies programades en pacients adults. Aquesta iniciativa neix de la necessitat de millorar la qualitat assistencial i l'eficiència de la unitat d'endoscòpies.

Objectius:

- Reduir l'absentisme.
- Disminuir les preparacions colòniques inadequades.
- Minimitzar els casos d'incompliment del dejuni previ al procediment.
- Validar l'estat integral del pacient per al procediment.
- Implementar millores.

Metodologia: S'ha dissenyat un estudi observacional, descriptiu, i prospectiu mitjançant un registre sistemàtic, des de març 2024 fins a març 2025 a on es recullen dades sobre les colonoscòpies programades, incloent-hi variables com; la qualitat de la preparació colònica, el compliment del dejuni, motius d'absentisme i altres factors logístics o clínics associats. Com a criteris d'exclusió no s'han tingut en compte les preparacions incorrectes detectades durant la colonoscòpia. Les dades es processen i analitzen per identificar patrons i establir accions de millora com la visita de preparació per la colonoscòpia a partir de març del 2025 i també s'inclou en el mes d'octubre 2025 un vídeo complementari enviat per via SMS.

Resultats: Els resultats preliminars del registre mostren una variabilitat important d'ajornaments, casos d'absentisme i també de les no preparacions de colon. De les 4290 colonoscòpies realitzades durant aquest període es van registrar 438 incidències les quals varis 14,38%, no dejuni 12,79%, preparació colònica incorrecta 7,99%, consum de tòxics 2,28%, no acompanyat 3,20%, NP 59,36%.

Conclusions: El registre de control és una eina eficaç per identificar les causes de no realització de colonoscòpies i poder implementar eines de treball que contribueixin a optimitzar els recursos de la unitat, augmentar l'eficiència assistencial i reforçar l'efectivitat del programa de cribatge del càncer de còlon principalment. Durant aquest període de temps de les implementacions de millora s'estan analitzant el seu impacte.



P85 Seguiment del portador inactiu del vhb a la consulta infermera d'hepatologia

Ester Martín Herrero¹; Esther Gimeno Ramon¹

1Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Introducció: La infecció pel virus de l'hepatitis B (VHB) és un problema global de salut pública responsable d'un gran nombre de casos de cirrosi, insuficiència hepàtica i carcinoma hepatocel·lular.

La vacunació contra el VHB, introduïda a Espanya a la dècada de 1990, constitueix el mètode més eficaç per reduir la incidència de la malaltia.

Els portadors inactius del VHB requereixen un seguiment periòdic per mantenir l'estabilitat clínica i detectar precoçment qualsevol reactivació viral.

Objectiu: Descriure un model de seguiment infermer avançat al portador inactiu del VHB que garanteix vigilància analítica, prevenció de la transmissió i educació sanitària de la persona i del seu entorn relacional, tot promovent l'autocura i evitant conductes de risc, transmissió i empitjorament de la seva malaltia crònica.

Pla de Cures: El protocol de seguiment es basa en una valoració continuada del pacient mitjançant controls analítics i ecografia hepàtica, així com elastografia hepàtica per avaluar el risc individual. En cas de no presentar canvis, els controls es realitzaran cada 6-12 mesos.

Infermeria en la valoració integral i seguiment aplica el següent pla de cures:

- NOC: Coneixement: procés de la malaltia (1813), Conducta d'adherència (1600),

Autogestió: malaltia crònica (3102), Control del risc: infecció (1902)

- NIC: Ensenyament: procés de la malaltia (5606), Control de la infecció (6540), Gestió d'immunització (65300), Vigilància (6650), Gestió de la medicació (2380), Modificació de la conducta (4360) Gestió de casos (7320),
- NANDA: Coneixements deficients (00126), Disposició per millorar la gestió de la salut (00162), Risc d'infecció (00004).

Conclusions: La implementació d'un protocol de seguiment infermer estructurat pot facilitar la detecció precoç de canvis clínics, reforçar l'adherència i reduir el risc de transmissió del VHB.

Aquest model promou una atenció integral i coordinada, centrada en la persona, i estableix una base comuna de treball per a la pràctica infermera en hepatologia.

Seràn necessaris estudis futurs per avaluar-ne l'impacte real sobre els resultats clínics i la satisfacció dels pacients.



Sessió Pòsters Seleccionats

P86 Historia natural de la malaltia celíaca: seguiment longitudinal a llarg termini amb dieta lliure de nens asimptomàtics detectats per cribratge poblacional

Beatriz Arau^{1,6}; Meritxell Mariné^{2,6}; Carme Farré³; Beatriz Dietl²; Roger García-Puig⁴; Albert Martín-Cardona^{1,6}; Laura Martí-Cosconera⁴; Anna Carrasco^{6,7}; Eva Tristán⁷; Teresa Marqués³; Víctor Vila⁵; Claudia Fortuny⁵; Marta Batllori³; Maria Esteve^{1,6}

1Servei d'Aparell Digestiu. Hospital Universitari Mutua Terrassa; 2Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Mutua Terrassa; 3Servei de Bioquímica. Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona; 4Servei de Pediatria. Hospital Universitari Mútua de Terrassa; 5Servei de Gastroenterologia Pediàtrica. Hospital Sant Joan de Deu; 6Centro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd); 7Laboratori de Recerca. Fundació Mútua de Terrassa

Introducció: Un estudi poblacional de malaltia celíaca (MC) 2004-2009 realitzat a Catalunya va demostrar una prevalença 4 vegades superior en nens que en adults, suggerint la hipòtesi d'existència de tolerància en alguns casos.

Objectiu: Avaluar 1) L'evolució espontània de la MC asimptomàtica detectada per cribratge poblacional (dieta lliure) 2) Paràmetres cel·lulars relacionats amb la tolerància.

Pacients i mètodes: Entre 2013-2019 s'inclogueren 3659 infants d'1 a 4 anys, atesos per cirurgia menor. Se'ls determinà Ac antitransglutaminassa (tTGA), estudi genètic (DQ2/DQ8) i biòpsia duodenal en casos positius (estudi histopatològic i limfograma celíac). S'inicià dieta sense gluten (DSG) en nens simptomàtics i es proposà seguiment clínic i serològic seguint dieta lliure dels asimptomàtics (cada 3 mesos durant almenys 3 anys).

Resultats: Es detectaren 43 casos amb serologia positiva (prevalença serològica 12.55 x 1000) (tTGA >8), 29DQ2+, 2DQ8+, 2DQ2.2+. D'aquests, 1 tenia diagnòstic previ de MC; 4 no acceptaren participar al seguiment; 7 tenien símptomes de celiaquia al diagnòstic i se'ls inicià DSG i en 1 cas la serologia confirmatòria resultà negativa. L'evolució dels 30 restants fou: 10 desenvoluparen clínica durant el seguiment (9 Marsh3c i 1 Marsh3b) i s'instaurà DSG; en 9 asimptomàtics (7 Marsh3c, 2 Marsh3b) s'instaurà DSG per persistència d'atròfia a la biòpsia de control als 3 anys. Tots els pacients que precisaren DSG tenien limfograma celíac.

En 11 pacients la serologia normalitzà espontàniament (mediana Ac tTGA 16 U/mL, límits 8,4-80). De 3 no tenim biòpsia, de 4 només biòpsia inicial [2 Marsh1, 2 Marsh0 (1 d'ells Giardia Lamblia)] i 4 que tenien biòpsia inicial i final presentaren normalització histològica (1 Marsh3c, 2 Marsh3a i 1 Marsh1). Dels 8 amb biòpsia basal només 4 tenien limfograma celíac i tots excepte un tenien un %CD3- normal. (Taula).

Conclusió: La serologia d'una quarta part de nens detectats per cribratge poblacional normalitza durant el seguiment i 1/10 normalitzen la lesió, el que confirma l'existència



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



de tolerància al gluten en alguns casos. És més freqüent si les lesions duodenals són lleus, els valors de serologia poc elevats i no tenen un limfograma celíac. Aquests resultats qüestionen la conveniència del cribratge massiu de malaltia celíaca.



P87 Relación entre la dismotilidad esofagogástrica y el reflujo gastroesofágico refractario en la esclerosis sistémica

Francisco Alejandro Félix-Téllez¹; Alfredo Guillen-del-Castillo^{1,2}; Ariadna Aguilar^{1,3}; Claudia Barber^{1,3}; Carolina Malagelada^{1,2,3}; Laura Polo-Figueras¹; Laura Triginer¹; Claudia Codina-Clavaguera¹; Jordi Serral^{1,3}; Carmen Pilar Simeón-Aznar¹; Luis G Alcalá-González¹

1Hospital Universitario Vall d'Hebron; 2Universitat Autònoma de Barcelona; 3Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) refractaria a inhibidores de la bomba de protones (IBP) es frecuente en esclerosis sistémica (SSc). Recientemente, demostramos que la dismotilidad gastrointestinal es el principal predictor de ERGE erosiva refractaria. Sin embargo, su papel en la ERGE no erosiva refractaria aún no se ha dilucidado. El objetivo de este estudio fue evaluar los mecanismos fisiopatológicos asociados a la ERGE no erosiva refractaria en pacientes con SSc.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo en pacientes consecutivos con SSc evaluados mediante pHmetría-impedancia con tratamiento. Todos los pacientes contaban con manometría esofágica y gammagrama de vaciamiento gástrico. Se determinó la presencia de tiempo de exposición al ácido (AET), así como el número de episodios de reflujo medidos por impedancia. Se determinó la asociación entre las alteraciones de motilidad esofágica y gástrica con los hallazgos de la pH-impedancia.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes con SSc (23 mujeres, 95.8%), con una edad media de 64 ± 10 años; el 70% presentaba el subtipo limitado. La indicación del estudio fue síntomas persistentes a pesar del uso de IBP en 21 pacientes (88%) y evaluación pretrasplante pulmonar en 3 (13%).

La pH-impedancia evidenció AET anormal ($AET > 1\%$) en 13 pacientes (54%) y un número anormal de episodios de reflujo ($> 40/24\text{hrs}$) en 10 (42%). En la manometría esofágica, 14 pacientes (58%) presentaron contractilidad ausente y 4 (17%) motilidad esofágica inefectiva. El vaciamiento gástrico mostró gastroparesia (retraso $\geq 20\%$ a las 4 h) en 12 pacientes (50%).

Los factores asociados con ERGE refractaria fueron un gradiente abdomino-torácico elevado (7.2 ± 2.5 vs. 2.9 ± 1.2 mmHg; $p = 0.01$), aclaramiento esofágico prolongado (5.4 ± 2.1 vs. 0.8 ± 0.02 min; $p = 0.01$) y mayor retención gástrica (Figura 1. La presencia de gastroparesia se relacionó con más episodios de reflujo (51 ± 27 vs. 25 ± 12 ; $p = 0.008$).

Conclusión: La prevalencia de ERGE refractaria en SSc, determinada por pH-impedancia, es elevada y se asocia con dismotilidad esófago-gástrica. Ambas alteraciones desempeñan mecanismos diferentes en la génesis del ERGE refractario en SSc.



P88 Evolució de la prevalença de la malaltia celíaca a Catalunya i Espanya: Pla nacional de Malaltia Celíaca-CIBEREHD, estudi EPICEL (2020-2025)

Emma Sudrià-Lopez¹; Beatriz Arau^{1,2}; Montse Ibarra¹; Juana Maria Hernández¹; Maria del Mar Pujals¹; Mireia Fonolleda³; Gemma Pujol⁴; Johanna Marcela Martínez⁴; Marta Batllori⁴; Mireia Ruiz⁴; Elisabet Poyatos⁴; Teresa Marquès⁴; Ángeles Pizarro⁵; Beatriz Espín⁵; Fátima Violadé⁵; Luis Tallón⁵; Marco Antonio Montes⁵; Sabino Riestra⁶; Juan José Díaz⁶; Lourdes Mozo⁶; Cristina García⁶; Iago Rodríguez-Lago⁷; Inés Erdozain⁷; Ainara Elorza⁷; M^a Aranzazu Pacho de Lucas⁷; Ana Vinuesa⁸; Silvia Martínez⁸; Sergio Farrais⁹; Míriam Blanco⁹; María José Martínez⁹; Sandra Márquez¹⁰; Silvia Fernández-Barrés¹⁰; Fernando Fernández-Bañares^{1,2}; Maria Esteve^{1,2}

1Hospital Universitari MútuaTerrassa, Terrassa.; 2Centro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBEREhd), Madrid.; 3Servei d'Immunologia, Catlab, Viladecavalls.; 4Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.; 5Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; 6Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.; 7Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo, Galdakao.; 8Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.; 9Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.; 10Institut de Salut Global, Barcelona.

Introducció: La seroprevalença mundial de malaltia celíaca (MC) s'estima al voltant de l'1.4%, amb una tendència creixent. A Catalunya, entre 2004-2007, la prevalença va ser del 0.5% (4.97‰ [3.08-7.58]), menor en adults (2.8‰ [1.4-5.3]) que en nens d'1-14 anys (14.1‰ [7.0-25.1]) i especialment alta d'1-5 anys (23.62‰ [3.2-39.4]). En un estudi successiu (2013-2019), la prevalença d'1-5 anys es va reduir a la meitat (12.55‰ [8.9-17.4]).

Objectiu: Avaluar la prevalença de la MC i l'evolució temporal segons edat i els factors associats en diferents regions d'Espanya.

Mètodes: Estudi poblacional multicèntric amb reclutament consecutiu en unitats de cirurgia menor ambulatoria de cinc comunitats autònomes (nCAT=1.719/ nESP=4.714). La inclusió es va ajustar per edat i sexe segons la piràmide poblacional de cada àrea. Es van recollir variables de factors ambientals associats i es van determinar anticossos anti-transglutaminasa IgA. Els casos positius es van confirmar segons guies diagnòstiques. Les prevalences s'expressen per 1000 habitants (IC95%), i les comparacions entre grups i períodes es van realitzar amb la prova de dues mostres per a la igualtat de proporcions amb correcció de continuïtat.

Resultat: La seroprevalença global de la MC és del 6.40‰ (3.20-11.42) a Catalunya i del 6.79‰ (4.65-9.57) a Espanya. No es van detectar diferències significatives per edat o regió, tot i que a Espanya s'observa una tendència a l'increment entre els 5-24 anys (13.16‰ [7.70-20.90]), amb un pic als 15-19 anys (26.79‰ [5.56-76.29]), concordant amb el desplaçament del pic de prevalença de la primera infància descrit anteriorment. En nens d'1-5 anys, la prevalença actual a Catalunya (3.62‰ [0.09-20.02]) mostra una reducció significativa del 70-85% respecte les dècades anteriors (2013-2019: 12.55‰ [8.92-17.40], p=0.002; 2004-2007: 23.62‰ [3.21-39.40], p< 0.000001).



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



Conclusió: La prevalença de la MC a Catalunya és equivalent a la mitjana espanyola i es manté estable durant les darreres dues dècades, amb una reducció molt marcada en nens d'1-5 anys i sense diferències per edat o regió. L'estudi dels factors associats contribuirà a una millor comprensió dels desencadenants de la malaltia i les variacions temporals de la prevalença.

Finançament: Acció estratègica intramural del CIBEREHD (referència EHD20PI01).



P89 Valor del puntaje de Lyon frente a la valoración clínica para predecir la respuesta al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones en pacientes con síntomas típicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico

Francisco Alejandro Félix-Téllez^{1,2}; José Luis Vargas-Basurto²; Marianela Suárez-Fernández²; Raúl Alberto Jiménez-Castillo²; Zyanya Patricia Álvarez-Tiburcio²; Kevin David González-Gómez²; Karla Rocío García-Zermeño²; C. Prakash-Gyawali³; José María Remes-Troche²

1Hospital Universitario Vall d'Hebron; 2Instituto de investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana; 3Washington University School of Medicine

Introducción: El puntaje de Lyon integra métricas esofágicas objetivas del Consenso de Lyon 2.0 para identificar fenotipos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y predecir la respuesta al tratamiento. Validado en poblaciones europeas, asiáticas y estadounidenses, supera a las métricas individuales y al puntaje de DeMeester. Sin embargo, las comparaciones con herramientas basadas en síntomas no han sido exploradas, lo cual motivó este estudio.

Materiales y Métodos:

Se analizó una base de datos de pacientes con síntomas persistentes de ERGE pese a tratamiento. Todos se sometieron a endoscopia, manometría y pHmetría-impedancia fuera de tratamiento. Los síntomas se cuantificaron mediante el cuestionario GERD-Q. Los pacientes recibieron inhibidores de la bomba de protones (IBP), y se definió respuesta terapéutica como una mejoría $\geq 50\%$ en escalas de Likert antes y después del tratamiento. La capacidad predictiva de los puntajes de Lyon, DeMeester y GERD-Q se evaluó mediante curvas ROC.

Resultados: Se incluyeron 316 pacientes (edad media 50 años, 67% mujeres). La mediana del puntaje de Lyon fue 5.5 (IQR 2.5–8.5). Hubo respuesta al tratamiento en el 50% de los casos: 9.5% con pirosis funcional, 40% con defecto de permeabilidad, 17% con hipersensibilidad al reflujo, 18% ERGE inconclusa, 78% ERGE no severa y 100% ERGE severa ($p=0.01$). Los respondedores mostraron una mediana del puntaje de Lyon significativamente mayor que los no respondedores (8.5 vs. 2.5; $p=0.001$). El puntaje DeMeester también fue mayor en respondedores (17.9 vs. 3.8; $p=0.001$), mientras que el GERD-Q no mostró diferencias (9.0 vs. 8.8; $p=0.87$).

En el análisis ROC, el puntaje de Lyon obtuvo un AUC de 0.89 para predecir respuesta terapéutica ($p=0.001$) con un umbral óptimo de 6.0 (sensibilidad 0.74, especificidad 0.91). El DeMeester mostró un AUC de 0.88 (sensibilidad 0.71, especificidad 0.92; umbral 14.72), y el GERD-Q un AUC de 0.52 (sensibilidad 0.60, especificidad 0.45; umbral 8).

Conclusión: El puntaje de Lyon predice con mayor precisión la respuesta al tratamiento con IBP en pacientes con ERGE, superando al puntaje de DeMeester y a la valoración sintomática. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de clasificar la ERGE mediante pruebas objetivas.



P90 Punt de tall predictiu d'atròfia duodenal celíaca amb anticossos anti-TGA mesurats per quimioluminescència (CLIA)

Mireia Fonolleda¹; Albert Martín-Cardona^{2,3}; Beatriz Arau^{2,3}; Carme Loras^{2,3}; Roger García-Puig⁴; Cristian Tebé⁵; Natàlia Pallarès⁵; Leticia Hernandez Sanchez-Carnerero^{6,9}; Clara Comalrena de Sobregrau Martínez^{7,9}; Diana García Tirado^{7,9}; Juan Francisco Delgado^{8,9}; Diana Zaffalon¹⁰; Elida Oblitas¹⁰; M^a José López Liñán¹¹; Maria Esteve^{2,3}

1Servei d'Immunologia, Catlab; 2Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Mútua de Terrassa (HUMT).; 3Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y; 4Servei de Pediatria, Hospital Universitari Mútua de Terrassa (HUMT).; 5Unitat de Suport i Recerca en Bioestadística, Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol.; 6Servei d'Aparell Digestiu, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CCSPT).; 7Unitat Gastroenterologia, Hepatologia i Nutrició Pediàtrica, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí; 8Servei d'Immunologia, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CCSPT).; 9Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA). Universitat Autònoma de Barcelona; 10Servei d'Aparell Digestiu, Consorci Sanitari de Terrassa. Hospital Universitari (CST).; 11Unitat Gastroenterologia Pediàtrica, Consorci Sanitari de Terrassa. Hospital Universitari (CST).

Introducció: Les guies ESPGHAN(2020), American College of Gastroenterology (ACG)(2023) i ESsCD(2025), contemplen el diagnòstic sense biòpsia de celiaquia en nens i adults amb anticossos anti-TGA >10xLSN (Límit Superior Normalitat). Aquest punt de tall s'ha definit només per assajos ELISA. Els mètodes CLIA s'estan generalitzant pel seu major rendiment i les guies no els esmenten. El punt de tall >10xLSN no és aplicable a aquests mètodes.

Objectiu: Definir el punt de tall per als anticossos anti-TGA mesurats per CLIA amb un VPP>95% per atròfia vellositària.

Mètodes: Estudi retrospectiu observacional realitzat a l'àrea sanitària de tres hospitals del Vallès Occidental (HUMT, CST i CSPT). S'han inclòs pacients testats per anticossos anti-TGA (laboratori Catlab) de 2020-2024, sense diagnòstic previ de celiaquia i amb biòpsia duodenal en dieta lliure. Els anticossos s'han mesurat mitjançant el kit CLIA QUANTA FLASH® h-tTG IgA (normal: 0-20 CU). S'ha calculat el punt de tall per al diagnòstic d'atròfia celíaca amb especificitat >99% i VPP>95% global, per edat i sexe.

Resultats: S'han inclòs 767 pacients: 295 celíacs (n=102 <18 anys) i 472 no celíacs (n=33 <18 anys). Durant el període d'estudi 107 pacients es diagnosticaren per criteris ESPGHAN 2020 (mediana 3027.9 CU (IQR: 801.5-4965.5). Al grup control s'inclogueren pacients amb biòpsia normal (n=319), enteritis limfocítica no celíaca (n=80), celiaquia potencial (n=68) i atròfia no celíaca (n=5). Classificació de Marsh: 93 Marsh 1, 38 Marsh 3a, 82 Marsh 3b i 82 Marsh 3c, essent la mediana d'anticossos anti-TGA de 25.9, 380.0, 758.1 i 1226.8CU, respectivament. El punt de tall global amb



VPP=95.6% (IC:89.6-98.4) i especificitat 99.1% (IC:97.8-99.7) per atròfia és de 628CU (31.4xLSN), similar entre nens i adults biopsiats. El punt de tall per homes i dones és diferent (Taula1). 19 casos es diagnosticaren per criteris ESPGHAN 2020 amb valors <628CU.

Conclusions: El punt de tall global per a predir atròfia (VPP>95%) amb anticossos anti-TGA determinats per CLIA no és >10xLSN sinó >31.4xLSN i és diferent per homes i dones. L'aplicació de les guies ESPGHAN, ACG i ESsCD sense tenir en compte el mètode d'anàlisi pot conduir a predir erròniament el grau de lesió histològica dels pacients celíacs.



P91 Estudi de l'efecte de l'increment del volum, la viscositat i els estimulants sensorials al bol mitjançant manometria d'alta resolució faríngo-esofàgica amb impedanciometria en voluntaris sans i ancians amb disfàgia orofaríngia

Miguel Martínez Guillén¹; Pere Clavé^{1,2}; Daniel Español¹; Noemí Tomsen^{1,2}; Silvia Carrión^{1,2}

¹Unitat de proves funcionals digestives. Hospital Universitari de Mataró.; ²Centro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd), Institut

Introducció: La manometria d'alta resolució faringoesofàgica amb impedància (MARFE-I) és clau a l'estudi de la disfàgia orofaríngia (DO). El nostre objectiu és estudiar l'efecte del volum, viscositat i estimulants sensorials mitjançant MARFE-I en voluntaris sans (VS) i ancians amb DO (A-DO).

Material i mètodes: Estudi prospectiu, transversal, controlat amb 15 VS i 15 A-DO mitjançant MARFE-I. Es van administrar bols duplicats de 5, 10 i 20 ml de 4 viscositats (50, 250, 800 i 2000 mPa.s) i un bol duplicat de 5 ml amb piperina amb les viscositats esmentades. Es van estudiar les mètriques de vigor de la faringe -PhCI-, l'obertura -UES-Max Adm- i relaxació de l'esfínter esofàgic superior (EES), -UES-IRP-, i resistència al pas del bol -HIBP-.

Resultats: VS: l'increment del volum del bol augmenta la pressió de relaxació i l'obertura de l'EES, la resistència al pas del bol i les forces de contracció faríngies; l'increment de la viscositat augmenta la pressió de relaxació i l'obertura de l'EES amb disminució de les forces de contracció faríngies sense afectar la resistència al pas del bol. La piperina incrementa la pressió de relaxació i l'obertura de l'EES sense afectar la resistència al pas del bol i tendència a l'increment de les forces de contracció faríngies.

A-DO: l'increment del volum del bol augmenta l'obertura i la pressió de relaxació de l'EES i la resistència al pas del bol, sense afectar les de les forces de contracció faríngies. L'increment de la viscositat augmenta la pressió de relaxació i l'obertura de l'EES, sense afectar la resistència al pas del bol ni les forces de contracció faríngies. La piperina provoca un augment de l'obertura i pressió de relaxació de l'EES amb disminució a la resistència al pas del bol i sense afectar les forces de contracció faríngies.

Conclusions: l'increment del volum del bol genera canvis més intensos en la resposta deglutòria que l'increment de la viscositat, sent la mètrica que determina els fenòmens de relaxació i obertura de l'EES la més precisa per detectar canvis relacionats amb la variació del bol. Els estimulants sensorials tenen el seu efecte principal sobre l'EES, incrementant-ne l'obertura.



P92 Evolució de les prescripcions i l'efectivitat del tractament empíric de primera línia en l'eradicació d'*helicobacter pylori* a catalunya al llarg de 13 anys: dades del registre europeu sobre la gestió de la infecció per *helicobacter pylori*

Mikel Ganuza¹; Montserrat Planella²; Consuelo Ramirez²; Guillem Soy³; Luis G. Alcala-Gonzalez⁴; Samuel J. Martínez-Domínguez⁵; Alba Singla⁶; Oriol Farrés⁶; Pablo Parra⁷; Leticia Moreira⁸; Olga P. Nyssen⁷; Javier P. Gisbert⁷

1Department of Gastroenterology, Hospital General de Granollers, Barcelona; 2Department of Gastroenterology, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Institut de Recerca Biomèd; 3Department of Gastroenterology, Hospital Clínic de Barcelona, Institut Clínic de Malalties Digestive; 4Department of Digestive System Research, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona; 5Department of Gastroenterology, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 6Gastrointestinal Oncology, Endoscopy and Surgery (GOES) research group, Althaia Xarxa Assistencial; 7Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa); 8Department of Gastroenterology, Hospital Clínic de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica

Introducció: El tractament eradicador de *Helicobacter pylori* ha experimentat canvis notables en els darrers anys. L'augment de les resistències als antibiòtics exigeix avaluar l'eficàcia de les recomanacions terapèutiques.

Objectiu: Avaluar l'ús, l'efectivitat i la seguretat de les prescripcions empíriques de primera línia per a l'eradicació de *Helicobacter pylori* a Catalunya durant 13 anys.

Mètodes: Registre sistemàtic i prospectiu de la pràctica clínica dels gastroenteròlegs europeus sobre el maneig de la infecció per *H. pylori* (Hp-EuReg, soci de WorldHpReg). Les dades es van registrar en un e-CRD a AEG-REDCap. Es van analitzar els tractaments empírics de primera línia prescrits als centres catalans participants entre el 2013 i l'octubre de 2025. L'efectivitat es va avaluar per intenció de tractar modificada.

Resultats: Es van analitzar 1.961 pacients que van rebre tractament eradicador empíric de primera línia (edat mitjana de 51 ± 16 anys; 63% dones) als 13 centres participants. Les indicacions més freqüents van ser dispèpsia no investigada (34%) i dispèpsia amb gastroscòpia normal (32%). Els tractaments empírics de primera línia més prescrits van ser la triple teràpia amb claritromicina-amoxicil·lina, en el 50% dels pacients, augmentant-ne l'ús del 62% durant el període 2013/15 al 77% durant 2023/25, amb una eficàcia global del 83%; la quàdruple teràpia amb bismut en càpsula única, composta per metronidazol-tetraciclina-bismut, en el 33%, augmentant-ne l'ús del 0,9% durant 2013/15 al 17% durant 2023/25, amb una eficàcia global del 93%; i la quàdruple teràpia concomitant, composta per claritromicina-amoxicil·lina-metronidazol, en el 14%, disminuint-ne l'ús del 27% durant 2013/15 al 4,5% durant 2023/25, amb una eficàcia global del 94% ($p < 0,05$). La durada del tractament va ser de 14 dies en el 63% dels pacients, de 10 dies en el 36% i de 7 dies en el 0,8%, assolint taxes d'eradicació del 86%,



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



91% i 64%, respectivament ($p < 0,05$). La incidència d'almenys un efecte advers va ser del 29%, registrant-se dos efectes adversos greus.

Conclusins: L'estudi evidencia que la triple teràpia amb claritromicina-amoxicil·lina s'utilitza en una proporció elevada de pacients com a tractament de primera línia, fet que subratlla la necessitat d'alinear la pràctica clínica a Catalunya amb les recomanacions actuals.



P93 Efecte de l'envelliment sobre la fisiologia de l'esfínter esofàgic superior i la motilitat faríngia en subjectes sans i ancians amb disfàgia orofaríngia: estudi amb videofluoroscòpica i manometria d'alta resolució faríngo-esofàgica amb impedanciomet

Miguel Martínez Guillén¹; Pere Clavé^{1,2}; Daniel España¹; Noemí Tomsen^{1,2}; Silvia Carrión^{1,2}

1Unitat de Proves funcionals digestives, Hospital Universitari de Mataró.; 2Centro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd), Institut

Introducció: La videofluoroscòpia (VFS) és la tècnica de referència per l'estudi de la disfàgia orofaríngia (DO) però la manometria d'alta resolució faríngoesofàgica amb impedància (MARFE-I) és una tècnica complementària que permet categoritzar la disfunció de l'esfínter esofàgic superior (EES) i valorar la capacitat propulsiva de la faringe. Presentem un estudi prospectiu comparant VFS i MARFE-I en voluntaris sans (VS) i ancians amb DO (A-DO).

Material i mètodes: Es reclutaren 15 VS i 15 A-DO, realitzant valoració antropomètrica, videofluoroscòpia (VFS) i MARFE-I amb deglucions duplicades de 5 mL i 250 mPa.s. Amb la VFS s'avaluaren signes de seguretat i eficàcia, resposta motora orofaríngea (RMOF) i paràmetres cinemàtics i temporals del bolus. Amb la MARFE-I, la propulsió faríngia, l'obertura i relaxació de l'EES i paràmetres cinemàtics del bolus.

Resultats: 11 (73%) A-DO presentaren sarcopènia i disfàgia sarcopènica, no present en VS. VFS: 40% dels A-DO mostraren només alteració de la propulsió, el 20% un patró restrictiu a l'EES, el 33,3% un patró mixt i un 6% un patró normal. 33,3% dels A-DO van presentar penetracions/aspiracions greus i tots, residu orofaríngi. Els A-DO tingueren una reconfiguració més lenta (GPJO-LVC -556,8 Vs 128,8 ms), major durada d'obertura del vestíbul laringi (LVC-LVO -780 Vs 596 ms-); de l'obertura de l'EES (UESO-UESC -529 Vs 401 ms-), i de la RMOF (GPJO-LVO -1336 Vs 724 ms-) ($p < 0.05$). La velocitat mitjana, energia cinètica i propulsió del bol foren més baixes en A-DO ($p < 0,05$). MARFE-I: s'observà disminució de les forces faríngies (MCI i VCI) i pitjor relaxació de l'EES (UES-IRP) en A-DO ($p < 0,05$), sense canvis en l'obertura de l'EES ni en la velocitat de la peristalsi faríngia.

Conclusió: El retard en el tancament del vestíbul laringi i l'obertura de l'EES amb la reducció de la força de la base de la llengua i la mala propulsió del bol són els principals paràmetres relacionats amb l'alteració de la seguretat de la deglució en A-DO. Demostrem que aquesta alteració també s'associa a una disminució del vigor de velo i mesofaringe i a una relaxació més deficient de l'EES.



P94 Identificació de pacients amb malaltia hepàtica i extrahepàtica mitjançant un circuit d'avaluació prequirúrgica de pacients amb trombopènia: estudi hepatodiagnòstic

Aina Carot-Coll^{1,2}; Lidia Canillas^{1,2,3}; Antonia Caro²; Carmina Bonafé¹; Rosa Fernández²; Juan Sánchez^{1,4}; Amalia Pelegrina⁵; Lluís Aguilera^{3,6}; Blanca Sánchez-González⁷; Ignasi Olivas²; Xavier Bessa^{1,2,3}; Juan Álvarez^{1,3,6}; Fernando Burdío^{1,3,5}; Marc Puigvehí^{1,2,3}; Susanna Coll^{1,2,3}; Nuria Cañete^{1,2,3}; Montserrat Garcia-Retortillo^{1,2,3}; José A. Carrión^{1,2,3}

1Departament de Medicina i ciències de la vida, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Espanya; 2Secció d'Hepatologia, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital del Mar, Barcelona, Espanya; 3IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute), Barcelona, Espanya; 4Secció d'Abdomen, Servei de Radiologia, Hospital del Mar, Barcelona, Espanya; 5Servei de Cirurgia General, Hospital del Mar, Barcelona, Espanya; 6Servei d'Anestesiologia, Hospital del Mar, Barcelona, Espanya; 7Servei d'Hematologia, Hospital del Mar, Barcelona, Espanya

Introducció: La malaltia hepàtica crònica avançada (MHCA) és asimptomàtica. La plaquetopènia ($<150 \times 10^9/L$) és un marcador de MHCA amb hipertensió portal clínicament significativa (HPCS). Es desconeix la prevalença de MHCA amb/sense HPCS en individus amb plaquetopènia.

Objectiu: Avaluar pacients amb plaquetopènia prequirúrgica per conèixer la prevalença de MHCA.

Mètodes: Estudi observacional prospectiu obert (des d'abril 2023) d'un circuit multidisciplinar (administratiu, infermeria, Anestesiologia, Radiologia, Cirurgia, Hematologia, i Hepatologia) pel diagnòstic de MHCA i/o HPCS en individus amb plaquetopènia prequirúrgica. S'han avaluat amb analítica, elastografia de transició (ET), i ecografia abdominal. S'ha definit MHCA com $ET > 10 \text{ kPa}$ i/o dades radiològiques d'HPCS, i plaquetopènia no significativa (PNS) com plaquetes $> 100 \times 10^9/L$. S'han avaluat amb tests χ^2 i Kruskal-Wallis tres grups: A) Plaquetopènia sense MHCA/HPCS, B) HPCS extrahepàtica, i C) MHCA amb/sense HPCS.

Resultats: S'han considerat 16.838 analítiques preoperatòries. La prevalença de plaquetopènia fou del 3% ($n=504$). S'excloueren pacients amb plaquetopènia per QT o no confirmada ($n=134$; 26,6%), neoplàsia hematològica ($n=20$; 3,6%), i rebuig a participar o limitació funcional ($n=57$; 11,3%). Actualment disposem de 192 pacients, i resten per completar l'estudi 101. Dels 192 pacients: el 51% ($n=98$) presentaren plaquetopènia sense MHCA/HPCS (A), el 10,4% ($n=20$) HPCS extrahepàtica (B), i el 33,3% ($n=64$) MHCA amb/sense HPCS (C). Així, la prevalença d'HPCS intra/extrahepàtica preoperatòria fou del 0,5%. El diagnòstic en individus amb plaquetopènia no hepàtica (A) fou PNS (54%) i farmacològica (10,2%). Cal remarcar que el 39% (25/64) dels pacients amb MHCA amb/sense HPCS foren diagnòstic "de novo" i les principals etiologies, MetALD (31,1%), MASLD (26,2%), i alcohol (26,2%). Els pacients amb MHCA amb/sense HPCS (C) eren més joves (76,7 vs. 75,5 vs. 65,3 anys;



$p=0,02$), més obesos (23,6% vs. 25% vs. 46%; $p=0,01$), i amb valors superiors d'ET (5,1 vs. 7,8 vs. 18,1kPa; $p<0,01$) sense diferències en comorbiditats ni xifra plaquetar.

Conclusions: És el primer estudi que avalua individus amb plaquetopènia preoperatòria per identificar pacients amb MHCA/HPCS demostrant una prevalença del 3% i 0,5%, respectivament. La implementació d'aquest circuit pot tenir un impacte significatiu en el maneig preoperatori dels pacients amb trombopènia.



P95 Impacte de les infeccions bacterianes en pacients amb cirrosi descompensada i insuficiència renal aguda. Un subanàlisi de l'ICA-AKI Global Study

Maria José Moreta^{1,2,3,4}; Adrià Juanola^{1,2,3,4}; Kavish R. Patidar^{25,6}; Ann Thu Ma^{7,8}; Anna Barone⁹; Simone Incicco⁹; Anand V Kulkarni¹⁰; José Luis Pérez Hernández¹¹; Brian Wentworth¹²; Sumeet K. Asrani¹³; Carlo Alessandria¹⁴; Nadia Abdelaaty Abdelkader¹⁵; Yu Jun Wong^{16,17}; Qing Xie¹⁸; Nikolaos T. Pyrsopoulos¹⁹; Sung-Eun Kim²⁰; Yasser Fouad²¹; Aldo Torre²²; Eira Cerda²³; Javier Diaz-Ferrer²⁴; Rakhi Maiwall²⁵; Douglas A Simonetto²⁶; Maria Papp²⁷; Eric S. Orman²⁸; Giovanni Perricone²⁹; Cristina Solé^{30,31,32}; Christian M. Lange³³; Alberto Queiroz Farias³⁴; Gustavo Pereira³⁵; Adrian Gadano³⁶; Paolo Caraceni^{37,38,39}; Thierry Thevenot⁴⁰; Nipun Verma⁴¹; Jeong Han Kim⁴²; Julio D. Vorobioff⁴³; Jacqueline Cordova-Gallardo⁴⁴; Vladimir Ivashkin⁴⁵; Juan Pablo Roblero⁴⁶; Rael Maan⁴⁷; Claudio Toledo⁴⁸; Stefania Gioia⁴⁹; Eduardo Fassio⁵⁰; Monica Marino⁵¹; Puria Nabilou⁵²; Victor Vargas⁵³; Manuela Merli⁵⁴; Luciana Lofego Goncalves⁵⁵; Liane Rabinowich^{56,57}; Aleksander Krag^{58,59}; Lorenz Balcar⁶⁰; Pedro Montes⁶¹; Angelo Z. Mattos⁶²; Tony Bruns⁶³; Abdulsemed Mohammed⁶⁴; Wim Laleman^{65,66}; Enrique Carrera⁶⁷; María Cecilia Cabrera⁶⁸; Marcos Giralda⁶⁹; Hrishikesh Samant⁷⁰; Sarah Raevens⁷¹; Joao Madaleno⁷²; Ray W Kim⁷³; Juan Pablo Arab^{74,75}; José Presa⁷⁶; Carlos Noronha Ferreira⁷⁷; Antonio Galante⁷⁸; Andrew S. Allegretti⁷⁹; Bart Takkenberg⁸⁰; Sebastian Marciano³⁶; Shiv. K. Sarin²⁶; François Durand⁸; Pere Gines^{1,2,3,4}; Paolo Angeli⁹; Elsa Solà⁷³; Salvatore Piano⁹

1Liver Unit, Hospital Clínic of Barcelona, Barcelona, Catalunya, Spain; 2Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS) Barcelona, Catalunya, Spain; 3Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas, Catalunya, Spain; 4School of Medicine and Health Sciences, University of Barcelona; 5Gastroenterology and Hepatology, Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, TX, US; 6Michael E DeBakey Veterans Affairs Medical Center, Houston, TX, USA; 7Toronto Centre for Liver Disease, University Health Network, Toronto, Canada; 8Hepatology Liver Intensive Care, Beaujon Hospital, Clichy, France; 9Internal Medicine and Hepatology, Department of Medicine, University and Hospital of Padova, IT; 10Department of Hepatology, AIG Hospitals, Hyderabad, India; 11Gastroenterology and Hepatology, Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga, Mexico; 12Gastroenterology and Hepatology, University of Virginia School of Medicine, Charlottesville, VA, US; 13Baylor University Medical Center, Dallas, TX, US; 14Gastroenterology and Hepatology, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, Turin, IT; 15Department of Tropical Medicine, Ain Shams University, Cairo, Egypt.; 16Gastroenterology and Hepatology, Changi General Hospital, Singapore; 17Duke-NUS Medical School, Singapore; 18Department of Infectious Diseases, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, China; 19Gastroenterology and Hepatology, Rutgers New Jersey Medical School, Newark, NJ, US; 20Gastroenterology and Hepatology, Hallym University College of Medicine, Chuncheon, South Korea; 21Gastroenterology, Hepatology and Endemic Medicine, Minia University, Minia, Egypt;; 22Gastroenterology, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición



Salvador Zubirán, Mexico; 23Central Military Hospital, México City, México; 24Aparato Digestivo, Hospital Edgardo Rebagliati-Clinica Internacional, Lima, Peru; 25Institute of Liver and Biliary Sciences, New Delhi, India;; 26Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Rochester, NY, US; 27Gastroenterology, Kalman Laki Doctoral School of Biomedical and Clinical Sciences, Hungary; 28Gastroenterology and Hepatology, Indiana University School of Medicine, IN, US; 29Hepatology and Gastroenterology Unit, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milan, Italy; 30Gastroenterology and Hepatology department. Parc Taulí University Hospital, Sabadell, Spain;; 31Institut d'investigació i innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA), Sabadell, Spain;; 32Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). CIBEREHD, Sabadell, Spain;; 33Department of Medicine II, LMU University Hospital Munich, Munich, Germany;; 34Department of Gastroenterology, University of São Paulo, São Paulo, Brazil;; 35Gastroenterology and Hepatology Unit, Bonsucesso Federal Hospital, Rio de Janeiro, Brazil;; 36Liver Unit, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina;; 37Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, Bologna, Italy;; 38Semeiotics, Liver and Alcohol-related diseases, IRCSS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna; 39Translational and Precision Medicine, Università degli Studi di Roma Sapienza, Roma, Italy; 40Hepatology, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Besançon, Besançon, France; 41Hepatology, Postgraduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh, India; 42Internal Medicine, Konkuk University School of Medicine, Seoul, South Korea; 43Gastroenterology Department and Liver Unit, University of Rosario Medical School, Rosario, Argentina; 44Gastroenterology, Hospital General Dr Manuel Gea Gonzalez, Tlalpan, México; 45Internal Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia; 46Gastroenterología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; 47Gastroenterology and Hepatology, Erasmus University Medical Centre, Rotterdam, Netherlands; 48Gastroenterology Unit, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile; 49Translational and Precision Medicine, Sapienza University of Rome, Rome, Italy; 50Gastroenterology Department and Liver Unit, Hospital Nacional Prof Alejandro Posadas, Argentina; 51Liver Unit, Carlos Bonorino Udaondo Hospital, Buenos Aires, Argentina; 52Gastro Unit, Copenhagen University Hospital Hvidovre, Hvidovre, Denmark; 53Liver Unit, Hospital Vall d'Hebron, Universitat Autònoma, Barcelona, Spain; 54Translational and Precision Medicine, Università degli Studi di Roma Sapienza, Roma, Italy; 55Gastroenterologia, University Hospital-Federal University of Espirito Santo, Vitória, Brazil; 56Liver Unit, Tel Aviv Sourasky Medical Center, Tel Aviv, Israel; 57Department of Gastroenterology, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel; 58Institute of Clinical Research, University of Southern Denmark, Odense, Denmark; 59Gastroenterology and Hepatology, Odense University Hospital, Odense, Denmark; 60Gastroenterology and Hepatology, Department of Medicine III, Medical University of Vienna, Austria; 61Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Daniel A Carrion, Bellavista, Peru; 62Gastroenterology and Hepatology Unit, Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, Brazil; 63Medical Department III, University Hospital RWTH Aachen, Aachen, German; 64Addis Ababa University, Addis Ababa, Ethiopia; 65Section of Liver and Biliopancreatic disorders, University Hospitals Leuven, KU LEUVEN, Belgium; 66Department of Medicine B, University Hospital Muenster, Muenster, Germany;; 67Gastroenterologia y Hepatologia, Hosp Eugenio



Espejo, Universidad San Francisco de Quito, Ecuador; 68Gastroenterology Unit, Guillermo Almenara Hospital. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú; 69Gastroenterología, Universidad Nacional de Asunción, Asunción, Paraguay; 70Hepatology, Ochsner Transplant Center, New Orleans, LA, US; 71Liver Research Centre Ghent, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; 72Internal Medicine Department, Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal; 73Gastroenterology and Hepatology, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, US; 74Gastroenterology, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile; 75Internal Medicine, Virginia Commonwealth University School of Medicine, Richmond, VA, US; 76Liver Unit, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal; 77Gastroenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Portugal; 78Ente Ospedaliero Cantonale and Università della Svizzera Italiana, Lugano, Switzerland; 79Department of Medicine, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, US; 80Gastroenterology and Hepatology, Amsterdam University Medical Centers, Amsterdam, Netherlands

Introducció: La insuficiència renal aguda (AKI) és una complicació freqüent i greu en els pacients amb cirrosi descompensada. Les infeccions bacterianes en són un desencadenant habitual, però no es coneix si l'AKI relacionada amb aquestes presenta unes característiques clíniques i pronòstiques concretes, comparat amb l'AKI precipitat per altres factors. Aquest estudi té com a objectiu avaluar l'impacte clínic i pronòstic de les infeccions bacterianes com a desencadenant de l'AKI.

Mètodes: Estudi prospectiu, observacional i intercontinental dut a terme en 67 hospitals de 5 continents. Es van incloure pacients hospitalitzats amb cirrosi descompensada i AKI, recopilant-se dades clíniques i demogràfiques, així com precipitants, estadi i fenotip de l'AKI, tractament i evolució clínica. Els pacients van ser seguits fins als 28 dies des de la inclusió, o bé fins al trasplantament hepàtic o la mort.

Resultats: Es van incloure 1.456 pacients amb AKI; 598 (41%) presentaven AKI relacionat amb una infecció bacteriana, sent el segon precipitant més habitual després de la hipovolèmia. Les infeccions més freqüents van ser la urinària (28%), la peritonitis bacteriana espontània (26%) i la pneumònia (25%). Els pacients amb AKI associat a infecció mostraven un estadi d'AKI més elevat ($p < 0,001$), una pitjor puntuació de MELD (25 vs 22; $p < 0,001$), més freqüència d'ACLF (64% vs 56%; $p = 0,003$) i majors nivells de marcadors pro-inflamatoris (PCR 6,0 vs 2,4 mg/dL; leucòcits $10,7$ vs $7,5 \times 10^9/L$; $p < 0,001$). La necrosi tubular aguda va ser el fenotip més freqüent en els pacients amb AKI associat a infecció (22% vs 10%; $p < 0,001$), sense diferències en la incidència d'AKI-SHR. La resolució de l'AKI va ser menor en els pacients amb AKI associat a infecció bacteriana en comparació amb altres desencadenants (55% vs 62%; $p = 0,004$). La mortalitat als 28 dies va ser superior en pacients amb AKI relacionada amb infecció bacteriana (31% vs 17%; $p < 0,001$).

Conclusions: L'AKI associat a infecció és freqüent i presenta una major gravetat en comparació amb altres desencadenants d'AKI. L'associació entre infeccions bacterianes i AKI comporta una pitjor supervivència a curt termini en els pacients amb cirrosi



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



descompensada, en comparació amb altres factors desencadenants de la insuficiència renal.

Síntomes i qualitat de vida en CBP: més enllà de la resposta bioquímica



P96 Síntomes i qualitat de vida en CBP: més enllà de la resposta bioquímica

Helena Hernández-Évole^{1,2,3}; Diogo Simas¹; Ismael El Hajra⁹; Margarita Sala⁵; Beatriz Mateos⁷; Ana Arencibia⁶; Raquel Ríos¹⁰; Cristina Montón⁴; Vanesa Bernal¹¹; Judith Garcia⁸; Jose Presa¹²; Pinelopi Arvaniti^{1,2,3}; Ignasi Olivas^{1,2,3}; Maria Carlota Londoño^{1,2,3}; Sergio Rodríguez-Tajes^{1,2,3}

1Hospital Clínic de Barcelona; 2Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer; 3Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas CIBEREHD; 4Servei Malalties Digestives, Hospital Universitari Clínic de València; 5Unitat Hepatologia, Servei Digestiu, Hospital Universitari Doctor Josep Trueta; 6Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria; 7Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal; 8Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Burgos; 9Departamento de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; 10Hospital Universitario General Villalba; 11Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet; 12Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Antecedents: La fatiga i la pruija són els símptomes més freqüents en la CBP. Són fluctuants i independents de la gravetat. Estudis reporten una prevalença de pruija, fatiga i alteració cognitiva en CBP entorn 80%, 60% i 35%. L'objectiu fou avaluar la gravetat i factors clínics dels símptomes a Espanya.

Mètodes: Estudi transversal en 11 centres. Els pacients que acceptaren participar reberen un qüestionari electrònic amb PBC-40, 5D-Itch Scale i EQ-5D-5L per qualitat de vida (QdV). Es definiren símptomes moderats-greus (M-G) segons PBC-40: fatiga ≥ 29 punts, cognitiu ≥ 16 i pruija ≥ 9 . Posteriorment es recolliren dades clíniques i epidemiològiques.

Resultats: Participaren 191 pacients, 91% dones, edat mediana de 60 (IQR 52-66) anys i 88% AMA positiu. El 88% (n=123) rebia monoteràpia amb AUDC i la resta biteràpia. El 7% (n=13) tenia cirrosi.

El 30% (n=58) presentaven pruija segons PBC-40, amb 12% pruija M-G. Un 33% d'ells no rebia tractament específic i el 25% havien negat tenir-ne a la pregunta directa. Segons 5D-itch, 49% (n=93) tenien pruija, però 40% l'havien negat. La correlació entre 5D-itch i PBC-40 fou 0.648 (IQR 0,547-0,749). La rigidesa hepàtica (OR 1,22, IQR 1,1-1,4) i ser jove (OR 0,94, IQR 0,89-0,99) s'associaren independentment amb la pruija.

Un 41% (n=78) tenien fatiga M-G i un 30% afectació cognitiva M-G, sense relació amb variables clínicoanalítiques. La fatiga M-G s'associava amb la pruija M-G (OR 3,5, IQR 1,02-11,86). En l'esfera cognitiva; no existien diferències entre M-G vs. lleu-absent en la presència de depressió o ansietat, però el subgrup M-G consumien més psicofàrmacs.

Aquells amb pruija, inclús lleu, presentaven pitjor QdV ($p < 0,0001$), més marcada en pacients amb pruija M-G (0,831 vs. 0,960, $p = 0,028$). Aquells amb fatiga M-G mostraren un descens més marcat en la QdV que la pruija M-G (0,791 vs. 1,000; $p < 0,001$).

Un major valor en el domini fatiga s'associà amb major probabilitat de baixa laboral o pensió per discapacitat (OR 1,08, IC95% 1,02-1,14); sense diferències en la renda.



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



Conclusions: La fatiga és el símptoma més freqüent, amb impacte en la QdV i socioeconòmic. No obstant, només s'associà amb la pruija. Les escales de pruija permeten detectar casos no reportats espontàniament.



P97 La fibrosi latent, un fenotip indolent de fibrosi en pacients abstinentes amb malaltia hepàtica per alcohol

David Heitmann¹; Lucía Diéguez²; Lorenzo Ciocca¹; Queralt Herms¹; Martina Pérez^{1,2,3}; Ruth Nadal³; Marta Cervera³; Nicole Casanova³; Cautar El Maimouni^{1,3}; María José Moreta^{1,3}; Anna Sòria^{1,3}; Adrià Juanola^{1,2,3}; Isabel Graupera^{1,2,3}; Núria Fabrellas^{2,3}; Jordi Gratacós-Ginès^{1,3}; Pere Ginès^{1,2,3}; Elisa Pose^{1,2,3}

1Hospital Clínic de Barcelona; 2Universitat de Barcelona; 3Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer

Introducció/Objectiu: La fibrosi hepàtica és, juntament amb l'abstinència, el principal determinant pronòstic en la malaltia hepàtica per alcohol (MHA). Alguns pacients mostren fibrosi avançada a la biòpsia però rigidesa hepàtica (RH) discordantment baixa a l'elastografia, suggerint un fenotip clínic particular. L'objectiu fou caracteritzar aquests pacients i avaluar-ne el pronòstic a llarg termini.

Mètodes: Anàlisi de la cohort prospectiva LiverModel, que inclou pacients amb MHA sotmesos a biòpsia hepàtica a l'Hospital Clínic de Barcelona (2013–2025). Es seleccionaren pacients amb fibrosi avançada (METAVIR $\geq$ F3), sense descompensació clínica i amb elastografia disponible a la inclusió. Es definiren dos grups segons RH: RH<10 kPa i RH $\geq$ 10kPa. Es consideraren esdeveniments hepàtics: descompensació per hipertensió portal, hepatocarcinoma, trasplantament hepàtic o mort hepàtica. El pronòstic es comparà amb model Cox Andersen-Gill (que permet esdeveniments repetits) ajustat per edat i sexe. Es realitzà subanàlisi en pacients amb abstinència sostinguda segons història clínica i/o etilglucorònid urinari.

Resultats: S'inclogueren 115 pacients, 23 (20%) amb RH<10 kPa i 92 (80%) amb RH $\geq$ 10kPa. La proporció de dones i l'edat mitjana foren similars ($p>0,05$). No hi hagué diferències en la prevalença de factors de risc metabòlic. Els pacients amb RH<10 kPa tenien MELD més baix (9 vs 11, $p=0,01$). L'abstinència a la inclusió i el temps d'abstinència no diferiren ($p>0,05$). Durant un seguiment mitjà de 4 anys es registraren 46 esdeveniments en 25 pacients (3 del grup RH<10 kPa i 22 del grup RH $\geq$ 10kPa). Els pacients amb RH $\geq$ 10kPa mostraren tendència a major risc d'esdeveniments hepàtics (HR 2,14, IC95% 0,59–7,71; $p=0,25$). En el subgrup d'abstinentes ($n=71$), cap pacient amb RH<10 kPa presentà esdeveniments, mentre que 14 pacients amb RH $\geq$ 10kPa n'acumularen 23. Els models predictius no van permetre estimar un valor finit de HR a causa de la separació perfecta entre grups (cap esdeveniment en un dels grups), indicant un risc pràcticament nul en pacients amb RH<10 kPa.

Conclusions: Pacients abstinentes amb fibrosi avançada però RH<10 kPa presenten un risc molt baix d'esdeveniments hepàtics, suggerint un fenotip de fibrosi latent i de bon pronòstic.



P98 Els determinants socials de la salut s'associen al risc de desenvolupar esdeveniments hepàtics en pacients amb malaltia hepàtica avançada per MASLD: predicció a partir de la nova eina LiverSocial Score

Diego Rojo^{9,10}; Alba Jimenez-Masip^{9,10,11,12}; Cautar El Maimouni^{13,14}; Lidia Canillas^{3,18}; Mercedes Vergara^{7,11,12}; Maria Poca^{12,17}; Adrià Rodriguez^{1,2}; Gemma Díaz³; Eva Erice Muñoz⁴; Isabel Serra^{5,6}; Laura Pagès^{9,10}; Jose Carrión^{3,18}; Anna Soria^{12,13,14}; Eduard Mas¹⁰; Pere Ginès^{12,13,14,15}; Isabel Graupera^{12,13,14,15}; Teresa Broquetas¹⁶; Juan M Pericàs^{9,10,11,12}

1Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; 2Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, grup DIAMET; 3Secció Hepatologia, Servei Aparell Digestiu, Hospital del Mar (Barcelona); 4Servei d'Aparell Digestiu, Complex Hospitalari Moisès Broggi; 5Secció d'Hepatologia, Servei Aparell Digestiu, Hospital Doctor Josep Trueta, Girona; 6Universitat de Girona; 7Unitat d'Hepatologia, Servicio de Digestiu, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT; 8Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona. CIBERehd. Institut Carlos III. Madrid; 9Servei d'Hepatologia, Àrea de Malalties Digestives, Hospital Universitari Vall d'Hebron Barcelona; 10Institut de Recerca Vall d'Hebron (VHIR), Campus Hospitalari Vall d'Hebron Barcelona, Barcelona; 11Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona; 12Centros Investigación Biomédica en Red, Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd); 13Servei d'Hepatologia, Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona; 14Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (FR); 15Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona (UB), Barcelona; 16Secció Hepatologia, Servei Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL; 17Unitat d'hepatologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Institut de Recerca Sant Pau, Barcelona; 18IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute), Barcelona

Objectiu: Avaluar l'impacte dels determinants socials de la salut (DSS) en el pronòstic de la malaltia hepàtica associada a la disfunció metabòlica (MASLD).

Mètodes: Estudi prospectiu multicèntric realitzat en 9 hospitals que va incloure pacients amb malaltia hepàtica avançada per MASLD. Es van registrar variables demogràfiques, analítiques i complementàries habituals, així com DSS mitjançant un qüestionari estructurat (renda anual, país d'origen, posició econòmica, habitatge, situació laboral, edat i estat civil). Cada variable de DSS es va transformar en una escala normalitzada de 0 a 1, assignant valors més alts a les categories més desfavorables. Les puntuacions individuals es van combinar amb la mateixa ponderació per generar el LiverSocial Score (rang 0–8), que reflecteix el gradient global de vulnerabilitat social. Es van analitzar tant les dimensions individuals com el score compost en relació amb esdeveniments hepàtics adversos majors (MALO) i cardiovasculars majors (MACE). Addicionalment, es va realitzar una estratificació per sexe.



Resultats: Es van incloure 325 pacients amb una edat mitjana de $64,3 \pm 8,4$ anys, el 52,5% dones. El 72,4% presentaven hipertensió arterial, el 69,8% diabetis mellitus i el 9,6% antecedents cardiovasculars. Durant una mitjana de seguiment de 2,7 anys, 28 pacients (8,6%) van desenvolupar MALO i 13 (4,0%) MACE; la majoria dels MALO van correspondre a descompensacions hepàtiques (26 pacients, 7,6%), mentre que es van registrar 4 hepatocarcinomes (1,2%) i 2 trasplantaments (0,6%). El LiverSocial Score va predir de manera significativa l'aparició de MALO, mostrant que puntuacions més altes s'associaven amb un risc més gran (OR = 1,83; IC95%: 1,28–2,71; $p = 0,001$), mentre que no es va observar una associació significativa amb el desenvolupament de MACE (OR = 1,20; IC95%: 0,73–2,04; $p = 0,48$) (Figura 1). En l'anàlisi estratificada per sexe, el LiverSocial Score va mantenir una capacitat predictiva adequada per als esdeveniments hepàtics tant en homes com en dones, però no per als esdeveniments cardiovasculars.

Conclusions: L'acumulació de determinants socials desfavorables s'associa de manera significativa amb un major risc d'esdeveniments hepàtics en pacients amb malaltia hepàtica avançada per MASLD. El LiverSocial Score permet avaluar aquest risc integrant múltiples factors socials rellevants.



P99 **Freqüència i factors de risc de discordança entre l'elastografia transitòria i la biòpsia hepàtica en l'avaluació de fibrosi significativa en pacients amb malaltia hepàtica esteatòsica associada a disfunció metabòlica (MASLD) paper de l'obesitat i l**

Alba Jiménez-Masip^{1,2,3,4}; Laura Pagès^{1,2}; Diego Rojo-Lázaro^{1,2}; Clara Sabiote²; Sergio Muñoz-Martínez²; Eduard Mas²; Zoraida Ruiz²; Juan M Pericàs^{1,2,3,4}

1Servei d'Hepatologia, Àrea de Malalties Digestives, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; 2Institut de Recerca Vall d'Hebron (VHIR), Campus Hospitalari Vall d'Hebron Barcelona, Barcelona; 3Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona; 4Centres Espanyol de Recerca Biomèdica en Malalties Hepàtiques i Digestives (CIBERehd), Madrid, Es

Introducció: La discordança entre l'elastografia transitòria(ET) i la biòpsia hepàtica(BH) en l'estadificació de la fibrosi hepàtica en pacients amb malaltia hepàtica esteatòsica associada a disfunció metabòlica (MASLD) s'ha relacionat amb factors metabòlics com l'obesitat i la diabetis tipus 2(DM2), però el seu paper independent encara és incert. L'objectiu d'aquest estudi és determinar la freqüència i els factors de risc associats a la discordança amb especial atenció a l'obesitat i la DM2.

Metodologia: Estudi observacional transversal que inclogué pacients amb MASLD sotmesos a ET i BH en un interval <6 mesos. La concordança es definí com la coincidència exacta de l'estadi de fibrosi reportat per ambdós mètodes i s'avaluà mitjançant la kappa de Cohen ponderada. L'objectiu principal fou la taxa de discordança en la detecció de fibrosi significativa. Els factors associats s'analitzaren mitjançant mètodes univariants i regressió logística. Es van realitzar anàlisis per subgrups en pacients amb obesitat (IMC $\geq$ 30kg/m²) i DM2.

Resultats: Dels 414 pacients inclosos, el 53% eren dones, amb una edat mediana de 60anys (RIC 54-66) i un IMC de 32,4 kg/m² (RIC 29-37). La taxa global de discordança fou del 28%, amb una concordança baixa entre ET i BH(κ =0,238; p <0,001). La sobreestimació(22%) va ser més freqüent que la subestimació(7%). En l'anàlisi multivariant, l'edat (OR 0,94; p =0,004), l'IMC (OR 1,13; p =0,002), la DM2 (OR 0,42; p =0,045), les plaquetes (OR 1,01; p =0,012), la GGT (OR 0,99; p =0,017) i l'albumina (OR 4,93; p =0,036) es van associar de manera independent amb la discordança. Només l'edat, l'IMC i la GGT van mantenir-se associats amb la sobreestimació. En l'anàlisi per subgrups, la discordança fou més alta en pacients obesos(31%) que en diabètics(23%). L'IMC es va associar amb la sobreestimació tant en pacients diabètics (OR 1,08; IC95% 1,02–1,14; p =0,011) com en no diabètics (OR 1,14; IC95% 1,07–1,22; p <0,01). No es va observar cap relació amb la validesa tècnica de l'ET ni amb el control glucèmic o perfil lipídic.

Conclusions: L'edat, l'IMC, la DM2 i marcadors bioquímics de malaltia hepàtica avançada s'associen de manera independent a la discordança entre ET i BH en l'avaluació de la fibrosi significativa en pacients amb MASLD.



P100 Més enllà de l'algoritme: Determinants de la migració de tractament a través dels estadis BCLC al comitè multidisciplinari de tumors (2020–2024)

Marta Fortunyl^{1,3,4}; Diana Sánchez²; Antonio De Rosa¹²; Marco Sanduzzi-Zamparelli^{1,3,4}; Gemma Isertel^{1,4}; Marta Campos¹; Victor Holguín^{1,6}; Mario Matutel^{1,7}; Amparo Cobo^{1,7}; Joel Mases^{1,8}; Carla Fuster^{1,9}; Alexandre Soler^{1,7}; Neus Llarch^{1,5}; Ernest Belmonte^{1,7}; Marta Burrell^{1,7}; Anna Darnell^{1,7}; Ángeles García Criado^{1,7}; Joana Ferrer^{1,6}; Alejandro Forner^{1,4}; Alba Díaz^{1,9}; Jordi Rimola^{1,7}; María Reig^{1,3,4,10}

*1*Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) Group, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer; *2*Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Fundación Cardioinfantil, Bogota, Colombia, Bogota, Col; *3*Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid; *4*Liver Oncology Unit, Liver Unit, Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, Spain, Barcelona, Spain; *5*Liver Oncology Unit, Liver Unit, Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, Spain, Barcelona, Spain; *6*Surgery Department, Liver Oncology Unit, ICMDM, Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, Spain; *7*Radiology Department, Liver Oncology Unit, CDI, Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, Spain; *8*Department of Radiation Oncology, ICAMS, Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, Spain; *9*Pathology Department, CDB, Liver Oncology Unit, Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, Spain; *10*University of Barcelona, Barcelona, Spain; *11*Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Fundación Cardioinfantil, Bogota, Colombia, Bogota, Col; *12*Oncology I, Department of Oncology, Veneto Institute of Oncology IOV - IRCCS, Padua, Italy, Padua

Introducció: El comitè multidisciplinari de tumors (CMT) és fonamental per individualitzar el tractament del carcinoma hepatocel·lular (CHC), particularment quan la primera opció de tractament basat en dades de supervivència està contraindicada (a causa de factors tècnics, contextuais o del pacient) o quan disposem de diferents opcions que han demostrat millorar la supervivència però no disposem de comparacions directes. El BCLC ha proposat un concepte fonamental en les deliberacions del CMT: la Migració de Tractament (MT). La MT s'aplica quan el perfil específic d'un pacient justifica un canvi a l'opció terapèutica cap a un tractament que seria el recomanat en un estadi diferent. Tot i la importància de la MT, les causes que determinen la MT a la cohorts de vida real estan poc caracteritzades.

Mètodes: Anàlisi retrospectiva dels casos discutits al CMT del BCLC entre gener 2020-desembre 2024. Els casos elegibles foren pacients adults amb CHC presentats al comitè per a la presa de decisions terapèutiques. De cada cas s'enregistrà l'edat, l'estadi BCLC, els tractaments previs, la MT i la justificació de la MT.

Resultats: El CMT va revisar 800 casos, 368 foren elegibles (295 pacients), i en el 31% (n=114) es va proposar la MT. La mitjana d'edat fou de 67 anys i el 46% no havia rebut tractament prèviament. La MT fou més freqüent als estadis BCLC-B (47,3 %) i BCLC-A (26,4 %). Les principals raons per a la migració foren problemes tècnics (33,3%), progressió intractable (16,7%) i resposta radiològica (10,5%). Les comorbiditats i/o l'edat



avançada influeixen en el 22,8% de les decisions de CMT, particularment als pacients BCLC-A. Els pacients seleccionats per a TSM eren més grans (mitjana de 69 vs 67 anys, $p=0,036$) i amb més freqüència havien rebut tractament previ (66,7 %).

Conclusions: Un terç dels casos de CHC discutits al CMT es van considerar per a MT, principalment a causa de limitacions tècniques o factors específics del pacient. Aquestes troballes ressalten el paper fonamental del CMT en la individualització del tractament, adaptant les recomanacions a les prioritats establertes entre pacients i especialistes. Així mateix, subratllen la necessitat d'incorporar la justificació de la MT al disseny d'assajos clínics.



P101 Fragilitat i composició corporal com a reflex del pronòstic en pacients amb cirrosi hospitalitzats

Javier Fajardo¹; Eva Román^{1,3}; Jordi Sánchez^{2,3}; Mireia Miquel^{2,3,4}; Naujot Kaur¹; José Alberto Ferrusquía^{2,3}; Maria Poca^{1,3}; Cristina Solé^{2,3}; Berta Cuyàs^{1,3}; Meritxell Casas^{2,3}; Edilmar Alvarado^{1,3}; Teresa Monllor²; Sheila Alforcea²; Andreu Ferrero-Gregori¹; Anna Brujats¹; Josep Maria Barradas²; Mercedes Vergara^{2,3}; Àngels Escorsell¹; German Soriano^{1,3}

1Servei de Patologia Digestiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.; 2Servei de Patologia Digestiva. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.; 3Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD).; 4Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVIc-UCC), Vic.

Introducció: La fragilidad es un determinante clave del pronóstico en pacientes con cirrosis, independientemente del grado de insuficiencia hepática. Sin embargo, su papel en pacientes con cirrosis hospitalizados ha sido poco estudiado. El objetivo fue evaluar el valor pronóstico de dos herramientas complementarias para medir la fragilidad, el Liver Frailty Index (LFI) y el ángulo de fase (AF), en pacientes hospitalizados por cirrosis descompensada.

Pacientes y métodos: Se incluyeron de forma consecutiva pacientes ingresados por cirrosis descompensada en las unidades de hospitalización convencional de dos hospitales. Al ingreso se evaluó la fragilidad mediante: el LFI (frágil >4,4) y la composición corporal con el AF (frágil ≤4°) por bioimpedancia eléctrica. Se recogieron variables clínicas y analíticas, y los pacientes fueron seguidos prospectivamente durante un año para registrar la mortalidad, los reingresos hospitalarios y las caídas.

Resultados: Se incluyeron 109 pacientes con cirrosis (edad media 62 ± 11 años, 77% hombres, 69% etiología alcohólica, MELD 15,7 ± 5,3). La fragilidad se asoció de forma significativa a una mayor mortalidad (LFI: 44% vs 9%, p=0,001; y AF: 47% vs 21%, p=0,005), pero ni LFI ni AF alcanzaron significación estadística para predecir reingresos y caídas en el análisis multivariado. La combinación de ambos métodos (LFI y AF) permitió identificar cuatro grupos de riesgo con distinta probabilidad de mortalidad, reingreso y caídas al año (Tabla 1).

Tabla 1.

	Mortalidad	Hospitalización	Caídas
LFI >4,4 + AF ≤4 (n=37)	55,1%	61,5%	31,1%
LFI >4,4 + AF >4 (n=39)	31,8%	69,2%	32,4%
LFI ≤4,4 + AF ≤4 (n=10)	20%	60%	30%
LFI ≤4,4 + AF >4 (n=23)	4,3%	42,9%	4,3%
P (Gray's test)	0,001	0,13	0,11

Conclusión: La combinación de dos herramientas que evalúan diferentes dominios de la fragilidad, el LFI y el AF, permite estratificar el riesgo de mortalidad, reingresos y caídas en pacientes con cirrosis hospitalizados. Estos hallazgos ponen de manifiesto que el



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



pronóstico en la enfermedad hepática no depende únicamente del grado de insuficiencia hepática, sino también de la reserva funcional y corporal del paciente. Incorporar estas valoraciones a la práctica clínica supone reconocer la dimensión de la fragilidad: el equilibrio entre la fuerza y la composición corporal.



P102 Tendències del càncer colorectal (CCR). Anàlisi dades Registre Tumors Hospitalari

Maria Casado Cabrerizo¹; Georgina Villamonte Lazarte¹; Cristina Álvarez Urturil;
Cristina Barrufet Gonzalez¹; Adrià Montcusí Armengol¹; Xavier Bessa Caserras¹

l'Hospital del Mar

En els darrers anys s'han descrit canvis epidemiològics en el càncer colorectal (CCR), augment de casos diagnosticats < 50 anys, major localització rectal amb pitjor pronòstic. Així mateix, des de la introducció de programes de cribratge s'ha descrit un diagnòstic en estadis precoces.

Objectiu: Analitzar l'evolució epidemiològica dels casos diagnosticats de CCR del Registre de Tumors de l'Hospital del Mar (RTHMar) diagnosticats entre 2010-2023, coincidint amb la implementació del programa poblacional de cribratge

Material i mètodes: Anàlisi descriptiva, comparant distribució de les diferents variables (edat, sexe, localització rectal, TNM (I+II vs III+IV), i diagnòstic per cribratge) entre tres períodes d'any de diagnòstic: Període A: 2010-2013, B: 2014-2018 y C: 2019-2023.

Resultats: D'un total de 2.891 casos (Períodes A: 919; B: 1061 i C: 911) el 58,1% eren homes, edat mitja: 70.7 +/- 12.8 anys (rang: 24 - 101 anys). S'observa un increment dels casos diagnosticats < 50 anys entre períodes A-B i una estabilització posterior en el període C (4.2%, 6.9% i 6.4%, p<0.002, respectivament). Segons edat diagnòstica (< 50; 50-70 i > 70) els casos diagnosticats abans de 50 anys, presenten un estadiatge més avançat (61.7% vs 47.3% i 50.6%, p< 0.002) i una menor localització rectal (61.5%, 69.0% i 73.4%, p< 0.001), respectivament. En els períodes A, B i C, hem observat un descens dels casos diagnosticats en cribratge (15.8%, 10.0% i 9%, p<0.001), de localització rectal (73.4%, 71.5% i 67.9%, p<0.036), però amb estadiatge més precoç (I+II: 44.7%, 51.5% i 54.1%, p<0.001), respectivament. En relació als CCR diagnosticats per cribratge, predomina sexe masculí (64.3%, p< 0.016), un estadiatge més precoç (I+II: 67.1% vs 47.8%, p<0.001), i menor localització rectal (75.9% vs 70.3%, p<0.038). L'anàlisi de pacients diagnosticats en cribratge (50-70 anys) mostra un estadiatge més precoç (I+II: 67.2% vs 46.8%, p<0.001), i major localització rectal (76.2% vs 66.1%, p<0.001)

Conclusions: Les dades del RTHMar mostren una tendència d'augment de casos de CCR en < 50 anys, especialment entre 2014-2018 amb estabilització posterior, presentant-se normalment en estadis més avançats i menor localització rectal. El programa de cribratge contribueix a diagnosticar els tumors en estadis precoços i probablement reduir els diagnòstics de CCR a llarg plaç.



P103 Pròtesi esofàgica de disseny específic i alliberació proximal, per lesions de localització cervical: experiència acumulada en centre terciari

Daniel Luna-Rodriguez 1,2,3; Sandra Maisterra 1,2,3; Julio G Velásquez-Rodriguez 1,2,3; Albert Sumalla-Garcia 1,2,3; Maria Puigcerver 1,2,3; Julia Escuer-Turu 1,2,3; Maica Galan 2,3,4,5; Mariona Calvo 2,3,4,5; Monica Miro 2,3,5,6; Joan B Gornals 1,2,3,5

1 Unitat d'Endoscòpia, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge, 2 Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), 3 Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona, 4 Servei d'Oncologia Mèdica, Hospital Duran i Reynalds (Institut Català d'Oncologia), 5 Unitat de Tumors Esofago-gàstrics (UTEG), Hospital Universitari de Bellvitge, 6 Unitat Esofago-Gàstrica, Servei de Cirurgia Digestiva, Hospital Universitari de Bellvitge.

Introducció: La col·locació d'una pròtesi metàl·lica esofàgica de localització cervical constitueix un autèntic repte, al ser considerada com una regió contraindicada a *stenting* i que sol associar complicacions (sensació d'ocupació, migració). La pròtesi *NITI-S Cervical Esophageal Stent* (Taewoong-Medical) va ser dissenyada específicament per al seu ús en patologia a nivell d'esòfag cervical i solventar aquestes limitacions

Objectiu: Avaluar l'experiència d'ús d'aquest tipus de pròtesis de disseny especial per localització cervical en quant a seguretat, eficàcia i esdeveniments adversos (EA) associades.

Material i mètodes: Estudi retrospectiu, observacional, longitudinal i unicèntric. Identificació de casos amb col·locació de NITI-S-Cervical (2012 – 2025). Registre de dades epidemiològiques, clíniques i tècniques. Seguiment clínic i de complicacions associades.

Resultats: De 520 pacients tractats via endoscòpica amb pròtesi esofàgica, inclusió de 31 pacients per a anàlisi (71% homes, mitjana edat 73-anys). La majoria d'indicacions (71%) foren per malignitat (estenosi per càncer esofàgic/ORL). L'èxit tècnic va ser del 90%; 3 casos varen requerir retirada immediata del stent per malposició intraprocediment. L'èxit clínic (tolerància dieta oral) va ser del 92%. EA lleus registrats en 18,75% dels casos, principalment dolor i sensació de cos estrany; 25% migracions (4 proximals i 3 distals) i 7% ingrowth. En global, 8 pacients (28%) van requerir retirada de pròtesi (migració o intolerància). No s'enregistrà cap mortalitat relacionada amb el procediment. Mitjana de seguiment va ser de 2,9 mesos (DE $\pm$ 5,6). En un 57% dels casos, la causa de fi de seguiment va ser èxitus del pacient.

Conclusions: Presentem una de les sèries de casos més àmplies publicades sobre l'ús de pròtesis autoexpandibles metàl·liques específiques per a l'esòfag cervical. Els nostres resultats mostren una elevada taxa d'èxit tècnic i una tolerabilitat acceptable, principalment com a indicació pal·liativa per a la disfàgia en estenosis esofàgiques cervicals malignes.



TAULA_1: CARACTERÍSTIQUES DEMOGRÀFIQUES-CLÍNiques (N=31)

VARIABLE	N (%)
SEXE	
Home	22 (71)
Dona	9 (29)
EDAT	Mitjana: 73-anys
INDICACIÓ	
Estenosis	24 (77)
Fístula	3 (10)
Perforació	4 (13)
ORIGEN NEOPLÀSIC	
Sí	22 (71)
No	9 (29)
TIPUS NEOPLASIA	
Ca.escamós-esòfag	13 (42)
ADK-esòfag	2 (6,4)
ORL-maligna	4 (13)
ADK-pulmó	2 (6,4)
TRACTAMENT PAL·LIATIU	
Sí	21 (67,7)
No	10 (32,2)



P104 Resultados comparativos de la eficacia y seguridad de la Disección Submucosa Endoscópica (DSE) colorrectal bajo sedación versus anestesia general. Análisis del registro nacional multicéntrico

Raquel Muñoz-González¹; Alberto Herreros-de-Tejada²; José Santiago²; Glòria Fernández-Esparrach³; Felipe Ramos-Zabala⁴; Unai Goikoetxea⁵; Álvaro Terán⁶; Pedro J Rosón⁷; Pablo Miranda-García⁸; Miguel Fraile-López⁶; Óscar Nogales⁹; Carlos Guarner-Argent¹⁰; Diego de Frutos²; Luis Wong Becerra^{11,11}; Eduardo Albéniz¹²; Enrique Rodríguez de Santiago¹³; José Carlos Marín-Gabriel¹⁴; Hugo Uchima^{1,11}

1Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona; 2Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid; 3Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona; 4Hospital Universitario HM Montepríncipe, Madrid; 5Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián; 6Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; 7Hospital Vithas Xanit Internacional, Málaga; 8Hospital Universitario de La Princesa, Madrid; 9Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; 10Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; 11Centro Médico Teknon, Barcelona; 12Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona; 13Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; 14Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Introducción: La disección submucosa endoscópica (DSE) colorrectal puede realizarse bajo sedación o anestesia general con intubación orotraqueal (IOT). Faltan estudios que comparen los resultados de ambos métodos anestésicos.

Métodos. Análisis retrospectivo de datos del registro nacional de DSE (junio 2016–junio 2025). Se compararon dos grupos según necesidad de IOT; IOT sí: anestesia general (AG), IOT no: sedación (S), analizando variables clínico-demográficas, características de las lesiones y variables técnicas (maniobrabilidad) y de resultados (resección completa, en bloque) y complicaciones. Se aplicó propensity score matching (PSM) 1:1 con estimación del efecto medio del tratamiento en los tratados (Average Treatment Effect on the Treated, ATET) según edad, sexo, ASA y tamaño de la lesión por predicción endoscópica utilizando el software Stata 14.2 (comando `teffects psmatch`).

Resultados: Se incluyeron 2302 pacientes: 661 con sedación y 1641 con anestesia general. Antes del emparejamiento, el grupo AG presentaba lesiones más grandes, localización más proximal y mayor ASA. Las características basales y los resultados se resumen en las Tablas 1 y 2. Tras el PSM, la anestesia general se asoció con una mayor duración del procedimiento anestésico (+25,2 min; $p=0,007$), sin diferencias significativas en la duración total del procedimiento endoscópico ($p=0,425$). En cuanto a la eficacia técnica, el grupo AG presentó mayor tasa de resección en bloque (+6,5 puntos porcentuales; $p=0,034$), aunque no hubo diferencias significativas en la tasa de resección completa ($p=0,83$). Por otro lado, el grupo AG presentó mayor riesgo de hemorragia intraprocedimiento (+11,1%, $p=0,014$) y de perforación (+6,9%, $p=0,005$), además de asociar peor maniobrabilidad (+35,5%, $p=0,001$).



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



Conclusiones: La DSE colorrectal presenta resultados clínicos aceptables tanto con sedación como con anestesia general. La anestesia general podría ofrecer ventajas en resección en bloque, a costa de mayor tiempo anestésico. El tipo de anestesia debe individualizarse según el perfil del paciente y la complejidad del procedimiento.



P105 Ús d'espessidor alimentari en la resecció mucosa endoscòpica amb gel (GIEMR) de pòlips duodenals/colorrectals no pediculats: estudi pilot

Sofia Castro Torres^{1,2,3}; Sandra Maisterra-Santos^{1,2,3}; Joana Bordas-Sole^{1,2,3}; Elena Garcia-Ibañez^{1,2,3}; Marina Tutusaús-Arroyo^{1,2,3}; Sergi Quintana-Carbo^{1,2,3}; Thomas Golda^{2,3,4}; Joan B Gornals^{1,2,3}

1Unitat d'Endoscòpia, Servei Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge; 2Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL); 3Universitat de Barcelona, Barcelona; 4Servei de Cirurgia General i Digestiva, Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció: En els darrers anys, la resecció mucosa endoscòpica “underwater” (UEMR) s’ha tornat molt popular. Tanmateix, els líquids intestinals, les bombolles o els sagnats poden reduir la visibilitat. L’EMR amb immersió en gel (GIEMR) s’ha descrit en algunes sèries asiàtiques. L’ús d’un gelificant sense electròlits pot oferir avantatges respecte a la UEMR per la seva major viscositat, densitat i transparència, oferint: estabilitat al lumen, necessitat d’una menor quantitat i un camp visual clar en desplaçar partícules, limitant la dilució amb sang. A més, la seva major densitat/pes afavoreix el control del sagnat (efecte de ralentització).

Objectiu: Avaluar l’ús d’un espessidor alimentari (e-, goma xantana), com a gel fàcilment preparat a la sala d’endoscòpia, en la pràctica de l’e-GIEMR en pòlips duodenals/colorectals no pediculats.

Material i mètodes: Estudi pilot observacional, longitudinal i unicèntric. Anàlisi retrospectiva d’inclusió consecutiva i prospectiva, en una base de dades específica. Període: gener de 2024 – juny de 2025. Selecció de lesions tractades amb e-GIEMR (Resource®, espessidor-clear, NestleHealthScience). Variable principal: factibilitat i increment del camp visual. Secundàries: extirpació completa, en bloc, esdeveniments adversos, durada i recidiva.

Resultats: Entre 180 lesions complexes extirpades mitjançant EMR, u-EMR, EFTR o DSE, es van seleccionar 29 pacients (homes 58%; edat, mediana [IQR]: 70,3 anys [60-81]) amb 29 lesions (duodenals n=2; colorectals n=27; mida, mediana [IQR]: 43,5 mm [32,5-55]; i Paris Is, 0-IIa o Is+0-IIa) tractades amb e-GIEMR. Morfologia de les lesions colorectals: 37% (n=10) LST-GH; 37% (n=10) LST-NM; 26% (n=7) LST-NG-elevada. Ús de 100-400 cc de gel espessant per procediment. Temps global per procediment: mediana [IQR]: 87 minuts [45-120]. Extirpació completa en el 93% (27/29), fragmentada vs. en bloc (n=27 vs. n=2). Un sagnat arterial intra-procediment que va requerir conversió a insuflació amb CO₂ i allargament del procediment. Esdeveniments adversos relacionats: 3 hemorràgies digestives baixes post e-GIEMR. No es van registrar perforacions ni durant ni després del procediment.



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



Conclusions: L'ús d'espessidor alimentari per a la realització d'e-GIEMR sembla factible, eficaç i segur. Caldria explorar-ne l'ús i els possibles avantatges pràctics en estudis prospectius comparatius amb U-EMR.



P106 Megaplicatura endoscòpica gástrica (MEGA) para el tratamiento de la obesidad: análisis multicéntrico de una cohorte retrospectiva europea a 6 meses

Gherzon Casanova Rimerl; Antonio Ortegal; Juan Antonio Colánl; Gerard Graul; Gonzalo López Roldánl; Alfredo Matal; Sandra Andrés1; Anna Vilal; Laura García1; Jorge Carlos Espinós1; Jesus Turró1; Román Turró-Araúl

1Centro Médico Teknon

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica de alta prevalencia mundial. Aunque la cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz, su acceso está limitado a una minoría. Las técnicas endoscópicas surgen como alternativas mínimamente invasivas. MEGA (Megaplicatura Endoscópica Gástrica) es una nueva variante del POSE 2.0 que emplea dos G-LIX, un G-PROX de 33 mm y un patrón reducido de suturas (promedio: seis) mediante doble plicatura gástrica, optimizando la eficiencia y sustentabilidad del procedimiento.

Objetivo principal: Evaluar la reproducibilidad técnica, eficacia clínica y seguridad de la técnica MEGA a los 6 meses en una cohorte multicéntrica de pacientes con obesidad.

Objetivos secundarios: Analizar la variabilidad intercentro en los resultados ponderales y explorar la correlación entre variables técnicas y clínicas.

Metodología: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 54 pacientes con IMC >27 con comorbilidades o IMC >30, tratados con MEGA en seis centros europeos con experiencia en endoscopia bariátrica. La técnica fue realizada por endoscopistas locales tras formación estandarizada impartida por un único instructor. Se recopilaron variables técnicas (número de suturas, duración del procedimiento) y clínicas: los porcentajes de pérdida de peso total (%TBWL) y pérdida de exceso de peso y (%EBWL). Se realizaron análisis comparativos y correlaciones.

Resultados: A los 6 meses, la media del %TBWL fue 14.36 (DE± 2.08 %) y del %EBWL 53.73 (DE± 14.91 %), sin diferencias significativas entre centros (p=0.406, ambos). El 81.48 % de los pacientes lograron >10 % de TBWL. No hubo complicaciones. El número medio de suturas fue 6.36±0.76 y el tiempo medio del procedimiento 34.38±11.30 minutos. No se encontró correlación significativa entre número de suturas y %TBWL (rho = 0.20; p = 0.747).

Conclusión:

MEGA demostró ser una técnica eficaz, segura y reproducible. Sus resultados respaldan su implementación como opción endoscópica en el tratamiento de la obesidad.



P107 Estadíaje TN del cancer gástrico: correlación entre ecoendoscopia e histología

Núria Florensa Tarruella¹; María Dacá Alvarez^{1,2,3}; Joan Llach^{1,2,3}; Sheyla Montori³; Glòria Fernández-Esparrach^{1,2,3}; Nayra Felípez⁴; Alba Valero⁴; Míriam Cuatrecasas¹; Diana Zaffalon⁵; Virginia Piñol⁶; Anabella Cuestas^{1,2,3}; Elisa Cantú-Germano^{1,2,3}; Irina Luzko^{1,2,3}; Àngels Ginés^{1,2,3}; Eduardo Albéniz⁴; Leticia Moreira^{1,2,3}

1Hospital Clínic de Barcelona; 2Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer; 3Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid; 4Hospital Universitario de Navarra (HUN); 5Consorci Sanitari de Terrassa; 6Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta

Introducción: El cáncer gástrico es la tercera causa de mortalidad por cáncer a nivel global y su estadificación clínica es clave para definir un abordaje terapéutico adecuado. La ecoendoscopia (EUS) permite evaluar la profundidad tumoral (T) y la afectación ganglionar (N), aunque su precisión depende del operador. Este estudio analiza la correlación entre el estadíaje T y N por EUS y la histología definitiva, y los factores asociados.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional basado en la base de datos EpiGASTRIC (315 pacientes, 23 centros). Se incluyeron los casos con EUS preoperatoria e histología de la pieza reseçada, quedando 85 pacientes con información completa para T y 89 para N. Se creó una variable dicotómica de coincidencia T y N (sí/no), tomando como referencia la pieza histológica y analizándose, mediante regresión logística, el impacto de múltiples variables clínicas (localización, histología, tamaño, neoadyuvancia y número de ganglios aislados y afectos). Registramos sobre e infraestadificación (≥ 1 categorías).

Resultados: En los 85 pacientes evaluados para T, la distribución es: pT1 24.7%, pT2 11.8%, pT3 30.6%, pT4 32.9%. La EUS sobreestadifica los estadios pT1 y pT2 en el 71.4% y 80% de casos, con coincidencia sólo en el 25.8%. La correlación es mayor en pT3 y pT4 (53.8% y 53.6%). La neoadyuvancia, especialmente la quimioterapia, se asocia con ausencia de coincidencias en pT1-pT2 ($p=0.009$), manteniéndose la tendencia a sobreestadificar en el 91.6%. En los 89 pacientes evaluados para N, la distribución es: N0 42.7%, N1 20.2%, N2 18%, N3 19.1%. La coincidencia EUS-histología es del 71.1% en N0, disminuyendo de N1-N3 (27.8%, 31.2%, 0%) y con tendencia a infraestadificar. Se observa correlación significativa entre N0-N1 ($p=0.002$) y N2-N3 ($p=0.012$), con mayor concordancia en N0 y discrepancias en estadios avanzados. La afectación de ≥ 5 ganglios se asocia con discrepancias en el 95.2% ($p<0.001$), sin significación en el análisis por subgrupos.

Conclusiones: La ecoendoscopia tiende a sobreestadificar la invasión tumoral en estadios T1-T2, conllevando un tratamiento inicial más agresivo sin comprometer la curación, hallazgo alineado con las recomendaciones actuales de plantear resección endoscópica con finalidad terapéutica y de estadificación. La afectación ganglionar tiende a infraestadificarse en estadios avanzados.



P108 Anàlisi de l'efectivitat de la plasmafèresi terapèutica en la resolució de la insuficiència orgànica en la pancreatitis aguda per hipertrigliceridèmia

Sergi Homdedeu¹; Silvia Salord¹; Nuria Pelaez¹; Lluís Secanella¹; Maria Sorribas¹; David Ortiz¹; Eva Santafostra¹; Nadia Garcia¹; Juli Busquets¹; Katherine Auquillal

l'Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció: La pancreatitis aguda hipertrigliceridèmica (PA-HTG) és responsable d'entre 1-10% dels casos de pancreatitis aguda. La plasmafèresi terapèutica (TPE) ha demostrat reduir els nivells de triglicèrids. Ara bé, l'evidència entorn a la disminució de la mortalitat i el canvi en el curs de la malaltia és limitada. L'objectiu de l'estudi és analitzar l'eficàcia de la TPE en el tractament de la PA-HTG.

Mètodes: Entre 2015 i 2025 es van incloure els pacients als quals se'ls va utilitzar TPE per PA-HTG. Es van recollir les característiques basals dels pacients, dades del procediment i evolutives post-intervenció.

Resultats: Es van incloure 24 malalts. L'edat mitjana va ser de 40±10 anys i la majoria homes (18/24, 75%). 6 (25%) havien presentat un episodi de PA previ, 8/24 (33,3%) tenien un consum d'alcohol de risc, 10/24 (41,7%) diabètics i 14/24 (58%) dislipèmia amb tractament hipolipemiant 9/24 (37,5%). La mitjana de nivells de triglicèrids a l'ingrés va ser de 3779 ± 2845 mg/dL, 16 malalts (66,6%) presentaven disfunció orgànica persistent. La mediana de sessions de TPE que van rebre els pacients va ser d'1 (1-2), la majoria durant les primeres 24h (16/24), la meitat va rebre tractament concomitant amb insulina endovenosa. Un 50% van presentar efectes secundaris a la TPE, tots lleus. La mediana de dies d'hospitalització va ser de 16,5 (10,8-52) dies i 5 (2,75-8) dies en la unitat d'intensius.

Els nivells de triglicèrids a les 48h de la TPE va ser 546 ± 297 mg/dL amb una reducció mitjana de 3256 ± 2781 mg/dL respecte l'ingrés. El 42% van presentar resolució de la disfunció orgànica a 72h, 20 van presentar resolució de la disfunció orgànica als 14 dies de tractament i 2 van ser èxits.

Conclusió: En la nostra cohort de pacients amb PA secundària a HTG, la TPE ha demostrat disminuir els nivells de triglicèrids de forma significativa, els pacients han presentat milloria en la disfunció orgànica tant a les 72h com als 14 dies; els efectes secundaris són freqüents però lleus, sense repercussió clínica.



P109 Detecció de lesions gàstriques inicials o infiltrants d'interval en una cohort de pacients amb gastroscòpia índex negativa previa

Paula Oliva¹; Leyanira Torrealba¹; Roland Juan¹; Berta Oliveras¹; Fatimetu Mohamed¹; Andreina Delgado¹; Jordi Perpiñà¹; Rene Louvrieux¹; Carlos Huertas¹; David Busquets¹

1 Servei Digestiu, Unitat Endoscòpies. Hospital Trueta Girona, Girona

Introducció: L'endoscòpia digestiva alta constitueix l'eina principal per al diagnòstic precoç del càncer gàstric. L'aparició de lesions gàstriques avançades o inicials després d'una gastroscòpia inicial sense troballes sospitoses planteja dubtes sobre la sensibilitat del procediment i la importància d'indicadors de qualitat.

Objectiu: Revisar retrospectivament els casos de pacients diagnosticats amb lesions gàstriques avançades, precoces o benignes després d'una gastroscòpia índex sense troballes sospitoses.

Material i mètodes: Es van incloure 35 pacients (mitjana de 75 anys, 65% dones) amb lesions gàstriques (benignes 20%, precoces 71% i avançades 9%) entre els anys 2020 i 2025, després d'una gastroscòpia índex sense troballes sospitoses en els mesos previs (promig de 658 dies, desviació estàndar 750 dies).

Es van analitzar les variables clíniques i endoscòpiques, que inclouen l'edat, el sexe, els antecedents familiars de càncer gàstric, les troballes endoscòpiques prèvies, els antecedents d'infecció per *Helicobacter pylori* i el temps de seguiment gàstric, en un total de 28 pacients (la resta no comptava amb gastroscòpia índex).

Resultats: L'edat avançada va mostrar una associació significativa amb una major severitat histològica (OR=1,94, p=0,040), mentre que la mida de la lesió només una associació marginal (OR= 1,4). Altres variables, com el sexe, el consum de tabac i la infecció per *Helicobacter pylori*, no van presentar significació estadística.

En el model multivariant, un temps de gastroscòpia índex ≥ 6 minuts es relacionava amb una menor probabilitat d'obtenir un diagnòstic de malignitat (lesió gàstrica inicial o infiltrant), sense que l'associació assolís significació estadística.

Conclusions: En aquesta cohort de noves lesions gàstriques detectades endoscòpicament, l'edat és un predictor rellevant de la progressió histològica.

Un temps d'avaluació de la gastroscòpia índex < 6 minuts mostra una associació marginal amb la detecció de lesions avançades, tenint en compte la mida reduïda de la mostra.

L'increment del temps d'exploració per sobre de 6 minuts podria contribuir a millorar la detecció d'aquestes lesions, especialment en pacients d'edat avançada.



P110 Teràpia avançada dual en pacients amb malaltia inflamatòria intestinal: experiència d'un hospital de tercer nivell

Ernesto Lastiri¹; Claudia Herrera¹; Luis Mayorga¹; Virginia Robles¹; Elena Céspedes¹; Xavier Serra¹; Elena Oller¹; Natalia Borruel¹

1 Unitat Atenció Crohn-colitis - Hospital Universitari Vall D'Hebron

Antecedents i objectius: La teràpia avançada dual (TD), que combina dos fàrmacs biològics o un biològic amb una molècula petita, ha sorgit com una estratègia per a un millor control de la malaltia inflamatòria intestinal (MII) en pacients refractaris, amb fenotip complex o amb manifestacions extraintestinals (MEI) no controlades. L'objectiu és descriure les característiques dels pacients en TD en un centre de tercer nivell, així com l'efectivitat i la seguretat d'aquesta teràpia.

Mètodes: Estudi retrospectiu observacional de pacients en seguiment per la unitat d'atenció Crohn-colitis. S'hi van incloure adults amb malaltia de Crohn (MC) o colitis ulcerosa (CU) que havien iniciat TD i completat la fase d'inducció d'ambdós fàrmacs. La remissió clínica es va avaluar a les setmanes 14 i 54 utilitzant l'índex de Harvey-Bradshaw i l'índex parcial de Mayo, i la remissió endoscòpica a la setmana 54. També es van avaluar la seguretat i la persistència del tractament.

Resultats: Es van incloure 31 pacients (22 amb MC, 9 amb CU); el 45,2% tenia MEI, el 12,9% tenia una altra malaltia immunomediada (IMID) i el 35,5% tenia malaltia perianal (EPA). La mediana de teràpies avançades prèvies va ser de 3. La majoria dels pacients van iniciar la TD de manera seqüencial (87,1%). La principal indicació va ser activitat luminal no controlada (96,8%), seguida del control de la IMID concomitant (9,7%) i del control de l'EPA (6,5%). Les combinacions més freqüents es mostren a la taula 1. Es va aconseguir la remissió clínica en el 80,6% i el 82,4% dels pacients a les setmanes 14 i 54, respectivament. Es va observar remissió endoscòpica en el 41,2% dels pacients avaluables a la setmana 54.

La mitjana de durada del tractament va ser de 12,8 mesos (± 15 DE). El 35,5% dels pacients van suspendre en algun moment la TD, la causa principal va ser la desescalada per remissió clínica (45,5%), seguida de pèrdua de resposta (36,4%). Es van produir esdeveniments adversos (EA) en el 9,7%; només un pacient va suspendre la TD per un EA.

Conclusions: La TD sembla ser eficaç i segura en la MII refractària, però calen estudis prospectius.



P111 Efecte de l'addició de tractament tòpic amb mesalazina al tractament amb esteroides en colitis ulcerosa moderada

Jordina LLaó 1; Miriam Mañosa 1; Gisela Piñero 1; Margalida Calafat 1; Eugeni Domènech 1

1 Hospital Germans Trias i Pujol.

Introducció: L'addició de tractament amb mesalazina tòpica als esteroides en la colitis ulcerosa (CU) no s'ha avaluat específicament. L'objectiu d'aquest estudi fou analitzar la rapidesa en la millora de determinades variables amb l'ús de teràpia tòpica associada a corticoides.

Mètodes: S'inclogueren els pacients de l'estudi CECUM de GETECCU que avaluava l'eficàcia d'una pauta convencional de prednisona oral precedida o no de 3 bolus de 500mg de metilprednisolona; on s'aconsellava ús de mesalazina tòpica 1g/dia. Per la present anàlisi, s'utilitzaren les següents variables: rectorràgia, urgència, deposicions nocturnes, puntuacions parcials de Mayo i Wamsley als 3, 7 dies, 4 i 8 setmanes, nivells de calprotectina fecal als 7 dies, 4 setmanes i l'ús de tractament tòpic amb supositoris de mesalazina en cada moment.

Resultats: S'avaluaren 75 pacients, 45% dones, mediana d'edat de 49 (20-83) anys, i 50% CU extensa. El 51% (38/75) van seguir tractament tòpic amb supositoris de mesalazina les primeres 4 setmanes. A la setmana, 37 (49%) seguien amb rectorràgia i 27 (36%) amb urgència; a les 4 setmanes, 29 (38%) amb rectorràgia i 25 (33%) amb urgència i a les 8 setmanes 32 (43%) amb rectorràgia i 25 (33%) amb urgència. En l'anàlisi univariada, l'ús de tractament tòpic durant la primera setmana s'associà a desaparició de la urgència a setmana 4 ($P=0,010$); l'ús de tractament tòpic durant 4 setmanes s'associà a desaparició de la urgència ($p<0,001$), nocturnitat ($p<0,001$) i remissió clínica (Wamsley <3) ($p=0,005$) i Mayo <2 ($p=0,026$) a setmana 8, així com al subíndex de Mayo endoscòpic 0-1 a la setmana 8 ($p=0,015$). En l'anàlisi multivariada, el tractament tòpic durant la primera setmana s'associà a la desaparició de la urgència a la setmana 4 (OR 0,2; IC95% 0,059–0,735; $p<0,0001$) i el tractament tòpic les 4 primeres setmanes s'associà a la desaparició de la urgència a la setmana 8 (OR 0,9; IC95% 0,026–0,3055,83; $p<0,0001$).

Conclusions: L'addició de mesalazina tòpica a pacients amb CU moderada incrementa l'eficàcia del tractament amb corticoides gràcies a un millor control de la urgència. Aquests resultats reforcen el tractament combinat no només amb mesalazina oral sinó també amb corticoides orals.



P112 Qualitat del cribratge del virus del papil·loma humà (vph) en dones amb malaltia inflammatòria intestinal (mii) (estudi eii-vip d'eneida).

Arnau Artero¹; Pere Borràs¹; Laura Balcells¹; Dolores Ruiz²; Angel Ponferrada³; Alfredo Lucendo^{4,5}; Marta Piqueras⁶; Elena Betoré⁷; Miquel Màrques⁸; Angel Febles⁹; Oscar Moralejo¹⁰; Marta Teller¹¹; Laura Escudero¹²; Pilar Corsino Roche¹³; Eduard Brunet^{5,14}; Yamile Zabana^{1,5}

1Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa; 2Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí; 3Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid; 4Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real; 5Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid; 6Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa; 7Hospital General Universitario San Jorge, Huesca; 8Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; 9Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife; 10Hospital Universitario de Toledo, Toledo; 11Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa; 12Hospital Universitario San Pedro, Logroño; 13Hospital Universitario Miguel Servet, Saragossa; 14Corporació Sanitària Unviersitària Parc Taulí, Sabadell

Introducció: La MII i el seus tractaments s'han associat a infeccions oportunistes, tot i que en el cas del VPH no ha quedat ben establerta la relació. La dificultat en aclarir el virus per factors com la immunosupressió o bé el tabaquisme comporten un major risc de neoplàsia de cèrvix.

Objectius: Valorar el compliment del cribratge cervical en pacients amb MII. Determinar la freqüència de lesions pre-neoplàsiques així com determinar factors de risc relacionats.

Mètodes: Es van incloure totes aquelles pacients del registre ENEIDA amb edat de cribratge (25-65 anys) amb un resultat de citologia entre 2015-2024. Es van definir com a citologia patològica la presència de LSIL-HSIL, i com citologia normal cap lesió o ASCUS. Les variables recollides inclouen dades demogràfiques i clíniques i variables relacionades amb el VPH.

Resultats: Varen participar 12 centres d'Espanya amb una població d'estudi (dones en edat de cribratge) de 2448. S'inclogueren un total de 844 de dones (34% de la població a estudi, IIQ 21-41% per cada centre). 75 dones presentaren una citologia patològica (8,9%) vs. 769 amb citologia normal (91%). Un 50% de dones amb citologia normal vs. 29% amb citologia patològica tenien colitis ulcerosa ($p=0,001$). Unes 507 dones (60%) requeriren immunosupressió terapèutica durant l'evolució del seguiment. En un període de 10 anys, 59/507 dones immunosupresses (11%) van fer 5 o més citologies. En el mateix període, 91/337 (27%) sense immunosupressió van fer 3 citologies o més. 10,7% de dones amb immunosupressió vs. 6% sense immunosupressió ($p=0,03$) varen presentar citologia patològica. 59% de dones amb citologia patològica tenen vacunació del VPH vs. 13% de dones sense patologia ($p<0,001$). L'anàlisi multivariant demostrà que l'ús de tiopurines (OR 3,6, $p=0,049$) i la cirurgia perianal (OR 5,034, $p=0,013$), s'associen al risc de citologia patològica.



XXXV
CONGRÉS
DE LA SCD



FIRA DE REUS
28, 29 | 30
GENER 2026

31è Curs de Formació en Digestologia
11è Curs en Investigació Bàsica i
Translacional en Digestologia
11è Taller Vídeoforum d'Endoscòpia



Conclusions: En aquesta cohort multicèntrica de dones amb MII en edat de cribratge cervical, el compliment del programa rutinari de detecció del VPH va resultar subòptim, especialment entre les pacients sotmeses a immunosupressió, tot i que aquestes presentaren una major prevalença de citologia patològica. Aquests resultats reforcen la necessitat de potenciar el cribratge i la vacunació, prioritzant les pacients d'alt risc.



P113 Càpsula endoscòpica de budell prim i ileocolonoscòpia per a la gradació de l'activitat inflamatòria en la malaltia de Crohn ileal: anàlisi comparativa. Resultats de l'estudi CAPITER, un estudi multicèntric del Grup Jove de GETECCU.

Miquel Marquès-Camí¹; Laia Vergés¹; Alfonso Elosua²; Jose-Maria Huguet³; Antonio Caballero⁴; Celia Caravaca⁵; Irene García de la Filia⁶; Cristina Suárez⁷; Lorena Carballo⁸; Maria González-Vivó⁹; Cristina Polo Cuadro¹⁰; Gisela Torres¹¹; María Carmen Martín¹²; Cristina Roig¹³; Benito Velayos¹⁴; Agnès Fernández-Clotet¹⁵; Coral Tejido¹⁶; Violeta Moreno¹⁷; Alfonso Carballal¹⁸; Eduard Brunet-Mas^{19,27}; Jesús Martín²⁰; Carlos Tardillo²¹; Leyanira Torrealba²²; Óscar Moralejo²³; Alejandro Mínguez²⁴; Lucía Madero¹⁷; Margalida Calafat^{25,27}; Yamile Zabana^{26,27}

1Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; 2Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona; 3Hospital General de Valencia, Valencia; 4Hospital Clínico San Cecilio, Granada; 5Hospital Gómez Ulla, Madrid; 6Hospital Universitario Ramon y Cajal, Madrid; 7Hospital Universitario La Paz, Madrid; 8Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; 9Hospital de Viladecans, Viladecans; 10Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; 11Hospital General de Granollers, Granollers; 12Hospital Infanta Elena, Madrid; 13Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; 14Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid; 15Hospital Clínic, Barcelona; 16Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense; 17Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante; 18Hospital de Cabueñes, Gijón; 19Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell; 20Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; 21Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife; 22Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona; 23Hospital Universitario de Toledo, Toledo; 24Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia; 25Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; 26Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa; 27Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas CIBEREHD

Antecedents: L'ili terminal (IT) és el segment més freqüentment afectat a la malaltia de Crohn (MC). La càpsula endoscòpica de budell prim (CE) permet una avaluació completa de l'ili, en comparació amb la ileocolonoscòpia (IC). Pocs estudis comparen ambdues tècniques, suggerint una forta correlació. L'objectiu del nostre treball va ser explorar les diferències en la gradació de l'activitat.

Mètodes: Estudi retrospectiu en pacients amb MC ileal que havien estat sotmesos a IC i CE. La Figura 1 mostra els índex endoscòpics recollits. Es van recollir variables clíniques, analítiques i dades de seguretat. Es va realitzar model de predicció amb variables clíniques i analítiques per a detecció d'activitat moderada-severa a la CE. Es va registrar si el maneig terapèutic va variar en funció dels resultats de la CE en comparació amb els de la IC.

Resultats: Es van reclutar 223 pacients. Es van incloure 174 en l'anàlisi principal a causa procediments incomplets en la resta. Els índex endoscòpics van mostrar una correlació moderada (ρ 0,46 [IC 95% 0,39-0,6], $p < 0,001$), i la CE va detectar activitat moderada-severa en 40 pacients (23%), mentre que la IC només en 10 (6%) ($p < 0,001$). A més, 34



pacients (20%) amb activitat nul·la o lleu a la IC presentaven activitat moderada-severa a la CE. Es va informar d'estenosi luminal a l'ili per CE en 21 pacients (12%), enfront de només 3 (2%) amb la IC ($p < 0,001$). El temps mitjà de seguiment després de les exploracions va ser de 2 [1,1 - 5,1] anys, i la CE va comportar un canvi en el maneig terapèutic en comparació amb la IC en 42 pacients (24%). Entre els casos amb procediments incomplets, només hi va haver 5 retencions ($< 0,05\%$) de la CE en estenosis intestinals infranquejables. No es va observar relació entre els índex endoscòpics i els marcadors clínics o bioquímics.

Conclusions: La correlació entre SES-CD-IT i Lewis-3S va ser notablement inferior a la descrita a la literatura. La CE va resultar molt més sensible que la IC per a la detecció d'activitat moderada-severa i per a la identificació de patrons estenosants.



P114 Associació entre l'aclariment basal d'infliximab i el fracàs terapèutic i la necessitat de colectomia en colitis ulcerosa moderada-greu hospitalitzada

Ravetllat i del Amo, Marta¹; Rodríguez Alonso, Lorena¹; Padullés Zamora, Núria¹; Quiles Petidier, Sara¹; Santacana Juncosa, Eugènia¹; Bordas Solé, Joana¹; Ruiz Cerulla, Alexandra¹; Sánchez Pastor, Elena¹; Rodríguez-Moranta, Francisco¹; Guardiola Capon, Jordi¹

1Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció: La colitis ulcerosa aguda greu (CUAG) constitueix una urgència que sovint requereix teràpia biològica de rescat. L'infliximab (IFX) és eficaç en aquest context, però presenta una elevada variabilitat farmacocinètica que pot comprometre els resultats clínics. Un aclariment (CL) basal accelerat d'IFX podria conduir a una exposició subòptima i major risc de fracàs terapèutic, però el seu valor predictiu en CUAG no està ben definit.

Objectiu

Avaluar si el CL basal estimat d'IFX s'associa amb fracàs terapèutic i/o necessitat de colectomia en pacients hospitalitzats amb CUAG tractats amb IFX com a teràpia de rescat.

Mètodes: Estudi observacional retrospectiu unicèntric en un hospital terciari. S'inclouren 48 pacients amb CUAG sense exposició prèvia a biològics que reberen IFX com a rescat (2010–2023). Es recolliren variables clíniques, bioquímiques, genètiques i farmacocinètiques. El CL basal d'IFX s'estimà mitjançant model farmacocinètic poblacional (NONMEM). Es definí fracàs terapèutic com necessitat de colectomia, canvi de tractament, reingrés o ús de corticoides sistèmics en els 12 mesos posteriors a l'inici d'IFX. S'efectuaren anàlisis univariants, multivariants i de supervivència.

Resultats: El 14,6% dels pacients requerí colectomia i el 33,3% presentà fracàs terapèutic. Un 43% va rebre una primera dosi d'IFX de 10mg/Kg. S'administrà una dosi alta o accelerada (>10mg/Kg les 3 primeres setmanes) en cas d'un CL basal augmentat (6,40ml/Kg/dia vs 5,57ml/Kg/dia; $p=0,049$) i major gravetat clínica (índex de Mayo: 10,7 vs 9,4; $p=0,009$). En aquest context, no s'identificà una associació significativa entre el CL basal i la necessitat de colectomia o el fracàs terapèutic.

El 52,1% presentaren hipoalbuminèmia, dels quals el 20% requerí colectomia als 6 mesos ($p=0,030$); l'anàlisi multivariant identificà un HR de 0,838 ($p=0,017$).

El 50% dels que presentaren sobreinfecció per citomegalovirus (CMV) (8,3%) requerí colectomia precoç, amb una associació estadísticament significativa ($p=0,009$).

Conclusions: En aquesta cohort el CL basal d'IFX no s'associà amb fracàs terapèutic ni amb necessitat de colectomia. L'ús predominant d'induccions accelerades podria haver minimitzat l'impacte del CL basal sobre l'exposició a IFX. La hipoalbuminèmia i el CMV es confirmen com a marcadors pronòstics adversos. Són necessaris estudis prospectius estratificats per exposició per definir el valor pronòstic del CL basal en CUAG.



P115 Canvi a infliximab subcutani per recuperar la remissió clínica en pacients amb malaltia inflamatòria intestinal amb pèrdua de resposta a infliximab endovenós: estudi observacional del registre eneida

Ariadna Altadill^{1*}, Eduard Brunet^{2,3*}, Milagros Vela⁴, Margalida Calafat^{3,5}, Irene García de la Filia Molina⁶, Carmen López⁷, Carmen Orenga⁸, Marisa Iborra⁹, Coral Rivas¹⁰, Jose Luis Rueda¹¹, Daniel Ceballos¹², Cristina Rubin¹³, Belén Botella Mateu¹⁴, Francisco Rodriguez-Moranta¹⁵, Berta Caballol¹⁶, Manuel Barreiro-de Acosta¹⁷, David Busquets¹⁸, Carles Suria¹⁹, Luis Bujanda^{3,20}, Lourdes Catalá²¹, Marga Menacho²², Oscar Moralejo²³, M^a Teresa Diz-Lois²⁴, Laura Ramos²⁵, Laura López²⁶, Iolanda Delia²⁷, Xavier Calvet^{2,3,28}, on behalf of the ENEIDA project of GETECCU

*Els dos autors han contribuït de la mateixa manera

1Unitat d'Endoscòpia, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge; 2Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL); 3Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona; 4Servei d'Oncologia Mèdica, Hospital Duran i Reynalds (Institut Català d'Oncologia); 5Unitat de Tumors Esofago-gàstrics (UTEG), Hospital Universitari de Bellvitge; 6Unitat Esofago-Gàstrica, Servei de Cirurgia Digestiva, Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció: La col·locació d'una pròtesi metàl·lica esofàgica de localització cervical constitueix un autèntic repte, al ser considerada com una regió contraindicada a stenting i que sol associar complicacions (sensació d'ocupació, migració). La pròtesi NITI-S Cervical Esophageal Stent (Taewoong-Medical) va ser dissenyada específicament per al seu ús en patologia a nivell d'esòfag cervical i solventar aquestes limitacions

Objectiu: Avaluar l'experiència d'ús d'aquest tipus de pròtesis de disseny especial per localització cervical en quant a seguretat, eficàcia i esdeveniments adversos (EA) associades.

Material i mètodes: Estudi retrospectiu, observacional, longitudinal i unicèntric. Identificació de casos amb col·locació de NITI-S-Cervical (2012 – 2025). Registre de dades epidemiològiques, clíniques i tècniques. Seguiment clínic i de complicacions associades.

Resultats: De 520 pacients tractats via endoscòpica amb pròtesi esofàgica, inclusió de 31 pacients per a anàlisi (71% homes, mitjana edat 73-anys). La majoria d'indicacions (71%) foren per malignitat (estenosi per càncer esofàgic/ORL). L'èxit tècnic va ser del 90%; 3 casos varen requerir retirada immediata del stent per malposició intraprocediment. L'èxit clínic (tolerància dieta oral) va ser del 92%. EA lleus registrats en 18,75% dels casos, principalment dolor i sensació de cos estrany; 25% migracions (4 proximals i 3 distals) i 7% ingrowth. En global, 8 pacients (28%) van requerir retirada de pròtesi (migració o intolerància). No s'enregistrà cap mortalitat relacionada amb el procediment. Mitjana de seguiment va ser de 2,9 mesos (DE $\pm$ 5,6). En un 57% dels casos, la causa de fi de seguiment va ser èxitus del pacient.



Conclusions: Presentem una de les sèries de casos més àmplies publicades sobre l'ús de pròtesis autoexpandibles metàl·liques específiques per a l'esòfag cervical. Els nostres resultats mostren una elevada taxa d'èxit tècnic i una tolerabilitat acceptable, principalment com a indicació pal·liativa per a la disfàgia en estenosis esofàgiques cervicals malignes.

TAULA_1: CARACTERÍSTIQUES DEMOGRÀFIQUES-CLÍNiques (N=31)

VARIABLE	N (%)
SEXE	
Home	22 (71)
Dona	9 (29)
EDAT Mitjana: 73-anys	
INDICACIÓ	
Estenosis	24 (77)
Fístula	3 (10)
Perforació	4 (13)
ORIGEN NEOPLÀSIC	
Sí	22 (71)
No	9 (29)
TIPUS NEOPLASIA	
Ca.escamós-esòfag	13 (42)
ADK-esòfag	2 (6,4)
ORL-maligna	4 (13)
ADK-pulmó	2 (6,4)
TRACTAMENT PAL·LIATIU	
Sí	21 (67,7)
No	10 (32,2)



P116 Impacte clínic del citomegalovirus en la malaltia inflamatòria intestinal moderada- greu: experiència d'un centre terciari

Clàudia Garcia-Solà¹; Rolando Sepúlveda Cortés²; Agnès Fernández-Clotet¹; Berta Caballó¹; Marta Gallego¹; Rebeca Barastegui¹; Maria Carme Masamunt¹; M Ángeles Marcos³; Marta Bodro⁴; Míriam Cuatrecasas⁵; Elena Ricart¹; Ingrid Ordàs¹

1Unitat de Malaltia Inflamatòria Intestinal, Servei de Gastroenterologia, ICMDM, Hospital Clínic de B; 2Medicina Interna, Gastroenterologia, Hospital Dr. Hernán Henríquez A., Universidad de la Frontera, T; 3Secció Virologia, Servei de Microbiologia, Centre de Diagnòstic Biomèdic (CDB), Hospital Clínic Barc; 4Servei Malaltia Infeccioses, Hospital Clínic Barcelona.; 5Servei d'Anatomia Patològica, Hospital Clínic Barcelona.

Introducció: El citomegalovirus (CMV) és un herpesvirus latent que pot reactivar-se en condicions d'immunosupressió, fet especialment rellevant en pacients amb malaltia inflamatòria intestinal (MII). La seva reactivació en colitis ulcerosa (CU) s'ha associat amb formes més greus, especialment en casos refractaris als corticoides amb pitjors resultats clínics.

Objectiu: Avaluar l'impacte clínic de la infecció per CMV en pacients amb CU i malaltia de Crohn (MC) analitzant la seva relació amb la modificació del tractament i el risc d'hospitalització i cirurgia.

Mètodes: Estudi de casos i controls retrospectiu (2019-2023) en pacients amb CU i MC seguits a l'Hospital Clínic de Barcelona, amb biòpsies de colon avaluades per histologia i microbiologia (PCR).

Resultats: Es van incloure 209 pacients, dels quals 72 van ser positius per CMV (34.4% amb PCR positiva, només 7,2% per histologia). Tots els casos van rebre tractament antiviral. Els casos (CMV+) de CU presentaven major grau d'activitat clínica (Mayo i UC PRO-2) ($p < 0,05$) respecte els controls (CMV-) sense diferències pel que fa a l'activitat endoscòpica (Mayo). En MC, els casos (CMV+) presentaven un major nombre de deposicions líquides ($p = 0,0448$) respecte els controls (CMV-) sense diferències en la gravetat endoscòpica (SES-CD). La VSG va ser l'únic factor predictor independent de positivitat per CMV ($OR = 1,028$; $p = 0,0006$). L'anàlisi de regressió logística va revelar una associació estadísticament significativa entre la càrrega viral del CMV i la probabilitat d'hospitalització per a tractament relacionat amb el CMV ($p = 0,0363$). Els pacients CMV + van requerir menys modificacions de tractament (38.9% vs. 63.5%; $p = 0,0007$), sense diferències en les taxes de cirurgia ni d'hospitalització durant una mediana de temps de seguiment de 3 anys.

Conclusió: La infecció per CMV s'associa a major gravetat clínica a la CU sense diferències pel que fa a la gravetat endoscòpica. El tractament del CMV (CU i MC)



s'associa amb menys canvis del tractament de base de la MII. Aquests resultats recolzen el cribatge sistemàtic de CMV en brots moderats-greus per millorar l'abordatge clínic.

P117 Qui respon a la inhibició d'IL-23? Factors predictors dels resultats clínics i endoscòpics als 12 mesos en la malaltia inflamatòria intestinal refractària

Claudia Herrera-de Guisel¹; Luis Mayorga Ayala¹; Virginia Robles Alonso¹; Elena Céspedes Martínez¹; Xavier Serra-Ruiz¹; Ernesto Lastiri Gonzalez¹; Elena Oller¹; Natalia Borruel Sainz¹

Unitat d'Atenció Crohn-Colitis, Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Vall d'Hebron

Antecedents: Els inhibidors de la interleucina-23 (IL-23) són efectius per a la malaltia de Crohn (MC) i la colitis ulcerosa (CU); tanmateix, les dades en poblacions amb exposició prèvia a biològics i els factors predictors de resposta continuen sent limitats. L'objectiu va ser identificar factors clínics basals associats amb la resposta clínica i endoscòpica als 12 mesos en una cohort de pacients amb malaltia inflamatòria intestinal (MII) refractària tractada amb inhibidors d'IL-23.

Mètodes: es va realitzar un estudi retrospectiu, unicèntric, que incloïa adults amb MII tractats amb inhibidors d'IL-23 (risankizumab, mirikizumab i guselkumab) després d'haver rebut almenys un biològic previ. Els objectius principals van ser la resposta clínica i endoscòpica als 12 mesos (32–52 setmanes). La resposta clínica es va definir com una reducció ≥ 3 punts en Harvey-Bradshaw (MC) o una disminució ≥ 2 punts i $\geq 30\%$ en PRO2 amb sagnat rectal ≤ 1 (CU). La resposta endoscòpica es va definir com un subscore endoscòpic Mayo ≤ 1 (CU) o una reducció $\geq 50\%$ en el SES-CD (MC). Les associacions entre factors basals i resultats es van avaluar mitjançant regressió logística de Firth.

Resultats: es van incloure 48 pacients (71% MC i 29% CU; nombre mitjà de biològics previs, 3 [RIQ 2–4]). Als 12 mesos, es va assolir resposta clínica en el 68,8% i resposta endoscòpica en el 42,3%. En l'anàlisi multivariable, la resposta prèvia a ustekinumab es va associar amb més probabilitat de resposta clínica (OR 2,03; IC 95% 1,10–15,7), mentre que la manca de resposta primària a biològics previs es va associar amb menor probabilitat de resposta (OR 0,25; IC 95% 0,07–0,90). La CU i un IMC basal més elevat van mostrar una tendència a una menor probabilitat de resposta endoscòpica, sense assolir significació estadística.

Conclusions: en la nostra cohort de pacients amb MII multirefractària tractats amb inhibidors d'IL-23, la resposta clínica va ser més alta entre aquells malalts amb resposta prèvia a ustekinumab, mentre que la manca de resposta primària a biològics previs es va associar amb menor probabilitat de resposta. Aquests resultats suggereixen que els patrons previs de resposta farmacodinàmica podrien constituir un predictor rellevant dels resultats del tractament amb inhibidors d'IL-23. O10