

85° CONGRESO

de la Sociedad Española
de Patología Digestiva (**SEPD**)

Tu Congreso, tu Sociedad



SEVILLA 11-13 junio 2026

Comunicaciones Orales

#SEPD2026

www.congresoSEPD.com



@sepdigestiva

SEPD SOCIEDAD
ESPAÑOLA
DE PATOLOGÍA
DIGESTIVA

FEAD FUNDACIÓN
ESPAÑOLA
DEL APARATO
DIGESTIVO



COMUNICACIONES ORALES NEUROGASTRO – TRACTO

CO011 - FACTORES INDEPENDIENTES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MASIVA: RESULTADOS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL

Presenta: Rita Jiménez Rosales

Jiménez-Rosales, R¹; Velarde-Ruiz Velasco, JA²; Tejedor-Tejada, J³; Abarca Ruiz, JW⁴; Domínguez Gómez, R⁵; Joao Matías, D⁵; Sánchez Roncero, FJ⁶; Catalina Rodríguez, M⁷; Huergo, A⁸; del Val Oliver, B⁹; Jiménez, I¹⁰; Díaz Alcázar, MMDA¹¹; García Robles, A¹¹; Cozar, E¹²; Rodríguez de Santiago, E¹³; Roig Ramos, C¹⁴; Segarra Ortega, JX⁵; Carballo Folgoso, L¹⁵; Castellet, S¹⁶; Honrubia López, R¹⁷; Ríos León, R¹⁸; Martínez García, R¹⁹; Redondo-Cerezo, C¹

¹Digestivo. Hospital Univ. Virgen de las Nieves. Granada. ²Digestivo. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Guadalajara, México. ³Digestivo. Hospital Univ. de Cabueñes. Gijón, Asturias. ⁴Digestivo. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito, Ecuador. ⁵Digestivo. Complejo Asistencial Universitario. Salamanca. ⁶Digestivo. Hospital Clínico Univ. Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁷Digestivo. Complejo Hospitalario Gregorio Marañón. Madrid. ⁸Digestivo. Hospital V. Alvarez Buylla. Mieres, Asturias. ⁹Digestivo. Hospital General Univ. J.M. Morales Meseguer. Murcia. ¹⁰Digestivo. Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao, Vizcaya. ¹¹Digestivo. Hospital Univ. San Cecilio. Granada. ¹²Digestivo. Hospital Univ. Virgen de la Victoria, Univ. de Málaga. Málaga. ¹³Digestivo. Hospital Univ. Ramón y Cajal. Madrid. ¹⁴Digestivo. Hospital de la Santa Creu I Sant Pau. Barcelona. ¹⁵Digestivo. Hospital Univ. Central de Asturias. Oviedo. ¹⁶Digestivo. Hospital Univ. de Bellvitge. Barcelona. ¹⁷Digestivo. Hospital Univ. Infanta Sofía. Madrid. ¹⁸Digestivo. Hospital General de Villalba. Madrid. ¹⁹Digestivo. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Introducción:

La hemorragia digestiva alta masiva (HDAM) es una entidad potencialmente mortal con escasa evidencia específica. Presentamos los resultados de un registro multicéntrico cuyo objetivo es identificar factores independientes de mortalidad intrahospitalaria y evaluar el rendimiento de escalas pronósticas en esta población.

Material y métodos:

Registro prospectivo multicéntrico internacional que incluye pacientes ≥ 18 años atendidos en urgencias de 53 centros (25 nacionales y 28 hispanoamericano) con diagnóstico de HDAM, definida como hematemesis o melena asociada a shock hipovolémico y necesidad de ≥ 2 concentrados de hemáties en la reanimación inicial. Se recogieron variables demográficas, clínicas, terapéuticas y evolutivas durante la hospitalización y a 6 meses. El análisis estadístico se realizó con SPSS v.30. Para identificar factores asociados a mortalidad se realizó en primer lugar un análisis univariado. Posteriormente, se realizó regresión logística binaria en dos etapas: modelo basal (variables al ingreso con $p < 0.10$; se excluyeron pronósticas no se incluyeron en este modelo para evitar colinealidad con sus componentes) y modelo ampliado (añadiendo al basal pronósticas no se incluyeron en este modelo para evitar colinealidad con sus componentes con $p < 0.10$). Se consideró significativo $p < 0.05$.

Resultados:

Se incluyen 708 pacientes, con una edad media de 63.7 ± 16.2 años y un 66.2% de varones. La mortalidad intrahospitalaria fue del 22.6% ($n=160$, 67 por hemorragia digestiva y 51 por otras causas). En la tabla 1 se muestran las diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes fallecidos y los supervivientes.

En el modelo multivariante basal, la alteración del estado mental se identificó como factor independiente de mortalidad, mientras que la albúmina y la rectorragia actuaron como factores protectores.

En el modelo ampliado, la albúmina y la rectorragia persistieron como factores protectores, junto con la terapia endoscópica. Se asociaron de forma independiente a mayor mortalidad la transfusión masiva, la persistencia de sangrado y la descompensación de enfermedad crónica (Tabla 2).

En cuanto a las escalas pre-endoscópicas, MAPASH y ABC mostraron una capacidad discriminativa limitada (AUC 0.640 y 0.680, respectivamente), mientras que la GBS presentó un rendimiento no discriminativo (AUC 0.524) (Figura 1).



<p>Tabla 1</p> <p>Comparación entre fallecidos y supervivientes. Se muestran las variables con diferencias estadísticamente significativas. Variables categóricas expresadas como porcentaje; variables cuantitativas exp</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Fallecidos</th> <th>Supervivientes</th> <th>OR</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td colspan="5">Variables basales</td></tr> <tr><td>EDAD (AÑOS)</td><td>66±15</td><td>63±16</td><td>1.01</td><td>0.045</td></tr> <tr><td>SAHS</td><td>11.3%</td><td>4.2%</td><td>2.88</td><td><0.001</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA</td><td>9.4%</td><td>4.4%</td><td>2.25</td><td>0.015</td></tr> <tr><td>CIRROSIS HEPÁTICA</td><td>47.5%</td><td>32.2%</td><td>1.91</td><td><0.001</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA</td><td>14.4%</td><td>6.4%</td><td>2.46</td><td>0.001</td></tr> <tr><td>NEOPLASIA</td><td>25.6%</td><td>14.1%</td><td>2.10</td><td><0.001</td></tr> <tr><td>HDA EN PACIENTE INGRESADO</td><td>23.1%</td><td>10.1%</td><td>2.69</td><td><0.001</td></tr> <tr><td>TRASPLANTE HEPÁTICO</td><td>5.6%</td><td>1.5%</td><td>4.02</td><td>0.003</td></tr> <tr><td>ASA >2</td><td>63.1%</td><td>52.8%</td><td>1.53</td><td>0.021</td></tr> <tr><td colspan="5">PRESENTACIÓN CLÍNICA</td></tr> <tr><td>AINES</td><td>15.0%</td><td>22.7%</td><td>0.60</td><td>0.036</td></tr> <tr><td>MELENAS</td><td>60.0%</td><td>70.7%</td><td>0.62</td><td>0.010</td></tr> <tr><td>RECTORRAGIA</td><td>6.9%</td><td>11.9%</td><td>0.55</td><td>0.045</td></tr> <tr><td>SÍNCOPE</td><td>31.9%</td><td>22.1%</td><td>1.65</td><td>0.011</td></tr> <tr><td>ALTERACIÓN ESTADO MENTAL</td><td>46.3%</td><td>28.7%</td><td>2.14</td><td><0.001</td></tr> <tr><td colspan="5">PARÁMETROS ANALÍTICOS</td></tr> <tr><td>UREA (MG/DL)</td><td>120±86</td><td>93±62</td><td>1.01</td><td><0.001</td></tr> <tr><td>ALBÚMINA (G/DL)</td><td>2.61±0.67</td><td>3.07±0.74</td><td>0.37</td><td><0.001</td></tr> <tr><td>HEMOGLOBINA (G/DL)</td><td>7.19±2.21</td><td>7.66±2.77</td><td>0.93</td><td>0.029</td></tr> <tr><td>INR</td><td>1.83±1.23</td><td>1.46±0.98</td><td>1.32</td><td>0.001</td></tr> <tr><td colspan="5">ESCALAS PRONÓSTICAS</td></tr> <tr><td>MAPASH</td><td>5±1.8</td><td>4±1.8</td><td>1.31</td><td><0.001</td></tr> <tr><td>ABC</td><td>7.10±2.7</td><td>5.23±2.8</td><td>1.26</td><td><0.001</td></tr> <tr><td colspan="5">ACTUACIÓN INICIAL</td></tr> <tr><td>TIEMPO HASTA LA ENDOSCOPIA (H)</td><td>18±27</td><td>26±31</td><td>0.98</td><td>0.010</td></tr> <tr><td>ENDOSCOPIA EN UCI</td><td>28.2%</td><td>16.0%</td><td>—</td><td><0.001</td></tr> <tr><td>TERAPIA ENDOSCÓPICA</td><td>51.2%</td><td>60.1%</td><td>0.70</td><td>0.045</td></tr> <tr><td>DIAGNÓSTICO NEOPLASIA ENDOSCOPIA</td><td>14.4%</td><td>4.2%</td><td>3.83</td><td><0.001</td></tr> <tr><td colspan="5">PROCEDIMIENTOS AVANZADOS</td></tr> <tr><td>CIRUGÍA</td><td>13.1%</td><td>4.8%</td><td>3.03</td><td><0.001</td></tr> <tr><td>RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA</td><td>19.4%</td><td>10.2%</td><td>2.11</td><td>0.002</td></tr> <tr><td>TRANSFUSIÓN MASIVA</td><td>21.3%</td><td>7.3%</td><td>3.42</td><td><0.001</td></tr> <tr><td colspan="5">EVOLUCIÓN CLÍNICA</td></tr> <tr><td>PERSISTENCIA SANGRADO</td><td>48.8%</td><td>9.7%</td><td>8.87</td><td><0.001</td></tr> <tr><td>RESANGRADO</td><td>40.0%</td><td>17.7%</td><td>3.09</td><td><0.001</td></tr> <tr><td>DESCOMPENSACIÓN ENFERMEDAD CRÓNICA</td><td>68.1%</td><td>25.8%</td><td>6.15</td><td><0.001</td></tr> </tbody> </table>		Fallecidos	Supervivientes	OR	P	Variables basales					EDAD (AÑOS)	66±15	63±16	1.01	0.045	SAHS	11.3%	4.2%	2.88	<0.001	ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA	9.4%	4.4%	2.25	0.015	CIRROSIS HEPÁTICA	47.5%	32.2%	1.91	<0.001	ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA	14.4%	6.4%	2.46	0.001	NEOPLASIA	25.6%	14.1%	2.10	<0.001	HDA EN PACIENTE INGRESADO	23.1%	10.1%	2.69	<0.001	TRASPLANTE HEPÁTICO	5.6%	1.5%	4.02	0.003	ASA >2	63.1%	52.8%	1.53	0.021	PRESENTACIÓN CLÍNICA					AINES	15.0%	22.7%	0.60	0.036	MELENAS	60.0%	70.7%	0.62	0.010	RECTORRAGIA	6.9%	11.9%	0.55	0.045	SÍNCOPE	31.9%	22.1%	1.65	0.011	ALTERACIÓN ESTADO MENTAL	46.3%	28.7%	2.14	<0.001	PARÁMETROS ANALÍTICOS					UREA (MG/DL)	120±86	93±62	1.01	<0.001	ALBÚMINA (G/DL)	2.61±0.67	3.07±0.74	0.37	<0.001	HEMOGLOBINA (G/DL)	7.19±2.21	7.66±2.77	0.93	0.029	INR	1.83±1.23	1.46±0.98	1.32	0.001	ESCALAS PRONÓSTICAS					MAPASH	5±1.8	4±1.8	1.31	<0.001	ABC	7.10±2.7	5.23±2.8	1.26	<0.001	ACTUACIÓN INICIAL					TIEMPO HASTA LA ENDOSCOPIA (H)	18±27	26±31	0.98	0.010	ENDOSCOPIA EN UCI	28.2%	16.0%	—	<0.001	TERAPIA ENDOSCÓPICA	51.2%	60.1%	0.70	0.045	DIAGNÓSTICO NEOPLASIA ENDOSCOPIA	14.4%	4.2%	3.83	<0.001	PROCEDIMIENTOS AVANZADOS					CIRUGÍA	13.1%	4.8%	3.03	<0.001	RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	19.4%	10.2%	2.11	0.002	TRANSFUSIÓN MASIVA	21.3%	7.3%	3.42	<0.001	EVOLUCIÓN CLÍNICA					PERSISTENCIA SANGRADO	48.8%	9.7%	8.87	<0.001	RESANGRADO	40.0%	17.7%	3.09	<0.001	DESCOMPENSACIÓN ENFERMEDAD CRÓNICA	68.1%	25.8%	6.15	<0.001
	Fallecidos	Supervivientes	OR	P																																																																																																																																																																																												
Variables basales																																																																																																																																																																																																
EDAD (AÑOS)	66±15	63±16	1.01	0.045																																																																																																																																																																																												
SAHS	11.3%	4.2%	2.88	<0.001																																																																																																																																																																																												
ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA	9.4%	4.4%	2.25	0.015																																																																																																																																																																																												
CIRROSIS HEPÁTICA	47.5%	32.2%	1.91	<0.001																																																																																																																																																																																												
ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA	14.4%	6.4%	2.46	0.001																																																																																																																																																																																												
NEOPLASIA	25.6%	14.1%	2.10	<0.001																																																																																																																																																																																												
HDA EN PACIENTE INGRESADO	23.1%	10.1%	2.69	<0.001																																																																																																																																																																																												
TRASPLANTE HEPÁTICO	5.6%	1.5%	4.02	0.003																																																																																																																																																																																												
ASA >2	63.1%	52.8%	1.53	0.021																																																																																																																																																																																												
PRESENTACIÓN CLÍNICA																																																																																																																																																																																																
AINES	15.0%	22.7%	0.60	0.036																																																																																																																																																																																												
MELENAS	60.0%	70.7%	0.62	0.010																																																																																																																																																																																												
RECTORRAGIA	6.9%	11.9%	0.55	0.045																																																																																																																																																																																												
SÍNCOPE	31.9%	22.1%	1.65	0.011																																																																																																																																																																																												
ALTERACIÓN ESTADO MENTAL	46.3%	28.7%	2.14	<0.001																																																																																																																																																																																												
PARÁMETROS ANALÍTICOS																																																																																																																																																																																																
UREA (MG/DL)	120±86	93±62	1.01	<0.001																																																																																																																																																																																												
ALBÚMINA (G/DL)	2.61±0.67	3.07±0.74	0.37	<0.001																																																																																																																																																																																												
HEMOGLOBINA (G/DL)	7.19±2.21	7.66±2.77	0.93	0.029																																																																																																																																																																																												
INR	1.83±1.23	1.46±0.98	1.32	0.001																																																																																																																																																																																												
ESCALAS PRONÓSTICAS																																																																																																																																																																																																
MAPASH	5±1.8	4±1.8	1.31	<0.001																																																																																																																																																																																												
ABC	7.10±2.7	5.23±2.8	1.26	<0.001																																																																																																																																																																																												
ACTUACIÓN INICIAL																																																																																																																																																																																																
TIEMPO HASTA LA ENDOSCOPIA (H)	18±27	26±31	0.98	0.010																																																																																																																																																																																												
ENDOSCOPIA EN UCI	28.2%	16.0%	—	<0.001																																																																																																																																																																																												
TERAPIA ENDOSCÓPICA	51.2%	60.1%	0.70	0.045																																																																																																																																																																																												
DIAGNÓSTICO NEOPLASIA ENDOSCOPIA	14.4%	4.2%	3.83	<0.001																																																																																																																																																																																												
PROCEDIMIENTOS AVANZADOS																																																																																																																																																																																																
CIRUGÍA	13.1%	4.8%	3.03	<0.001																																																																																																																																																																																												
RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	19.4%	10.2%	2.11	0.002																																																																																																																																																																																												
TRANSFUSIÓN MASIVA	21.3%	7.3%	3.42	<0.001																																																																																																																																																																																												
EVOLUCIÓN CLÍNICA																																																																																																																																																																																																
PERSISTENCIA SANGRADO	48.8%	9.7%	8.87	<0.001																																																																																																																																																																																												
RESANGRADO	40.0%	17.7%	3.09	<0.001																																																																																																																																																																																												
DESCOMPENSACIÓN ENFERMEDAD CRÓNICA	68.1%	25.8%	6.15	<0.001																																																																																																																																																																																												
<p>Tabla 2</p>	<p>Tabla 2. Análisis multivariante de mortalidad intrahospitalaria</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OR</th> <th>IC95%</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td colspan="4">MODELO BASAL</td></tr> <tr><td>ALTERACIÓN ESTADO MENTAL</td><td>1.80</td><td>1.09–2.97</td><td>0.021</td></tr> <tr><td>ALBÚMINA</td><td>0.40</td><td>0.27–0.59</td><td><0.001</td></tr> <tr><td>RECTORRAGIA</td><td>0.28</td><td>0.11–0.74</td><td>0.010</td></tr> <tr><td colspan="4">MODELO AMPLIADO</td></tr> <tr><td>ALBÚMINA</td><td>0.40</td><td>0.26–0.61</td><td><0.001</td></tr> <tr><td>RECTORRAGIA</td><td>0.19</td><td>0.07–0.56</td><td>0.003</td></tr> <tr><td>TERAPIA ENDOSCÓPICA</td><td>0.40</td><td>0.23–0.70</td><td>0.001</td></tr> <tr><td>TRANSFUSIÓN MASIVA</td><td>2.80</td><td>1.26–6.21</td><td>0.011</td></tr> <tr><td>PERSISTENCIA DE SANGRADO</td><td>4.65</td><td>2.32–9.31</td><td><0.001</td></tr> <tr><td>DESCOMPENSACIÓN ENFERMEDAD CRÓNICA</td><td>4.02</td><td>2.30–7.03</td><td><0.001</td></tr> </tbody> </table>		OR	IC95%	P	MODELO BASAL				ALTERACIÓN ESTADO MENTAL	1.80	1.09–2.97	0.021	ALBÚMINA	0.40	0.27–0.59	<0.001	RECTORRAGIA	0.28	0.11–0.74	0.010	MODELO AMPLIADO				ALBÚMINA	0.40	0.26–0.61	<0.001	RECTORRAGIA	0.19	0.07–0.56	0.003	TERAPIA ENDOSCÓPICA	0.40	0.23–0.70	0.001	TRANSFUSIÓN MASIVA	2.80	1.26–6.21	0.011	PERSISTENCIA DE SANGRADO	4.65	2.32–9.31	<0.001	DESCOMPENSACIÓN ENFERMEDAD CRÓNICA	4.02	2.30–7.03	<0.001																																																																																																																																														
	OR	IC95%	P																																																																																																																																																																																													
MODELO BASAL																																																																																																																																																																																																
ALTERACIÓN ESTADO MENTAL	1.80	1.09–2.97	0.021																																																																																																																																																																																													
ALBÚMINA	0.40	0.27–0.59	<0.001																																																																																																																																																																																													
RECTORRAGIA	0.28	0.11–0.74	0.010																																																																																																																																																																																													
MODELO AMPLIADO																																																																																																																																																																																																
ALBÚMINA	0.40	0.26–0.61	<0.001																																																																																																																																																																																													
RECTORRAGIA	0.19	0.07–0.56	0.003																																																																																																																																																																																													
TERAPIA ENDOSCÓPICA	0.40	0.23–0.70	0.001																																																																																																																																																																																													
TRANSFUSIÓN MASIVA	2.80	1.26–6.21	0.011																																																																																																																																																																																													
PERSISTENCIA DE SANGRADO	4.65	2.32–9.31	<0.001																																																																																																																																																																																													
DESCOMPENSACIÓN ENFERMEDAD CRÓNICA	4.02	2.30–7.03	<0.001																																																																																																																																																																																													
<p>Figura 1</p>	<p>Área bajo la curva de las escalas pre-endoscópicas en la predicción de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con hemorragia digestiva alta masiva</p>																																																																																																																																																																																															

Conclusiones: La mortalidad en la HDAM se asocia en el análisis univariado a mayor edad, mayor carga comórbida y mayor gravedad clínica. Sin embargo, tras el ajuste multivariante, el efecto de las comorbilidades se diluye, persistiendo como determinantes independientes la albúmina y la descompensación de enfermedad crónica, lo que sugiere que no es la enfermedad per se sino su grado de deterioro funcional lo que condiciona el pronóstico.

Asimismo, la persistencia del sangrado y la necesidad de transfusión masiva identifican hemorragias no controladas con peor evolución, mientras que la terapia endoscópica se comporta como factor protector. Aunque los pacientes fallecidos presentan mayores puntuaciones en las escalas MAPASH y ABC, su capacidad discriminativa es limitada, lo que cuestiona su utilidad como herramientas pronósticas en la HDAM.



CO012 - UTILIDAD DE LA CITOMETRÍA DE FLUJO DE LINFOCITOS INTRAEPITELIALES EN EL DIAGNÓSTICO COMPLEJO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

Presenta: Natalia Chausse Vázquez de Parga

Chausse, N¹; Gómez López, MP¹; Blanco Rodríguez, S¹; García García, M¹; de la Peña Vicens, A¹; Jaume Valcaneras, C¹; Sureda, I²; Cunill, V³; Garrido Durán, C¹

¹Digestivo. ²Anatomía Patológica. ³Inmunología. Hospital Univ. Son Espases. Palma de Mallorca.

Introducción:

El diagnóstico de enfermedad celíaca (EC) presenta desafíos especialmente en estadios iniciales (histología Marsh 0-1), casos de atrofia vellositaria con serología negativa, pacientes que han iniciado una dieta sin gluten (DSG) de forma empírica o en el diagnóstico de EC refractaria en pacientes no respondedores a DSG.

Objetivos: Evaluar la precisión de la citometría de flujo (CF) en la caracterización de linfocitos intraepiteliales (LIEs) como herramienta complementaria en casos de difícil diagnóstico.

Material y métodos:

Estudio prospectivo en 54 pacientes adultos con sospecha de EC y hallazgos no concluyentes (serología dudosa definida como Ac antitransglutaminasa entre 7-16 o negativa con atrofia vellositaria), Marsh 0-1, DSG previa al diagnóstico o sospecha de refractariedad. Se analizaron poblaciones de LIEs (CD3+, CD8+, TCRγδ+) mediante CF en biopsias duodenales. El patrón compatible con EC se definió como: CD45>12%, LIEs NK-like 15% y la sospecha de EC refractaria tipo II por células T aberrantes (sCD3-, icCD3+)>15-20%. Los resultados se compararon con el diagnóstico clínico final y la respuesta a la DSG como gold estándar.

Resultados:

De los 54 pacientes (83% mujeres, edad mediana 44 años) 25 presentaron un patrón de CF compatible con EC. Grupo en DSG (n=26): La CF permitió confirmar el diagnóstico en el 38,46% de los casos y descartarlo en el 61,5%.

Grupos Marsh 0-1 (n=9) y seronegativos (n=10): Se identificó un patrón compatible en el 22,2% de los Marsh 0-1 y en el 50% de casos con atrofia vellositaria y serología negativa.

Grupo de no respondedores a DSG (n=9): En 1 paciente se identificaron células T aberrantes (<10%).

En nuestra serie la técnica mostró una sensibilidad del 89,3% y una especificidad del 100% (VPP 100%, VPN 89,6%).

Globalmente, la determinación de LIEs confirmó el diagnóstico definitivo en el 46,2% de la muestra total.

Conclusiones:

La citometría de flujo de LIEs es una herramienta que optimiza el diagnóstico de enfermedad celíaca en escenarios complejos. Su uso reduce la incertidumbre clínica, especialmente en pacientes que ya restringen el gluten, evitando diagnósticos erróneos y la necesidad de ensayos terapéuticos prolongados.

CO013 - ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: BIOMARCADORES EN SANGRE PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA MONITORIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Presenta: Pedro Lorenzo Majano Rodríguez.

Majano Rodríguez, PL¹; Molina Jiménez, F¹; Delgado Cruz, F¹; Barceló Miquel, F¹; Casabona Francés, S¹; Martín Domínguez, V¹; Fernández Pacheco, J¹; Lucendo Villarín, A²; Muñoz, J³; Sendino Mouliet, M³; Santander Vaquero, C¹

¹Digestivo. Hospital Univ. de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP). Madrid. ²Digestivo, Hospital General de Tomelloso, Tomelloso, Ciudad Real. ³Señalización celular y proteómica clínica. Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces. Barakaldo, Vizcaya.

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica e inmunomediada caracterizada por disfunción esofágica e infiltración eosinofílica de la mucosa esofágica. Tanto el diagnóstico como el seguimiento de la enfermedad requieren la realización de biopsias esofágicas repetidas, un procedimiento invasivo que limita su uso continuado. Por ello, resulta necesaria la identificación de biomarcadores mínimamente invasivos que permitan monitorizar la actividad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. El objetivo de este estudio fue identificar posibles biomarcadores en sangre periférica asociados a la inflamación y a la EoE activa tras su comparación con individuos control.

Material y métodos: Se analizaron muestras de suero de una cohorte de 25 pacientes adultos con EoE y 10 individuos control. La cuantificación de proteínas séricas se realizó mediante una aproximación proteómica basada en marcaje isobárico, seguida de validación mediante ensayos ELISA. De forma complementaria, se empleó la plataforma Olink para la cuantificación de 92 proteínas asociadas a procesos inflamatorios en suero, seguida de validación mediante ELISA. Asimismo, se llevó a cabo el análisis de los neutrófilos en sangre periférica mediante citometría de flujo.

Nombre	Pie	Previsualizar
FIGURA A	FLUJO DE TRABAJO. PROTEOMICA SERICA (ESPECTROMETRIA DE MASAS) + ELISAs	<p>Espectrometría de masas + ELISA</p>
FIGURA B	FLUJO DE TRABAJO OLINK SUERO	<p>Panel Olink: 92 proteínas inflamatorias</p>

Resultados:

se identificaron un total de 325 proteínas, de las cuales 25 mostraron una acumulación diferencial en pacientes con EoE. Mediante ELISA se confirmó que las proteínas S100A9, IGF1 e IGHA1 presentaban niveles significativamente reducidos en los pacientes en comparación con los controles sanos. El análisis mediante la plataforma Olink reveló niveles elevados de las proteínas LAP-TGF-β1 y RANKL/TRANCE, confirmados mediante ELISA, en el suero de pacientes con EoE. Además, se observó una disminución de neutrófilos circulantes en los pacientes con la enfermedad.



CO014 - BIOFEEDBACK NO INSTRUMENTAL PARA LA INCONTINENCIA ANAL. RESULTADOS DE UNA NUEVA METODOLOGÍA APLICABLE EN LA CONSULTA MÉDICA SIN NECESIDAD DE INSTRUMENTACIÓN.

Presenta: Bouchra Benslaiman

Benslaiman, B¹; Barber-Caselles, C¹; Azpiroz, F²; Serra, J¹

¹Digestive System Research Unit. Hospital Univ. Vall D'Hebron; Univ. Autònoma de Barcelona. ²Digestive System Research Unit. Hospital Univ. Vall D'Hebron, Institut de Recerca (VHIR). Barcelona.

Introducción:

El biofeedback anorectal es un tratamiento efectivo de la incontinencia anal, pero debido a sus requerimientos técnicos no está disponible en muchos lugares. Por ello, nuestro objetivo fue desarrollar un tratamiento original y sencillo de la incontinencia anal que pudiese llevarse a cabo en la consulta médica, sin ayuda de instrumentación. En un análisis preliminar reportamos que este tratamiento no instrumental de la incontinencia anal podía ser efectivo para reducir el número de escapes en estos pacientes. En este resumen reportamos los resultados finales de este estudio.

Material y métodos:

En un ensayo aleatorizado 1:1, paralelo y controlado con placebo se incluyeron 53 pacientes mujeres consecutivas (rango de edad 25-77 años) aquejadas de incontinencia anal (mínimo de 4 escapes en las 2 semanas previas), con alteración esfinteriana en la manometría anorectal, y sin alteraciones estructurales anorectales. A las pacientes se les realizó una evaluación de la función anorectal, y se les realizó una sesión de tratamiento. A las mujeres aleatorizadas a tratamiento con biofeedback no instrumental se les enseñó, con el soporte de un video explicativo y de tacto rectal, cómo movilizar el esfínter anal externo y el músculo puborectal. A las pacientes del grupo control se les instruyó a tomar una cápsula de placebo (glucosa 0.3 g) vía oral. Cada paciente recibió instrucciones de realizar los ejercicios (grupo de biofeedback) o de tomar placebo (grupo control) a diario, y a los 3 meses se evaluó la respuesta al tratamiento. Se evaluaron: 1) el número de escapes registrados en un diario las 2 semanas previas al tratamiento y las 2 semanas últimas (variable principal), la escala de Wexner, el test de ansiedad/depresión (HAD) y la calidad de vida relacionada con la incontinencia (FIQL) antes y al final del tratamiento.

Resultados:

Las pacientes del grupo biofeedback redujeron significativamente el número de escapes tras el tratamiento (disminución del 47±11 % respecto a antes del tratamiento; p=0.021 respecto a incremento del 103±68 % del grupo placebo). La disminución en el número de escapes en el grupo de biofeedback se asoció a una reducción en: 1) la puntuación en la escala de Wexner (reducción de 9±7 %); 2) los niveles de ansiedad cuantificados en el HAD (reducción del 10±5 %); y 3) incremento en la calidad de vida en los dominios de estilo de vida, conducta y vergüenza (incremento de 23±7 %, 26±8 % y 29±9 %, respectivamente); p<0.05 vs pre-tratamiento para todos. En las pacientes tratadas con placebo no se produjeron cambios significativos en la escala de Wexner, el HAD ni en ninguno de los dominios del FIQL.

Conclusiones:

La incontinencia anal puede corregirse eficazmente mediante una técnica sencilla de biofeedback ano-rectal no instrumental, aplicada con soporte audiovisual, y accesible para ser realizada en la consulta sin ningún tipo de instrumentación adicional.



CO015 - COMPARACIÓN FRENTE A FRENTE DE DOS PCAB EN MONITOREO CON PH EN ON

Presenta: Elías Artemio San Vicente Parada

San Vicente Parada, EA¹; Guerrero Barrera, RC²

¹Gastroenterology. Hospital Juárez de Mexico. Estado de México, México. ²Gastroenterology. Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, México.

Introducción:

Desde la introducción del vonoprazam en Asia hace casi 10 años, los agonistas competitivos de los canales de potasio (PCAC), mostraron un adecuado control del reflujo gastroesofágico (mejoría de esofagitis), y tasas de erradicación del Helicobacter entre 80-90%. En este estudio se comparan directamente los resultados por monitoreo ambulatorio de pH (pH en on) con fexuprazan 40 mg o tegoprazam de 50 mg, en pacientes con datos endoscópicos de reflujo (esofagitis A comprobada por pH Off, esofagitis B-D, estenosis péptica, y esófago de Barrett).

No existe comparación directa de estas moléculas, la mayoría son con inhibidores de la bomba de protones.

El objetivo es valorar la supresión del ácido a nivel esofágico, con una sola dosis de los medicamentos, en pacientes con ERGE severo, demostrado con pH en On de manera objetiva

Material y métodos:

Se seleccionaron pacientes mayores de 18 años, que acudieron a realizar estudio de manometría esofágica de alta resolución, se les propuso el estudio de pH en On a pacientes con pH off con TEAa >10%, esofagitis grado A comprobada con pH off, esofagitis grado B-D, estenosis péptica y esófago de Barrett, se autorizó con consentimiento informado. El estudio de manometría realizó con equipo Given© A120 con catéter de 36 sensores de estado sólido, los estudios se realizaron de acuerdo con Chicago v 4.0 en posición primaria de sedestación. Para el monitoreo de pH se realizó con equipo Digitrapper ©, con catéter Versaflex©, se administró de manera cegada al revisor de estudios, el fexuprazan o tegoprazan bajo supervisión del médico residente que instalo el catéter de pH. Se interpretó el pH de acuerdo con Lyon 2.0 y los estudios se realizaron de acuerdo con Oporto. Se consideró respuesta a un pH <4.0 durante el registro, el análisis se realizó con medias y comparación con prueba exacta de Fisher, con el Software Jamovi©.

Resultados:

Se realizó estudio a 37 pacientes en un periodo de enero del 2025 a enero del 2026 en un solo centro, 35 completaron con una edad media de 56.2 años (18-84 años), 65% fueron mujeres, con una media de IMC 28.1. De los diagnósticos el más común fue esofagitis grado B (13 pacientes), grado C (5), 2 con TEA 10%, 3 con Barrett. En manometría, 19 sin alteraciones, 12 pacientes con MEI, 4 con contractilidad ausente. De los resultados de pH en On, 19 pacientes recibieron fexuprazan y 16 tegoprazam, 30 paciente se consideró con respuesta a una sola dosis, 5 presentaron TEA >4%. En pacientes con TEA <4%, 2 paciente se consideró compatible con hipersensibilidad al reflujo y uno con pirosis funcional. No se encontró diferencia en la tasa de respuesta con la prueba de Fisher (p .642), con un RR de 0.722 (IC 95% 0.317-1.65).

Conclusiones:

Los PCAB en estudios de varios centros comparados con inhibidores de la bomba han demostrado buenos resultados en el control de la esofagitis, demostrado por endoscopia y por datos clínicos. En este estudio con monitoreo ambulatorio de pH en On, en pacientes con ERGE severo demostraron ambos medicamentos un gran respuesta, que se cuantifico de manera objetiva.



CO016 - UTILIDAD DE LA PLANIMETRÍA DE IMPEDANCIA EN LA PREDICCIÓN DE DESARROLLO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO TRAS POEM. ESTUDIO FLIPOEM. RESULTADOS PRELIMINARES.

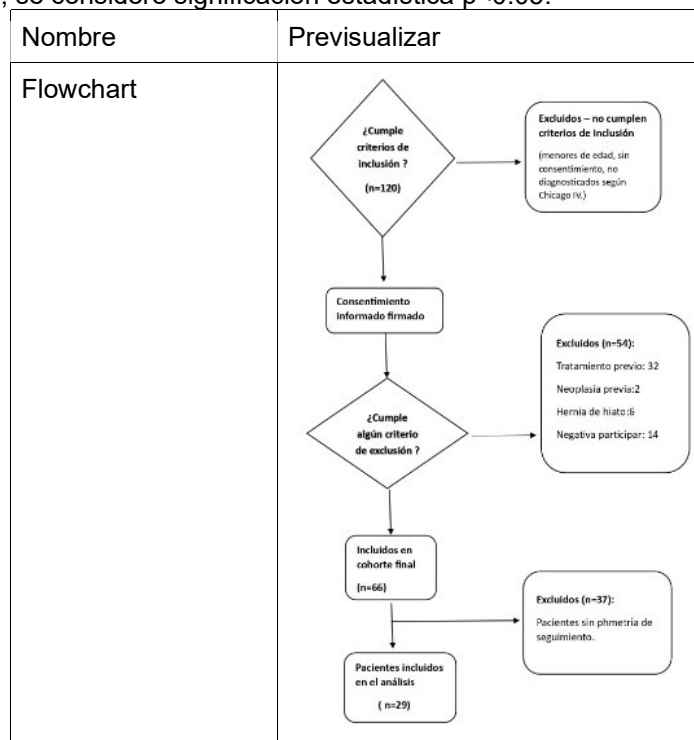
Presenta: Rosalía González Miyar

González Miyar, R¹; el Hajra Martínez, I¹; Duricek, M²; Romero Reina, AI³; de Frutos Rosa, D¹; Matallana Royo, V¹; Santiago García, J¹; Plutko, S²; Serrano López, MC¹; Relea Pérez, L¹; Valentín Gómez, F¹; Herreros de Tejada Echanojauregui, A¹

¹Digestivo. Hospital Univ. Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. ²Gastroenterology. University Hospital Martin. Martin, Eslovaquia. ³Digestivo. Hospital Univ. 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La miotomía endoscópica peroral (POEM) es un tratamiento eficaz para la acalasia y otros trastornos motores esofágicos, aunque se asocia a una elevada incidencia de reflujo gastroesofágico (ERGE). La planimetría de impedancia permite evaluar parámetros funcionales de la unión gastroesofágica (UGE) potencialmente relacionados con el desarrollo de ERGE. El objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre parámetros planimétricos intra-procedimiento y la aparición de ERGE a 3–5 meses tras POEM.

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo, multicéntrico e internacional, que incluyó consecutivamente pacientes naïve con diagnóstico de acalasia según Chicago IV entre octubre de 2024 y febrero de 2026. Se presenta un análisis intermedio, en el que se incluyeron los pacientes que habían completado el seguimiento de 3–5 meses tras el POEM. Se registraron mediante planimetría de impedancia los valores de distensibilidad (DI), diámetro mínimo y presión de la UGE a 40 y 50 ml, antes y tras la miotomía. El éxito clínico se definió como Eckardt ≤ 3 a los 3–5 meses. ERGE se definió según criterios de Lyon 2.0 como tiempo de exposición ácida (TEA) >6% en pHmetría sin inhibidores de bomba de protones o esofagitis péptica >A. Además, se analizó la presencia de diferentes patrones de acidificación. Se realizó un análisis comparativo entre grupos (ERGE vs no ERGE), utilizando la U de Mann–Whitney para variables continuas y el test exacto de Fisher para variables categóricas; se consideró significación estadística $p < 0.05$.



Resultados: Se incluyeron 29 pacientes (edad media 50.7 ± 15.7 años), 51.7% varones. La acalasia tipo II fue el subtipo más frecuente (75.9%). Se alcanzó éxito clínico en el 100%, con descenso del Eckardt de 6 (IQR 5–8) a 1 (IQR 0–1) ($p < 0.001$).

La tasa de ERGE a los 3-5 meses fue de 75.9% (IC 95: 56.5%–89.7%) con un caso borderline (3.4%, IC95% 0.1–17.8%). La tasa de reflujo pHmétrico y endoscópico fue de 51,7% en ambos casos, siendo la esofagitis grado B la más frecuente (37.9%)

Los parámetros planimétricos (DI, diámetro y presión a 40 y 50 ml, pre y post POEM), así como la variación de estas mediciones antes y después de la miotomía) no mostraron asociación estadísticamente significativa con la aparición de ERGE, esofagitis ni con los diferentes patrones de acidificación



En cambio, se observaron asociaciones significativas con ERGE para: Eckardt post-procedimiento [1 (0–1) vs 1.5 (1–2), p=0.016], longitud de la miotomía esofágica [9 (7–10) vs 4.5 (3.2–5), p=0.014] y abordaje anterior [63.6% vs 0%, p=0.016].

Nombre	Pie	Previsualizar																																																
Tabla 1	Características basales. POEM: Miotomía endoscópica peroral; IMC: índice de masa corporal; EEI: esfínter esofágico inferior; IRP: Presión Integrada de relajación.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">POEM (n=29)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edad (años), media (DE)</td> <td>50.66 (15.66)</td> </tr> <tr> <td>Varones, n (%)</td> <td>15 (51.7%)</td> </tr> <tr> <td>IMC, mediana (IQR)</td> <td>25.62 (22.21–32.42)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tabaco, n (%)</td> </tr> <tr> <td>Fumadores</td> <td>1 (3.4%)</td> </tr> <tr> <td>Nunca</td> <td>20 (69.0%)</td> </tr> <tr> <td>Exfumadores</td> <td>8 (27.6%)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Trastorno motor, n (%)</td> </tr> <tr> <td>Acalasia I</td> <td>5 (17.2%)</td> </tr> <tr> <td>Acalasia II</td> <td>22 (75.9%)</td> </tr> <tr> <td>Acalasia III</td> <td>2 (6.9%)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Eckardt score, mediana (IQR)</td> </tr> <tr> <td>Eckardt score</td> <td>6 (5-8)</td> </tr> <tr> <td>Distagia</td> <td>3 (2-3)</td> </tr> <tr> <td>Dolor retroesternal</td> <td>1 (0-1)</td> </tr> <tr> <td>Regurgitación</td> <td>1 (1-2)</td> </tr> <tr> <td>Pérdida de peso</td> <td>2 (1-3)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Datos manométricos, media (DE)</td> </tr> <tr> <td>Presión basal EEI</td> <td>36.51 ± 13.28</td> </tr> <tr> <td>IRP en supino</td> <td>24 (20.3–33.1)</td> </tr> <tr> <td>IRP en sedestación</td> <td>21.1 (17.36–27.98)</td> </tr> </tbody> </table>	POEM (n=29)		Edad (años), media (DE)	50.66 (15.66)	Varones, n (%)	15 (51.7%)	IMC, mediana (IQR)	25.62 (22.21–32.42)	Tabaco, n (%)		Fumadores	1 (3.4%)	Nunca	20 (69.0%)	Exfumadores	8 (27.6%)	Trastorno motor, n (%)		Acalasia I	5 (17.2%)	Acalasia II	22 (75.9%)	Acalasia III	2 (6.9%)	Eckardt score, mediana (IQR)		Eckardt score	6 (5-8)	Distagia	3 (2-3)	Dolor retroesternal	1 (0-1)	Regurgitación	1 (1-2)	Pérdida de peso	2 (1-3)	Datos manométricos, media (DE)		Presión basal EEI	36.51 ± 13.28	IRP en supino	24 (20.3–33.1)	IRP en sedestación	21.1 (17.36–27.98)				
POEM (n=29)																																																		
Edad (años), media (DE)	50.66 (15.66)																																																	
Varones, n (%)	15 (51.7%)																																																	
IMC, mediana (IQR)	25.62 (22.21–32.42)																																																	
Tabaco, n (%)																																																		
Fumadores	1 (3.4%)																																																	
Nunca	20 (69.0%)																																																	
Exfumadores	8 (27.6%)																																																	
Trastorno motor, n (%)																																																		
Acalasia I	5 (17.2%)																																																	
Acalasia II	22 (75.9%)																																																	
Acalasia III	2 (6.9%)																																																	
Eckardt score, mediana (IQR)																																																		
Eckardt score	6 (5-8)																																																	
Distagia	3 (2-3)																																																	
Dolor retroesternal	1 (0-1)																																																	
Regurgitación	1 (1-2)																																																	
Pérdida de peso	2 (1-3)																																																	
Datos manométricos, media (DE)																																																		
Presión basal EEI	36.51 ± 13.28																																																	
IRP en supino	24 (20.3–33.1)																																																	
IRP en sedestación	21.1 (17.36–27.98)																																																	
Tabla 2	Comparación de grupos. ERGE: Enfermedad por reflujo gastroesofágico; GERDQ: Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">GERDQ</th> <th colspan="2">Eckardt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Media</td> <td>10.5</td> <td>Media</td> <td>6.5</td> </tr> <tr> <td>DE</td> <td>3.5</td> <td>DE</td> <td>2.5</td> </tr> <tr> <td>IQR</td> <td>7-14</td> <td>IQR</td> <td>4-9</td> </tr> <tr> <td>Min</td> <td>3</td> <td>Min</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Max</td> <td>17</td> <td>Max</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Eckardt</td> <td colspan="2">GERDQ</td> </tr> <tr> <td>Media</td> <td>6.5</td> <td>Media</td> <td>10.5</td> </tr> <tr> <td>DE</td> <td>2.5</td> <td>DE</td> <td>3.5</td> </tr> <tr> <td>IQR</td> <td>4-9</td> <td>IQR</td> <td>7-14</td> </tr> <tr> <td>Min</td> <td>1</td> <td>Min</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Max</td> <td>11</td> <td>Max</td> <td>17</td> </tr> </tbody> </table>	GERDQ		Eckardt		Media	10.5	Media	6.5	DE	3.5	DE	2.5	IQR	7-14	IQR	4-9	Min	3	Min	1	Max	17	Max	11	Eckardt		GERDQ		Media	6.5	Media	10.5	DE	2.5	DE	3.5	IQR	4-9	IQR	7-14	Min	1	Min	3	Max	11	Max	17
GERDQ		Eckardt																																																
Media	10.5	Media	6.5																																															
DE	3.5	DE	2.5																																															
IQR	7-14	IQR	4-9																																															
Min	3	Min	1																																															
Max	17	Max	11																																															
Eckardt		GERDQ																																																
Media	6.5	Media	10.5																																															
DE	2.5	DE	3.5																																															
IQR	4-9	IQR	7-14																																															
Min	1	Min	3																																															
Max	11	Max	17																																															

Conclusiones: En este análisis intermedio, los datos obtenidos mediante planimetría de impedancia no mostraron asociación estadísticamente significativa con la presencia de ERGE a corto plazo tras POEM. Factores como la longitud de la miotomía y el abordaje anterior, sí se asociaron con mayor riesgo de ERGE. Estos hallazgos deberán confirmarse en análisis posteriores con mayor tamaño muestral, potencia estadística y ajuste multivariable.