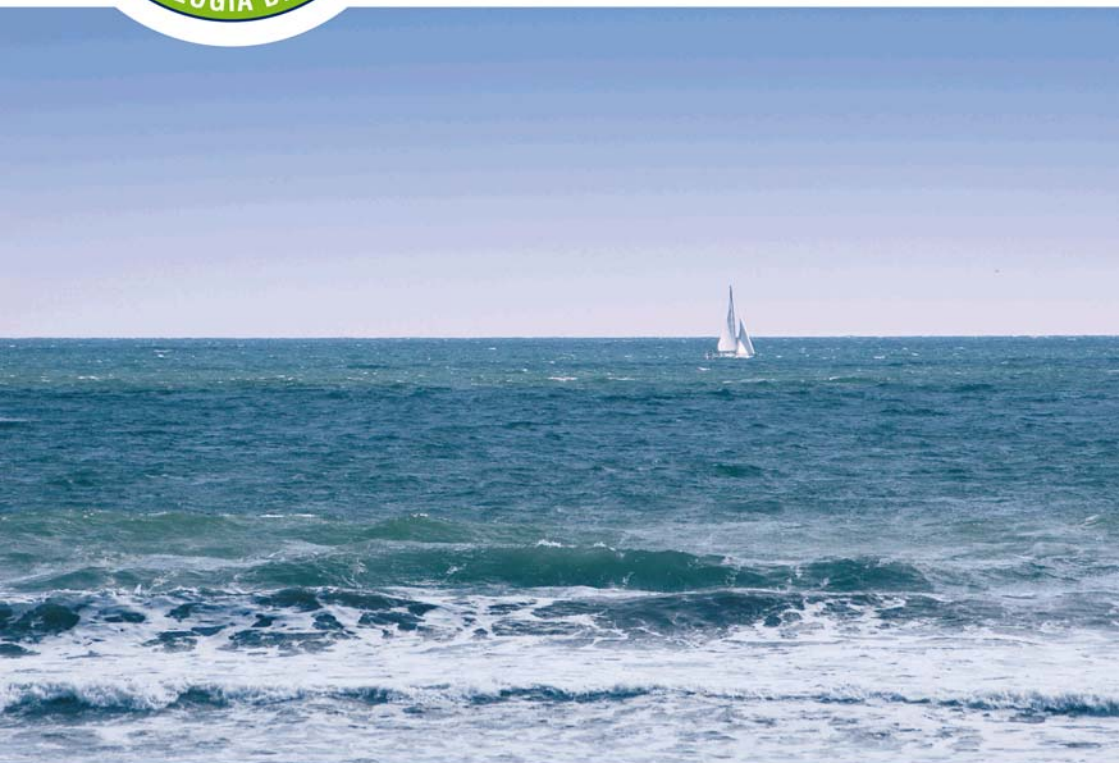




XXXIX

Reunión S.A.P.D.



Huelva, 2 al 4 de Octubre de 2008

Hotel Barceló Punta Umbría

www.aticongress.com/XXXIXreunionsapd



XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

Estimados amigos,

Es para nosotros un honor el poder organizar la XXXIX Reunión de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva en Huelva, en un entorno como es Punta Umbría y donde creemos que podremos disfrutar de un ambiente agradable tanto en lo meteorológico como en lo científico, con comunicaciones y ponencias de alto nivel.

Es una reunión pensada por y para los especialistas, pero sobre todo para los residentes que se encuentran en ese periodo tan bonito de formación y con el cuál llegarán a ser unos grandes especialistas de Aparato Digestivo. Tendremos cuatro simposiums con temas variados y dos conferencias, una por parte del Dr Martín Herrera, evocando momentos anteriores y finalmente otra por parte del Dr Binmoeller en el que nos descubrirá una parte importante y apasionante de la endoscopia terapéutica.

Esperamos contar con todos para poder discutir y debatir las ponencias, al igual que la sesión de póster.

Tan solo deseamos que tengáis una agradable estancia entre nosotros y que cada vez subamos más el nivel científico de nuestra/vuestra reunión

El comité organizador.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD
Secretaría General de Calidad y Modernización

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO.

HECHOS

ÚNICO - Con fecha 7 de mayo de 2008, Héctor Pallares Manrique presenta la solicitud y documentación correspondientes por si se estimara oportuno el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario respecto del acto XXXIX Reunión de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva a celebrar en Punta Umbria (Huelva) del 2 al 4 de octubre de 2008

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO - El Secretario General de Calidad y Modernización es competente para resolver en virtud de las facultades que le han sido atribuidas por el artículo 6º del Decreto 193/2008 de 6 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.

SEGUNDO - Examinada la memoria, objetivos y programa de la actividad, se comprueba que se encuentra dirigida a **profesionales sanitarios**, debiendo por tanto acompañarse de la acreditación recogida en el Decreto 203/2003, de 8 de julio, por el que se regula el procedimiento de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias.

Visto los antecedentes expuestos, la normativa citada y demás preceptos legales de general y pertinente aplicación,

RESUELVE

CONCEDER el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario, supeditado a lo establecido en el fundamento de derecho segundo.

Contra la presente resolución que no agota la vía administrativa podrá interponer recurso de alzada ante la Excm. Sra. Consejera de Salud en el plazo de un mes, contado desde el día siguiente al de su notificación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 114 y 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999 de 13 de enero.

Sevilla, a 31 de julio de 2008

EL SECRETARIO GENERAL DE CALIDAD Y MODERNIZACIÓN

(Firma: Teresa Campos García) en Resolución de 26-5-04)

Jefe del Servicio de Desarrollo Profesional y f. i. nación



Teresa Campos García
Fdo.: Teresa Campos García

Exp 123 /08

Comité de Honor

Excmo. Sr. D. Manuel Chávez González. Presidente de la Junta de Andalucía.

Excma. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado. Consejera de Salud de la Junta de Andalucía.

Excmo. Sr. D. Jose Luís Gutiérrez Pérez. Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud.

Ilma. Sra. Dña. Petronila Guerrero Rosado. Presidenta de la Ilma. Diputación Provincial de Huelva.

Ilmo. Sr. D. Gonzalo Rodríguez Nevado. Alcalde de Punta Umbría.

Ilma. Sra. Dña. Bárbara Carrasco Monzón. Concejala Delegada de Juventud, Salud, Consumo y Protección Civil de Punta Umbría.

Dr. José Carlos Medina Sierra. Director Gerente Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva).

Dr. José Antonio Otero Fernández. Director Médico Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)

Dr. Juan Esteban Carretero. Presidente de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

Junta Directiva SAPD

Presidente:

Juan Esteban Carretero (Almería)

Vicepresidentes:

Andalucía Oriental:

Julio Pleguezuelo Díaz (Granada)

Andalucía Occidental:

José Luis Márquez Galán (Sevilla)

Manuel Rodríguez-Téllez (Sevilla)

Secretario:

Manuel Fernández-Dovale Martín (Sevilla)

Vicesecretario:

Federico Argüelles Arias (Sevilla)

Tesorero:

Antonio Galindo Galindo (Sevilla)

Director de la Revista SAPD:

Manuel Jiménez Sáenz

Director de la página WEB:

Pedro Hergueta Delgado (Sevilla)

Vocales a la presidencia:

José Manuel Rodríguez Laíz (Almería)

Juan de Dios Vega (Córdoba)

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

Vocales de provincias:

José Francisco Suárez Crespo (Almería)
M^a Carmen Martínez Sierra (Cádiz)
Antonio Reyes López (Córdoba)
Francisco Javier Casado Caballero (Granada)
José Luis Domínguez Jiménez (Jaén)
Manuel Ramos Lora (Huelva)
Juan Miguel Rodrigo López (Málaga)
Fco Javier Romero Vázquez (Sevilla)

Javier Salmerón Escobar. Organizador Reunión SAPD 2009

Presidente Comité Científico:

Andrés M. Sánchez Cantos (Marbella)

Comité Científico

Andrés Manuel Sánchez Cantos

Manuel Castro Fernández
Ángel Caunedo Álvarez
Jose Manuel Rodríguez Laiz
Salvador Morales Conde
Emilio Gordillo Urizal

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

Comité Organizador

Presidente Honorario
Agustín Domínguez Macías

Presidente
Héctor Pallarés Manrique

Vicepresidente
Manuel Ramos Lora

Secretaría Científica
Manuel Baltasar Pérez Gómez

Tesorero
Manuel Garrido Mora

Asesores científicos
Roberto González Gutiérrez
María Rojas Feria
Fernando Jiménez Macías

Vocales
Rosario Osuna Molina
Antonio Maraver García
Aurora Talavera Fabuel
Eulalia de las Morenas
Ahmed Kamel
Rafael Saenz Solis
Eduardo Espinosa
Alberto Royo
Fernando de la Portilla
Fernando Expósito
Joaquín Cuadrado
Fernando Méndez Sangil

JUEVES 2 DE OCTUBRE

15.30 h - 16.30 h Apertura secretaría y recogida documentación.

16.30 h - 17.00 h Controversias: “Enfermedad celiaca refractaria”
Dr Pallarés Manrique. Huelva
MODERADOR: Dr Esteban Carretero. Almería

17.00 h - 18.30 h Mesa Comunicaciones I
MODERADOR/ES: Dr Jiménez Macías. Huelva
Dr Argüelles Arias. Sevilla

17.00 h. ¿CUAL ES LA DURACION OPTIMA DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI CON UN INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES, CLARITROMICINA Y AMOXICILINA, EN PACIENTES DISPEPTICOS? ¿7 o 10 DIAS?.

Pérez Pastor MA, Grande Santamaría L, Lamas Rojas E, Romero Gómez M, Castro Fernández M.
Hospital Valme.
Sevilla.

17.10 h. EFICACIA DE OMEPRAZOL, LEVOFLOXACINO Y AMOXICILINA, DURANTE 10 DIAS, COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA ELECCION EN LA ERRADICACION DEL HELICOBACTER PYLORI.

Pérez Pastor MA, Jover Cobos M, Lamas Rojas E, Romero Gómez M, Castro Fernández M.
Hospital Valme.
Sevilla.

17.20 h. INFLUENCIA DEL GRADIENTE DEL TEST DEL ALIENTO (TAU) EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR DE RESCATE DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI.

Gonzalo Marín J, Navarro Jarabo JM, Pérez Aísa A, Albandea Moreno C, Aguilar Urbano V.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

17.30 h. INTOLERANCIA A LA FRUCTOSA: UN MUNDO POR DESCUBRIR.

Aguilar Urbano VM, Albandea Moreno C, Perez Aisa A, Gonzalo Marin J, Sánchez Cantos AM.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

17.40 h. GASTROPLICATURA ENDOSCOPIA Y ABLACION CON RADIOFRECUENCIA DEL EEI COMO TRATAMIENTO DE LA ERGE: RESULTADOS DE UN CENTRO DE ANDALUCIA DESDE 2001

Morales Barroso ML, Rodríguez-Téllez M, Carmona Soria I, Jurado C, Argüelles Arias F, Pérez Pozo JM, Sánchez-Yagüe A, Pellicer FJ, Herrerías JM.

Hospital Universitario Virgen Macarena.
Sevilla.

17.50 h. IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN UNA UNIDAD DE ACCESO ABIERTO

Ledro Cano D, Kassem Dacur A.

Hospital Ciudad de Coria. Coria.
Cáceres.

18.00 h. DIFICULTADES TECNICAS EN EL DRENAJE GUIADO POR ECOENDOSCOPIA DE PSEUDOQUISTES Y ABSCESOS PANCREATICOS

Romero Castro R, Pellicer Bautista F, Ortiz Moyano C, Leria Yebenes V, Argüelles Arias F, Herrerías Gutierrez JM.

Hospital Virgen Macarena.
Sevilla.

18.10 h. COMPARACION DE DOS MODOS DE CAPSULA ENDOSCOPICA PARA DETECCION DE LA PAPILA

Sánchez Yagüe A, Rosales Zabal JM, Chaves Elena A, Mendez Sanchez IM, Perez Aisa A, Sanchez Cantos AM.

Hospital Costa del Sol.
Marbella.

18.30 h - 19.00 h Pausa – Café

19.00 h - 20.00 h Symposium Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Patrocinado por ABBOTT

Moderador: Dr Alcain

Ponencias: Diagnóstico y tratamiento precoz en la enfermedad de Crohn.
Dr Argüelles Arias.

Adalimumab: 1ª línea tratamiento biológico en la enfermedad de Crohn.

Dra Rojas Feria

20.00 h - 20.15 h Medalla de oro SAPD a título póstumo. Dr de la Santa.

Presentación: Dr José Luís Márquez.

Hospital Virgen del Rocío.
Sevilla.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

20.15 h - 20.45 h Charla inaugural
Tema: 40 años de Trabajo y Amistad
Presentación: Dr Agustín Domínguez Macías
Ponente: Dr Leopoldo Martín Herrera

21.00 h Acto inaugural.

21.15 h Copa bienvenida.

VIERNES 3 DE OCTUBRE

08.30 h - 10.00 h Mesa Comunicaciones II
Moderadores: Dra Rojas Feria. Huelva.
Dr Herqueta Delgado. Sevilla.

08.30 h. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y EMBARAZO.
Pérez Pastor MA, Grande Santamaría L, Guerrero Jiménez P, Artura Serrano A, Castro Fernández M.
Hospital Valme.
Sevilla.

08.40 h. ¿DISPONEMOS DE ALGUN PARAMETRO CLINICO O ANALITICO CAPAZ DE PREDECIR LA RECIDIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?.
Rodríguez Perálvarez ML, Soto Escribano P, García Sánchez V, Iglesias Flores E, Vida Pérez L, Gomez Camacho F.
Hospital Reina Sofía.
Córdoba.

08.50 h. PAPEL DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: NUESTRA EXPERIENCIA.
Moreno Garcia A, Perez Aisa A, Mendez Sanchez Im, Fernandez Perez F, Sanchez Cantos A.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

09.00 h. CALPROTECTINA FECAL. VALOR EN EL DIAGNOSTICOS DE LA EII ACTIVA EN ADULTOS Y NIÑOS.
Leo Carnerero E, Del Castillo Corzo F, Herrera Justiniano JM, Rodriguez Herrera* A, Espin B*, Dominguez Abascal F.
Hospital Virgen del Rocío.
Sevilla.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

09.10 h. INFLUENCIA DE LAS MUTACIONES DEL GEN NOD2 SOBRE EL FENOTIPO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN.

Del Castillo Corzo F, Leo Carnerero E, Herrera Justiniano JM, Garcia Lozano* JR, Marquez Galan JL.

Hospital Virgen del Rocío.

Sevilla.

09.20 h. MUTACIONES DEL GEN NOD2 Y GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD DE CROHN.

Herrera Martin P, Leo Carnerero E, Gonzalez Escribano* F, Herrera Justiniano JM, Crivell Charneco C.

Hospital Virgen del Rocío.

Sevilla.

09.30 h. TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON INFLIXIMAB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CORTICODEPENDIENTE: RESULTADOS PRELIMINARES.

Maldonado Pérez B, Castro Laria L, Caunedo Álvarez A, Romero Vázquez J, Argüelles Arias F, Pellicer Bautista FJ, Herrerías Gutiérrez JM.

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Sevilla

09.40 h. EFICACIA DEL ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y FRACASO PREVIO A LA TERAPIA CON IFX (DATOS PRELIMINARES).

Cordero Ruiz, P, Castro Márquez C, Méndez Rufián V, Castro Laria L, Caunedo Álvarez A, Herrerías Gutiérrez JM.

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Sevilla.

10.00 h - 11.00 h Taller Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Patrocinado por SCHERING-PLOUGH

MODERADOR: Dr. Ramos Lora.

CASO CLINICO 1. Dr. Leo Carnerero.

Colitis Ulcerosa y Anemia hemolítica. Tratamiento con Infliximab

CASO CLINICO 2. Dra. Castro Laria.

Enfermedad de Crohn asociada a manifestaciones extraintestinales en tratamiento de mantenimiento con infliximab

PONENCIA. Dr. Castro Fernandez.

Eficacia y Seguridad del tratamiento con Infliximab

11.00 h - 11.30 h Pausa – Café

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

11.30 h - 12.00 h Controversias: "Alternativas actuales a la colonoscopia"

Ponentes: Dr Romero – Sevilla.

Dr Martín de Pablos. Sevilla

Moderador: Dr de Dios Vega. Córdoba.

12.00 h - 13.30 h Symposium Enfermedad Acido Péptica

Patrocinado por JANSSEN-CILAG

AVANCES EN PATOLOGIA ESOFAGICA Y SUS MANIFESTACIONES EXTRAESO-FÁGICAS

Presidente: Dr. Herrerías Gutiérrez

Coordinador-Moderador: Dr. Rodríguez-Téllez

Endoscopia

Tratamiento actual del divertículo de Zenker

Dr. Pallarés Manrique

Nuevas herramientas en el diagnóstico y tratamiento endoscópico del esófago de Barrett

Dr. Parra

Enfermedad por reflujo gastroesofagico

¿Cómo manejan otros especialistas las manifestaciones extraesofágicas de la ERGE?

Dr. Galera Ruiz

Requisitos para un correcto tratamiento de las manifestaciones extraesofágicas de la ERGE

Dr Argüelles Arias

14.00 h -16.30 h Almuerzo

16.30 h - 18.00 h Mesa Comunicaciones III

Moderadores: Dr Garrido Serrano. Sevilla

Dr Casado Caballero. Granada

16.30 h. RELEVANCIA DE LA CARGA FAMILIAR EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN CÁNCER COLORECTAL OFERTADO A FAMILIARES EN PRIMER GRADO.

Castillo Molina L, Vida Pérez L, Hervás Molina A, Naranjo Rodríguez A, Agüera Arroyo B, De Dios Vega J.

Hospital Reina Sofía.

Córdoba.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

16.40 h. ADENOMA SESIL SERRADO DE COLON. NUEVA VIA DE CARCINOGENESIS.

Cordero Fernández C, Sánchez Chávez E, Pizarro Moreno A, Garzón Benavides M, Gómez Izquierdo L.

Hospital Virgen del Rocío.

Sevilla.

16.50 h. GRANDES ADENOMAS SESILES RECTALES. RECURRENCIA LOCAL TRAS POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA Y /O CIRUGIA TRANSANAL.

De La Cruz Ramírez MD, Pizarro Moreno A, Garzón Benavides M, López Ruiz TJ, Cordero Fernández C.

Hospital Virgen del Rocío.

Sevilla.

17.00 h. REGISTRO ANDALUZ DE POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF) RESULTADOS PRELIMINARES.

Garzón Benavides M, Cordero Fernández C, Hervás Molina AJ, Herrero Grijalbo MI, García Lozano R.

Hospital Virgen del Rocío.

Sevilla.

17.10 h. PROTEINA C REACTIVA COMO MARCADOR DE CANCER COLORECTAL Y PREDICTOR DE METASTASIS.

Pérez Pastor A, Sánchez Muñoz D, Ortiz Moyano C, Rodríguez Alonso C, Guerrero Jimenez P.

Hospital Valme.

Sevilla.

17.20 h. ¿PUEDE INDICARSE EL ESTUDIO CON CAPSULA ENDOSCOPICA EN LOS PACIENTES CON EXCRECION RETRASADA DE LA CAPSULA AGILE PATENCY?.

Rosales Zabal JM, Sánchez Yague A, Chaves Elena A, Delgado Rodríguez I, Pérez Aisa A, Sánchez Cantos AM.

Hospital Costa del Sol.

Marbella.

17.30 h. PILLCAM COLON VS COLONOSCOPIA PARA LA VALORACION DE LA PATOLOGIA COLONICA. RESULTADOS PRELIMINARES PROPIOS DE UN ESTUDIO COMPARATIVO MULTICENTRICO.

Romero Vázquez J, Caunedo Álvarez A, Maldonado Pérez B, Pellicer Bautista F, Herrerías Gutiérrez JM.

Hospital Virgen Macarena.

Sevilla.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

17.40 h. UTILIDAD DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCION BASADO EN EL USO DE VISOR EN TIEMPO REAL DE RAPID READER RT PARA EVITAR ESTUDIOS INCOMPLETOS DE LA CAPSULA ENDOSCOPICA: RESULTADOS PRELIMINARES.

Sánchez Yagüe A, Chaves Elena A, Rosales Zabal JM, Delgado Rodríguez I, Pérez Aisa A, Sánchez Cantos AM.

Hospital Costa del Sol.
Marbella.

18.00 h - 18.30 h Controversias: "Cirugía Laparoscópica del Colon"

Moderador: Dr Espinosa. Huelva

Ponente: Dr Gándara. Marbella.

18.30 h - 19.00 h Pausa – Café

19.00 h Reunión Grupo Andaluz Poliposis (sala Pinta)

19.00 h - 19.15 h Visita póster y elección mejores para defensa

19.15 h - 19.30 h Comunicación Pósters seleccionados

Moderadores: Dr Rodríguez Laiz. Almería

Dr Suárez Crespo. Almería.

Dr Romero Vázquez. Sevilla

P-1. ERGE: ¿Y DESPUES DE LA CIRUGÍA QUE?.

Aguilar Urbano VM, Gonzalo Marín J, Albadea Moreno C, Pérez Aisa A, Rivera Irigoín R.

Hospital Costa del Sol.
Marbella.

P-2. ERGE: RELACION SINTOMAS Y PRUEBAS REALIZADAS.

Aguilar Urbano VM, Pérez Aisa A, Albadea Moreno C, Gonzalo Marín J, Rivera Irigoín R.

Hospital Costa del Sol.
Marbella.

P-3. SINDROME DE MALLORY-WEISS: ¿ES LA EDAD UN FACTOR DETERMINANTE?.

Aguilar Urbano VM, Moreno García AM, Albadea Moreno C, Gonzalo Marín J, García Fernández G.

Hospital Costa del Sol.
Marbella.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-4. ASPECTOS CLINICOS Y CRITERIOS DE CONDUCTA AGRESIVAS EN LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL.

Bejarano García A, Nuñez Sousa C, Rojas Feria M, Osuna Molina C, Pozo Moreno R, Gata Cuadrado M.

Hospital Juan Ramón Jiménez.

Huelva.

P-5. ESTUDIO DE FIABILIDAD ENTRE PRUEBAS DE IMAGEN PARA DIAGNOSTICO DE EXTENSION DEL CANCER COLORECTAL.

Viñolo Ubiña C, Morales Ruiz J, Heredia Carrasco C, Ruiz-Cabello Jiménez M, De Teresa Galván J.

Hospital Virgen de las Nieves.

Granada.

P-6. ANALISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA CON LA PROTESIS AUTOEXPANDIBLE EN LA RESOLUCION DE LA OBSTRUCCION MALIGNA DE COLON.

Reina Soriano F, Garre Urrea A, Martínez Tirado P, Maté Ambeles A, Martín Ruiz JL.

Hospital Clínico San Cecilio.

Granada.

P-7. EVALUACION DEL TRATAMIENTO CON HIERRO INTRAVENOSO EN ANEMIA FERROPENICA CRONICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN NUESTRO MEDIO.

Viñolo Ubiña C, Gómez García M, Morales Ruiz J, Heredia Carrasco C, De Teresa Galván J.

Hospital Virgen de las Nieves.

Granada.

P-8. ACTIVIDAD DE LA TIOPURINA METILTRANSFERASA (TPMT) EN PACIENTES CON EII EN NUESTRA POBLACION Y SU RELACION CON LA APARICION DE COMPLICACIONES. SU DETERMINACION, ¿ES UNA ESTRATEGIA COSTO-EFECTIVA?.

Soto Escribano MP, Rodríguez Perálvarez ML, Iglesias Flores E, García Sánchez V, Castillo Molina L, Gómez Camacho F.

Hospital Reina Sofía.

Córdoba.

P-9. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LA RESERVORITIS EN NUESTRO MEDIO.

Núñez Sousa C, Bejarano Garcia A, Rojas Feria M, Gata Cuadrado M, Pallares Manrique H, Ramos Lora M.

Hospital Juan Ramón Jiménez.

Huelva.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-10. LINFOMA T DIFUSO FULMINANTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y TRATAMIENTO CON AZATIOPRINA.

FJ García Fernández, Infantes Hernández JM, Torres Domínguez Y, Alcazar Guijo FJ, Mendoza Olivares FJ, Piñar Moreno AL.

Hospital San Juan de Dios.
Bormujos, Sevilla.

P-11. FRECUENCIA DE DISFUNCION AUTONOMICA EN CIRROSIS BILIAR PRIMARIA.

Llamoza Torres CJ, Lozano Miranda A, Ángel Rey JM, Vida Pérez L, Soto Escribano P, Jurado García J.

Hospital Reina Sofía.
Córdoba.

P-12. DISFUNCION AUTONOMICA EN PACIENTES CON CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y CIRROSIS DE OTRA ETIOLOGIA.

Llamoza Torres CJ, Lozano Miranda A, Rodríguez Perálvarez ML, Benítez Cantero JM.

Hospital Reina Sofía.
Córdoba.

P-13. FACTORES EPIDEMIOLOGICOS Y CLINICOS DE HEPATOCARCINOMA EN NUESTRA AREA. IMPACTO SOBRE EL TRATAMIENTO.

Núñez López C, Bejarano Gracia A, Rojas Feria M, Ramos Lora M, Pallares Manrique H, Jimenez Macias F.

Hospital Juan Ramón Jiménez.
Huelva.

P-14. TEST DEL ALIENTO CON TRIGLICERIDOS MARCADOS CON C13 EN EL DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA PANCREATICA EXOCRINA: AMPLIAMOS NUESTRA EXPERIENCIA.

Méndez Sánchez IM, Pérez Aisa A, Rivera Irigoín R, Gonzalo Marin J, Aguilar Urbano VM, Sánchez Cantos A.

Hospital Costa del Sol.
Marbella.

P-15. PANCREATITIS CRONICA: ¿COMO LLEGAMOS AL DIAGNÓSTICO?.

Aguilar Urbano VM, Gonzalo Marin J, Albandea Moreno C, Rivera Irigoín R, Sánchez Cantos AM.

Hospital Costa del Sol.
Marbella.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-16. PANCREATITIS CRONICA: UNA CUESTION DE DIFICIL TRATAMIENTO.

Aguilar Urbano VM, Albandea Moreno C, Gonzalo Marín J, Rivera Irigoín R, Sánchez Cantos AM.

Hospital Costa del Sol.

Marbella.

P-17. URGENCIAS ENDOSCOPICAS DE LOS ULTIMOS TRES AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Jiménez Contreras S, Gómez Rodríguez B, Argüelles Arias F, Pellicer Bautista F, Herrerías Gutiérrez JM.

Hospital Virgen Macarena.

Sevilla.

P-18. CRITERIOS DE CALIDAD EN COLONOSCOPIA: ANALISIS DEL TIEMPO DE RETIRADA Y DETECCION DE POLIPOS.

Angel Rey JM, Llamoza Torres C, Hervás Molina AJ, Naranjo Rodríguez A, Iglesias Flores E, De Dios Vega JF.

Hospital Reina Sofía.

Córdoba.

P-19. COLONOSCOPIA VIRTUAL. UNA ALTERNATIVA A LA COLONOSCOPIA CONVENCIONAL.

Bejarano García A, Sawan Chavin, Nuñez Sousa C, Gata Cuadrado M, Rojas Fera M, Ramos Lora M.

Hospital Juan Ramón Jiménez.

Huelva.

P-20. COLANGIPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA EN PACIENTES CON GASTRECTOMIA BILLROTH II.

Vida Pérez L, Castillo Molina L, Naranjo Rodríguez A, Hervás Molina AJ, García Sánchez V, De Dios Vega JF.

Hospital Reina Sofía.

Córdoba.

P-21. CAPSULA ENDOSCOPIA: NUESTRA EXPERIENCIA.

Casado Caballero FJ, Maté Ambélez A, Zúñiga Mora-Figueroa B, Reina Solano F, Garre Urrea A, Salmerón Escobar J.

Hospital Clínico San Cecilio.

Granada.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-22. REGISTRO INFORMÁTICO DE SEDACION DE ENDOSCOPIA .UN NUEVO CRITERIO DE CALIDAD.

Llamoza Torres CJ, Ángel Rey JM, Hervás Molina AJ, Naranjo Rodríguez A, García Sánchez V, de Dios Vega JF.

Hospital Reina Sofía.

Córdoba.

19.30 h Asamblea de socios

21.00 h Salida autobuses para la cena

Cena: Convento Santa Clara. Moguer.

SABADO 4 DE OCTUBRE

09.00 h - 10.30 h Mesa Comunicaciones IV

Moderadores: Dr Herrerías Gutiérrez. Sevilla

Dr Romero Gómez. Sevilla

09.00 h. TRATAMIENTO DE VARICES GASTRICAS GUIADO POR ECOENDOSCOPIA.

Romero Castro R, Pellicer Bautista F, Marcos Sanchez F, Caparros Escudero C, Sanz Solis R, Herrerias Gutierrez JM.

Hospital Virgen Macarena.

Sevilla.

09.10 h IMPLICACIONES CLINICAS DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO DE LA CIRROSIS HEPATICA.

Navarro Jarabe JM, Mendez Sánchez I, Pérez Aísa MA, Montiel Quetzal* N, Alban-dea Moreno C, Perea-Milla** E.

Hospital Costa del Sol.

Marbella.

09.20 h. CARACTERIZACIÓN DE LESIONES FOCALES HEPATICAS MEDIANTE ECOGRAFIA ABDOMINAL CON CONTRASTE.

Llamoza Torres CJ, Gata Cuadrado M, Vignote Alguacil ML, Reyes López A, Casais Juanena L, de Dios Vega JF.

Hospital Reina Sofía.

Córdoba.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

09.30 h. COINCIDENCIA DE ECOGRAFIA ABDOMINAL CON ECOPOTENCIADOR Y TAC/RNM CON CONTRASTE PARA LESIONES FOCALES HEPATICAS.

Llamoza Torres CJ, Vignote Alguacil ML, Reyes López A, López Ruiz DJ, de Dios Vega JF.

Hospital Reina Sofía.

Córdoba.

09.40 h. EL TRATAMIENTO DE LA INFECCION POR HVC PUEDE MEJORARSE IMPLMENTANDO CAMBIOS ASISTENCIALES: IMPACTO DE LA ADHERENCIA Y DOSIS DE RIBAVIRINA EN LA EFICACIA EN LOS GENOTIPOS 1 Y 4.

Navarro Jarabe JM, Moreno Mejías P, Mendez Sanchez I, Albandea Moreno C, Rivera Irigoín R, Aguilar Urbano V.

Hospital Costa del Sol.

Marbella.

09.50 h. IDENTIFICACION DE UN CRITERIOR QUE DEFINIR A LAS 4 SEMANAS LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON INTERFERON PEGILADO Y RIBAVIRINA EN PACIENTES CON HEPATITIS CRONICA VHC.

Aguilar Reina J, Verdejo C, Fernández Palacín A.

Hospital Virgen del Rocío.

Sevilla.

10.00 h. TRATAMIENTO PERCUTANEO DEL CHC. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.

Santamaría Rodríguez GJ, Rendón Unceta P, Macías Rodríguez MA, Navarro López MC, González Montero E.

Hospital Puerta del Mar.

Cádiz.

10.10 h. TERAPIA ANTIVIRAL EN EL POST-TRASPLANTE HEPATICO TRAS RECURRENCIA DE HEPATITIS VIRUS C: FACTORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA.

Castillo Molina L, Poyato González A, Fraga Rivas E, Barrera Baena P, Costán Rodero G, De la Mata García M.

Hospital Reina Sofía.

Córdoba.

10.30 h - 11.00 h Controversias: "Hepatocarcinoma"

Moderador: Dr Jiménez Sáenz. Sevilla.

Ponente: Dr Pascasio. Sevilla

11.00 h - 11.30 h Pausa – Café

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

11.30 h – 12.30 h Symposium Hepatitis virus B
Patrocinado por BRISTOL-MYERS SQUIBB
Tratamiento de la hepatitis crónica B en el año 2009

Actualización del tratamiento de la hepatitis B crónica -Dr. Suárez
Casos Clínicos Interactivos - Dr. Fraga

12.30 – 13.00 h Conferencia de clausura
Perspectivas futuras de la endoscopia diagnóstica y terapéutica
Conferenciante: Dr. Binmoeller
Moderador: Dr Sánchez Cantos

13.00 h Clausura



COMUNICACIONES ORALES

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

JUEVES 2 DE OCTUBRE

17.00 h - 18.30 h Mesa Comunicaciones I

17.00 h. ¿CUAL ES LA DURACION OPTIMA DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI CON UN INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES, CLARITROMICINA Y AMOXICILINA, EN PACIENTES DISPEPTICOS? ¿7 o 10 DIAS?.

Pérez Pastor MA, Grande Santamaría L, Lamas Rojas E, Romero Gómez M, Castro Fernández M.
Hospital Valme.
Sevilla.

Introducción: El tratamiento de primera elección de la infección por *H. pylori*, según consensos europeos, es la triple terapia con un inhibidor de la bomba de protones, claritromicina y amoxicilina (IBPCA), durante 7 días. Un ensayo clínico realizado en España muestra que los pacientes con dispepsia funcional, pero no los pacientes con dispepsia ulcerosa, se benefician de una forma significativa con un tratamiento más prolongado (10 días) y, por extensión, se puede considerar que este beneficio se podría obtener también en los pacientes con dispepsia no investigada (estrategia “test and treat”).

Objetivos: 1.-Valorar, en situación de práctica clínica habitual, la efectividad del tratamiento con IBPCA, durante 7 ó 10 días, en pacientes dispépticos con infección por *H. pylori*. 2.- Valorar si hay diferencias significativas, en la efectividad del tratamiento, en el grupo total de pacientes y en los distintos subgrupos según presenten dispepsia no investigada, dispepsia funcional y dispepsia ulcerosa.

Pacientes y métodos: Diseño: Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico. Período de inclusión 2005-2007. Pacientes: 500 pacientes consecutivos, con dispepsia e infección por *H. pylori* que realizan tratamiento con omeprazol 20 mg/12 h (u otro IBP a dosis dobles), claritromicina 500 mg/12 h y amoxicilina 1 g/12 h, durante 7 (47.4%) ó 10 días (52.6%), según elección del facultativo responsable. La edad media de los pacientes fue de 48.11+/-14.63 años, siendo 55.6% varones y 44.4% mujeres. El 45% de los pacientes se diagnosticó de dispepsia funcional (DF) y el 22% de dispepsia ulcerosa (DU). La endoscopia no se consideró indicada en un 33% de los pacientes siendo diagnosticados de dispepsia no investigada (DNI). Se constató el cumplimiento del tratamiento mediante interrogatorio y su efectividad mediante prueba del aliento a las 6-8 semanas. La duración del tratamiento (7 vs 10 días) resultó similar en los tres grupos de pacientes. Se realiza análisis de los resultados “por protocolo”.

Resultados: El tratamiento erradicador resultó efectivo en el 61.6% de los pacientes tratados durante 7 días y en el 73% de los pacientes tratados durante 10 días, siendo la diferencia significativa ($p=0.007$). El tratamiento de 10 días resultó más efectivo en los tres grupos de pacientes. DNI: 78.5% vs 61.1%; DF: 66.7% vs 60.8%; DU: 78.7% vs 63.5%. Las diferencias alcanzaron significación estadística únicamente en los pacientes con DNI ($p=0.015$). En el estudio multivariante el único factor independiente capaz de predecir la erradicación es la duración del tratamiento (10 días vs 7 días) con OR 1.68; IC 95% (1.15-2.45) ($p=0.007$).

Conclusiones: 1.-En pacientes dispépticos infectados por *H. pylori* el tratamiento erradicador con un IBP, claritromicina y amoxicilina durante 10 es significativamente más beneficioso que el tratamiento durante 7 días. 2.- La diferencia es más evidente en la población con dispepsia no investigada siendo, por tanto, 10 días la duración óptima del tratamiento erradicador de *H. pylori* en la estrategia “test and treat”.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

17.10 h. EFICACIA DE OMEPRAZOL, LEVOFLOXACINO Y AMOXICILINA, DURANTE 10 DIAS, COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA ELECCION EN LA ERRADICACION DEL HELICOBACTER PYLORI.

Pérez Pastor MA, Jover Cobos M, Lamas Rojas E, Romero Gómez M, Castro Fernández M.
Hospital Valme.
Sevilla.

Introducción: Omeprazol, claritromicina y amoxicilina (OCA) sigue siendo el tratamiento de primera elección de la infección por H. pylori. La eficacia de este tratamiento ha disminuido en los últimos años y actualmente en nuestra experiencia, y con una duración de 10 días, es del 73%.

Objetivo: Valorar la eficacia y el cumplimiento del tratamiento con omeprazol, levofloxacino y amoxicilina, durante 10 días, como terapia de primera elección en la erradicación de H. pylori.

Métodos: Diseño: Estudio observacional y prospectivo. Período de inclusión: 2006-2008. Se incluyen 113 pacientes con dispepsia e infección por H. pylori, 39 hombres y 74 mujeres, edad media de 53 años (15-80), 56 (49.5%) con dispepsia no investigada, 41 (36.2%) con dispepsia funcional y 16 (14.1%) con dispepsia ulcerosa. Intervención: Tratamiento con omeprazol (20 mg), levofloxacino (500 mg) y amoxicilina (1g), cada 12 h, durante 10 días. Se valora cumplimiento del tratamiento mediante interrogatorio y su eficacia mediante prueba del aliento a las 6-8 semanas.

Resultados: 4 pacientes (3.5%) no completaron el tratamiento por efectos adversos. El tratamiento resultó eficaz en 85 de los 109 pacientes restantes. Las tasas de erradicación, por protocolo y por intención de tratar, resultaron respectivamente del 78% y 75%.

Conclusión: El tratamiento erradicador con omeprazol, levofloxacino y amoxicilina puede ser una alternativa válida al tratamiento habitual con OCA, en áreas donde esta última terapia muestre un descenso apreciable de su eficacia. Es un tratamiento bien tolerado, con alto grado de cumplimiento (> 95%), pero su eficacia, inferior al 80% en nuestra experiencia, no se puede considerar muy satisfactoria.

17.20 h. INFLUENCIA DEL GRADIENTE DEL TEST DEL ALIENTO (TAU) EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR DE RESCATE DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI.

Gonzalo Marín J, Navarro Jarabo JM, Pérez Aísa A, Albandea Moreno C, Aguilar Urbano V.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

Introducción: Los factores conocidos que influyen en el fracaso del tratamiento erradicador de la infección por *Helicobacter Pylori* son la resistencia a antibióticos y el cumplimiento terapéutico. Se ha postulado que el gradiente que se obtiene en la determinación del test de aliento con urea marcada (TAU) podría ser un marcador indirecto del grado de colonización del *H. pylori* en la mucosa gástrica, y que podría tener influencia en la eficacia del tratamiento erradicador.

Objetivo, material y método: Nos proponemos analizar el impacto que ha tenido este gradiente en la eficacia de nuestros tratamientos de rescate de segunda línea, y para ello hemos reevaluado retrospectivamente un subgrupo de pacientes de nuestro registro, en los que el TAU de control de erradicación tras un tratamiento de primera línea resultó positivo, siendo el gradiente de éste el valor de referencia del análisis, que es descriptivo, con medidas de tendencia central y de dispersión en variables continuas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. En el análisis bivariado, se tomó como variable principal el resultado del tratamiento para la comparación de subgrupos, para las variables continuas se utilizó el test de la U de Mann-Whitney para muestras no apareadas y el test de Rangos de Wilcoxon para muestras apareadas, y en cuanto a las variables cualitativas se utilizó el test de la Chi-Cuadrado, o de Fisher, en su caso. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0.05$.

Resultados: Se analizaron 126 pacientes (62 varones, 64 mujeres). En 9 (7.1%) de ellos no se hizo endoscopia, en los 117 restantes se encontró úlcera gastroduodenal (UGD) en 59 (46.9%) y no hubo lesión endoscópica en 58 (46%). Los tratamientos administrados fueron: Cuádruple terapia en 62; Triple con Levofloxacino en 53, y en 11 se utilizaron otras. La duración del tratamiento fue $>$ de 7 días en 95 (78.5%) casos, en el resto fue de 7 días. El gradiente de TAU en los casos que erradicaron la infección fue de 45.1 (IC 36-53.6), mientras que el de los que no erradicaron fue de 37.9 (IC 31-44.7), no presentando diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.42$). Los regímenes con levofloxacino resultaron más eficaces que la cuádruple terapia: 62.3 Vs 46.8%, aunque sin significación estadística ($p = 0.07$). Se analizó el gradiente TAU por separado en ambos subgrupos de tratamiento y tampoco se obtuvieron diferencias de gradiente entre curados y no curados. Sí se obtuvieron diferencias de gradiente según la lesión endoscópica: 24.8 en la UGD Vs 45.58 en no ulcerosos ($p = 0.022$). No obstante no hubo diferencias de curación entre el grupo UGD y el grupo sin lesión: 45.8 Vs 58% ($p = 0.2$). Se analizó por último si el tratamiento

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

había provocado algún efecto en el gradiente de los no curados, y tampoco se observaron diferencias entre el gradiente previo y el posterior al tratamiento: 38.2 Vs 40.2 (p 0.63).

Conclusión: Al menos en los pacientes más difíciles de tratar que no responden a terapias de primera línea, el gradiente de TAU no influye en la eficacia del tratamiento erradicador. Creemos que se debe investigar este efecto en pacientes naïve. Los pacientes con ulcera gastro-duodenal tienen menor gradiente que los no ulcerosos, pero sin implicación clínica, aunque este hallazgo debería corroborarse en un estudio de diseño prospectivo

17.30 h. INTOLERANCIA A LA FRUCTOSA: UN MUNDO POR DESCUBRIR.

Aguilar Urbano VM, Albanea Moreno C, Perez Aisa A, Gonzalo Marin J, Sánchez Cantos AM.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

INTRODUCCIÓN:

La intolerancia a la fructosa puede explicar algunos síntomas que aparecen en pacientes con síndrome de intestino irritable en adultos y en casos de diarrea crónica no explicada. Constituye una causa de malabsorción de hidratos de carbono, escasamente sospechada y sin embargo con una prevalencia de hasta un 46% en sujetos sanos. La realización de un test de sobrecarga oral con hidrógeno espirado es una técnica diagnóstica fácil y de gran utilidad.

OBJETIVOS:

- Describir las principales variables: edad, sexo, síntomas, pruebas realizadas y resultados del test de intolerancia a la fructosa.
- Analizar distintos aspectos de la realización del test de tolerancia a la fructosa.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo-retrospectivo de los pacientes en los que se realizó el test de tolerancia a la fructosa en nuestro hospital entre Junio 2007 y Junio 2008. Utilizamos test de hidrógeno espirado con sobrecarga oral de fructosa (25 gr disueltos en 250 ml de agua) medida mediante "Gastrolyzer" (Isomed) considerando positivos aquellos test con eliminación de hidrógeno por encima de 20 ppm en condiciones estándar. Analizamos edad, sexo, manifestaciones clínicas, pruebas previas realizadas, score de síntomas durante el test y resultados del test de fructosa. El análisis se realizó con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS:

El estudio incluyó 22 pacientes, de los que 16 (72,7%) eran mujeres, con una edad media de 40 años (DE= 18,93, 6– 8).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes presentadas fueron: diarrea en el 77,3% (17), dolor abdominal en el 71,4% (15), distensión abdominal en el 47,6% (10) y sensación nauseosa en el 28,6% (6).

Previo a la realización del test de tolerancia a la fructosa, nuestros pacientes fueron sometidos a distintas pruebas: colonoscopia en el 54,5% (12) con toma de biopsias en el 45,5% (10), gastroscopia en el 50% (11), ecografía abdominal en el 50% (11), despistaje de celiaquía en el 81,8% (18), despistaje de EII en el 54,5% (12), test de intolerancia a la lactosa en el 77,3% (17), encuesta alimentaria dirigida en el 81,8% (18).

El test de tolerancia a la lactosa fue positivo en el 36,4% (8). De estos pacientes, el

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

75% (6) fue intolerante a la fructosa y con buena tolerancia en el 25% (2).

El resultado del test de fructosa fue positivo en el 68,2% (15) de los estudios realizados.

Con respecto al test de fructosa, el valor basal medio fue de 1,95 (DE= 3,327), siendo el tiempo medio de positividad del test de 80 minutos (DE= 42,42).

Durante la prueba presentaron síntomas el 45,5% de los pacientes, siendo los mismos: deposiciones diarreicas en el 40,9% (9), dolor abdominal en el 9,1% (2), sensación nauseosa 9,1% (2) y aumento del peristaltismo en el 9,1% (2).

El tiempo de seguimiento después de indicar dieta restrictiva en fructosa fue de 1,5 meses.

CONCLUSIONES:

1. El 68,2% de los pacientes con sospecha clínica (síndrome de intestino irritable o estudio de diarrea crónica) presentaron test de tolerancia a la fructosa patológico
2. Durante la sobrecarga con fructosa el 45,5% de los pacientes presentaban síntomas, siendo la diarrea el más frecuente.
3. Hay una coincidencia entre intolerancia a la lactosa y fructosa del 36,4% de los casos.
4. El tiempo de seguimiento con dieta restrictiva ha sido breve, lo que nos impide analizar por el momento su resultado.

17.40 h. GASTROPLICATURA ENDOSCOPIA Y ABLACION CON RADIOFRECUENCIA DEL EEI COMO TRATAMIENTO DE LA ERGE: RESULTADOS DE UN CENTRO DE ANDALUCIA DESDE 2001.

Morales Barroso ML, Rodríguez-Téllez M, Carmona Soria I, Jurado C, Argüelles Arias F, Pérez Pozo JM, Sánchez-Yagüe A, Pellicer FJ, Herrerías JM.
Hospital Universitario Virgen Macarena.
Sevilla.

Introducción: La gastroplicatura endoluminal (Endocinch®) y la ablación por radiofrecuencia del esfínter esofágico inferior (EEI) (Stretta®) son dos de las técnicas endoscópicas utilizadas en el tratamiento a largo plazo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Presentamos los resultados del seguimiento de estos enfermos.

Pacientes y métodos: desde 2001 se han realizado 33 procedimientos Endocinch (9 retratamientos) y 25 Stretta a pacientes diagnosticados de ERGE.

En cada visita (basal, 1er mes, 6º mes y anuales) se valoró la toma de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y se utilizó un cuestionario específico de síntomas de ERGE. Se realizó endoscopia, manometría esofágica, pHmetría de 24h en la cita basal y al año del tratamiento. Se comparan los resultados obtenidos con Endocinch y Stretta.

Resultados: Seis de los 49 pacientes tratados se perdieron durante el seguimiento. Se consiguió una mejora significativa de los síntomas en el 58% de los Endocinch vs 36% del Stretta. Dejaron de tomar IBP el 50% de los Endocinch vs 40% de los Stretta. La satisfacción global fue mayor en el grupo de los Endocinch (58% vs 48%). La pHmetría y manometría basal y a los 6 meses no presentaba diferencias significativas en ninguno de los dos procedimientos. La disminución de la respuesta clínica en el grupo tratado con Endocinch se produjo a los 2 años de media, no observándose alteraciones en el tratado mediante Stretta. Cuatro pacientes Endocinch y 3 Stretta aceptaron la funduplicatura quirúrgica tras el fallo del tratamiento endoscópico.

Conclusiones:

Endocinch es más eficaz que Stretta en el control de los síntomas a los 6 y 12 meses del tratamiento, pero la clínica reaparece en un periodo medio de 2 años.

Estos resultados sugieren que Endocinch y Stretta no son técnicas endoscópicas adecuadas para lograr el control definitivo de los síntomas y el abandono del tratamiento con IBP en una enfermedad crónica como es la ERGE.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

17.50 h. IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN UNA UNIDAD DE ACCESO ABIERTO.

Ledro Cano D, Kassem Dacur A.
Hospital Ciudad de Coria.
Coria. Cáceres.

Introducción: La solicitud de la endoscopia digestiva (ED) por el médico generalista de atención primaria puede acortar sensiblemente el tiempo de espera para esta exploración y agilizar la toma de decisiones en pacientes con patología del tracto digestivo. El objetivo de este estudio es medir la idoneidad de las indicaciones de la ED diagnóstica entre médicos generalistas en unidades de endoscopia de acceso abierto.

Pacientes y Métodos: Las indicaciones de la ED se evaluaron prospectivamente durante 9 meses mediante los criterios de idoneidad de un panel de expertos europeos (EPAGE). Evaluamos 60 solicitudes de endoscopia digestiva (37 Gastroskopias y 23 Colonoscopias)

Resultados. 13 (21.6%) pacientes remitidos por médicos generalistas tenían una indicación inapropiada, de ellas 11 (29.7%) peticiones correspondían a gastroskopias y 2 (8.6%) a colonoscopias. Las principales indicaciones de solicitud de gastroskopia fueron: 1) Síntomas de Alarma 13 (35.1), 2) ERGE no complicado 11 (29.7%) y 3) Dispepsia no complicada 9 (24.3%). Según los criterios del EPAGE, 2 (15.3%) pacientes con síntomas de alarma, 4 (30.6%) pacientes con erge no complicado y 5 (55.5%) pacientes con dispepsia no complicada tenían una indicación inapropiada. Las principales indicaciones de solicitud de colonoscopia fueron: 1) Hematoquecia 5 (21.7%), 2) Diarrea no complicada 4 (17.3%) y 3) Cribaje de Cáncer Colorrectal 3 (13 %). Según los criterios del EPAGE, 1 (20%) paciente con hematoquecia y 1 (33.3%) paciente evaluado por cribaje de cáncer colorrectal tenían una indicación inapropiada.

Conclusión: El porcentaje de indicaciones inapropiadas de gastroskopia fue 29.7%, casi tres veces mayor que lo comunicado en la literatura. Las indicaciones con mayor número de solicitudes y mayor porcentaje de idoneidad fueron pacientes con dispepsia no complicada, erge no complicado y presencia de síntomas de alarma.

Las razones que pudieran esgrimirse serían:

En el caso de la dispepsia no complicada, la falta de estudio y tratamiento de la infección por *H.pylori*, así como la falta de utilización de IBPs. En el caso de la erge no complicada, la infrautilización de los IBPs en dosis y tiempo.

Finalmente, en el caso de la presencia de síntomas de alarma, la petición de gastroskopia previa a la colonoscopia. Sin embargo, en el caso de las indicaciones de colonoscopia, el porcentaje de falta de idoneidad es casi tres veces menor a lo comunicado en la literatura. Las soluciones que se proponen son la adherencia a las guías formuladas por la EPAGE y la SEMFyC, así como las sesiones conjuntas de atención primaria y atención hospitalaria.

18.00 h. DIFICULTADES TÉCNICAS EN EL DRENAJE GUIADO POR ECOENDOSCOPIA DE PSEUDOQUISTES Y ABSCESOS PANCREÁTICOS.

Romero Castro R, Pellicer Bautista F, Ortiz Moyano C, Leria Yebenes V, Arguelles Arias F, Herrerias Gutierrez JM.
Hospital Virgen Macarena.
Sevilla.

El tratamiento inicial de los pseudoquistes (PQP) y abscesos pancreáticos (ABSP) se basa actualmente en el drenaje endoscópico guiado por ecoendoscopia (USE). Sin embargo, hay factores, dependientes de la lesión o de la propia técnica endoscópica, que pueden complicar el drenaje endoscópico de estas lesiones.

OBJETIVO

Exponer los factores que, en nuestra experiencia, pueden dificultar el drenaje guiado por USE de PQP y ABSP.

MATERIAL Y MÉTODOS

En 3 años hemos realizado 24 drenajes por USE en 21 pacientes con 20 PQP (4 infectados) y 4 ABSP en la sala de endoscopia y control fluoroscópico, con intubación orotraqueal y profilaxis antibiótica. Edad media 53.5 ± 4 años. Tamaño medio de las lesiones pancreáticas 9 ± 4 cm (4-19 cm). En 5 casos había fallado un tratamiento percutáneo previo (21%) y en 11 casos no había impronta (46%). En 16 procedimientos empleamos la técnica "caliente" usando el cistostomo de Cremer de 10F con corriente de corte puro a 80 w y en 7 casos la técnica "fría", puncionando la lesión con aguja de 19G, pasando guía de 0.035" y dilatando con balones neumáticos progresivos. En ambas técnicas se colocan prótesis plásticas de calibre y longitud variable. En un caso hicimos una gastrostomía endoscópica y necrosectomía tras punción con aguja de 19G y dilatación con balones neumáticos.

RESULTADOS

En 22 de los 24 procedimientos (92%) el resultado fue técnica y clínicamente satisfactorio. En un caso empleando la técnica en frío la prótesis no se colocó en el PQP y en otro no pudo realizarse al romperse la uña elevadora. En un caso se produjo inyección retroperitoneal y un hemoperitoneo localizado. Un absceso recidivó al retirar la prótesis, resolviéndose al colocar otra. En un caso se traspasó la lesión con el cistostomo y en otro se perdió la guía. A mayor longitud y calibre de prótesis, mayor dificultad en su colocación, perdiéndose 4 prótesis, debiendo colocarse otras en su lugar. Una prótesis se introdujo en el interior del PQP.

En un caso con técnica en frío no se pudo dilatar con balones neumáticos y tuvo que dilatarse con cistostomo. En dos casos no se pudo pasar el cistostomo y se tuvo que dilatar con balones.

CONCLUSIONES

Distintos factores técnicos pueden complicar el procedimiento debiendo contarse con todo el material adecuado y disponer de la capacidad de poder utilizar en un caso concreto las distintas técnicas endoscópicas, cambiándose a otra en un momento dado, para poder completar con éxito el drenaje de estas lesiones pancreáticas.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

18.10 h. COMPARACION DE DOS MODOS DE CAPSULA ENDOSCOPICA PARA DETECCION DE LA PAPILA.

Sánchez Yagüe A, Rosales Zabal JM, Chaves Elena A, Mendez Sanchez IM, Perez Aisa A, Sanchez Cantos AM.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

Introducción

Los pacientes con poliposis adenomatosa familiar (PAF) pueden presentar polipos intestinales y adenomas de papila. La cápsula endoscópica (CE) se ha recomendado en estos pacientes para descartar la presencia de polipos intestinales pero no puede recomendarse para la detección de adenomas papilares por su baja sensibilidad para la localización de la papila. Los estudios publicados hasta la fecha se han realizados con la PillCam SB1 sin embargo la nueva PillCam SB2 presenta un ángulo de visión de 156° y un área de visualización un 120% mayor.

Objetivos

Determinar si la PillCam SB2 mejora la sensibilidad para la detección de la papila comparada con la PillCam SB1 y si es suficiente para ser utilizada como screening de adenoma papilar.

Material y métodos

Se revisaron los estudios mediante CE realizados en nuestro centro hasta Julio 2008. Se revisó cada capsula imagen por imagen y se marcaron todas las fotografías que incluían la papila. Se relleno una hoja de datos incluyendo el tipo de CE, el número de imágenes de la papila y de la papila completa y la calidad de la preparación a nivel teórico de la papila.

Resultados

En total revisamos 48 estudios en 47 pacientes (17H: 30M; Edad media: 43.5 años). 20 se realizaron con la SB1 y 38 con la SB2. Se visualizó la papila en 16 estudios (27.6%), 5 con la SB1 (25%) y 11 con la SB2 (39%). La mediana de imágenes papilares con la SB1 fue de 3 (rango: 1-70) y con la SB2 de 5 (rango: 1-20). La papila se visualizó completa en 4 estudios SB1 (20%) y 7 estudios SB2 (25%). Entre los estudios en los que no se visualizó la papila se apreció una mala calidad de la imagen en 6 SB1 (6/15: 40%) y 7 SB2 (7/17: 41%).

Conclusiones

La sensibilidad de la CE para la detección de la papila es baja. La PillCam SB2 presenta una mayor sensibilidad que la SB1 pero esta no es suficiente para recomendarla como prueba de screening de adenoma papilar. La mala calidad de la imagen en el paso por segunda porción duodenal puede suponer un factor importante para la baja sensibilidad de esta técnica.

VIERNES 3 DE OCTUBRE

08.30 h - 10.00 h Mesa Comunicaciones II

08.30 h. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y EMBARAZO.

Pérez Pastor MA, Grande Santamaría L, Guerrero Jiménez P, Artura Serrano A, Castro Fernández M.

Hospital Valme.
Sevilla.

Introducción: Es frecuente el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en mujeres en edad fértil y clásicamente se considera que esta enfermedad influye negativamente en el embarazo. Recientemente se ha publicado un estudio que muestra que las mujeres gestantes con EII no presentan una mayor tasa de complicaciones o eventos adversos (abortos, recién nacidos de bajo peso o cesáreas).

Objetivos: Evaluar el impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal sobre el embarazo. Se analiza la tasa de complicaciones o eventos adversos (cesáreas, abortos, y recién nacidos de bajo peso) durante el embarazo de mujeres con EII atendidas en nuestro hospital en el periodo comprendido entre 1990 y 2007.

Pacientes y métodos: Diseño: Estudio observacional y prospectivo. Pacientes: 53 mujeres embarazadas con diagnóstico previo de EII, bien colitis ulcerosa (4 casos) o enfermedad de Crohn (49 casos), con edad media de 30+/-4.4 años. Se registran 5 abortos (9.4%), 12 cesáreas (22.6%) y 36 partos vaginales (67.9%). Solo hubo 4 (7.5%) recién nacidos de bajo peso (<2500 gr). Se comparan estos datos con las presentes en la población de mujeres gestantes, sin EII, atendidas en nuestro hospital durante el mismo periodo de tiempo.

Resultados: No detectamos diferencias significativas en cuanto a la tasa de partos vaginales vs cesáreas ($p=0.1$), abortos ($p=0.67$) ni recién nacidos de bajo peso ($p=0.53$) al comparar los dos grupos.

Conclusiones: La enfermedad inflamatoria intestinal, en nuestra experiencia, no influye negativamente en el desarrollo del embarazo y no implica una tasa de complicaciones o eventos adversos mayor que los existentes en la población general.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

08.40 h. ¿DISPONEMOS DE ALGUN PARAMETRO CLINICO O ANALITICO CA-PAZ DE PREDECIR LA RECIDIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?.

Rodríguez Perálvarez ML, Soto Escribano P, García Sánchez V, Iglesias Flores E, Vida Pérez L, Gomez Camacho F.
Hospital Reina Sofía.
Córdoba.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica que cursa con brotes de actividad separados por periodos asintomáticos de duración variable. El objetivo fundamental del tratamiento de mantenimiento es conseguir que estos periodos de remisión sean lo más prolongados posible. En el momento actual no disponemos de ningún parámetro clínico ni analítico capaz de predecir la aparición de un brote de actividad. La identificación de algunos de estos marcadores, fáciles y rápidos de determinar, permitiría seleccionar a aquellos pacientes con alto riesgo de recidiva con el fin de ajustar el tratamiento y mejorar así, la evolución de la enfermedad y la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS:

Identificar parámetros clínicos y analíticos capaces de predecir en la práctica clínica habitual la recidiva de los pacientes con EII.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio prospectivo en el que se incluyeron 136 pacientes diagnosticados de EII en remisión clínica (índice de TW < 11 puntos para la colitis ulcerosa (CU) y CDAI < 150 puntos para la enfermedad de Crohn (EC)) durante al menos un mes de evolución. En el momento de su inclusión se recogieron datos clínicos relacionados con su enfermedad y se extrajo una muestra de sangre venosa para la determinación de parámetros analíticos. Todos los pacientes fueron revisados en consulta cada dos meses hasta completar un año, así como si presentaban alguna sintomatología. En cada visita se medía el índice de actividad de la enfermedad correspondiente. La recidiva clínica se definió como un índice de TW ≥ 11 puntos o CDAI ≥ 150 puntos. Durante el seguimiento, todos los pacientes mantuvieron una dosis estable de la medicación (mesalazina y/o inmunomoduladores). Al final del estudio, los pacientes fueron clasificados en dos grupos en función de si sufrieron o no una recidiva clínica. Se realizó un estudio descriptivo y analítico con el fin de identificar aquellas variables capaces de predecir la recidiva de la enfermedad.

RESULTADOS:

La edad media de los pacientes incluidos fue de $38.6 \pm 12,6$, siendo 79 (56.8%) hombres. Setenta y un pacientes tenían una CU (51.1%) y 68 una EC (48.9%). Del to-

tal de pacientes, 97 (71.3%) permanecieron en remisión y 39 (28.7%) presentaron una recidiva. El tiempo medio hasta la recidiva fue de 6 ± 3.1 meses. En el grupo de pacientes con CU la recidiva se produjo en 22 (31%) y en EC en 19 (28.4%). El tiempo medio hasta la recidiva fue de 5.8 ± 2.8 y 6.2 ± 3.4 meses respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Tampoco hubo diferencias entre el grupo de pacientes en remisión y aquellos que recidivaron en cuanto a la edad, sexo, duración de la enfermedad, número de recidivas previas, localización de la CU, patrón evolutivo de la EC, presencia de enfermedad perianal, tipo de tratamiento o cirugía previa. Si se encontró que la recidiva fue mayor en pacientes fumadores (46.1 vs 53.8%, $p=0,031$), con afectación ileal en EC (35.7 vs 64.2, $p=0,038$) y con una menor duración de la remisión (11.8 vs 18.1 $p=0.037$). En cuanto a las variables analíticas, no se encontraron diferencias entre el grupo de pacientes en remisión y que recidivaron en relación al recuento de leucocitos y plaquetas, cifras de hemoglobina, volumen corpuscular medio, velocidad de sedimentación globular, hierro, proteínas totales, albúmina, proteína C reactiva y orosomucoide. Sin embargo, el valor de alfa 1 antitripsina basal fue mayor en el grupo de pacientes que sufrieron una recidiva (120.38 vs 131.82 , $p= 0.031$). En el análisis multivariante, las únicas variables capaces de predecir una recidiva clínica fueron la afectación del ileon en pacientes con EC, la menor duración de la remisión y un valor más alto de alfa 1 antitripsina.

CONCLUSIÓN:

En este estudio se ha encontrado que la menor duración de la remisión, la afectación del ileon en pacientes con EC y un valor más alto de alfa 1 antitripsina en sangre venosa podrían predecir el riesgo de recidiva futura. Por el momento, estos datos podrían tener interés para llevar a cabo una vigilancia más estrecha en este grupo de pacientes.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

08.50 h. PAPEL DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: NUESTRA EXPERIENCIA.

Moreno Garcia A, Perez Aisa A, Mendez Sanchez Im, Fernandez Perez F, Sanchez Cantos A.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

INTRODUCCIÓN: En el manejo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal nos podemos encontrar situaciones complejas, donde debemos valorar el cambio de terapia dentro del abanico de posibilidades que disponemos. En muchas ocasiones, un enfermo no termina de evolucionar favorablemente, no pudiendo enmarcar completamente los síntomas con un brote de su enfermedad, debiendo descartar el Síndrome de Sobrecrecimiento Bacteriano como desencadenante del problema, dada la escasa complejidad técnica del test.

MATERIAL Y METODO: Incluimos pacientes diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria con evolución no satisfactoria con tratamiento, con persistencia de diarrea, distensión abdominal, meteorismo o artralgias, en los que previamente a avanzar al siguiente escalon terapeutico se le practica un Test de Hidrogeno Espirado con Sobrecarga de Glucosa. El test se realiza bajo unas condiciones básicas (no utilización de laxantes 30 días previos, dieta pobre en fibra 48 horas, ayunas de 12 horas, no fumar desde la noche previa, no tomar antibioticos 4 semanas antes). Consideramos patológica una curva de 20 ppm ó basal mayor de 10 ppm.

RESULTADOS: Del total de 49 pacientes a los que se realiza el Test, se subanalizan 11 pacientes con Enfermedad Inflamatoria, 8 mujeres y 3 hombres con Edad Media de 40.85 años. Respecto al tipo de enfermedad incluimos 7 Enfermos Crohn (3 con patrón Fistulizante; 3 Inflamatorio y 1 Estenosante) y 4 de Colitis Ulcerosa Extensa. El tiempo medio de evolución en ambas entidades fue de 5 años. Del total, 6 pacientes (54,54%%) habían sufrido cirugía de resección: 4 Enf.Crohn (resección ileocecal 3 casos y hemicolectomía derecha 1 caso) y 2 Colitis (Colectomía subtotal con reservorio J). El sintoma guía fue Distensión abdominal 6 casos (54,54%); Diarrea 4 casos (36,36%) y Dolor abdominal 1 caso (9%). Presentaban artralgias 5 pacientes (45,45%) (2 Colitis Ulcerosas y 3 Crohn). El Test fue positivo en 2 casos (18,18%) de Enfermedad de Crohn con antecedentes de cirugía resectiva intestinal, de más de 5 años de evolución y en tratamiento con Azatioprina uno y Adalimumab otro. Se pauta tratamiento con Rifaximina 400mg/8h durante 10 días, logrando remisión de los síntomas en ambos y un Test de Control negativo.

CONCLUSIONES:

- Debemos pensar en este Síndrome en nuestros pacientes de Enfermedad Inflamatoria Intestinal antes de pasar al siguiente escalon terapeutico agotando el mismo.
- Con la limitación del escaso número de pacientes de esta serie, creemos útil la utilización del Test de Hidrogeno Espirado, dada su fácil realización, en la evaluación de pacientes con evolución no satisfactoria.

09.00 h. CALPROTECTINA FECAL. VALOR EN EL DIAGNOSTICOS DE LA EII ACTIVA EN ADULTOS Y NIÑOS.

Leo Carnerero E, Del Castillo Corzo F, Herrera Justiniano JM, Rodriguez Herrera* A, Espin B*, Dominguez Abascal F.
Hospital Virgen del Rocío.
Sevilla.

Objetivos: Conocer qué factores influyen sobre los niveles de calprotectina fecal (CF). Determinar los valores de CF en adultos y niños que mejor discriminan Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) activa.

Material y métodos: Incluimos retrospectivamente 185 pacientes en los que se determina CF, 128 adultos y 57 niños. Entre los adultos 101 son pacientes con EII (77 Enfermedad de Crohn-EC- y 24 colitis ulcerosa –CU-) y 18 presentan patología funcional. Entre los niños 20 pacientes con EII (11 con EC y 9 con CU), 12 funcionales, 7 con intolerancia a la lactosa y 7 patología infecciosa (GEA o infección por *Helicobacter pylori*).

Analizamos en los adultos la edad, sexo, hábito tabáquico, características fenotípicas de la EII, actividad clínica y, en algunos casos, endoscópica de la EII y valor de PCR.

En los niños tan solo analizamos el tipo de enfermedad.

Resultados:

37 pacientes adultos con EC presentan actividad clínica (48%) y 14 de los afectos de CU (58%). Entre los niños presentan actividad 9/11 EC y 4/9 CU.

El análisis mediante curva ROC muestra que la CF en adultos por encima de 190 mcg/g es el valor que mejor discrimina la EII activa (Sensibilidad 76,5%, Especificidad 79%), mientras que en niños éste desciende a 82,5 mcg/g con una S del 84,6% y E del 86,4%.

En los adultos con EC activa los niveles de CF son superiores a los pacientes inactivos (490 vs 144 mcg/g; $p < 0,005$), sin diferencias de estos últimos respecto a los pacientes funcionales (147 mcg/g). Los niveles de CF entre los pacientes con EC activa tienden a ser inferiores en el fenotipo estenosante (380,8 mcg/g vs 554,6 en el fenotipo inflamatorio y 484 en el fistulizante, p n.s.), mientras que según la localización los pacientes con colon afecto tienen valores superiores (608 vs 365, $p = 0,05$), alcanzando significación si se afectan a la vez colon e íleon terminal (CF 759 mcg/g).

Algo similar ocurre en los pacientes con CU activa (955 vs inactiva 130). En los pacientes con CU la afectación de rectosigma exclusiva se asocia a valores inferiores (217 mcg/g), aunque superiores a los pacientes funcionales.

Entre los pacientes adultos con EII y colonoscopia realizada, los pacientes activos ($n = 38$) presentan CF de 644 y los inactivos ($n = 9$) 177 mcg/g. La curva ROC muestra

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

que el valor que mejor discrimina la existencia de EII es de 167 mcg/g (S 81% y E 78%).

Los valores de CF no se correlacionan con el hábito tabáquico ni el sexo, pero sí con la edad del paciente e incluso entre los adultos existe correlación positiva entre los valores de CF y la edad.

También existen diferencias entre la EC y CU activa en niños (354 y 399 mcg/g) respecto a los inactivos y a pacientes funcionales (16,8 mcg/g), intolerancia a la lactosa (23,9) y origen infeccioso (76 mcg/g). Los valores medios en niños son significativamente inferiores a los encontrados en adultos.

Conclusiones:

La CF es un buen marcador de actividad de EII. El valor discriminante es superior en adultos (190 mcg/g) que en niños (82 mcg/g). También entre los adultos existe una correlación positiva entre la edad y el valor de CF.

Se asocia a la extensión de la enfermedad, tanto en la EC como en la CU. En la EC el patrón estenosante, con actividad clínica, provoca una menor elevación de la CF posiblemente en relación con que parte de los síntomas son por la estenosis.

Los valores son similares cuando analizamos los pacientes en los que la actividad se determina en base a criterios endoscópicos.

No es útil para diferenciar entre EII inactiva y patología funcional.

09.10 h. INFLUENCIA DE LAS MUTACIONES DEL GEN NOD2 SOBRE EL FENOTIPO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN.

Del Castillo Corzo F, Leo Carnerero E, Herrera Justiniano JM, García Lozano* JR, Marquez Galan JL.
Hospital Virgen del Rocío.
Sevilla.

Objetivos: Conocer la influencia de las mutaciones del gen NOD2 en las manifestaciones fenotípicas de los pacientes con Enfermedad de Crohn.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluye 81 pacientes con Enfermedad de Crohn en los que se analiza la existencia de mutaciones del gen NOD2 (3020 LC, 2104 LC y 2722 LC) relacionándolo con la localización y comportamiento de la enfermedad, afectación perianal, edad del diagnóstico de la EC y manifestaciones extraintestinales.

Resultados: 27 de los 81 pacientes (33%) presentan mutaciones (M) en el gen NOD2 y 54 no (NM). No existen diferencias en la edad al diagnóstico de la EC (M: 26,3 vs NM: 28,1 años), ni en la distribución por sexos ni el tiempo de seguimiento de ambos grupos (M: 9,3 vs NM: 9,6 años). La mutación del gen NOD2 no influye sobre la afectación de tramos altos (14,8% en ambos grupos) ni a nivel perianal (M: 33,3% vs NM: 27,8%). Sin embargo sí es más frecuente la afectación ileal en los pacientes con mutaciones, aunque sin alcanzar significación estadística (88,9 vs 72,2%; $p=0,07$). Respecto al comportamiento de la enfermedad en los pacientes con mutaciones es más frecuente el patrón estenosante (44,4% vs 22,2%). El análisis multivariante muestra que la afectación ileal y la duración de la enfermedad son factores independientes que predicen el riesgo de estenosis y no la existencias de mutaciones NOD2. La presencia de manifestaciones extraintestinales es independiente de la mutación NOD2 (37% en ambos grupos), sin diferencias en función del tipo de manifestación (artropatía periférica, estomatitis aftosa, pioderma, eritema nodoso, patología trombotica), aunque destaca que entre los 6 pacientes con artropatía axial ninguno presenta las referidas mutaciones.

Conclusiones:

1. La presencia de mutaciones en el gen NOD2 se asocia a una mayor frecuencia de afectación a nivel ileal por la EC, aunque a la existencia de patología perianal o afectación de tramos altos no se ve influida.
2. Igualmente parece asociarse al patrón estenosante, pero el análisis multivariante demuestra que el mismo tan solo se ve afectado de forma independiente por la afectación ileal y el tiempo de evolución de la EC.
3. Las manifestaciones extraintestinales no se asocian a la mutación NOD2, aunque destaca que ningún paciente con artropatía axial presente mutaciones de dicho gen.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

09.20 h. MUTACIONES DEL GEN NOD2 Y GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD DE CROHN.

Herrera Martin P, Leo Carnerero E, Gonzalez Escribano* F, Herrera Justiniano JM, Crivell Charneco C.
Hospital Virgen del Rocío.
Sevilla.

Objetivos: Determinar si la gravedad en la evolución de la Enfermedad de Crohn (EC) depende de la existencia de la mutación NOD2.

Material y métodos: Incluimos 81 pacientes con EC y analizamos de forma retrospectiva las mutaciones del gen NOD2, el número de intervenciones quirúrgicas (excluyendo patología perianal o reconstrucción del tránsito intestinal), el riesgo de recidiva postquirúrgica y la necesidad de uso de fármacos inmunosupresores o biológicos.

Resultados:

Veintisiete pacientes (33%) de los 81 presentan mutaciones en el gen NOD2. No existen diferencias en la edad al diagnóstico de los pacientes, tiempo de evolución de la EC o hábito tabáquico. Los pacientes con mutaciones presentan mayor riesgo de afectación ileal (88,9% vs 72,2%) aunque sin alcanzar significación estadística. El 55% (15/27) de los pacientes con mutación NOD2 requiere cirugía durante su evolución, frente al 46% del grupo control (p n.s.). Tampoco existen diferencias en cuanto al número de intervenciones por pacientes (1,5 en los mutados vs 1,3). El análisis multivariante muestra la localización ileal y el tiempo de evolución como factores de riesgo independientes para la cirugía, y no la mutación del gen NOD2 o el tabaquismo. El tiempo de seguimiento postquirúrgico es superior en los pacientes con mutaciones, pero sin diferencia significativa (111,2 meses vs 86,6). Tampoco alcanza significación el riesgo de recidiva postquirúrgica, superior en los pacientes control (70% vs 46,7%). El análisis multivariante indica que son factores de riesgo independiente de recidiva postquirúrgica el tiempo de evolución desde la intervención, siendo mayor en los fumadores (p=0,08). El uso de fármacos inmunosupresores es similar en ambos grupos (63% en los mutados vs 72% en los no mutados), así como la necesidad de tratamiento biológico (18% vs 22%).

Conclusiones:

Las mutaciones del gen NOD2 no influyen en el pronóstico de la EC. No aumenta el riesgo de intervención quirúrgica ni de recidiva, así como tampoco de la necesidad de usar terapia inmunosupresora o fármacos biológicos. El tiempo de evolución de la enfermedad y la localización ileal incrementan el riesgo de cirugía, mientras que el riesgo de recidiva se relaciona con el tiempo de seguimiento postquirúrgico y el tabaquismo, aunque este último no alcance significación estadística.

09.30 h. TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON INFLIXIMAB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CORTICODEPENDIENTE: RESULTADOS PRELIMINARES.

Maldonado Pérez B, Castro Laria L, Caunedo Álvarez A, Romero Vázquez J, Argüelles Arias F, Pellicer Bautista FJ, Herrerías Gutierrez JM.
Hospital Universitario Virgen Macarena.
Sevilla

OBJETIVOS:

Realizamos un estudio descriptivo sobre la eficacia del tratamiento de mantenimiento con Infliximab en Colitis Ulcerosa corticodependiente, analizando como factores de respuesta una mejoría en el índice clínico de Truelove, la retirada de esteroides y la necesidad de cirugía.

METODOS:

Incluimos a 25 pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con Infliximab (5 mg/kg) cada 8 semanas por Colitis Ulcerosa corticodependiente. El tiempo medio de tratamiento previo con esteroides es de 32,96 meses de media (DE 22,71). Todos los pacientes reciben tratamiento concomitante con inmunosupresores. Se analiza la respuesta al tratamiento de mantenimiento con Infliximab. Como factores de respuesta se analizan la retirada de corticoesteroides y la necesidad de colectomía y tanto basal como a los 6 meses se evalúan hemoglobina, el número de deposiciones y la presencia de sangre en éstas y el índice clínico de Truelove.

RESULTADOS

Presentamos 25 pacientes con Colitis Ulcerosa corticodependiente, con una edad media de 40,2 (DE 13,45) y una duración media de la enfermedad de 8,52 años (DE 5,49). La localización de la enfermedad es proctosigmoiditis en 6 pacientes, colitis izquierda en 11 pacientes, colitis extensa en 2 pacientes y pancolitis en 6 pacientes. El tiempo medio de tratamiento previo con esteroides es de 32,96 meses de media (DE 22,71), siendo continuo el tratamiento en 16/25 pacientes (64%), y discontinuo en 9/25 pacientes (36%). Consiguen suspender el tratamiento con esteroides 21 pacientes (84%). Existe respuesta clínica en 16/25 pacientes (64%). Como factores de respuesta a la terapia de mantenimiento con Infliximab encontramos una mejoría estadísticamente significativa tanto en los niveles de hemoglobina (basal 11,57 g de media; DE 1,85 vs 12,71 g de media a los 6 meses; DE 1,65), como en la reducción en el nº de deposiciones: (basal 6,48 de media ;DE 4,68 vs 3,55 deposiciones a los 6 meses; DE 2,59), y en la presencia de sangre en las mismas (basal en 92% vs en el 64% a los 6 meses). El índice de Truelove basal es leve en 10 pacientes (40%), moderado en 13 pacientes (52%) y grave en 2 pacientes (8%), presentando una mejoría estadísticamente significativa a los 6 meses: leves 17 (68%) y moderados 8 (32%). En el grupo de no respuesta al tratamiento con infliximab, se incluyen 9/25

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

pacientes (36%): 6 pacientes por necesidad de colectomía (24%), un paciente por abandono voluntario del tratamiento (4%), un paciente por efecto secundario (4%) y un paciente por ineficacia al tratamiento (4%). La tolerancia al tratamiento es buena, apareciendo efectos secundarios en 7/25 pacientes (28%), en su mayoría leves.

CONCLUSIONES

El tratamiento de mantenimiento con Infliximab es eficaz en el tratamiento de la Colitis Ulcerosa corticodependiente, con un perfil riesgo/beneficio favorable.

09.40 h. EFICACIA DEL ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y FRACASO PREVIO A LA TERAPIA CON IFX (DATOS PRELIMINARES).

Cordero Ruiz, P, Castro Márquez C, Méndez Rufián V, Castro Laria L, Caunedo Álvarez A, Herrerías Gutiérrez JM.

Hospital Universitario Virgen Macarena.
Sevilla.

Objetivo: Valorar la eficacia de la utilización de adalimumab durante al menos tres meses, en pacientes con fracaso del tratamiento previo con infliximab (IFX) en el manejo de la enfermedad de Crohn (EC).

Pacientes y métodos: Hasta la fecha han sido incluidos 25 pacientes con EC (15 mujeres/10 hombres); con una edad media de $38,32 \pm 12,39$ y con una duración media de la enfermedad de $10,64 \pm 5,46$ años. De éstos, el 12% (3) presentaban EC ileal, el 56% (14) EC ileocólica y el 32% (8) EC colónica. El tiempo medio de tratamiento con IFX fue de $30 \pm 20,81$ meses. La principal causa de cambio de fármaco fue pérdida de eficacia en el 80% (20), falta de respuesta inicial en el 8% (2), reacciones adversas en el 8% (2) e imposibilidad de canalización de vía venosa periférica en el 4% (1). Se analiza la respuesta al tratamiento con adalimumab calculando el valor del Índice de Actividad de la Enfermedad de Crohn (CDAI) y la PCR antes y después de la terapia.

Resultados: 16/25 pacientes (64%) presentaron una mejoría, de los cuales: 4/16 (25%) pasaron de brote moderado a leve; 6/16 (37,5%) pasaron de brote leve a inactivo y 6/16 (37,5%) pasaron de brote moderado a inactivo. 2/25 pacientes (8%) empeoran, de los cuales: 1/2 (50%) pasó de inactivo a brote leve, y 1/2 (50%) pasó de brote leve a moderado. 7/16 pacientes (28%) no presentaron cambio en la actividad de la enfermedad, de los cuales: 4/7 (57,14%) presentaban un estado inactivo; 1/7 (14,29%) presentaban un brote leve y 2/7 (28,57%) presentaban un brote moderado. El 64% de los pacientes (16/25) presentaron una disminución en la PCR después del tratamiento con adalimumab, en el 24% (6/25) aumentó el valor y en el 12% (3/25) permaneció igual. Se evidenció una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre los valores de CDAI y PCR antes ($208,14 \pm 78,53$; $21,94 \pm 26,96$) y después del tratamiento con adalimumab ($124,34 \pm 72,74$ y $10,07 \pm 11,78$).

Conclusiones: A la luz de estos resultados preliminares, el tratamiento con adalimumab proporciona una mejoría clínica y analítica en pacientes con EC y fracaso previo a la terapia con IFX.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

VIERNES 3 DE OCTUBRE

16.30 h - 18.00 h Mesa Comunicaciones III

16.30 h. RELEVANCIA DE LA CARGA FAMILIAR EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN CÁNCER COLORECTAL OFERTADO A FAMILIARES EN PRIMER GRADO.

Castillo Molina L, Vida Pérez L, Hervás Molina A, Naranjo Rodríguez A, Agüera Arroyo B, De Dios Vega J.
Hospital Reina Sofía.
Córdoba.

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda neoplasia más frecuente en España y gracias al cribado poblacional es posible lograr una disminución de la mortalidad por esta causa. Determinadas enfermedades hereditarias confieren un riesgo muy elevado a las familias que lo presentan, existiendo dos bien definidas: la poliposis adenomatosa familiar y el cáncer colorrectal hereditario sin poliposis (CCR-HSP). El porcentaje de de CCRHSP varía entre el 1 y el 5% de los cánceres de colon diagnosticados, utilizándose para su identificación los criterios de Ámsterdam.

OBJETIVO: Identificar las características familiares y personales de la población que accede al programa de prevención de CCR por antecedentes familiares de primer grado. Analizar los hallazgos relevantes en la colonoscopia según la carga familiar. Verificar la adecuación de la indicación de la colonoscopia de cribado.

PACIENTES Y MÉTODO: Inclusión prospectiva de pacientes que acuden a consultas externas para inicio o continuación de un programa de prevención de CCR por antecedentes familiares entre el 01-09-2007 y el 16-05-2008. Recogida prospectiva y protocolizada de los antecedentes familiares. Recopilación de las colonoscopias de cada paciente en base de datos informatizada desde Abril de 2001. Se define edad de comienzo adecuada cuando la primera colonoscopia se realiza a la edad indicada por las guías de práctica clínica o con + 5 años.

RESULTADOS: Se han realizado en nuestro centro un total de 332 colonoscopias en 230 pacientes dentro del programa de prevención de CCR por antecedentes familiares de primer grado de CCR en el período citado. La edad media fue de 51 ± 11.9 años, siendo 91 hombres (39.6%) y 139 mujeres (60.4%). La media de familiares afectos fue de 2 ± 1.3 (rango 1-8). Ciento cincuenta y siete pacientes (68.3%) tenían en su historia familiar una generación afecta y 73 (31.7%) más de una generación. La edad media del familiar diagnosticado a una edad más joven fue de 58.4 ± 15.3 años (rango 13-90 años). Veintidós pacientes (9.6%) cumplían los criterios de Áms-

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

terdam. Sesenta y nueve pacientes (30%) tenían antecedentes de pólipos. La edad media de realización de la colonoscopia de cribado fue de 49.6 ± 12 años (rango 19-81 años). Sesenta pacientes (26.1%) se realizaron más de una colonoscopia. Del total de colonoscopias se completaron hasta ciego 200 (87.7%). Ciento setenta y cinco exploraciones fueron normales (76.1%), se hallaron adenomas en 40 casos (17.4%), 10 adenomas avanzados (4.3%) y cinco CCR (2.2%). El hallazgo patológico en la colonoscopia se asocia, con significación estadística con la edad del familiar afectado más joven, los antecedentes de pólipos y la edad adecuada de realización de la primera colonoscopia. El 50% (115) de las colonoscopias cumplían adecuación en cuanto a la edad de realización, pero sólo 16 (26.7%) se ajustaban a los intervalos de tiempo establecidos.

CONCLUSIONES: El 6,5 de la población estudiada presenta lesiones avanzadas o carcinomas asintomáticos. El hallazgo de pólipos adenomatosos incrementa el riesgo personal de nuevos pólipos en el futuro. Es necesario concienciar a la población para comenzar con colonoscopias de cribado a una edad adecuada.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

16.40 h. ADENOMA SESIL SERRADO DE COLON. NUEVA VIA DE CARCINOGENESIS.

Cordero Fernández C, Sánchez Chávez E, Pizarro Moreno A, Garzón Benavides M, Gómez Izquierdo L.
Hospital Virgen del Rocío.
Sevilla.

INTRODUCCION

El adenoma serrado de colon representa una vía de carcinogénesis en estudio que marca un reto diagnóstico clínico y anatomopatológico. Se pueden asociar a Inestabilidad de Microsatélites, mutaciones en el Gen BRAF y cambios epigenéticos (fenotipo metilador)

OBJETIVO

Describir características de los pacientes con carcinoma colorrectal sobre adenoma serrado diagnosticados en nuestro hospital.

PACIENTES Y METODO

Análisis retrospectivo de las características clínicas, endoscópicas, histológicas y moleculares en 8 pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal sobre adenoma serrado entre Marzo 2007 y Febrero 2008 en nuestro hospital. Se realizaron, mediante técnicas de Inmunohistoquímica, estudios de inestabilidad de microsatélites en todas las muestras.

RESULTADOS

Se analizaron 8 pacientes, 37,5 % hombres (3) y 62,5% mujeres (5), con una media de edad de 62,5 años (37 – 79). El síntoma común en todos fue la anemia, con cifras entre 66 y 106 g/L. En dos pacientes (25%) el motivo de ingreso fue una perforación intestinal.

El tiempo medio de retraso en el diagnóstico fue 13,8 meses siendo el método diagnóstico la colonoscopia en 7 pacientes y TAC Abdominal en 1 de ellos. En todos se realizó hemicolectomía derecha. El tamaño tumoral osciló entre 0,9 cm y 11 cm y estadios de entre I y IIIB. El 75 % de los tumores eran de tipo mucinoso.

Se encontró pérdida de expresión de MLH1 y PMS2 (IMS) en 4 pacientes.

CONCLUSIONES

La anemia precedió a los síntomas intestinales en todos los pacientes estudiados siendo la complicación más frecuente la perforación intestinal. El retraso diagnóstico fue considerable en la mayoría de los casos. Todos los tumores se asentaron sobre adenoma serrado de colon derecho y la mayoría eran de tipo mucinoso. En la mitad de los casos se demostró inestabilidad de microsatélites. Son necesarios más estudios para determinar asociaciones que permitan la prevención temprana.

16.50 h. GRANDES ADENOMAS SESILES RECTALES. RECURRENCIA LOCAL TRAS POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA Y/O CIRUGIA TRANSANAL.

De La Cruz Ramírez MD, Pizarro Moreno A, Garzón Benavides M, López Ruiz TJ, Cordero Fernández C.
Hospital Virgen del Rocío.
Sevilla.

Introducción:

La escisión local de los grandes adenomas rectales tiene baja morbilidad y mortalidad y mantiene la función ano-rectal y sexual.

Objetivo: Evaluar el resultado del tratamiento local de las lesiones tratadas con polipectomía endoscópica o cirugía trans-anal, evolución, recurrencia, y posibles factores predictivos.

Material y Método:

Estudio prospectivo protocolizado de 23 pacientes con adenomas sesiles rectales mayores de 2 cm. Se consideró la polipectomía terapéutica en adenomas completamente extirpados con cualquier grado de displasia y con carcinoma intramucoso (CIM) o invasor con criterios favorables (CICF). Se realizó colonoscopia total inicial y revisión de ampolla rectal cada 3 meses tras el tratamiento hasta comprobar en dos revisiones ausencia de neoplasia. Para los adenomas con cáncer invasor con criterios desfavorables (CICD) se indicó intervención quirúrgica que en ningún caso se realizó por diferentes motivos

Resultados:

Edad media de los pacientes 62,47 años. El 95,7% tenían adenomas vellosos y el 69,6% tenían DAG. Ocho pacientes (34,7%) tenían pólipos con carcinoma: 5 CIM y 3 CICD. Tamaño inicial de los pólipos de entre 2 y 10 cm. El tratamiento inicial fue polipectomía en 12 (52%) y cirugía trans-anal en 11 (48%).

La primera revisión mostró recurrencia de la lesión en 14 pacientes (56%). Nueve tenían adenomas vellosos y 8 DAG. Dos tenían CIM. Tamaño de la lesión entre 2 y 5 cm. Se trataron con polipectomía 13 pacientes (93%) y con cirugía trans-anal 1 (75).

La segunda revisión endoscópica mostró recurrencia en 6 pacientes (43%). Cuatro tenían adenomas vellosos y DAG y 1 tenía un carcinoma intramucoso. Tamaño medio de 15,6 mm. Todos se trataron con polipectomía endoscópica.

Se le realizó tercera revisión a 6 pacientes. En 3 había recurrencia. Todas las lesiones fueron menores de 2,5 cm., 2 eran adenomas vellosos y uno tenía además DAG. En dos pacientes fueron necesarias 8 revisiones para conseguir la remisión completa de la lesión. Uno de los pacientes tratados localmente de un CICD desarrolló, a los 4 años del tratamiento, un carcinoma de 1,5 cm. sobre la cicatriz, tras varias endoscopias previas normales.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

Conclusiones:

El tratamiento local de los grandes adenomas rectales puede evitar una cirugía agresiva no exenta de morbi-mortalidad. A pesar de la aparente escisión completa, las lesiones recurren con gran frecuencia a los pocos meses de su extirpación. Son necesarios controles precoces para completar el tratamiento. En nuestra serie, la recurrencia de la lesión durante el seguimiento no se asoció de forma significativa con el tipo de tratamiento inicial del pólipo, su tamaño ni la presencia de DAG.

En los pólipos con carcinoma invasor con criterios desfavorables la polipectomía no debe considerarse terapéutica.

17.00 h. REGISTRO ANDALUZ DE POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF) RESULTADOS PRELIMINARES.

Garzón Benavides M, Cordero Fernández C, Hervás Molina AJ, Herrero Grijalbo MI, García Lozano R.
Hospital Virgen del Rocío.
Sevilla.

INTRODUCCIÓN La PAF es una enfermedad hereditaria autosómica dominante causada por la mutación en el gen APC. El 100% de los pacientes desarrollarán carcinoma colorrectal (CCR) si no hacen tratamiento profiláctico. La creación de registros familiares de PAF permite conocer a las personas afectas y mejora el pronóstico de la enfermedad, disminuyendo la prevalencia del CCR.

OBJETIVOS Valorar el funcionamiento del Registro en sus 3 primeros años y el cumplimiento de los objetivos marcados: ofrecer un diagnóstico precoz a todos los familiares en riesgo y facilitar la atención igualitaria y el diagnóstico genético en todas las provincias andaluzas, así como recoger las características fenotípicas y genotípicas de la PAF en nuestra región.

PACIENTES Y MÉTODO En 2005 se diseñó el Registro Andaluz de PAF (Servicio de Documentación Clínica del HUV del Rocío). En sucesivas Reuniones de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva, se presentó a representantes de 14 hospitales de las 8 provincias. Se nombraron de forma consensuada responsables del registro en cada hospital. Se centralizó el estudio genético en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Servicio de Inmunología)

RESULTADOS De los 14 hospitales invitados han cumplimentado el registro 4. Se han registrado 71 pacientes de 27 familias. La mediana de edad al diagnóstico clínico de los pacientes ha sido de 25,7 años (P25-75: 15-37 años). Todos siguen controles protocolizados en sus hospitales respectivos. Sólo 8 (11,3%) tenía poliposis degenerada al momento del diagnóstico. Todas las familias han sido estudiadas genéticamente.

En 21 se ha encontrado la mutación, y en 3 no se ha encontrado. 3 familias están pendientes de resultado. Se han encontrado 11 mutaciones nuevas, no descritas.

CONCLUSIONES El registro ha permitido diagnosticar a los familiares en riesgo afectos, a edades muy tempranas y, en un 88,7% de ellos en que la poliposis no estaba degenerada, ha permitido realizar tratamiento preventivo del CCR. El bajo índice de participación indica la baja estimación de la importancia del registro y de los estudios genéticos como métodos de aproximación diagnóstica. Es preciso seguir insistiendo en los distintos Hospitales de la necesidad de registrar las familias con cáncer hereditario y de crear consultas de prevención de CCR para disminuir la incidencia de esta neoplasia.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

17.10 h. PROTEINA C REACTIVA COMO MARCADOR DE CANCER COLORECTAL Y PREDICTOR DE METASTASIS.

Pérez Pastor A, Sánchez Muñoz D, Ortiz Moyano C, Rodríguez Alonso C, Guerrero Jimenez P.
Hospital Valme.
Sevilla.

Objetivos: Valorar la utilidad de la proteína C reactiva (PCR) como marcador de cáncer colorrectal (CCR) y como predictor de estadios avanzados de la enfermedad.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 120 pacientes con diagnóstico de CCR mediante colonoscopia más biopsia y se comparó con un grupo control de 216 sujetos sanos mayores de 50 años con colonoscopia normal. Se excluyeron pacientes con evidencia de infección activa, otras neoplasias, enfermedades cardiovasculares y/o enfermedad inflamatoria intestinal. Se excluyeron también otras neoplasias colónicas distintas del adenocarcinoma. A todos se les realizó determinación de bioquímica general y hepática, incluyendo antígeno carcinoembrionario (CEA) y PCR, así como estudio de extensión mediante TAC toracoabdominal. En pacientes con cáncer de localización rectal se realizó además ecografía endorrectal o RNM pélvica. Los pacientes se clasificaron en enfermedad localizada o diseminada. En pacientes con tratamiento quirúrgico se tomó como referencia la pieza quirúrgica cuando no habían recibido radioterapia previa. Mediante curva ROC se determinaron puntos de máxima sensibilidad (S) y especificidad (E) para el diagnóstico de CCR y/o metástasis, así como sus valores predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), y cocientes de probabilidad positivo (CPP) y negativo (CPN).

Resultados: Las determinaciones de PCR fueron significativamente más elevadas en pacientes con CCR que en controles ($36,95 \pm 54,38$ vs $4,82 \pm 6,21$; $p < 0,0001$). Asimismo, los pacientes con enfermedad avanzada presentaban cifras de PCR significativamente más elevadas que los pacientes con enfermedad localizada ($72,71 \pm 68,61$ vs $10,73 \pm 13,18$; $p < 0,0001$). Existió una correlación débil, aunque estadísticamente significativa, entre la PCR y el CEA en pacientes con CCR ($r = 0,286$; $p = 0,003$), aunque no hubo correlación entre ambos marcadores en controles ($r = 0,067$; $p = 0,578$). La PCR en pacientes con CCR no se modificó en función del sexo ni del índice de masa corporal. Sin embargo, los pacientes con CCR de localización distinta del recto presentaron PCR más elevadas que los pacientes con cáncer rectal ($43,18 \pm 60,24$ vs $23,04 \pm 34,92$; $p = 0,013$). Cifras de PCR $> 4,1$ (S: 80%; E: 63,8%; VPP: 71,1%; VPN: 74,2%; CPP: 2,22; CPN: 3,19; AUC: 0,82) y $> 15,23$ (S: 89,6%; E: 80,8%; VPP: 81,1%; VPN: 89,4%; CPP: 4,66; CPN: 7,08; AUC: 0,887) predicen la existencia de CCR y la existencia de metástasis respectivamente

Conclusiones: En pacientes con sospecha de CCR, la determinación de PCR es una prueba útil y sencilla para predecir su presencia. Del mismo modo, en pacientes con CCR, cifras elevadas de PCR predicen la existencia de diseminación metastásica.

17.20 h. ¿PUEDE INDICARSE EL ESTUDIO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN LOS PACIENTES CON EXCRECIÓN RETRASADA DE LA CÁPSULA AGILE PATENCY?.

Rosales Zabal JM, Sánchez Yague A, Chaves Elena A, Delgado Rodríguez I, Pérez Aisa A, Sánchez Cantos AM.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

INTRODUCCIÓN:

La cápsula endoscópica (CE) permite el estudio del intestino delgado de forma no invasiva. La complicación más importante es la retención de la cápsula que puede requerir una eventual intervención quirúrgica la cual puede no ser adecuada para ciertos pacientes. Las situaciones que aumentan el riesgo de retención (sospecha de tumores, resección intestinal previa, enfermedad de Crohn, toma de AINEs..) suponen una contraindicación para la realización de CE. La cápsula AGILE Patency tiene las mismas dimensiones y proporciones que la Pillcam SB, pero está compuesta por un polímero biodegradable que inicia su disolución en el organismo tras 30 horas y un marcador de radiofrecuencia. Su uso está indicado en los casos de riesgo de retención. Una vez administrada, si se comprueba su excreción en un plazo máximo de 30 horas sin dolor, permite la realización de una CE convencional según a ficha técnica del producto.

OBJETIVO:

Estudio preliminar para determinar si la excreción de la cápsula AGILE Patency por encima de las 30 horas es una contraindicación absoluta para la realización de un estudio con la CE convencional.

MÉTODOS:

Se realizó un estudio prospectivo Desde Octubre 2007 a todos los pacientes a los que se le administró cápsula AGILE Patency. Al paciente se le administró una preparación mínima para limpieza intestinal que simulara el estudio habitual con cápsula endoscópica. Se realizó RX abdominal a todos los pacientes que no eliminaron la Patency a las 30 horas, repitiéndose seriadamente cada 24 horas después si no se excretaba. En caso de localizarse en intestino delgado se realizaron cortes de TC abdominal para localizar el lugar de estenosis. Se indicó al paciente que recogiera la cápsula tras su excreción para comprobar el estado de degradación.

RESULTADOS:

De las 56 peticiones de CE registradas se realizó estudio con AGILE patency en 11 pacientes (4H:7M; edad media: 41 años). La indicación más frecuente de CE fue la presencia de hemorragia de origen oscuro (HDOO) o anemia crónica (5 casos, 45,5%) seguida de la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (4 casos,

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

36,4%). En un caso se indicó por poliposis y en otro por dolor abdominal. El estudio previo con cápsula Agile Patency se indicó en 4 casos (36,4%) por sospecha de EII con riesgo de estenosis, en tres (27,6%) por cirugía intestinal previa, en dos (18,2%) por uso radioterapia y en otros dos (18,2%) por consumo crónico de AINES. La capsula se excretó antes de las 30 horas en 2 pacientes, en ambos la capsula estaba intacta y el estudio convencional se realizó sin problemas. En 9 pacientes la capsula se excretó tras 30 horas. En estos pacientes la RX de abdomen demostró que la cápsula estaba todavía en intestino delgado en 6, de estos se disolvió completamente en dos y se excretó deformada en 4 por lo que se contraindicó la realización de la CE convencional. En los otros 3 pacientes la RX abdomen visualizaba la cápsula en colon y esta se excretó intacta tras 40-120 horas por lo que se realizó el estudio mediante CE convencional que se completo sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

La presencia de la capsula AGILE patency en el organismo tras 30 horas no constituye un marcador fiable para la contraindicación de una CE convencional. La demostración de la AGILE en colon a las 30 horas indicaría la posibilidad de realización de una CE. Hasta que se describa otro marcador pronóstico la objetivación del estado de degradación de la capsula AGILE patency resulta necesario para determinar la indicación de una CE convencional en los casos de excreción tras las 30 horas.

17.30 h. PILLCAM COLON VS COLONOSCOPIA PARA LA VALORACION DE LA PATOLOGIA COLONICA. RESULTADOS PRELIMINARES PROPIOS DE UN ESTUDIO COMPARATIVO MULTICENTRICO.

Romero Vázquez J, Caunedo Álvarez A, Maldonado Pérez B, Pellicer Bautista F, Herrerías Gutiérrez JM.
Hospital Virgen Macarena.
Sevilla.

INTRODUCCIÓN: La PillCam Colon es un modelo de cápsula endoscópica recientemente desarrollada.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de la PillCam Colon en la detección de lesiones colónicas (pólipos y otras patologías), comparada con la colonoscopia tradicional y valorar un nuevo procedimiento nocturno de limpieza del colon. Estudio comparativo multicéntrico actualmente en marcha (MA-108, Given Imaging, Israel). Presentamos nuestros resultados preliminares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Dieciséis pacientes (11H/5M; 32-74 años) con indicación de Colonoscopia por sospecha de patología colónica se han incluido en nuestro centro hasta la fecha. Todos se sometieron a PillCam Colon la noche antes y a Colonoscopia en las doce horas siguientes a la ingesta de la cápsula. Cada técnica fue valorada por un investigador distinto, ciego para los resultados del otro procedimiento. Tras los primeros 9 pacientes se varió ligeramente el protocolo de preparación.

RESULTADOS: La PillCam Colon fue ingerida sin dificultad y no se registraron complicaciones en ninguna de las exploraciones. Se excretó la cápsula durante la vida de la batería en 14 de los 16 pacientes (87.5%) y se visualizó todo el colon (desde válvula ileocecal a plexo hemorroidal) en 15 de los 16 (93.75%). El nivel de limpieza colónica fue regular-malo en los primeros 9 pacientes; si bien, al modificar el protocolo de preparación inicial, mejoró de forma generalizada. La PillCam Colon detectó la presencia de pólipos > 3 mms en todos aquellos casos evidenciados por la Colonoscopia. Además, detectó pólipos mayores de 3 mms (dos de 4, uno de 5 y otro de 7 mms) no objetivados por Colonoscopia en 4 de los 16 pacientes (25%). Igualmente, apreció 3 angiodisplasias en 2 pacientes (12.5%) y divertículos de pequeño tamaño no observados por Colonoscopia. Sus hallazgos extracolónicos establecieron la sospecha diagnóstica de ileitis de Crohn en un paciente y de esófago de Barrett en otro.

CONCLUSIONES: Según los datos preliminares de nuestro centro, en pacientes con sospecha de patología colónica, la PillCam Colon tiene un rendimiento igual o superior a la Colonoscopia en la detección de pólipos > 3 mms, así como en el diagnóstico de otras lesiones. El grado de limpieza debe mejorar para una óptima valoración de la mucosa colónica.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

17.40 h. UTILIDAD DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCION BASADO EN EL USO DE VISOR EN TIEMPO REAL DE RAPID READER RT PARA EVITAR ESTUDIOS INCOMPLETOS DE LA CAPSULA ENDOSCOPICA: RESULTADOS PRELIMINARES.

Sánchez Yagüe A, Chaves Elena A, Rosales Zabal JM, Delgado Rodríguez I, Pérez Aisa A, Sánchez Cantos AM.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

Introducción

La Cápsula Endoscópica ha demostrado su utilidad para el estudio del intestino delgado (ID). Sin embargo, existe un porcentaje de casos (hasta el 16%) en los que no se consigue alcanzar el ciego lo cual puede afectar a la validez del estudio por visualización incompleta del ID. Esto se debe en algunos casos se debe a una causa reconocible que impide el paso de la capsula (tumores, estenosis por AINEs...) mientras que en otros se ha achacado a transito gastrico enlentecido o simplemente a causas desconocidas ya que la capsula se excreta posteriormente sin complicaciones. Para evitar los casos de retencion se diseño la capsula AGILE patency mientras que para el resto (que llega a suponer el 13% de los estudios) no se ha descrito una estrategia a seguir.

Objetivo

Evaluar la utilidad de un protocolo basado en el uso del visor en tiempo real Rapid Reader RT para evitar estudios incompletos por transito enlentecido o de causa desconocida.

Material y métodos

Se incluyeron de forma prospectiva todos los pacientes sometidos a capsuloendoscopia que aceptaron las condiciones del estudio. Los pacientes se prepararon con dieta de colonoscopia y la toma de 2 sobres de cassenglicol por noche 1 uno por la mañana. Se administro motilium el dia previo y la mañana del estudio. El protocolo consistia en la determinación de la localizacion de la CE a los 30 min. Si la CE no habia alcanzado duodeno se realizaba una nueva lectura a los 60 minutos y si tampoco lo habia alcanzado se iniciaba una perfusión de 250mg de eritromicina i.v. en 30 minutos. Si a los 45 minutos no se habia alcanzado duodeno se procedia a realizar una endoscopia para depositar la CE en duodeno. Una vez alcanzado ID se realizaba una nueva lectura a las 4 horas para ver si habia alcanzado ciego. Si todavia estaba en ID se realizaban visualizaciones cada 30 min hasta alcanzar las 6h 30min de estudio momento en el que se administraba un sobre de CassenGlicol. Esta maniobra se repetia cada 30min hasta que se objetivaba ciego o el final de la vida de la bateria.

Resultados

Se incluyeron 30 pacientes (15H:15M; Edad media:48años). En 27 pacientes (90%) la CE se encontraba en ID en los primeros 60 minutos (en uno de ellos se introdujo la CE directamente mediante endoscopia por presentar un sangrado activo). En 3 pacientes (10%) se administro eritromicina por persistir la cápsula en estómago (2) o esófago (1). Este fue el único paciente (3.33%) en que se realizó la endoscopia alta para depositar la CE en duodeno. En dos pacientes (6.66%) la CE quedo retenida por causa conocida: estenosis duodenal con necesidad de EDA para avanzar la CE y una ileostomia. De los 28 restantes la CE alcanzo ciego antes de 6h 30 minutos en 24 (85.7%) mientras que en los otros 4 se administro un solo sobre de CassenGlicol alcanzandose ciego en todos los casos antes del final de la vida de la bateria. No se produjeron estudios incompletos por transito enlentecido ni causas desconocidas.

Conclusiones

Nuestro protocolo de estudio basado en el uso del visor en tiempo real Rapid Reader RT resulta eficaz para evitar estudios incompletos por transito enlentecido o causas desconocidas.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

SABADO 4 DE OCTUBRE

09.00 h - 10.30 h Mesa Comunicaciones IV

09.00 h. TRATAMIENTO DE VARICES GASTRICAS GUIADO POR ECOENDOSCOPIA.

Romero Castro R, Pellicer Bautista F, Marcos Sanchez F, Caparros Escudero C, Sanz Solis R, Herrerias Gutierrez JM.
Hospital Virgen Macarena.
Sevilla.

Objetivos

Demostrar la posibilidad, seguridad y eficacia en conseguir la obliteración de las varices gástricas (VG), inyectando cianoacrilato en las venas perforantes (grupo 1) o liberando coils en las mismas (grupo 2), mediante ecoendoscopia (USE).

Pacientes y Métodos

Se trataron 6 pacientes inyectando cianoacrilato en las venas perforantes y un paciente liberando coils con control de USE.

Siete pacientes con VG fueron incluidos desde Mayo de 2005 a Febrero de 2008. Edad media 67±5 años. VG aisladas en fundus (IGV1) se encontraron en 4 pacientes, mientras que varices gastroesofágicas (GOV1) se observaron en 3 casos. Se emplea un ecoendoscopio sectorial con canal de trabajo de 3.8 mm y Doppler.

Grupo 1: un ml de una mezcla (1:1) de N-butyl-2-cianoacrilato (Histoacryl[®] o Glubran2[®]) más lipiodol[®] fue inyectada en la VG en la entrada de la vena perforante, a nivel de la capa muscular, con aguja de 22G. Si la variz no se obliteró completamente, se realizó otra sesión inyectando 1 cc de la mezcla de cianoacrilato-lipiodol, pasada una semana de la sesión anterior, hasta conseguir la obliteración completa de la VG.

Grupo 2: la inyección de cianoacrilato en una VG del tipo IGV1 con shunt gastrorrenal fue considerada peligrosa. Se insertaron 4 coils con aguja de 19G (IMWCE-35-5-10). Una semana después, 9 coils fueron liberados (IMWCE-35-5-15). En ambas ocasiones los coils se liberaron en el interior de las VG. En otra sesión se liberaron 9 coils (IMWCE-35-5-10) en una de las dos perforantes que formaban las VG.

La inyección del cianoacrilato o la liberación de los coils era controlada en tiempo real por US y fluoroscopia.

Se administró profilaxis antibiótica en todos los pacientes.

Resultados

Grupo 1: La inyección de cianoacrilato en las venas perforantes guiada por US consiguió la erradicación de las VG en los 6 casos tratados (100%). En 3 casos tras una sesión y en 3 después de 2 sesiones. Media de sesiones de 1.5 y media de cianoacrilato-lipiodol® administrado 1.5 ml (1-2 ml).

Grupo 2: No se observaron cambios tras la primera sesión de liberación de coils y sí trombosis, localizada donde se liberaron los 9 coils, aunque la total obliteración de la VG no fue conseguida. Sí se observó trombosis en el territorio alimentado por la perforante en la que se liberaron los coils.

No hubo resangrado ni complicaciones mayores ni menores en ningún grupo.

Conclusiones

La inyección de cianoacrilato en las venas perforantes guiada por US parece posible, segura y efectiva en obliterar las VG. La liberación de coils en las VG fue posible en el caso descrito, aunque más cuestiones técnicas, necesarias para conseguir la obliteración de la VG se plantean. Se necesitan estudios comparando métodos endoscópicos convencionales y los guiados por USE.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

09.10 h IMPLICACIONES CLINICAS DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO DE LA CIRROSIS HEPATICA.

Navarro Jarabe JM, Mendez Sánchez I, Pérez Aísa MA, Montiel Quetzal* N, Alban-dea Moreno C, Perea-Milla** E.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

Introducción:

En la cirrosis hepática es característico el mayor riesgo de infecciones (bacteriemias, infecciones urinarias, peritonitis bacteriana, respiratorias). La traslocación bacteriana (TB), que se produce en el 30% de los cirróticos, está implicada en muchas de estas infecciones. El sobrecrecimiento bacteriano (SB) en la luz intestinal es un factor patogénico importante de la TB. El SB se puede analizar indirectamente mediante la determinación de hidrógeno en el aliento tras sobrecarga de glucosa (TAH). Se considerará indicativo de SB cuando el TAH detecta más de 20 ppm en la determinación basal ó cuando se detecta un pico por encima de 12 ppm respecto al valor basal.

Objetivo: Pretendemos analizar si hay asociación clínica entre SB e infecciones en un grupo de pacientes cirróticos.

Metodología:

Estudio transversal, se realiza TAH y se recogen variables clínicas (edad, sexo, infecciones, etiología, asociación VIH), y analíticas a pacientes cirróticos de nuestro centro. En un pilotaje previo detectamos que el TAH realizado con glucosa dibujaba una curva en una mayoría de pacientes cirróticos, y decidimos arbitrariamente incluir en el análisis a aquellos pacientes que presentaban un gradiente ≥ 4 ($> 30\%$ del valor de curva diagnóstico). Se analizaron los datos en paquete estadístico spss.

Resultados:

Se analizan 26 pacientes cirróticos con antecedentes de descompensación. 4 (15.4%) tuvieron gradiente > 12 ppm, y en otros 6 (23%) se obtuvo una curva $> 30\%$ del valor diagnóstico. Estos 10 pacientes (que definimos SIBO+) se compararon con 16 que no desarrollaron curva (SIBO-). Por sexos, 4/6 mujeres (66.7%) fueron SIBO+, Vs 30% (6/20) varones (p 0.16). No se obtuvieron diferencias relacionadas con la etiología de la cirrosis, ni con status VIH (aunque sólo 4 pacientes, 2 con SIBO+ no fueron suficientes para tener potencia estadística). Se detectó SIBO+ en 7 de 13 pacientes con antecedentes de infección (53.8%), Vs 23.1% (3/13) de pacientes sin antecedentes de infección, aunque sin significación estadística (p 0.1) probablemente por pequeño tamaño muestral. El desglose por tipos de infección se resume en esta tabla

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

| | SIBO + n; (%) | P |
|------------------------------|-----------------------|------|
| Infeccion Si/ No: (13/13) | 7 (53.8%) / 3 (23%) | 0.1 |
| PBE Si/ No: (3/23) | 2 (66.7%) / 8 (34.8%) | 0.53 |
| Bacteriemia Si/ No: (5/21) | 3 (60%) / 7 (33.6%) | 0.34 |
| ITU Si / No: (10/16) | 5 (50%) / 5 (31.3%) | 0.42 |
| Respiratorias Si/No: (2/ 24) | 1 (50%) / 9 (37.5%) | 0.7 |

Se encontró asociación, aunque sin significación estadística por tamaño muestral, de 1) albúmina: SIBO +: 3 mg/dl (CI95:2.5-3.5) Vs SIBO-: 3.48 mg/dl (CI 3.1-3.8) (p 0.09); 2) Bilirrubina total: 4.59 mg/dl (CI 1.9-8.9) Vs 1.47 mg/dl (CI 0.9-1.9) (p 0.2); y 3) Act. Prot: 65% (CI 49-80) Vs 83% (CI 70-96). No se encontró asociación con la edad, score Child-Pough, MELD, triglicéridos, colesterol, creatinina, recuento de leucocitos y de monocitos.

Conclusiones:

- 1) En el 15.4% de pacientes cirróticos se detecta sobrecrecimiento bacteriano.
- 2) Una cuarta parte de los pacientes cirróticos (23%) presentan una curva de detección de hidrógeno que se asocia clínicamente con desarrollo de infecciones y parámetros de disfunción hepática.
- 3) Se precisa incrementar el tamaño muestral para verificar si estos datos adquieren potencia estadística.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

09.20 h. CARACTERIZACIÓN DE LESIONES FOCALES HEPATICAS MEDIANTE ECOGRAFIA ABDOMINAL CON CONTRASTE.

Llamoza Torres CJ, Gata Cuadrado M, Vignote Alguacil ML, Reyes López A, Casais Juanena L, de Dios Vega JF.
Hospital Reina Sofía.
Córdoba.

La ecografía abdominal con contraste utiliza la distribución del ecopotenciador en la vasculatura de la lesión y su comportamiento a través del tiempo para caracterizarlas.

Objetivo: Caracterizar el comportamiento del contraste en las lesiones focales hepáticas.

Material y métodos: Se describe 21 pacientes a los que se realizó ecografía abdominal con contraste de segunda generación (SonoVue), entre marzo y junio del 2008 en un hospital universitario (13 mujeres, 8 hombres, media de edad 52 años), con diagnóstico previo mediante otras técnicas de imagen y correlación clínica.

Resultados: Los diagnósticos fueron 6 angiomas, 5 metástasis, 4 carcinomas hepatocelular, 3 adenomas, 1 hiperplasia nodular focal, 1 nódulo de regeneración, 1 esteatosis focal. Los angiomas presentaron en fase arterial en 100% (6/6) un tipo hipercaptante, nodular periférico 66.6% (4/6) con un llenado hipercaptante 66.6% (4/6) en fase porto-venosa con cinética centrípeta en 83.3% (5/6) y llenado homogéneo tardío. Las lesiones metastásicas presentaron en fase arterial un llenado hipercaptante rápido en 60% (3/5); con un patrón en anillo en 60% (3/5), en la fase porto-venosa una captación hipoecogénica en todos (5/5) sin cinética centrípeta, manteniéndose así de forma tardía. Los hepatocarcinomas en fase arterial fueron isocaptantes en un 100% (4/4) con un patrón difuso homogéneo en un 75% (3/4). En fase porto-venosa y tardía fueron isocaptantes en un 75% (3/4). Los adenomas en fase arterial fueron hipercaptantes en todos (3/3), con un patrón difuso homogéneo en 2/3 sin captación nodular periférica. En la fase porto-venosa y tardía fueron isocaptantes en todos. El caso de hiperplasia nodular focal y nódulo de regeneración presentaron en fase arterial un patrón difuso homogéneo hipercaptante, con una fase porto-venosa hipercaptante sin cicatriz central. El caso de esteatosis parcellar en las tres fases presentó un patrón isocaptante.

Conclusión: La base de la caracterización de las lesiones focales hepáticas mediante la ecografía abdominal con contraste es la comparación del nivel y forma de captación del contraste en la lesión; comparada con el parénquima hepático normal durante las tres fases del contraste: arterial, porto-venoso y tardía; aunque puede depender de otras características de las lesiones para poder especificar un comportamiento único; como son el tamaño, grado de diferenciación tisular y vascularización.

09.30 h. COINCIDENCIA DE ECOGRAFIA ABDOMINAL CON ECOPOTENCIA-DOR Y TAC/RNM CON CONTRASTE PARA LESIONES FOCALES HEPATICAS.

Llamoza Torres CJ, Vignote Alguacil ML, Reyes López A, López Ruiz DJ, de Dios Vega JF.
Hospital Reina Sofía.
Córdoba.

La detección y caracterización de las lesiones focales hepáticas es un tópico importante y en desarrollo. Muchos estudios describen el grado de concordancia y coincidencia utilizando la ecografía abdominal con contraste y la tomografía axial computarizada y/o resonancia magnética con contraste.

Objetivo: medir la coincidencia del tipo de captación del contraste entre ecografía abdominal y la TAC/RMN de lesiones focales hepáticas. Material y métodos: Estudio de coincidencia retrospectivo de pacientes a los que se les practicó ecografía de contraste abdominal de segunda generación (SonoVue) e imágenes mediante TAC y/o RMN con contraste, con el diagnóstico preliminar de masa hepática. Se compararon los resultados por separados de la ecografía y las otras técnicas de imágenes, utilizando tablas de contingencia y el coeficiente Kappa se obtuvo por evaluación interobservador.

Resultados: Se evaluaron 31 pacientes entre marzo y junio del 2008 de un hospital universitario (13 mujeres, 8 hombres, media de edad 52 años). Los diagnósticos fueron 6 angiomas, 5 metástasis, 4 carcinomas hepatocelular, 3 adenomas, 1 hiperplasia nodular focal, 1 nódulo de regeneración, 1 esteatosis focal. Diez se excluyeron por tener estudio de imágenes de TAC/RMN sin contraste. La más alta tasa de concordancia fue el tipo de captación hipercaptante en fase arterial 100% ($k > 0.55$), el patrón nodular periférico 80% ($k > 0.85$); y la captación centrípeta 100% (k aprox 1). La concordancia en la fase porto-venoso fue menor; siendo el patrón predominante el hipocaptante 66% ($k > 0.58$).

Conclusiones: La ecografía de contraste muestra alta coincidencia con las técnicas de TAC/RMN en nuestra serie, principalmente en fase arterial.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

9.40 h. EL TRATAMIENTO DE LA INFECCION POR HVC PUEDE MEJORARSE IMPLMENTANDO CAMBIOS ASISTENCIALES: IMPACTO DE LA ADHERENCIA Y DOSIS DE RIBAVIRINA EN LA EFICACIA EN LOS GENOTIPOS 1 Y 4.

Navarro Jarabe JM, Moreno Mejías P, Mendez Sanchez I, Albandea Moreno C, Rivera Irigoín R, Aguilar Urbano V.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

Introducción:

El tratamiento de la infección por VHC en los genotipos 1 y 4 es un problema clínico de primer orden ya que la curación se consigue en un número limitado de pacientes. Los datos de eficacia proceden en su mayoría de los estudios de registro. Sin embargo, los resultados de la práctica clínica suelen ser diferentes y están condicionados por factores difíciles de medir (por ejemplo: tipo de pacientes seleccionados, el impacto que el tipo de asistencia ofertada al paciente tiene en la adherencia al tratamiento, grado de especialización de la consulta, optimización de dosis, etc.). En nuestro centro, desde 2005, se implementa una asistencia específica a nuestros pacientes debido a los pobres resultados previos (RVS del 30%, adherencia determinada por dosis óptima de 40%). A la mayoría de pacientes con genotipos 1 y 4 se les propuso optimizar tratamiento con dosis de ribavirina más altas ajustadas a peso (no superando 1500 mg/día) y un subgrupo aceptó prolongar tratamiento a 72 semanas (propuesto en caso de histología desfavorable ó RNA + a primer mes).

Objetivo, material y método:

Análisis retrospectivo de nuestros resultados en los genotipos 1 y 4 en el periodo 2005-2006 determinando la eficacia según el estándar de respuesta sostenida (RVS), y la seguridad de la ribavirina mediante la determinación del nivel de Hb más bajo alcanzado durante el tratamiento. Se consideró para el análisis un nivel de Hb de 10 gr/dl. La cinética viral se determinó según estándar de respuesta a tercer mes (RVP), y de un subgrupo se obtuvo la respuesta al mes (RVR, definida como RNA -). Se determinaron variables asociadas a eficacia de tratamiento mediante paquete estadístico spss.

Resultados:

De un total de 111 pacientes tratados, 74 correspondieron a los genotipos 1 (n= 67) y gen 4 (n= 7). La RVS se consiguió en 38 casos (51.4%), superior a la obtenida en periodos previos (29.8%)(p.0019). Se retiró tratamiento por ineficacia o efectos secundarios en 30 pac (40.5%). En 44 pacientes que consiguieron RVP el tratamiento llegó a su término. En 9 de ellos se prolongó tratamiento a 72 semanas, consiguiendo RVS en los 9 (100%), comparado con el 71.4% de los tratados 48 semanas (p 0.009). La dosis media de ribavirina no fue diferente entre pacientes con RVS (15,7 mg/kg – CI 95 14.9- 16.4)) y no respondedores (15.6 mg/kg –CI95 14.8-16.5),

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

aunque sí se administró más dosis que en los estudios de registro. No encontramos asociación entre dosis de ribavirina y nivel de Hb más bajos (Nivel de Hb \leq 10: 15.3 mg/Kg Vs 15.4 mg/Kg en pacientes con nivel Hb $>$ 10 mg/dl). Se consiguió adherencia óptima en 37 de los 44 (84%) con RVP. Las variables que resultaron asociadas a RVS fueron la adherencia óptima a tratamiento (RVS 76% Vs no RVS 40%; p 0.059), RVR: 100% Vs 14% (p 0.01), RVP: 82.1% Vs 0% (p 0.01) , BMI (25.2 Vs 28.2; p 0.020), Glucemia basal (96 Vs 109; p 0.038); ALT intra-tratamiento (22 Vs 43; p 0.01); GGT basal (49 Vs 67; p 0.02) en intra-tto (31 Vs 47 ; p 0.03).

Conclusiones:

Desde 2005 hemos conseguido mejorar nuestros resultados en el tratamiento de la infección VHC gracias a un cambio en nuestra política asistencial, que nos ha permitido ganar en adherencia al tratamiento. La dosis media ribavirina ha sido superior a la administrada en los ensayos clínicos y probablemente haya influido en la eficacia (Estudio IDEAL: Dosis entre 12.1-13.4 mg/kg/día; RVS 40%). El incremento de dosis de ribavirina se ha mostrado seguro, sin impacto en la anemia. Creemos que la prolongación de tratamiento se debe ofrecer al subgrupo de pacientes que a priori responden peor (cinética viral más lenta y/o histología desfavorable).

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

09.50 h. IDENTIFICACION DE UN CRITERIOR QUE DEFINIR A LAS 4 SEMANAS LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON INTERFERON PEGILADO Y RIBAVIRINA EN PACIENTES CON HEPATITIS CRONICA VHC.

Aguilar Reina J, Verdejo C, Fernández Palacín A.
Hospital Virgen del Rocío.
Sevilla.

En los últimos años se ha establecido que la ausencia de respuesta precoz (descenso de la carga viral $\geq 2 \log_{10}$ a las 12 semanas respecto a la basal) al tratamiento con IFN-pegilado y ribavirina tiene valor predictivo negativo respecto a la respuesta sostenida, por lo que es unánimemente aceptado que si no tiene lugar dicho descenso debe suspenderse el tratamiento ya que la posibilidad de respuesta es sólo del 2%. La respuesta rápida (ARN-VHC negativo en suero a las 4 semanas de tratamiento) tiene relación con la respuesta sostenida, pero no valor predictivo negativo, por lo que no se utiliza para suspender el tratamiento. Sin embargo, no se ha explorado la posibilidad de que algún nivel de reducción de la carga a las 4 semanas tenga valor predictivo respecto a si aparecerá respuesta precoz a las 12 semanas, y así poder suspender el tratamiento en los que previsiblemente éste no tendrá éxito.

Objetivo: Determinar un valor de corte del descenso de la carga viral a la 4ª semana de tratamiento que sea capaz de predecir la respuesta a la semana 12.

Pacientes y métodos: Entre enero de 2006 y diciembre de 2007 iniciaron tratamiento con IFN pegilado y ribavirina 144 pacientes en los que se había comprobado previamente carga viral y genotipo del VHC. Sólo se admitieron los pacientes que habían recibido el tratamiento a dosis completa hasta las 12 semanas al menos. El protocolo de seguimiento durante el tratamiento incluía determinación de la carga viral a las 4 y 12 semanas de tratamiento y, según la metodología aceptada internacionalmente, a la semana 24 si se había producido respuesta precoz y, en caso de negatividad, a las 48 y 72 semanas. Se realizó estudio estadístico comparando el descenso de la carga a las 4 semanas respecto a la carga basal separando 2 grupos: los que tuvieron respuesta precoz (a las 12 semanas) y los que no la tuvieron, determinando la sensibilidad y la especificidad de los valores obtenidos. Se realizó estudio univariante de la influencia de otros factores que influyen en la respuesta: genotipo, índice de masa corporal, consumo de alcohol, fibrosis hepática, edad, sexo, carga viral basal, así como regresión logística.

Resultados: Se excluyeron 9 pacientes (6 por no contar con las tres determinaciones de ARN-VHC exigidas y 3 por reducción de la dosis). El resto, 135 pacientes constituyeron la cohorte a estudiar. Se comprobó que, para la cohorte completa, el descenso de la viremia igual o mayor a 1,5711 \log_{10} a las cuatro semanas presenta sensibilidad = 1 y especificidad = 0,77; el área bajo la curva COR fue de 0,913. Cuan-

do se considera únicamente el subgrupo infectado por genotipo 1, el mismo valor de descenso de la carga presenta sensibilidad = 1 y especificidad = 0,72; y el área bajo la curva COR es 0,87. La única variable que se relaciona independientemente con la respuesta, además del descenso de la carga igual o mayor a $1,5711 \log_{10}$ es la fibrosis hepática.

Conclusiones: Se ha encontrado un valor de descenso de la viremia al primer mes de tratamiento por debajo del cual se habría podido retirar la medicación a las 4 semanas al 72% de los paciente con genotipo 1 sin error en cuanto a la posibilidad de que hubieran respondido a las 12 semanas; y se habrían tratado sólo el 28% de los que no tendrían respuesta a la semana 12. hasta los 3 meses. Esto supone ahorro de mediación, recursos y efectos secundarios en un porcentaje muy alto de pacientes que no tendrán respuesta posteriormente. El 28% de pacientes que seguirían tratamiento sin que finalmente tuvieran respuesta precoz sólo lo recibirían durante 2 meses adicionales.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

10.00 h. TRATAMIENTO PERCUTANEO DEL CHC. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.

Santamaría Rodríguez GJ, Rendón Unceta P, Macías Rodríguez MA, Navarro López MC, González Montero E.
Hospital Puerta del Mar.
Cádiz.

INTRODUCCIÓN: Según el esquema terapéutico del grupo de Barcelona, la inyección percutánea de alcohol (IPA) se propone como tratamiento del Hepatocarcinoma (CHC) en pacientes no quirúrgicos.

OBJETIVOS: Analizar los resultados del tratamiento mediante IPA del CHC de pequeño tamaño, y las variables relacionadas con la supervivencia.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: Se trataron 106 pacientes (49 □, 57 □, 68 años de edad media) que presentaban un nódulo único < de 6 cm o un máximo de 3 nódulos < de 3 cm. Al mes se realizó RNM/TAC para objetivar resto tumoral, en cuyo caso, se inició un nuevo ciclo de tratamiento. Realizamos seguimiento cada 3 meses mediante ecografía y cada 6 meses con RNM/TAC. Ante recidiva se planteó nuevo tratamiento.

RESULTADOS: Fueron tratados 94 pacientes con nódulo único y 12 pac con más de 1 nódulo, de un tamaño medio de 31 mm, 85 en grado A de Child y 21 en grado B. Tras un seguimiento medio de 34 meses (1.1-136m) la supervivencia global a 1, 3, 5, y 7 años fue del 85.3, 54, 28.2, y 17.4 % respectivamente. La supervivencia fue significativamente mayor en los pacientes en grado A de child (54.1 meses) que en grado B (24.8 meses). No observamos diferencia en función del tamaño tumoral, ni niveles séricos de AFP. Se consiguió necrosis completa en el 73.5%, y recidivaron 64 %. En 24 de 32 pacientes con recidiva se realizó nuevo tratamiento, en éstos la supervivencia fue mayor que en los no tratados.

COMENTARIO: La IPA es eficaz en el tratamiento del CHC de pequeño tamaño, especialmente en sujetos en estadio A de Child-P. Un seguimiento estrecho y el re-tratamiento en casos de recidiva local o a distancia podría mejorar la supervivencia.

10.10 h. TERAPIA ANTIVIRAL EN EL POST-TRASPLANTE HEPATICO TRAS RECURRENCIA DE HEPATITIS VIRUS C: FACTORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA.

Castillo Molina L, Poyato González A, Fraga Rivas E, Barrera Baena P, Costán Rodero G, De la Mata García M.
Hospital Reina Sofía.
Córdoba.

INTRODUCCIÓN. La infección por virus C (VHC) es la principal indicación de trasplante hepático (Tx). Desgraciadamente la reinfección del injerto ocurre de forma universal tras el Tx, evolucionando a cirrosis hasta en un 25% de casos en 5 años. No existen estrategias eficaces para evitar la reinfección por lo que en la actualidad, la mejor opción es tratarla en el post-Tx una vez que se ha producido.

OBJETIVO. Identificar los factores asociados a respuesta viral sostenida (RVS) en el post-Tx.

PACIENTES/MÉTODO. Trasplantados por VHC (años 2000-2007) con confirmación de recidiva viral, tratados durante un año con Interferón pegilado y Ribavirina y seguimiento suficiente para comprobar la RVS (negatividad de la carga viral 6 meses postratamiento). La muestra final fue de 30 casos.

RESULTADOS. De 19 variables iniciales, se seleccionaron para el estudio univariante ($p < 0.25$): edad en el trasplante, toma de alcohol, tiempo postrasplante de la reinfección y respuesta durante el tratamiento. Mediante regresión logística resultaron significativas la determinación de parámetros de respuesta viral durante el tratamiento y la edad del receptor (tabla).

Test razón Verosimilitud $G=17.956$; $GL=3$; $p < 0.001$

Estadístico Hosmer-Lemeshow $C=5.43$; $GL=7$; $p=0.608$

AUC ROC=0.875 (IC95% 0.724-1.026)

CONCLUSION. Los únicos factores predictivos de RVS en el tratamiento de la infección VHC post-Tx son la negativización precoz de la carga viral durante el tratamiento y la edad del paciente.

Tabla1.

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig | Exp(B) | IC95% Inf | (Exp(B)) Sup |
|-------------|-------|-------|-------|----|------|--------|--------------|-----------------|
| Predict1 | | | 9.279 | 2 | .010 | | | |
| Predict1(1) | 4.354 | 1.543 | 7.962 | 1 | .005 | 77.826 | 3.781 | 1602.060 |
| Predict1(2) | 1.068 | 1.612 | .439 | 1 | .508 | 2.908 | .123 | 68.522 |
| EdadTx | -.134 | .091 | 2.152 | 1 | .142 | .875 | .731 | 1.046 |
| Constante | 3.619 | 4.034 | .805 | 1 | .370 | 37.318 | | |



POSTER

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-1. ERGE: ¿Y DESPUES DE LA CIRUGÍA QUE?

Aguilar Urbano VM, Gonzalo Marín J, Albandeja Moreno C, Pérez Aisa A, Rivera Irigoín R.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento quirúrgico esta indicado cuando el tratamiento farmacológico fracasa o aparecen complicaciones en la ERGE. En algunos casos la funduplicatura no resulta del todo eficaz para el control de la enfermedad.

OBJETIVOS:

- Describir las principales variables: edad, sexo, indicación de la cirugía, necesidad de fármacos y síntomas después de la cirugía.
- Determinar las diferencias entre la indicación de la cirugía y la evolución posterior.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo-retrospectivo de la evolución postquirúrgica de los pacientes con ERGE en los que se realizó funduplicatura en nuestro hospital entre Enero 2004 y Diciembre 2007. Analizamos edad, sexo, indicación quirúrgica, síntomas postquirúrgicos, necesidad de IBP postcirugía y realización de pruebas tras la cirugía. El análisis se realizó con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS:

El estudio incluyó 81 pacientes, 47 (58%) varones, edad media de 47,58 [24-76 (DE=12,36)] años. El tiempo medio de seguimiento de la muestra fue de 5 meses por parte de cirugía, siendo de 10,6 meses en los pacientes en los que se realizó alguna prueba postcirugía.

La principal indicación de cirugía fue por mal control de síntomas con IBP a dosis doble (64,2%), dependencia de la toma de IBP (28,4%), voluntad del paciente (3,7%) y otros motivos (2,5%).

En el 43,7% de los pacientes se produjeron síntomas postquirúrgicos: pirosis en 13,8%, regurgitación en 12,5%, disfagia en 16,3% y oclusión intestinal en 1,3% (1 caso). Se encontraban asintomáticos en el 56,3% de los casos.

Tras la cirugía hubo necesidad de IBP en el 26,3% de los casos, no necesiéndolos el 73,8%.

Se realizó algún tipo de prueba diagnóstica en 23 casos (28,8%): manometría esofágica en 1 caso, PHmetría esofágica en 3 casos, Manometría + PHmetría en 5 casos, test del aliento en 2 casos y EDA en 12 casos.

Cuando la indicación quirúrgica fue por voluntad del paciente, se produjo regurgitación en 33,3% y disfagia en 66,7%; mientras que si la indicación fue por dependencia o por mal control con IBP, los porcentajes de los síntomas fueron menores del 16%.

Necesitaron tomar IBP en un 33,3% los pacientes con voluntad de cirugía y un 29,4% los mal controlados con IBP.

Se realizó algún tipo de prueba en un 26,1% si IBP dependiente, 31,4% si mal control con IBP y 33,3% si voluntad del paciente.

CONCLUSIONES:

- 1.El 56% de los pacientes en los que se ha realizado funduplicatura permanecían asintomáticos en un período de seguimiento de 1 año.
- 2.En un 26,3% de los casos se precisó de la toma de IBP.
- 3.En más de $\frac{1}{4}$ parte de los pacientes se volvió a realizar algún tipo de prueba, siendo la EDA la más frecuente, cuya indicación fue la de dispepsia o malestar abdominal.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-2. ERGE: RELACION SINTOMAS Y PRUEBAS REALIZADAS

Aguilar Urbano VM, Pérez Aisa A, Albandea Moreno C, Gonzalo Marín J, Rivera Irigoín R.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

INTRODUCCIÓN:

El diagnóstico de ERGE se apoya en datos clínicos y pruebas diagnósticas. Las lesiones producidas se objetivan clásicamente por endoscopia digestiva alta. Existen diferencias entre los síntomas y la severidad de los daños en la mucosa y en ocasiones asocian síntomas dispépticos u otras alteraciones.

OBJETIVOS:

- 1.- Describir las principales variables: edad, sexo, hallazgos endoscópicos y pruebas funcionales.
- 2.- Subanalizar los pacientes con dispepsia asociada y los pacientes con síntomas atípicos valorando los hallazgos endoscópicos, de manometría y pmetría esofágicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo-retrospectivo de ERGE en los que se realizó endoscopia, pmetría o manometría esofágica previa a funduplicatura en nuestro hospital entre Enero de 2004 y Diciembre de 2007. Analizamos la edad, sexo, antecedentes clínicos, hallazgos endoscópicos, manométricos y en la pmetría esofágica. El análisis se realizó con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS:

En el período de estudio se realizaron 81 funduplicaturas, de las cuales a 65 se le realizó algún tipo de prueba prequirúrgica. Del total 38 eran varones (58,5%), con una edad media de 45,62 [24-71 (DE= 11,769)] años.

En relación con la clínica 32 pacientes presentan síntomas dispépticos asociados (49,2%) y 8 pacientes (12,3%) síntomas atípicos (consistentes en laringitis posterior, tos crónica o asma bronquial).

Subanalizando los pacientes con dispepsia (50,6% del total): el 50% presentaban hipotonía del esfínter esofágico inferior (EEI) por manometría y el 40,6% cuerpo esofágico normal. En este grupo los hallazgos en la pmetría de 24 horas demuestran un reflujo gastroesofágico (RGE) patológico severo en el 75%, RGE patológico leve en el 9,4% y RGE patológico moderado en el 6,3%. Endoscópicamente se observó en los pacientes con dispepsia un 43,8% de hernia de hiato, 40,6% ERGE erosiva + Hernia hiatal y 12,6% ERGE sin hernia de hiato.

En los pacientes con síntomas atípicos: el 25% presentaban hipotonía del EEI por

manometría, 62,5% cuerpo esofágico normal y 12,5% hipoperistalsis. El RGE patológico severo estaba presente en el 87,5% de los pacientes con síntomas atípicos y RGE fisiológico en el 12,5%. Endoscópicamente se observó en los pacientes con síntomas atípicos un 62,5% de hernia de hiato, 12,5% ERGE erosiva + Hernia hialal y 12,5% Barret + Hernia de hiato.

CONCLUSIONES:

- 1.- En los pacientes que presentaban dispepsia, el 50% presentaban hipotonía del EEI.
- 2.- El RGE patológico severo estaba presente en el 75% de los pacientes con dispepsia, mientras que era el 87,5% en los pacientes con síntomas atípicos.
- 3.- En el 87,5% de los pacientes con dispepsia se observaba hernia de hiato (asociada a algún grado de esofagitis en la mitad de los casos), y en los pacientes sin síntomas dispépticos del 75,7%.
- 4.- En los pacientes con síntomas atípicos, el 62,5% presentaban cuerpo esofágico normal en la manometría.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-3. SINDROME DE MALLORY-WEISS: ¿ES LA EDAD UN FACTOR DETERMINANTE?

Aguilar Urbano VM, Moreno García AM, Albandea Moreno C, Gonzalo Marín J, García Fernández G.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Mallory-Weiss (SMW) se denomina al desgarro en la unión esófago-gástrica producido tras náuseas o vómitos intensos. Es característica la ingesta de alcohol previa a la hematemesis. En la literatura está descrito que los pacientes con mayor edad tienen peor pronóstico en los casos de HDA.

OBJETIVOS:

- Ver si la edad determina un comportamiento distinto en el síndrome de Mallory-Weiss.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo-retrospectivo. Se incluyeron los pacientes con SMW registrados entre Enero del 2002 y Marzo del 2008. Analizamos la edad, el sexo, antecedentes, ingesta de alcohol en las 24 horas previas, hallazgos y tratamientos endoscópicos. Dividimos a los pacientes en dos grupos: Grupo A: < 60 años y Grupo B: >= 60 años y analizamos los siguientes parámetros: aspecto de la lesión, hemostasia primaria, resangrado y estancia hospitalaria. El análisis se realizó con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio se incluyeron 99 pacientes, 77 (77,8%) varones, con edad media de 52,42 [20-92 (DE =19,27)] años.

En nuestros pacientes un 19,2% había consumido antiagregantes, 14,1% AINEs y 6,1% anticoagulantes.

Hubo ingesta de alcohol en las 24 horas previas en el 31,37%, con una media de 66,7 (DE=23) gr.

Los hallazgos por EDA fueron: 35,4% aspecto fibrinado, 31,3% sangrado activo y 28,3% coágulo adherido.

Se realizó tratamiento endoscópico en el 52,5%: inyección de adrenalina en 29,3% y asociación de adrenalina+esclerosante en 14,1%. Se consiguió hemostasia primaria en el 100%, con un 2% de resangrado. Precisarón transfusión sanguínea el 15,2%.

En el grupo A (< 60 años) se incluyeron 66 (66,66 %) pacientes y en el grupo B (>= 60 años) 33 (33,33%). Al analizar en los grupos A y B se encontraron los siguientes resultados: La ingesta previa de alcohol en el grupo A fue del 40,9% (27) y del 12,1% (4) en el grupo B (con una $p < 0,05$); la toma de medicamentos gastrolesivos fue del

25,7% en el grupo A y 66,7% de en el grupo B; la localización más frecuente de la lesión fue en la unión esófago-gástrica en ambos grupos, con un 81,8% (54) en el grupo A y 81,8% (27) en el grupo B; en el grupo A el resangrado fue del 3% mientras en el grupo B fue de 0%; en el grupo A la necesidad de transfusión fue de 18,2%, mientras en el grupo B fue de 9,1%; la estancia media fue de 36 horas con una DE 26,29 en el grupo A y en el grupo B de 34,36 horas con una DE 23,65 siendo las diferencias, salvo en el primer caso, no estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES:

- La hemorragia por SMW tiene similares tasas de resangrado, necesidad de transfusión y estancia media hospitalaria en pacientes menores de 60 años y mayores.
- La ingesta previa de alcohol fue más prevalente en los pacientes menores de 60 años con una $p < 0,05$.
- La prevalencia de consumo de gastrolesivos es superior en el grupo B debido al mayor porcentaje de comorbilidad asociada a cardiopatía isquémica y otros fenómenos que precisan antiagregación.
- El tratamiento endoscópico más utilizado fue la inyección de adrenalina en ambos grupos.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-4. ASPECTOS CLINICOS Y CRITERIOS DE CONDUCTA AGRESIVAS EN LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL

Bejarano García A, Nuñez Sousa C, Rojas Feria M, Osuna Molina C, Pozo Moreno R, Gata Cuadrado M.
Hospital Juan Ramón Jiménez.
Huelva.

INTRODUCCIÓN Se engloban bajo el término de GISTs los tumores mesenquimales primarios del tracto gastrointestinal, epiploon, mesenterio y retroperitoneo, positivos para CD117. Suponen alrededor del 1% de las neoplasias del tubo digestivo. Entre un 10 y un 30% tiene un comportamiento muy agresivo. El gran avance diagnóstico y terapéutico ha posibilitado nuevas expectativas a este grupo de pacientes.

OBJETIVOS Conocer las formas de presentación de este tipo de tumores, así como los factores que se asocian a un mayor riesgo de conducta agresiva.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio observacional retrospectivo. Revisión de los casos diagnosticados en nuestro centro entre 2000 y 2006. Análisis de las características clínicas, endoscópicas, histológicas e inmunohistoquímicas. Análisis estadístico mediante el programa SPSS 15.0 para Windows.

RESULTADOS Se revisaron 15 casos de GIST (8 mujeres, 7 hombres; edad media 63,4 años) diagnosticados en nuestro centro entre Enero de 2000 y Diciembre de 2006. La localización tumoral fue gástrica en 53,33% (8 pacientes), yeyunal en 13,33%, y presentándose un caso (6,66%) en cada una de las siguientes localizaciones: duodenal, colónica, ileocólica, pancreática y retroperitoneal. La forma de debut más frecuente fue la HDA 10/15 (66,66%), siendo la media de edad de este subgrupo de 62,8±18,83 años (no diferencias significativas respecto a la edad del grupo que debutó con otra sintomatología) y la localización tumoral más frecuente la gástrica (70%). La endoscopia oral proporcionó el diagnóstico de sospecha en 9/10 pacientes (90%). La biopsia endoscópica fue diagnóstica en sólo 1 de los 9 casos (11,1%), precisándose el estudio de la pieza quirúrgica en el resto. El 93,33% de los tumores expresaban CD 117, y el 80% CD 34. Un 33,33% del total se asociaron a un riesgo alto de conducta agresiva (criterios de Fletcher), presentándose todos ellos en localización extragástrica. Se observó un mayor riesgo de conducta agresiva en la localización extragástrica, con OR de 3,5 IC95% (1,085-11,29). No se observaron diferencias en la conducta agresiva del tumor entre los individuos mayores y menores de 65 años.

CONCLUSIONES. La localización más frecuente es la gástrica, asociándose a un menor riesgo de conducta agresiva, la mayoría debutan clínicamente como hemorragia digestiva alta. La edad no se asocia a mayor potencial de agresividad. La endoscopia es una herramienta válida en su estudio, principalmente en los que cursan con sangrado de origen alto. No obstante, la biopsia endoscópica no logra conseguir material suficiente para establecer su catalogación definitiva, necesiándose en casi la totalidad de casos el estudio de la pieza quirúrgica.

P-5. ESTUDIO DE FIABILIDAD ENTRE PRUEBAS DE IMAGEN PARA DIAGNOSTICO DE EXTENSION DEL CANCER COLORECTAL

Viñolo Ubiña C, Morales Ruiz J, Heredia Carrasco C, Ruiz-Cabello Jiménez M, De Teresa Galván J.
Hospital Virgen de las Nieves.
Granada.

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) supone un importante problema de salud pública, debido a su alta incidencia y mortalidad. Para conseguir rentabilidad diagnóstica surge el proceso asistencial integrado de CCR en Andalucía en 2004. En nuestro estudio pretendemos valorar la concordancia entre las distintas pruebas de imagen, tomando como gold standard la anatomía patológica obtenida en los pacientes una vez intervenidos.

Material y Métodos

Realizamos estudio retrospectivo incluyendo 171 pacientes diagnosticados de CCR desde octubre 2006 a octubre 2007. Se recogen clínica, estudio de extensión, clasificación TNM, cirugía e histología. Los resultados son analizados mediante programa estadístico SPSS-15.

Resultados

La edad media de los pacientes estudiados fue de 70 años (con un mínimo de 38 y un máximo de 92), siendo un 57% varones y el estadio T3N0M0 el más frecuente diagnosticado en el 29%.

El PET-TAC con un valor predictivo negativo (VPN) del 52% y/o PET con 61% con respecto a la ecografía (58%), no es mejor técnica para detectar adenopatías abdominales ni metástasis hepáticas, sin embargo tiene la ventaja de poder detectar metástasis a otros niveles: adenopatías mediastínicas (14.6%), metástasis pulmonares (28.2%), otras metástasis (óseas, vejiga) (23.9%).

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Metástasis hepáticas | Índice kappa |
| Ecografía abdominal y PET | 0.846 |
| Ecografía abdominal y PET-TAC | 0.730 |

Conclusiones

1. La ecografía con respecto a las otras técnicas se muestra con una fiabilidad muy similar para adenopatías abdominales y metástasis hepáticas.
2. El PET-TAC permite detectar metástasis a otros niveles: pulmonares, mediastínicas, óseas, vesicales, ...

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-6. ANALISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA CON LA PROTESIS AUTOEXPAN- DIBLE EN LA RESOLUCION DE LA OBSTRUCCION MALIGNA DE COLON

Reina Soriano F, Garre Urrea A, Martínez Tirado P, Maté Ambeles A, Martín Ruiz JL.
Hospital Clínico San Cecilio.
Granada.

INTRODUCCIÓN:

Las prótesis metálicas autoexpandibles (PMA) permiten tratar la obstrucción maligna de colon con fines paliativos y como maniobra previa a cirugía de exéresis, obviando la ostomía de descarga y la morbimortalidad asociada.

OBJETIVO: Revisar nuestra experiencia en colocación de PMA en colon por lo que respecta a indicaciones, resultados y complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio retrospectivo de colocación endoscópica de PMA en colon entre Enero de 2007 y Junio de 2008 .

RESULTADOS: Se revisan 18 pacientes consecutivos. 11 hombres (61.1%) la edad media de la muestra fue de 73 años (48-92). En 17 casos la indicación fue obstrucción colónica por adenocarcinoma y en 1 caso una fístula rectovaginal (carcinoma de endometrio tratado con cirugía/radioterapia). La indicación de PMA fue como tratamiento paliativo en 9/17 casos y en los 8 restantes como paso previo a cirugía. El tiempo medio entre la colocación de la prótesis y la cirugía fue de 19 días (4-48 días), y la demora entre establecer la indicación y su colocación fue muy variable (entre 5 y 48 horas).La localización del tumor fue rectosigma en 14 casos (82,4%), 2 casos (11,8%) en colon en descendente-ángulo esplénico y un caso en transversal (5.9%). Se consiguió la inserción adecuadamente en el 100% de las prótesis con resolución de la obstrucción en 16 de 18 pacientes (88.9%). En el caso de la fístula rectovaginal la PMA migró distalmente, y en otro caso se produjo una perforación de ciego, a las 48 horas de su colocación (prótesis en recto) sin aparente mecanismo directo. Una de las prótesis funcionantes migró distalmente y fue necesario colocar otra al mes del primer intento.

DISCUSIÓN: La colocación de PMA en colon es una técnica mínimamente invasiva con la se consigue reestablecer con éxito el transito de colon en un alto porcentaje de pacientes.

El éxito de la colocación y su viabilidad no parecen depender del tiempo de demora entre indicación y colocación, siempre que no se indique en un cuadro de deterioro importante.

Nuestra experiencia no permite establecer la necesidad de equipo y medios disponibles a lo largo de una jornada completa.

P-7. EVALUACION DEL TRATAMIENTO CON HIERRO INTRAVENOSO EN ANEMIA FERROPENICA CRONICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN NUESTRO MEDIO

Viñolo Ubiña C, Gómez García M, Morales Ruiz J, Heredia Carrasco C, De Teresa Galván J.
Hospital Virgen de las Nieves.
Granada.

La anemia ferropénica es una complicación frecuente en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) (36-42% pacientes), con impacto significativo en su calidad de vida. El tratamiento con hierro oral es actualmente de elección, aunque presenta inconvenientes: intolerancia gastrointestinal, menor absorción, leve respuesta clínica. El hierro vía intravenosa (IV) puede convertirse en alternativa para mejorar la adherencia y respuesta al tratamiento.

OBJETIVOS: Valorar la eficacia de la administración de hierro intravenoso en pacientes con anemia crónica refractaria al tratamiento oral y EII.

MATERIAL Y METODOS: Incluimos 34 pacientes diagnosticados de EII con anemia ferropénica crónica sin respuesta o con intolerancia al hierro oral, con síntomas invalidantes de anemia, administrándoles hierro IV. Se realiza estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

RESULTADOS: La edad media es 45,15 años (mínimo 17, máximo 79), siendo un 57,6% mujeres. El 51,5% presentaban colitis ulcerosa y el restante 48,5% enfermedad de Crohn (uno de los diagnosticados inicialmente de colitis ulcerosa finalmente fue Crohn), teniendo como tiempo medio de evolución de la EII 6,84 años. La mayoría de los pacientes tomaban mesalazina (90,9%), y un 45,5% inmunosupresores.

HEMOGLOBINA INICIO TRATAMIENTO 8,77 (mínimo 6,4- máximo 11,4)
Nº INFUSIONES HIERRO 16,3 (mínimo 1 – máximo 56)
HEMOGLOBINA ACTUAL 11,5 (mínimo 7 – máximo 15,2)

Un paciente presentó reacción alérgica que no impidió continuar tratamiento, otro de ellos intolerancia gastrointestinal que obligó a suspenderlo. En general la respuesta clínica fue buena, mejorando los síntomas derivados de anemia, salvo en un caso donde subyacía cáncer de colon. Otro paciente presentó gangrena de Fournier que precisó cirugía, siendo éxitus por Insuficiencia Renal.

CONCLUSIONES:

- 1.-La administración de hierro IV se presenta como alternativa segura y eficaz en el tratamiento de anemia ferropénica en EII.
- 2.- Ante la no mejoría clínica de los pacientes sometidos a este tratamiento debemos descartar otras causas de anemia ferropénica como neoplasias.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-8. ACTIVIDAD DE LA TIOPURINA METILTRANSFERASA (TPMT) EN PACIENTES CON EII EN NUESTRA POBLACION Y SU RELACION CON LA APARICION DE COMPLICACIONES. SU DETERMINACION, ¿ES UNA ESTRATEGIA COSTO-EFECTIVA?

Soto Escribano MP, Rodríguez Perálvarez ML, Iglesias Flores E, García Sánchez V, Castillo Molina L, Gómez Camacho F.
Hospital Reina Sofía.
Córdoba.

INTRODUCCIÓN: La azatioprina (AZA) y su metabolito la 6-mercaptopurina (6-MP) son análogos de las purinas con actividad inmunomoduladora que se emplean en el tratamiento de diversas enfermedades, entre ellas la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La TPMT es la enzima encargada de la metilación de la 6-MP y de catabolizar los nucleótidos de la 6-tioguanina (6-TG) responsables tanto de la actividad como de la toxicidad de estos fármacos. Aunque se ha observado que los pacientes con baja actividad de la TPMT pueden presentar una mayor incidencia de efectos secundarios, su valor normal o alto no descarta su aparición y por este motivo, todos los pacientes en tratamiento con estos fármacos precisan realizarse controles analíticos seriados. Además, la incidencia de complicaciones no es elevada y en la mayoría de los pacientes no conlleva consecuencias terapéuticas agresivas. Por todas estas razones, la determinación de la actividad de la TPMT antes de iniciar el tratamiento con AZA o 6-MP, resulta una estrategia coste-efectiva controvertida.

OBJETIVOS: Describir la distribución de la actividad de la TPMT en pacientes con EII de nuestra población, la prevalencia de aparición de efectos secundarios a la toma de AZA/6-MP y su relación con la actividad enzimática. Por otro lado, pretendemos valorar la utilidad clínica de la determinación de la TPMT antes de iniciar el tratamiento.

MÉTODOS Y PACIENTES: Se trata de un estudio retrospectivo en el que se han incluido a 210 pacientes con EII en los que se determinó la actividad de la TPMT durante el periodo comprendido entre Abril del 2005 y Junio de 2007. El 71.4% de estos pacientes iniciaron tratamiento con AZA/6-MP tras su determinación. Todos los pacientes fueron revisados en consulta a las 2 y 4 semanas de comenzar el tratamiento y cada 3 meses durante el seguimiento, mediante valoración clínica y analítica, con el fin de determinar la eficacia y detectar de forma precoz la aparición de efectos adversos. En todos los pacientes se recogieron variables clínicas (edad, sexo, hábitos tóxicos, enfermedades concomitantes, datos relacionados con la EII, medicación en el momento de la determinación de la actividad de la TPMT) y se le extrajo una muestra de sangre venosa para la determinación de la actividad de la TPMT. Se describió la indicación del fármaco así como su eficacia. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS: El 65.4% de los pacientes tenían una enfermedad de Crohn (EC) y el 34.6%, una colitis ulcerosa (CU). La duración media de la enfermedad era de 92 meses. El 60,5% de los pacientes (127) eran hombres y el 39,5% (83) mujeres, con una edad media de 39,6 años. El valor medio de la TPMT fue de 20.9 U/ml (\pm 4.7). La distribución de la actividad de la TPMT fue de un 0.5% con valores bajos (<5 U/ml), un 9% con valores intermedios (5-13.7 U/ml) y un 90.5% con valores altos (\geq 13.8 U/ml). Las indicaciones de tratamiento con AZA/6-MP más frecuentes fueron: 50.3% (89) por corticodependencia, 15.8% (28) por EC con patrón fistulizante o enfermedad perianal y 14.7% (26) para la prevención de la recurrencia postquirúrgica. El tratamiento fue eficaz en el 64.8% de los casos, sin mostrar relación con la actividad enzimática. En un 34.5% (61) de los pacientes tratados aparecieron efectos secundarios. Los más frecuentes fueron: gastrointestinales en un 39.3% (24), mielotoxicidad en un 26.2% (16: 11 con leucopenia y 5 con aplasia medular), hepatotoxicidad en un 11.5% (7) y pancreatitis en un 4.9% (3). No se encontró relación estadísticamente significativa entre el valor de la TPMT y la probabilidad de aparición de efectos secundarios, aunque uno de los pacientes con aplasia presentaba un valor de 0.82 U/ml. Tampoco se encontró que el valor de la TPMT se relacionara con otras variables como la edad, el sexo, la toma de aminosalicilatos, glucocorticoides o AZA en el momento de la determinación. Tan sólo la administración concomitante de fármacos biológicos se asoció con un valor más bajo de actividad de la TPMT (33.3% vs 9%, $p < 0,05$).

CONCLUSIONES: Tan solo el 0.5% de los pacientes de nuestra serie tuvieron una actividad enzimática baja. La probabilidad de aparición de efectos secundarios fue del 34.5% con un 2,4% de aplasias medulares. La aparición de efectos secundarios no se relacionó con una actividad baja de la TPMT, salvo en uno de los pacientes con aplasia medular (0.82 U/ml). Es posible que la determinación de la TPMT no sea una estrategia coste-efectiva en la práctica clínica, pero el hecho de que podamos evitar un caso de aplasia medular, hace que, desde el punto de vista ético, su determinación deba estar disponible antes de comenzar el tratamiento con estos fármacos.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-9. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LA RESERVORITIS EN NUESTRO MEDIO

Núñez Sousa C, Bejarano Garcia A, Rojas Feria M, Gata Cuadrado M, Pallares Manrique H, Ramos Lora M.

Hospital Juan Ramón Jiménez.

Huelva.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y la evolución de los pacientes con reservoritis en seguimiento en nuestro hospital.

Introducción: La reservoritis es una inflamación inespecífica, aguda o crónica, del reservorio, de causa no clara, que aparece en pacientes colectomizados a los que se les realiza anastomosis ileoanal. El riesgo acumulado a los 5 años de la intervención se estima en un 50%.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes diagnosticados de reservoritis en nuestro medio en los últimos diez años.

Resultados: Se incluyeron 11 pacientes (6 mujeres/5 hombres; edad 48.5 ± 13.8 años) con colitis ulcerosa (CU) que, tras ser intervenidos quirúrgicamente, desarrollaron reservoritis. Un 18.1% de los pacientes presentaban historia familiar de EII y el 45.4%, manifestaciones extraintestinales, como artritis o aftas bucales. No se observó ningún caso de colangitis esclerosante primaria. El 45.4% presentaban hábito tabáquico. No se observaron diferencias entre el hábito tabáquico y la evolución clínica de la reservoritis ($p=0.62$). El tiempo medio entre el diagnóstico de CU y la cirugía fue de 4.5 ± 5.5 años, siendo la indicación más frecuente el brote agudo grave refractario a tratamiento médico (63.6%). La técnica quirúrgica de elección fue la proctocolectomía con reservorio ileoanal, que se llevó a cabo en el 81.8% (9/11) de los pacientes, practicándose ileostomía de protección en el 66.6% de ellos. El tiempo medio para el desarrollo de reservoritis fue de 33 ± 25.8 meses, sin observarse diferencias significativas en el tiempo entre los grupos con/sin ileostomía. El 72.7% (8/11) de los pacientes presentaban un buen control de la enfermedad. De ellos, el 75% (6/8) necesitó más de un fármaco para su control, el 62.5% (5/8) requirió azatioprina y el 50% (4/8), infliximab.

Conclusiones: 1. El hábito tabáquico no guarda relación con la evolución de la reservoritis. 2. El tiempo medio de presentación de la reservoritis desde la intervención fue de 33 ± 25.8 meses. 3. La ileostomía de protección no retrasó la aparición de reservoritis. 4. El 62.5% de los pacientes requerían inmunomoduladores, asociados o no a infliximab, para un buen control de la enfermedad.

P-10. LINFOMA T DIFUSO FULMINANTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y TRATAMIENTO CON AZATIOPRINA

FJ García Fernández, Infantes Hernández JM, Torres Domínguez Y, Alcazar Guijo FJ, Mendoza Olivares FJ, Piñar Moreno AL.
Hospital San Juan de Dios.
Bormujos, Sevilla.

INTRODUCCION:

Existe asociación entre linfoma y enfermedad de Crohn aunque pocos estudios han determinado esta asociación como estadísticamente significativa. Esta se ha puesto mas de manifiesto tras la introducción de inmunosupresores para el tratamiento, aunque el riesgo no es importante y es menor que en paciente transplantados renales o hepáticos.

CASO CLINICO:

Paciente de 64 años diagnosticada de enfermedad de Crohn, con 8 años de evolución clínica, clasificación de Montreal A3-B2-L1+L4 (gran ulceración antral y estenosis pilórica (Fig. 1)). Con comportamiento corticopendiente, iniciando tratamiento con Azatioprina según actividad de TPMT (150 mg/día). Pese al tratamiento con AZA la paciente precisa dosis mantenidas de corticoides a dosis bajas. La actividad gástrica presenta escasa respuesta precisando gastroenteroanastomosis laterolateral en nov-2006 por intolerancia alimenticia por estenosis pilórica.

En febrero de 2007 ingresa en UCI por cuadros febriles diarios, de unos 7-8 días de duración, de 38,5-39 °C, no diarrea, no vómitos, tos no productiva, disnea y oliguria, Satpo2 del 85%, crepitantes bilaterales, taquicardia sinusal a 110 con CPA y soplo sistólico III/VI y lesión cutánea gomosa, indolora, móvil, con punto cutáneo violáceo de unos 20 mm en cara anterior del brazo derecho interpretada como postflebitica.

En TAC tórax/abd múltiples infiltrados pulmonares con áreas de condensación alveolar con broncograma aéreo y hepaticación, e infiltrados de apariencia más nodular con contornos espiculados y mal definidos. Lesiones focales en parénquima hepático que no producen efecto de desplazamiento de las estructuras vasculares y lesión focal en el riñón derecho (Fig. 2-3). Rx tórax de un mes previo sin alteraciones. En Ecocardio transtoracica y transesofagica se objetiva imagen sugestiva de endocarditis sobre válvula Ao.

Se inicia tratamiento con antibioterapia empírica y antifúngicos con cierta mejoría inicial, ante la sospecha de infección diseminada por probable endocarditis y/o infección fúngica en paciente inmunodeprimida.

Fibrobroncoscopia con muestras para microbiología y anatomia patológica sin hallazgos relevantes.

Bateria microbiologica objetivó exclusivamente S. Epidermidis sensible a Vancomicina en hemocultivos.

Al 4º dia reinicia picos febriles con FARVR e hipoxemia, se realiza Biopsia Hepática

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

percutánea de las LOEs con histología con signos de necrosis tumoral sin poder tipificar estirpe. A los 2 días empeoramiento clínico con necesidad de IOT y conexión a VM con fracaso multiorgánico refractario, siendo Exitus a los 10 días de ingreso en UCI.

Biopsias postmortem pulmonares, hepáticas y cutáneo con diagnóstico de infiltración cutánea, pulmonar y hepática por linfoma T periférico (Fig. 4).

CONCLUSIONES:

Aunque el desarrollo de neoplasias bajo tratamiento con inmunosupresores en la enfermedad de Crohn esta descrito en la literatura, sobre todo neoplasias hematológicas, éstas son poco frecuentes.

En nuestra paciente el curso fulminante de dicha neoplasia probablemente estuvo acentuado por la enfermedad debilitante de base y el tratamiento inmunosupresor crónico.

La orientación inicial fue hacia proceso infeccioso sin descartar la posibilidad neoplásica y aunque el diagnóstico de Linfoma se realizó antes del exitus no pudo aplicarse tratamiento por la situación terminal de la paciente.

En casos tan fulminantes y difusos como el que describimos, el diagnóstico diferencial entre proceso infeccioso vs linfomatoso es muy difícil, teniendo que pensar en ambas entidades. Para el correcto diagnóstico se precisan múltiples pruebas invasivas y a veces solo es posible en estudios postmortem.

P-11. FRECUENCIA DE DISFUNCION AUTONOMICA EN CIRROSIS BILIAR PRIMARIA

Llamoza Torres CJ, Lozano Miranda A, Ángel Rey JM, Vida Pérez L, Soto Escribano P, Jurado García J.
Hospital Reina Sofía.
Córdoba.

La disfunción autonómica tiene una prevalencia variable en cirrosis hepática . Así mismo en cirrosis biliar primaria su frecuencia y correlación con el grado de disfunción hepática es variado. De igual forma, la disautonomía cardiovascular se asocia a mayor tasa de complicaciones y mortalidad en hepatopatía crónica. La valoración de ella puede constituir un factor potencial de discriminación de este tipo de pacientes.

Objetivos: Determinar la frecuencia de disfunción autonómica en pacientes con cirrosis biliar primaria.

Material y métodos: Estudio de serie de casos, transversal en la que se determinó la función autonómica en 10 pacientes con cirrosis biliar primaria utilizando cinco pruebas que valoran la respuesta de la frecuencia cardíaca y tensión arterial ante determinadas maniobras.

Resultados: Se evaluaron 10 mujeres con diagnóstico de cirrosis biliar primaria, registrándose en todas alteraciones autonómicas. Dos (20%) con daño parasimpático temprano, una (10%) con daño autonómico definitivo, cuatro (40%) con daño autonómico grave y tres (30%) con disfunción autonómica atípica. Tres pacientes presentaron un grado A de Child-Pügh, seis con estadio B y uno con estadio C. Se valoró la correlación de la disfunción autonómica y el grado de disfunción hepática según el puntaje de Child-Pügh y score MELD. Sólo se encontró correlación entre la respuesta de la frecuencia cardíaca a la Maniobra de Valsalva ($p=0.047$) y la respiración profunda ($p=0.049$), utilizando el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman.

Conclusión: en esta serie de pacientes todos presentaron alteraciones en las pruebas de disfunción autonómica. El grado de disfunción autonómica no se correlaciona con el puntaje de Child-Pügh, pero si se encuentra correlación entre dos pruebas que valoran la función parasimpática y el score MELD.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-12. DISFUNCION AUTONOMICA EN PACIENTES CON CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y CIRROSIS DE OTRA ETIOLOGIA

Llamoza Torres CJ , Lozano Miranda A, Rodríguez Perálvarez ML, Benítez Cantero JM.

Hospital Reina Sofía.

Córdoba.

La disfunción autonómica se define como la alteración del sistema nervioso autónomo. Se describió inicialmente como una complicación de la diabetes y del abuso de la ingesta de alcohol. En varias publicaciones se ha puesto en evidencia su relación con enfermedades hepáticas crónicas, sobretodo en cirrosis e independiente de la etiología alcohólica o no. Su frecuencia es variable en pacientes con cirrosis hepática.

Objetivos: Comparar las frecuencias de disfunción autonómica entre pacientes con cirrosis biliar primaria y cirrosis de otra etiología.

Material y métodos: Estudio de serie de casos, transversal en la que se determinó la función autonómica en 10 pacientes con cirrosis biliar primaria y 20 pacientes con cirrosis de diferente etiología; utilizando cinco test que valoran la respuesta de la frecuencia cardíaca y tensión arterial ante determinadas maniobras.

Resultados: Los diez pacientes con cirrosis biliar primaria fueron mujeres y presentaron alteraciones en los test de disfunción autonómica. Los veinte pacientes de otra etiología fueron distribuidos: nueve (30%) de origen alcohólico, cuatro (13,3%) viral, uno(3,3%) mixto (alcohol y virus) y seis definidos como criptogénico (20%). En estos veinte pacientes la frecuencia de disfunción autonómica fue de 18/20 (80%). Se compararon las medias de las diferentes pruebas de función autonómica entre los dos grandes grupos (cirrosis biliar primaria y no cirrosis biliar primaria) sin encontrarse diferencias significativas ($p>0.05$). La frecuencia del grupo completo de pacientes con cirrosis hepática fue de 28/30 (93.3%). No se encontró correlación del grado de disfunción hepática (utilizando el puntaje de Child-Pugh y el score MELD) y los resultados de las pruebas de disfunción autonómica del grupo global de pacientes con cirrosis hepática.

Conclusión: No se encuentra diferencias, en la serie evaluada; entre la frecuencia de disfunción autonómica en pacientes con cirrosis biliar primaria y cirrosis hepática de otra etiología. Cuando se valora de forma global los pacientes con cirrosis hepática, no se encuentra correlación entre el grado de disfunción hepática y la disfunción autonómica.

P-13. FACTORES EPIDEMIOLOGICOS Y CLINICOS DE HEPATOCARCINOMA EN NUESTRA AREA. IMPACTO SOBRE EL TRATAMIENTO.

Núñez López C, Bejarano Gracia A, Rojas Feria M, Ramos Lora M, Pallares Manrique H, Jimenez Macias F.
Hospital Juan Ramón Jiménez.
Huelva.

Introducción: El carcinoma hepatocelular (CHC) es la quinta neoplasia más frecuente en el mundo y la tercera como causa de muerte. A pesar de los programas de vigilancia, con ecografía abdominal y AFP cada 6 meses, los pacientes llegan tardíamente a los tratamientos curativos.

Objetivos: Conocer los factores epidemiológicos, clínicos y pronósticos del CHC en nuestra área y su relación con las diferentes opciones de tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los CHC consecutivos diagnosticados entre 2001 y 2006. Se analizan las características epidemiológicas, clínicas y pronósticas según la Clasificación Clinic Liver Cancer (BCLC), así como las opciones de tratamiento. Análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados: Se incluyeron 29 casos de CHC diagnosticados en el periodo 2001-2006. El 72.4% (21/29) eran varones. La edad media al diagnóstico fue de 65.5 años (rango 30-82). El 89.6% presentaban cirrosis (VHC 28%; VHB 21%; enólica 17%; enólica+VHC 10%; de etiología desconocida 10%). El 28% estaban en estadio A de Child-Pugh, el 45% en estadio B y el 17%, en el C. El 24% presentaban una AFP > 200U/ml. Según el estudio de imagen dinámico, la presentación fue nodular en el 65.5% (única en el 52.6% y múltiple en el 47.3%), difusa en el 13.8% y multifocal en 20.7%. No se observó relación entre la etiología de la cirrosis (viral o no viral) y la forma de presentación ($p=0.26$). El tamaño medio de los nódulos al diagnóstico fue de 5.4 cms, siendo la localización más frecuente el lóbulo hepático derecho (73.7%). El 17.3% presentaba metástasis y el 27.6% trombosis portal. Atendiendo a la clasificación BCLC, 6.8% de los pacientes se incluían en el estadio A, 6.8% en el B, 58.6% en el C y 27.6% en el D. No se hallaron diferencias significativas entre la causa de la cirrosis (viral o no) y los estadios BCLC (tratamiento curativo/paliativo), $p=0.7$. Las opciones de tratamiento fueron: curativa en 17.24% (1 resección, 4 TOH), tratamiento local con quimioembolización o radiofrecuencia en el 27.5%, paliativo con sorafenil en el 17.4% y sintomático en el 38.2%.

Conclusiones: 1. Sólo el 17.24% de los pacientes diagnosticados de CHC tienen opción de tratamiento curativo en nuestro medio, ofreciéndose sólo tratamiento paliativo en más del 50% de ellos. 2. La etiología de la cirrosis no se relaciona ni con la forma de presentación (nodular/difusa) ni con el estadio BCLC al diagnóstico. 3. La combinación de ecografía abdominal y AFP cada 6 meses no es eficaz para diagnosticar el CHC en fases precoces. Es necesario conocer mejor las características clínicas y epidemiológicas del CHC para proponer mejores medidas de prevención

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-14. TEST DEL ALIENTO CON TRIGLICERIDOS MARCADOS CON C13 EN EL DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA PANCREATICA EXOCRINA: AMPLIAMOS NUESTRA EXPERIENCIA.

Méndez Sánchez IM, Pérez Aisa A, Rivera Irigoín R, Gonzalo Marin J, Aguilar Urbano VM, Sánchez Cantos A.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

INTRODUCCIÓN: En el anterior congreso andaluz presentamos como el test de aliento con triglicéridos marcados con C13 (TG-C13) para diagnóstico de insuficiencia pancreática exocrina(IPE) es una buena alternativa al gold standard de cuantificación de grasa fecal(Van de Kamer)para medir la actividad intraduodenal de lipasa pancreática. En este resumen ampliamos nuestra experiencia aumentando la serie de pacientes.

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo pacientes a los que se ha realizado test aliento con TG-C13 en el periodo comprendido entre Marzo 2006/Mayo 2008.Cada paciente se preparó según las recomendaciones del protocolo, recogió dos muestras basales, ingirió la comida de prueba, y cada 30´ y por duplicado, recogió muestras de aliento hasta las 6 horas post-ingestión. Los pacientes que estaban en tratamiento sustitutivo con enzimas pancreáticas dejaron de tomarlo las 48 horas previas a la realización del test. El análisis se realizó por espectrofotometría de infrarrojos y los resultados se obtuvieron mediante un programa matemático que calcula el porcentaje de sustrato recuperado como $13CO_2$. Posteriormente se analizó aspectos epidemiológicos y resultados del mismo. Análisis estadístico con programa SPSS 12.0.

RESULTADOS: A un total de 54 pacientes se les realizó el test de aliento con TG-C13, 40 eran hombres. La edad media era de 52.8 años. El motivo de realización del test de aliento con TG- C13 fue: Pancreatitis Crónica(PC) = 33, Diarrea crónica después de haber descartado otras causas = 7, Otros = 6, DPC(Duodenopancreatectomía cefálica)= 4, Pancreatitis aguda severa =4. El test fue patológico en 25 pacientes. Del grupo de PC: 19 fue el test normal y 14 patológico, del grupo de Diarrea crónica : 3 normal y 4 patológico, del grupo de Otros: 4 normal y 2 patológico, del grupo de DPC: 1 normal y 3 patológico y del grupo de Pancreatitis aguda severa: 2 normal y 2 patológico. Centrándonos en el grupo más numeroso, en el de las PC (N= 33), presentaban clínica de IPE (diarrea y/o pérdida de peso) 18 y el resultado del test en función de la clínica de estos fue: 18 PC con clínica de IPE : test normal en 9 y test patológico en 9; 15 PC sin clínica de IPE: test normal en 10 y test patológico en 5. De los 14 pacientes con test patológico, tenían clínica de IPE 9 y no clínica de IPE 5; De estos 14 pacientes, estaban con enzimas pancreáticas sustitutivas: 11 y no lo estaban: 3, y, de los 19 pacientes con test normal estaban con enzimas pancreáticas

sustitutivas: 9 y no lo estaban: 10. La dosis media de enzimas pancreáticas sustitutivas en los pacientes con PC con test patológico era de 35.714 U/día y 6 pacientes de los que tenía IPE y estaban con enzimas pancreáticas, tomaban inhibidores de la bomba de protones.

CONCLUSIONES:

El principal motivo de realización de test de aliento con TG-C13 en nuestro medio es la PC.

Creemos que previo al uso de enzimas sustitutivas pancreáticas en PC se debería de objetivar IPE, siendo el test de aliento con TG-C13 un método fácil.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-15. PANCREATITIS CRÓNICA: ¿COMO LLEGAMOS AL DIAGNÓSTICO?.

Aguilar Urbano VM, Gonzalo Marin J, Albandea Moreno C, Rivera Irigoín R, Sánchez Cantos AM.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis crónica (PC) es un proceso inflamatorio crónico irreversible del páncreas, que conduce a la fibrosis del mismo y que conlleva una progresiva pérdida de sus funciones exocrina y endocrina. El dolor abdominal, la maldigestión y la diabetes mellitus son las principales manifestaciones clínicas.

OBJETIVOS:

- Describir las principales variables: edad, sexo, antecedentes personales, etiología, forma de presentación y pruebas realizadas.
- Determinar como se llegó al diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo-retrospectivo de los casos de Pancreatitis crónica registradas en nuestro hospital entre Enero de 1994 y Diciembre del 2007. Analizamos la edad, el sexo, antecedentes personales, forma de presentación, etiología atribuida y pruebas realizadas. El análisis se realizó con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se incluyeron 79 pacientes, 64 (81%) hombres, con una edad media de 52,46 [16 - 87 (DE = 15,38)] años. El 21,5% de los pacientes presentaban antecedentes de Diabetes Mellitus, 8,9% de hiperlipemia, el 1,3% hipercalcemia, 75,9% antecedente de consumo de alcohol y el 67,1% antecedente de tabaquismo. La presentación: dolor abdominal 82,3%, ictericia 11,4%, diarrea 21,5%, hiperglucemia 35,4%, síntomas dispépticos 29,1% y pérdida de peso 31,6%. Las causas atribuidas de PC fueron: 67,1% tóxico-metabólicas, 16,5% idiopáticas, 13,9% pancreatitis recurrente, 1,3% obstructiva y 1,3% no filiada. Las pruebas de imagen realizadas fueron: Rx abdomen en el 88,6%, siendo (+) en 20,3%; ecografía abdominal en el 98,7%, siendo (+) en 44,3% (27); TAC abdomen en el 86,1%, siendo (+) en 62%; RNM abdominal en el 36,7%, siendo (+) en 24,1%; EcoEDA en el 25,3%, siendo (+) en 15,2%; CPRE en el 44,3%, siendo (+) en 29,1%. Se llegó al diagnóstico por la clínica compatible en el 82,3% (65) y por las pruebas de imagen en el 82,3% (65)

CONCLUSIONES:

1. En más de los $\frac{3}{4}$ de los pacientes diagnosticados de PC consumen alcohol.
2. La etiología atribuida de pancreatitis crónica fue por agente tóxico-metabólica en $\frac{2}{3}$ de los casos.
3. El dolor abdominal fue la forma de presentación más frecuente.
4. La prueba de imagen más frecuentemente realizada fue la ecografía abdominal, siendo diagnóstica en menos de la mitad de los casos.

P-16. PANCREATITIS CRONICA: UNA CUESTION DE DIFICIL TRATAMIENTO.

Aguilar Urbano VM, Albandea Moreno C, Gonzalo Marín J, Rivera Irigoín R, Sánchez Cantos AM.
Hospital Costa del Sol.
Marbella.

INTRODUCCIÓN:

El dolor abdominal, la maldigestión y la diabetes mellitus son las principales manifestaciones clínicas de la pancreatitis crónica. El tratamiento de la pancreatitis crónica (PC) se centra en aliviar el dolor, sustituir el déficit enzimático y resolver las complicaciones biliares.

OBJETIVOS:

- Describir las principales variables: edad, sexo, tratamientos realizados y evolución.
- Relacionar el porcentaje de exitus con el tiempo de evolución.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo-retrospectivo de los casos de Pancreatitis crónica registradas en nuestro hospital entre Enero de 1994 y Diciembre del 2007. Analizamos la edad, el sexo, etiología atribuida, tratamientos realizados y evolución. El análisis se realizó con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio se incluyeron 79 pacientes, 64 (81%) hombres, con una edad media de 52,46 [16 - 87 (DE = 15,38)] años. La media de seguimiento fue de 72,05 meses, con una DE= 51,05.

Las causas atribuidas con mayor frecuencia fue la tóxica-metabólica (alcohol) en el 67,1%.

En cuanto al tratamiento que realizan estos pacientes: el 65,8% (52) toman enzimas pancreáticas, 25,3% (20) precisan inyección de insulina, 13,9% (11) toman Antidiabéticos orales, 57% (45) toman analgésicos no opioides y el 16,5% (13) toman derivados mórficos.

Otros tratamientos realizados han sido: infiltración de plexos en el 1,3% (1), tratamiento endoscópico en el 19% (15) y se realizó tratamiento quirúrgico en el 7,6% (6), resección pancreática en el 2,5% (2) y Puestow en el 5,1% (4).

En cuanto a la evolución: el 37,3% (28) presentaban dolor crónico, 38,7% (29) insuficiencia endocrina, 20% (15) insuficiencia exocrina, 9,3% (7) ictericia obstructiva crónica, 1,3% (1) evolucionó a cáncer de páncreas y el 52% (39) clínicamente asintomáticos (sin dolor ni ictericia).

El porcentaje de exitus fue de 5,2% (4), estando relacionado con la pancreatitis crónica en uno de los casos. De los pacientes que fueron exitus, el 75% (3) la supervivencia fue menor de 10 años tras el diagnóstico.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

En los pacientes en los que se realizó seguimiento en más de 10 años (un 20,3% del total), se produjo exitus en un caso (6,66% del subgrupo); mientras que en los que el seguimiento fue menor de 10 años (un 79,7% del total), se produjo exitus en 3 casos (5,08% del subgrupo). Solamente en uno de los casos estaba relacionado el exitus con la pancreatitis crónica.

CONCLUSIONES:

1. Más de la mitad de los pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica tomaban enzimas pancreáticas.
2. En más de 1/3 de los casos presentabas dolor crónico e insuficiencia endocrina.
3. Algo más de la mitad de los pacientes no presentaban dolor ni colestasis.
4. No hay diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de exitus en los pacientes con más de 10 años de evolución.

P-17. URGENCIAS ENDOSCOPICAS DE LOS ULTIMOS TRES AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Jiménez Contreras S, Gómez Rodríguez B, Argüelles Arias F, Pellicer Bautista F, Herrerías Gutiérrez JM.
Hospital Virgen Macarena.
Sevilla.

Introducción:

En una unidad de endoscopias las urgencias constituyen una parte fundamental de su labor asistencial. Recogemos el número total de urgencias, diagnóstico y tratamiento, realizadas por nuestro servicio en los últimos 3 años.

Material y métodos:

Se realizaron un total de 2627 endoscopias urgentes en los últimos 3 años. Para los cálculos se ha utilizado el programa estadístico SPSS.

Resultados:

El 65% de los pacientes a los que se le realizó endoscopia urgente fueron varones y el 35%, mujeres. Gastroscopias fueron el 93%, colonoscopias el 5%, CPRE el 1% y otro 1% de sustitución de PEG. Se utilizó sedación con midazolam en un 60,2%, un 2% bajo anestesia general y no se utilizó sedación en el resto.

Los diagnósticos emitidos fueron:

- En las gastroscopias: 13% normales, 20,8% de los casos se observaron úlceras gastroduodenales, 11,6% de los casos se diagnosticaron varices esofágicas/gástricas/gastropatía de la hipertensión portal, en un 10% gastroduodenopatía pápuloerosiva, esofagitis péptica en el 9,4%, en el 6% se extrajo cuerpo extraño esofágico, Mallory-Weiss en el 3,1% de los casos, exploración no concluyente en el 4,1 % de los casos, lesiones agudas hemorrágicas en el 3,6% de los casos, cáncer gastro-duodenal en el 1,7%, causticación esofágica en el 1,2%, y angiodisplasias gástricas en el 1,2 % de los casos.

- En las colonoscopias: el diagnóstico principal fue el de hemorroides internas en el 1% de los casos, pólipos en el 1,1%, divertículos en el 0,7%, cáncer de colon con prótesis en el 1% y vólvulos en el 0,4%.

- En las CPRE el diagnóstico más emitido fue el de litiasis biliar en el 0,6% y cáncer biliopancreático en el 0,1%.

En cuanto al tratamiento, en un 96% de los casos de ulcus Forrest I se empleó esclerosis y un 4% se utilizaron hemoclips. En ulcus Forrest II en el 53% se esclerosó la lesión, en un 3,1% se utilizó hemoclip y en el 43% no se realizó terapéutica. En varices grado II un 40% de los casos se esclerosaron y en el 3,2% se ligaron con

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

bandas, en grado III en el 47,5% de los casos se esclerosaron las varices y en el 17,5% de los casos se ligaron con bandas, y en las grado IV en el 43% de los casos se ligaron con bandas.

Conclusión:

La mayoría de las urgencias correspondieron a hombres con lesiones sangrantes (ulcus duodenal, lesiones secundarias a hipertensión portal y gastropatía papuloerosiva) sobre las que se realizó tratamiento esclerótico. El porcentaje de ligadura con bandas como tratamiento de las varices esofágicas sangrantes aumentó proporcionalmente al grado de las mismas.

P-18. CRITERIOS DE CALIDAD EN COLONOSCOPIA: ANALISIS DEL TIEMPO DE RETIRADA Y DETECCION DE POLIPOS.

Angel Rey JM, Llamaza Torres C, Hervás Molina AJ, Naranjo Rodríguez A, Iglesias Flores E, De Dios Vega JF.
Hospital Reina Sofía.
Córdoba.

INTRODUCCIÓN: La colonoscopia es un procedimiento explorador dependiente con una tasa de pólipos no visualizados que puede superar el 20 %. Se han desarrollado diferentes criterios de calidad con el fin disminuir esta variabilidad. La tasa de colonoscopias completas y de adenomas en mayores de 50 años nos indican la pericia y visualización cuidadosa del colon por parte del endoscopista. El tiempo de retirada es otro criterio que puede contribuir a una mayor detección de lesiones. Sin embargo, el tiempo de retirada puede estar incrementado por el tiempo invertido en la extirpación de lesiones.

OBJETIVOS: conocer la tasa de colonoscopias completas, pólipos extirpados con estudio histopatológico, detección de adenomas en mayores de 50 años y el tiempo de retirada en nuestra unidad. Determinar si existe relación entre el tiempo de retirada y el número de pólipos encontrados.

PACIENTES Y MÉTODOS: Todas las colonoscopias en régimen ambulatorio realizadas durante los meses de enero a mayo de 2008. Se registraron las siguientes variables: edad y sexo de los pacientes, indicación, tiempo de retirada, toma de biopsias, presencia de pólipos, su cantidad y las características histopatológicas.

RESULTADOS: Se realizaron 1077 colonoscopias. El tiempo de retirada se registró en 269 procedimientos (46,6 % de las colonoscopias completas y sin resección de colon) siendo el tiempo medio de retirada global de 3 minutos y 50 segundos. No existieron diferencias significativas en cuanto al tiempo de retirada entre los endoscopistas participantes. Sobre el total de colonoscopias el % de ciego fue de 81,5 %, el 77,6 % de los pólipos extirpados se enviaron para estudio histopatológico y se encontraron adenomas en el 26,8 % de los hombres y el 16,2 % de las mujeres mayores de 50 años. En el análisis univariante la media del tiempo de retirada fue mayor conforme aumentó el número de pólipos, con la toma de biopsia y con la existencia de pólipos ($p < 0.001$). En el análisis multivariante el número de pólipos encontrados y el hecho de tomar biopsias (incluidas polipectomías) resultaron ser variables independientes ($p < 0.005$ y $p = 0.001$ respectivamente).

CONCLUSIONES: Los tiempos medios de retirada son inferiores a los recomendados en la literatura junto con la de pólipos extirpados y analizados. La tasa de ciego y adenomas en mayores de 50 años están en cifras recomendadas. El número de pólipos encontrados se relaciona con un mayor tiempo de retirada, siendo independiente del hecho de su extirpación.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-19. COLONOSCOPIA VIRTUAL. UNA ALTERNATIVA A LA COLONOSCOPIA CONVENCIONAL.

Bejarano García A, Sawan Chavin, Nuñez Sousa C, Gata Cuadrado M, Rojas Feria M, Ramos Lora M.

Hospital Juan Ramón Jiménez.

Huelva.

INTRODUCCIÓN La colonoscopia virtual (CV) o colonografía TAC es un método basado en la reconstrucción de imágenes en 2D y 3D, que permite el estudio de la superficie mucosa del colon de forma no invasiva. Los estudios publicados muestran sensibilidades muy distintas en la detección de lesiones polipoideas; el metaanálisis de Mulhall da una sensibilidad del 48, 70 y 85% en pólipos <6mm, entre 6-9 mm y >9mm respectivamente, con una especificidad más homogénea, que se sitúa en un 92, 93 y 97% para los tamaños ya expuestos.

OBJETIVOS Análisis de las características, indicaciones y limitaciones de la colonoscopia virtual, así como dar a conocer la experiencia inicial en la realización de dicha técnica en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS Análisis Observacional de los casos en los que se ha aplicado la técnica en nuestro centro desde su implantación (10 meses de experiencia). Revisión sistemática de las publicaciones sobre colonoscopia por tomografía computarizada.

RESULTADOS Se incluyen 15 pacientes consecutivos (6 H y 9 M), rango de edad 34-82 años. La indicación de Colonografía TAC fue por Colonoscopia convencional previa incompleta en 10 pacientes (66,67%) y negativa del paciente a la realización de colonoscopia convencional en 5 casos (33,33%). El estudio de colon fue solicitado por cribado de cáncer de colon en 7 pacientes (46,67%), rectorragia en 2 pacientes (13,33%), alteración del ritmo intestinal en 3 pacientes (20%) y control de EII en 3 (20%). En 12/15 pacientes se realizaron ambas pruebas. Los hallazgos de CV fueron los siguientes: 4 fueron normales, 3 no valorables (en 2/3 pacientes se había objetivado previamente estenosis secundaria a EII en colonoscopia convencional), en 3 se visualizaron divertículos, y en 5 imágenes polipoideas (coincidentes con los datos de colonoscopia convencional posterior en 2 de ellas (VP). Los otros 3 casos fueron FP.

CONCLUSIONES La CV. Es una buena alternativa para los pacientes en los que no es posible completar la CC por intolerancia o dificultad técnica. Sin embargo, se ve limitada en los casos con estenosis colónica ya que solo en 1/3 de los mismos se consigue la distensión colónica necesaria. Son necesarios más estudios que muestren sus ventajas frente a la colonoscopia convencional, así como su aplicabilidad en nuestro medio.

P-20. COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA EN PACIENTES CON GASTRECTOMIA BILROTH II.

Vida Pérez L, Castillo Molina L, Naranjo Rodríguez A, Hervás Molina AJ, García Sánchez V, De Dios Vega JF.
Hospital Reina Sofía.
Córdoba.

INTRODUCCIÓN

La tasa de éxitos de la conlangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en un estómago normal es de más del 95%. El factor limitante más importante es el fallo en la canulación de la papila. Sin embargo en pacientes con gastroenteroanastomosis tipo Billroth II esta tasa es entre el 60 y el 91%. Además el riesgo de complicaciones es mayor habiéndose descrito perforaciones entre el 0,6% y el 11% de estos pacientes.

OBJETIVOS

Analizar la eficacia y seguridad de la CPRE en los pacientes con gastrectomía tipo Billroth II en nuestro centro.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se han incluido los pacientes con gastrectomía tipo Billroth-II a los que se les realizó una CPRE en el período comprendido entre Enero de 1998 y Mayo de 2008. Se han analizado variables demográficas de los pacientes, la indicación de la gastrectomía y de la CPRE, el tipo de endoscopio utilizado, la tasa de éxitos diagnósticos y su descripción, la existencia de indicación de tratamiento endoscópico y las maniobras realizadas. Se ha tenido en cuenta la eficacia del tratamiento así como la tasa de complicaciones y las consecuencias de las mismas en cuanto a morbilidad y necesidad de intervención quirúrgica.

RESULTADOS

Se han realizado un total de 83 CPRE en pacientes con Billroth II. La edad media fue de $74 \pm 8,5$ años. 73 de los pacientes (88%) fueron hombres y 10 mujeres (12%). La indicación de la gastrectomía fue mayoritariamente la de úlcus en 63 pacientes (76%). La indicaciones que con más frecuencia motivaron la realización de la CPRE fueron la sospecha de coledocolitiasis en 35 pacientes (42,2%), la colangitis aguda en 21 (25,3%) y la dilatación de la vía biliar en 18 (21,7%). El tipo de endoscopio usado con más frecuencia fue el de visión frontal que se usó en 79 de los 83 pacientes (95,2%). Se alcanzó éxito en el diagnóstico en 52 pacientes (62,7%) y la CPRE resultó fallida en 31 enfermos (37,4%) por fallo en la intubación del asa aferente en 5 (6%), por no localización de la papila en 11 (13,3%) y por imposibilidad de canulación en 15 (18%). Los diagnósticos más frecuentes fueron en 32 pacientes (38,6%) la presencia de coledocolitiasis, en 2 pacientes se objetivó obstrucción biliar de origen maligno

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

(2,4%) y en 3 se encontraron hallazgos compatibles con patología papilar (3,6%). La colangiografía resultó normal en 7 pacientes (13,5%). 40 pacientes (48,2%) tenían indicación de tratamiento. Se realizó esfinterotomía aislada en 7 pacientes (8,4%), en 23 pacientes (27,7%) se realizó esfinterotomía con extracción de cálculos y en 9 enfermos (10,8%) se realizó esfinterotomía y colocación de prótesis. La derivación biliar endoscópica no se logró en un paciente (2,5%) que fue sometido a derivación percutánea. El tratamiento resultó eficaz en 35 de los 40 pacientes en los que la terapéutica estuvo indicada (87,5%). Hubieron 2 perforaciones (2,4%) ambas con el endoscopio frontal que se resolvieron con tratamiento quirúrgico y una hemorragia leve resuelta con inyección de adrenalina diluida en el mismo acto (1,2%).

CONCLUSIONES

La CPRE en los pacientes con gastrectomía tipo Billroth II plantea dificultades técnicas añadidas por la alteración de la anatomía. Se trata sin embargo de una técnica con una aceptable tasa de éxitos en una amplia proporción de pacientes siendo la dificultad en la canulación el factor limitante de mayor importancia en nuestra serie. En una alta proporción de los pacientes en los que se realizó tratamiento éste fue eficaz prescindiéndose en la mayoría de las ocasiones de medidas más agresivas. En nuestra serie hemos encontrado una aceptable tasa de complicaciones resueltas todas ellas de forma satisfactoria.

P-21. CAPSULA ENDOSCOPIA: NUESTRA EXPERIENCIA.

Casado Caballero FJ, Maté Ambélez A, Zúñiga Mora-Figueroa B, Reina Solano F, Garre Urrea A, Salmerón Escobar J.
Hospital Clínico San Cecilio.
Granada.

INTRODUCCIÓN: La cápsula endoscópica representa un instrumento diagnóstico de primer orden en el estudio del intestino delgado, ese gran desconocido, y su utilidad ha sido ampliamente demostrada en las distintas series publicadas desde su introducción en 2001. La Unidad de Aparato Digestivo del Hospital Universitario "San Cecilio" de Granada dispone de ella desde hace poco tiempo, y hemos podido constatar de primera mano su inestimable ayuda en el diagnóstico de las distintas patologías que tienen su origen en este tramo del intestino.

OBJETIVOS: Comunicar nuestra experiencia y presentar los resultados de las primeras exploraciones con cápsula endoscópica realizadas en Granada.

MATERIAL Y MÉTODOS: 33 pacientes (procedentes de Granada y Almería) han sido sometidos a exploración con cápsula endoscópica Olympus Type I durante los 6 primeros meses de 2008. De ellos, 18 varones (54,5%) y 15 mujeres (45,5%) con edades comprendidas entre los 18 y los 84 años (media de 61,4 años). No se administró preparación intestinal previa salvo ayunas y dieta líquida sin residuos el día anterior. Las indicaciones han sido las habituales aprobadas para esta exploración, destacando la anemia ferropénica crónica (33%), HDA de origen oscuro (24,2%), dolor abdominal (12,1%) y sospecha de EII (9,1%).

RESULTADOS: el tiempo medio de paso por estómago fue de 39 + 32,5 minutos. El tiempo medio de tránsito intestinal fue de 309,4 + 133,7 minutos. El 90,9% llegaron a alcanzar el ciego. De las 33 exploraciones realizadas, se apreciaron lesiones en el 42,4% (14 casos). La lesión más frecuente fue la angiodisplasia en el 30,3% (10 casos), llegando a apreciar sangrado activo durante la prueba en 2 casos, seguida de la presencia de úlceras en el 6,1%. Las localizaciones más frecuentes de las lesiones fueron yeyuno proximal 24,2%, estómago 6,1% y duodeno 6,1%. Del estudio con cápsula se han derivado hasta el momento 4 enteroscopias y dos intervenciones quirúrgicas.

CONCLUSIONES: la cápsula endoscópica nos ha permitido diagnosticar una causa hasta en el 42% de los casos. La angiodisplasia de yeyuno proximal es la causa más frecuente de sangrado crónico. Es importante resaltar que hasta en un 12% las lesiones responsables se encontraban al alcance de la endoscopia digestiva alta (estómago y duodeno). Finalmente, la cápsula permite una mejor selección de pacientes para enteroscopia y cirugía. Nuestra Unidad es pionera en la realización de esta técnica en Granada y provincia.

XXXIX Reunión de la SAPD

2 al 4 de octubre 2008, Huelva

P-22. REGISTRO INFORMÁTICO DE SEDACION DE ENDOSCOPIA. UN NUEVO CRITERIO DE CALIDAD.

Llamoza Torres CJ, Ángel Rey JM, Hervás Molina AJ, Naranjo Rodríguez A, García Sánchez V, de Dios Vega JF.
Hospital Reina Sofía.
Córdoba.

Introducción: La acreditación de calidad y evaluación de servicios, unidades clínicas y de personal sanitario obliga no solo realizar, sino también a registrar un mínimo de datos, así como, las actuaciones realizadas en todo momento. La sedación en endoscopia es una actividad habitual de la que con frecuencia tan sólo queda registrado que se ha llevado a cabo pero no todas las características del proceso de sedación.

Objetivos: Analizar la implantación y la calidad del registro de las exploraciones en las que se utiliza sedación de forma sistemática.

Material y métodos: Se analizaron los informes de las exploraciones de colonoscopia y CPRE en el período de enero a mayo del 2008 inclusive. Las variables evaluadas fueron: número y tipo de exploraciones, antecedentes personales, medicación utilizada, constantes vitales, personal sanitario participante y complicaciones durante la exploración.

Resultados: Se realizaron 1731 exploraciones (301 [17.31%]CPRE y 1430 [82.69%] colonoscopias).Se realizó el registro de sedación en el 99.02% de los casos (1714/1731) en un total de 1661 pacientes. Se registró un 59.79% de los antecedentes personales (1041/1714), en 1.25% (13/1041)de los cuáles no figuraba si tiene o no alergias. Se codificó utilización de medicación en 99.41% de registros (1704/1714); el 11.44% presentó el registro de una dosis, 47% dos dosis, 19.78% tres dosis, 13.44% cuatro dosis. En el 100% se realizó el registro de constantes vitales en el momento inicial; 12.72% (218/1714) durante la exploración y 69.83% (1197/1714) al finalizar. Se registró la presencia o no de complicaciones en el 97.84% de ocasiones. De las complicaciones, 4 fueron durante la CPRE (3 hemorragias y un cuadro vasovagal); y 13 durante la colonoscopia (3 depresiones respiratorias y 10 cuadros vasovagales). En el 99.88% (1712/1714) consta el personal médico firmante (en dos colonoscopias no figura firmante). En 12.9% consta un endoscopista firmante, en 80.1% dos, 6.7% tres y 0.3% con cuatro. En el 96.27% (1650/1714), también figura el personal de enfermería participante (996 enfermería y 654 auxiliar de enfermería).

Conclusiones: La implantación del registro informático de sedación en los procedimientos que utilizan sedación de forma sistemática (colonoscopia y CPRE) tiene una buena aceptación en nuestra unidad. La calidad del registro se puede considerar excelente, a excepción de los datos clínicos de antecedentes personales. Este registro es una herramienta útil para valorar la tasa de cumplimiento de estos estándares de calidad en endoscopia digestiva.

COLABORAN

Schering-Plough

Janssen-Cilag

Abbott

Astra Zeneca

Bristol Myers Squibb

Ferrer-Robert

Gilead

Ferring SAU

Bayer

Novartis Farmaceutica

Almirall

Norgine

Roche

Olympus

Faes Farma