

XLIX REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA. ALMERÍA 2018.

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN I

CO-01. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TÉCNICA RENDEZ-VOUS PARA EL MANEJO DE COLEDocolITIASIS EN NUESTRO HOSPITAL

VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, JA; MOLINA VILLALBA, C; MERINO GALLEGU, E; GALLARDO SÁNCHEZ, F; GALLEGU ROJO, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL

Introducción

El tratamiento de la cole-coledocolitiasis en dos tiempos (CPRE y posterior colecistectomía) es el más extendido en la mayoría de los centros hospitalarios. El abordaje laparo-endoscópico de la vía biliar en el mismo acto médico (rendez-vous) resulta una alternativa con menores tasas de pancreatitis aguda que la CPRE convencional y elevadas tasas de éxito.

El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de la técnica laparo-endoscópica para el tratamiento de colelitiasis y coledocolitiasis simultánea en nuestra área hospitalaria y describir los principales tipos de complicaciones analizando los factores asociados a estas.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo y analítico de una cohorte de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica y drenaje endoscópico de la vía biliar en el mismo acto médico en el Hospital de Poniente desde diciembre de 2010 hasta agosto de 2018.

Resultados

En una cohorte de 50 pacientes (Tabla 1), el 80% fueron diagnosticados por ecografía + colangio-RM objetivándose dilatación de vía biliar en el 58%. El 52% presentaban una única litiasis. En el 16% de los casos se realizó una CPRE previa al rendez-

vous, siendo las principales causas de fracaso la imposibilidad de canular la papila (2) y la existencia de papila yuxta-diverticular (3). Sólo el 8% tenían una esfinterotomía realizada previamente. Ninguno tenía prótesis biliar.

Edad, media (DE) años	49,92 (17,99)
Mujeres, n (%)	34 (68%)
ASA, media (DE)	2,08 (0,63)
Nº litiasis, media (DE)	3,8 (3,7)
Tamaño litiasis, media (DE) mm	5,35 (2,71)
Antiagregantes, n (%)	1 (2%)
Anticoagulantes, n (%)	3 (6%)

Tabla 1 Características basales de los pacientes sometidos a rendez-vous.

El porcentaje de éxito técnico fue del 88%. Las principales causas de fracaso técnico fueron: estenosis duodenal neoplásica e imposibilidad de canular el cístico. En 5 pacientes hubo que convertir a CPRE convencional. El aclaramiento de cálculos de la vía biliar fue total en el 84%, parcial en el 8% y no se consiguió en el 2% (Figura 1). La estancia media hospitalaria fue de 5,9 días (DE 5,12). El 24% presentaron complicaciones, siendo la más frecuente la hemorragia (Figura 2). Sólo un paciente requirió tratamiento quirúrgico y uno falleció como consecuencia de una complicación.

El fracaso técnico y la conversión a otra técnica se asociaron a mayor riesgo de complicaciones (80% vs. 18,18%; $p=0,01$). Los pacientes con complicaciones presentaron mayor estancia hospitalaria frente a los que no se complicaron (4,43 vs. 9,66 días; $p=0,0005$) (Tabla 2). No se encontraron diferencias respecto a la mortalidad entre ambos grupos.

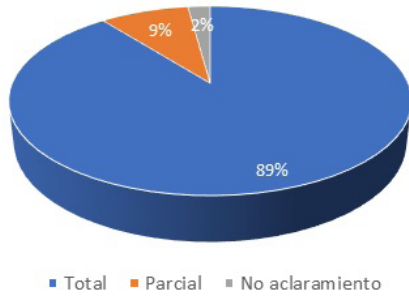


Figura 1
Eficacia en aclaramiento de litiasis.

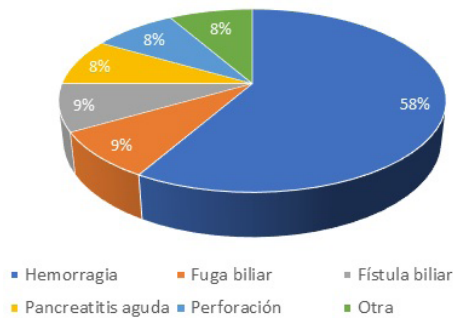


Figura 2
Complicaciones de pacientes sometidos a rendez-vous.

Variables	Complicaciones (n= 12)	No complicaciones (n= 37)	Valor p
Sexo, n (%)			0,515
Mujeres	9 (27,27%)	24 (72,73%)	
Varones	3 (18,75%)	13 (81,25%)	
Edad, media (DE) años	44,91 (17,11)	50,78 (17,89)	0,328
ASA, media (DE)	1,91 (0,66)	2,10 (0,61)	0,363
CPRE previa, n (%)			0,786
Sí	2 (28,57%)	5 (71,43%)	
No	10 (23,81%)	32 (76,19%)	
Nº litiasis, media (DE)	3,75 (2,21)	3,81 (4,21)	0,283
Tamaño litiasis, media (DE) mm	5,16 (1,47)	5,4 (2,95)	0,626
Éxito técnico, n (%)			0,01
Sí	8 (18,18%)	36 (81,82%)	
No	4 (80%)	1 (20%)	
Conversión a otra técnica			0,01
Sí	8 (18,18%)	36 (81,82%)	
No	4 (80%)	1 (20%)	
Aclaramiento, n (%)			0,306
Total	8 (19,05%)	34 (80,95%)	
Parcial	2 (50%)	2 (50%)	
Ninguno	0 (0%)	1 (100%)	
Nº procedimientos para aclarar vía biliar, media (DE)	1,36 (0,5)	1,18 (0,46)	0,175
Estancia hospitalaria, media (DE) días	9,66 (5,08)	4,43 (4,31)	0,0005
Antitromboticos, n (%)			1
Sí	0 (0%)	1 (100%)	
No	12 (25%)	36 (75%)	
Anticoagulantes, n (%)			0,566
Sí	0 (0%)	3 (100%)	
No	12 (26,09%)	34 (73,91%)	
Mortalidad, n (%)			0,076
Sí	1 (100%)	0 (0%)	
No	11 (22,92%)	37 (77,08%)	

Tabla 2
Análisis bivariente en pacientes con y sin complicaciones.

Conclusiones

El abordaje laparo-endoscópico en un único acto se considera un método seguro y efectivo para el manejo de los cálculos de la vesícula concomitante con coledocolitiasis.

El fracaso técnico y la conversión a CPRE convencional se asocian a mayor riesgo de complicaciones.

CO-02. EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO MÉDICO EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN ANDALUCÍA: RESULTADOS DEL ESTUDIO NACIONAL EPIDEMIBD DE GETECCU

BENÍTEZ, JM¹; IGLESIAS FLORES, E¹; MARÍN PEDROSA, S¹; LEO CARNERERO, E²; NUÑEZ ORTIZ, A²; HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, A³; CAMARGO, R⁴; RUIZ SANTANA, N⁴; TORRES DOMÍNGUEZ, Y⁵; ABRALDES BECHIARELLI, A⁶; TEJADA, M⁶; CALDERÓN, MR⁶; MONROBEL, A⁷; AMAYA, A⁸; GARCIA GULLÓN, C⁹; JURADO, C⁸; MUÑOZ NÚÑEZ, M⁸; GARCÍA SÁNCHEZ, V¹; CHAPARRO, M¹⁰; GISBERT, JP¹⁰

¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA
²DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA
³DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA
⁴DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA
⁵DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SEVILLA, SEVILLA
⁶DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ
⁷DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE MONTILLA, MONTILLA
⁸DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. CLÍNICA JEREZ, JEREZ DE LA FRONTERA
⁹DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA. CLÍNICA JEREZ, JEREZ DE LA FRONTERA
¹⁰DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, MADRID

Introducción

Evaluar la incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en Andalucía; describir las características de la enfermedad al diagnóstico, y evaluar la necesidad de tratamiento médico (inmunosupresor y biológico).

Material y métodos

Estudio prospectivo y de base poblacional en España. Pacientes ≥18 años diagnosticados de EII (enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerosa (CU) o colitis indeterminada (CI) durante 2017 en cinco provincias andaluzas y seguidos durante un año tras el diagnóstico. Los datos fueron recogidos en la plataforma electrónica AEG-REDCap.

Resultados

Se analizaron 288 casos incidentes de 9 centros andaluces. La incidencia global de EII fue 11,8 por 100.000 personas-año: 6 casos EC, 5,3 CU y 0,5 CI por 100.000 personas/año. La mediana de seguimiento fue de 3,5 meses (0-11). La media de edad (años) al diagnóstico fue similar en EC (39,4) y CU (42,1) (p=NS). La media de tiempo desde el inicio de los síntomas al diagnóstico de la EII fue mayor en EC (17 vs. 5,3 meses, p<0,001); 9% de EC no presentaron síntomas al diagnóstico vs 5% en CU (p=NS). La proporción de antecedentes familiares fue similar en EC (17,6%) y CU (13,3%) (p=NS). No hubo diferencias en cuanto a la presencia de manifestaciones extraintestinales (EC: 4,8% y CU 3,1%, p=NS). Al diagnóstico de EC, 49% tenían una localización ileal, 22% colónica, 30% ileocólica, 0,7% del tracto digestivo superior y 12% enfermedad perianal. 6,2% tenían un patrón estenosante al diagnóstico y 6,8% fistulizante. En CU, 35% proctitis, 31% colitis izquierda y 34% colitis extensa. Para el diagnóstico de EII, el 97% fueron sometidos a colonoscopia. En EC 31% se les realizó enteroRM, 27% TAC abdomen, 16% gastroscopia, 2,7% cápsula endoscopia, 7,5% tránsito intestinal, 2,7% RM pélvica y 0,7% exploración anal bajo anestesia. La necesidad de corticoides y fármacos inmunosupresores fue mayor en EC que en CU (Tabla 1). La mediana de tiempo para recibir mesalazina oral fue significativamente menor en CU que en EC, pero no hubo diferencias en cuanto a la mediana de tiempo para el inicio de corticoides, tiopurinas y anti-TNF.

	EC	CU	p
Mesalazina oral (%)	38	74	<0,0001
Mesalazina tópica (%)	3	64	<0,0001
Corticoides rectales (%)	1,5	3,9	NS
Budesonida oral / beclometasona (%)	27	8,5	<0,0001
Corticoides orales clásicos (%)	51	28	<0,0001
Corticoides intravenosos (%)	15	14,7	NS
Tiopurinas	26	8	<0,0001
Methotrexate	2,7	0	0,05
Anti-TNF agents	8,2	6,2	NS
Vedolizumab	1,4	0	NS

Tabla 1

Necesidades de tratamiento médico en EII durante el seguimiento (mediana 3,5 meses, rango 0-11 meses).

Conclusiones

La incidencia de EII en Andalucía es alta y ha aumentado respecto a lo descrito previamente. Los pacientes con EC tenían mayor retraso del diagnóstico y casi el 15% de los pacientes presentaban fenotipos agresivos al diagnóstico (estenosante o fistulizante). El consumo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos es elevado en EII, siendo aún mayor en EC.

CO-03. IDENTIFICACIÓN DEL lncRNA-H19 COMO BIOMARCADOR EN EL HEPATOCARCINOMA

ROJAS, Á¹; GIL-GÓMEZ, A¹; SÁNCHEZ-TORRIJOS, Y²; MUÑOZ-HERNÁNDEZ, R¹; GALLEGU-DURÁN, R¹; RICO, MC¹; GATO, S¹; MONTERO-VALLEJO, R¹; MAYA, D¹; FERRER, MT²; AMPUERO, J²; ROMERO-GÓMEZ, M²

¹LABORATORIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

Los avances en el estudio del transcriptoma han permitido identificar numerosos ARN no codificantes (ARNnc) implicados en el proceso de carcinogénesis. Los objetivos de este estudio son:

(i) Analizar el perfil epigenético de ARNnc (long non-coding RNA (lncRNA)) en tejido hepático de pacientes cirróticos versus hepatocarcinoma (CHC).

(ii) Determinar los niveles de expresión del lncRNA H19 a nivel circulante en una cohorte de cirróticos vs hepatocarcinoma, con o sin tratamiento curativo.

(iii) Aislar y caracterizar células madres tumorales (CMT) hepáticas in vitro.

Material y métodos

(i) Se incluyeron 14 pacientes cirróticos, 7/14 (50%) tenían CHC. El 85,7% (12/14) eran hombres con una edad media de 54,9±4,9 años. El ARN total del tejido hepático fue aislado con el kit mirVana™. La expresión de los lncRNA se determinó con el array RT2 lncRNA-PCR Array Cancer (Qiagen) (cirróticos vs CHC). Los hallazgos se validaron individualmente por qRT-PCR.

(ii) Para el estudio a nivel circulante, se incluyeron 24 pacientes, el 79,2% (20/24) hombres; edad media 60,6±7,3 años. El 45,8% (11/24) eran cirróticos, 37,5% (9/24) presentaban CHC y el 16,7% (4/24) habían sido sometidos a tratamiento curativo para CHC. El ARN total de plasma se aisló con el kit miRNeasy (Qiagen) y los niveles de del lncRNA H19 fueron analizados por qRT-PCR.

(iii) A nivel in vitro, se aislaron las células positivas para los marcadores EpCAM y CD133 (Facs Aria Fusion BD) de la línea celular Huh 7,5. La formación de esferoides celulares y los niveles de expresión de genes específicos de células madre así como H19 se midieron mediante qRT-PCR.

Resultados

A nivel hepático, el lncRNA-H19 se halló aumentado de manera significativa en los pacientes CHC versus cirróticos (fold -4,0±2,55; p=0,020) mostrando una correlación positiva con los niveles serológicos de AFP (r=0,61; n=14, p=0,02).

A nivel plasmático, H19 estaba aumentado en los pacientes con CHC en comparación con los cirróticos (fold $-1,73 \pm 0,74$; $p=0,05$), observándose un descenso significativo en el grupo sometido a tratamiento curativo (fold $-0,13 \pm 0,18$; $p=0,01$).

La línea celular EpCAM+CD133+ presentó una mayor capacidad de formación de esferas en número y tamaño (fold: $2,15 \pm 0,96$; $p=0,004$ y fold-um2: $3,04 \pm 1,93$; $p<0,001$ vs. Huh 7,5). Los niveles de expresión de los factores de transcripción específicos de CMT estaban aumentados en esta línea celular (fold $-2,66 \pm 0,38$; $p<0,0001$), SOX2 (fold $-3,52 \pm 0,62$; $p=0,063$), OCT4 (fold $-1,94 \pm 0,17$; $p<0,01$) y H19 (fold $-2,18 \pm 0,32$; $p=0,003$).

Conclusiones

Los niveles de expresión de H19 se encuentran incrementados a nivel hepático y circulante en los pacientes con CHC, así como en células iniciadoras de tumores o CMT.

El tratamiento curativo del CHC normalizó los niveles de expresión de este lncRNA, por lo que H19 es un interesante biomarcador que abordar en el contexto del CHC.

CO-04. THE INFLUENCE OF DRUG PROPERTIES AND HOST FACTOR ON DRUG-INDUCED LIVER INJURY OUTCOME

GONZALEZ-JIMENEZ, A¹; ROBLES-DIAZ, M²; PARRA-MARTINEZ, C¹; SANZ-VILLANUEVA, L¹; QUIROS-CANO, M¹; MARTIN-REYES, F¹; MEDINA-CALIZ, I¹; SANABRIA-CABRERA, J²; CUETO-SANCHEZ, A¹; GASCA, J¹; SANJUAN-JIMENEZ, R²; MARTINEZ-GOMEZ, E¹; STEPHENS, C¹; LUCENA, MI¹; ANDRADE, RJ²

¹DEPARTAMENTO FARMACOLOGÍA CLÍNICA. IBIMA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MÁLAGA, MÁLAGA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. IBIMA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

Idiosyncratic drug-induced liver injury (DILI) can be serious and evolve to death or liver transplant (D/TX). Factors involved in causing a severe outcome in DILI are unknown, but we have previously identified a potential protective effect of dyslipidemia in acute liver failure (Robles-Díaz, Gastroenterology 2014). In this study we aimed to determine potential modulators in severe DILI by analyzing drug properties and host factors using a large Spanish DILI cohort.

Material y métodos

A total of 902 DILI cases, including 89 with coagulopathy (INR ≥ 1.5 or PT $\leq 45\%$) as a surrogate marker for serious outcome, were analysed. The latter group was further subclassified according to outcome, D/TX or no D/TX) Drug properties and host factors were compared between the two coagulopathy groups and the non-coagulopathy group.

Resultados

of the 89 coagulopathy DILI cases 29 (33%) had a D/TX outcome 1-154 days after DILI detection. The D/TX cases were predominantly females (65% vs 47%) with hepatocellular type of injury (96% vs. 76%) compared to the no D/TX cases (Table 1). With regards to concomitant medications, antiinfectives were more frequent in the coagulopathy group (15% vs 7.7%, $p=0.027$), while the opposite was detected for statins (1.1% vs 6.8%, $p=0.046$). However, no significant differences were detected between D/TX and no D/TX cases (antiinfectives: 10% vs 17%; statins: 0% vs 1.7%). Considering preexisting conditions, dyslipidemia did not differ between cases with and without coagulopathy (2.2% vs 5.5%). However none of the D/TX patients suffered from dyslipidemia, while 3.3% of the no D/TX patients were diagnosed with this condition. In addition, the D/TX cases included a higher prevalence of patients with previous history of allergies than the no D/TX group (43% vs 13%, $p=0.003$, OR=5.8). In terms of drug properties, no differences were detected when comparing causative drugs, but the D/TX cases had a lower proportion of patients with potential BSEP inhibiting concomitant drugs (10% vs 38%. $p=0.0039$, OR=0.2) than the no D/TX cases (Figure 1 & 2).

	Non-fatal (60)	Fatal (29)	p
Demographics			
Age, median years (IQR)	49 (36-74)	56 (38-72)	0.9138
Women, n (%)	28 (47)	19 (65)	0.0950
Clinical presentation			
Duration of treatment, median days (IQR)	22 (7-73)	34 (12-75)	0.9957
Time to onset, median days (IQR)	28 (7-62)	29 (8-73)	0.8903
Daily dose, mean mg \pm SD	998 \pm 1120	902 \pm 899	0.7126
Jaundice, n (%)	56 (95)	29 (100)	0.2166
Eosinophilia, n (%)	10 (17)	4 (17)	0.9870
Positive autoantibodies titers, n (%)	15 (33)	7 (32)	0.9480
Prior drug allergies, n (%)	5 (13)	10 (43)	0.0092
Pre-existing diseases, n (%)			
Diabetes,	7 (12)	3 (10)	0.8532
Hypertension	9 (25)	3 (12)	0.2357
Biochemical values, mean xULN (range)			
TBL	11 (2-32)	12 (1-32)	0.2894
AST	45 (1-528)	40 (3-167)	0.3494
ALT	39 (1-203)	36 (2-103)	0.6452
ALP	1.9 (0.4-6.6)	1.5 (0.3-6.8)	0.3845
Pattern of liver injury, n (%)			
Hepatocellular	45 (76)	27 (96)	
Cholestatic	8 (13)	1 (4)	0.0605
Mixed	6 (10)	-	

Tabla 1
Demographics and clinical characteristics of DILI cases with coagulopathy classified by outcome (non-fatal or fatal).

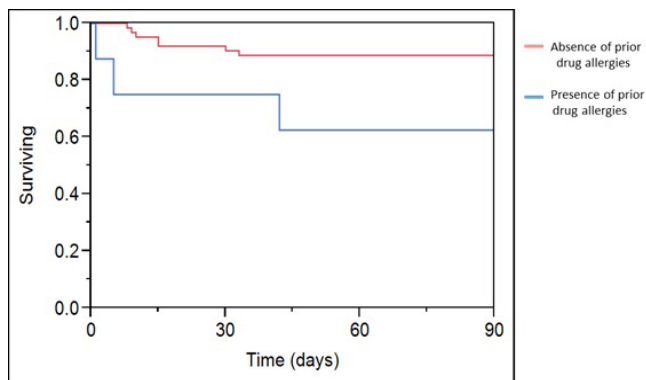


Figura 1
Time from DILI detection to final outcome (death) in 29 patients with coagulopathy classified by prior drug allergy status.

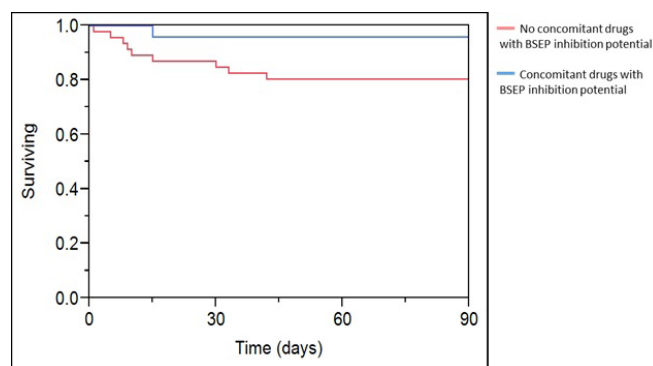


Figura 2
Time from DILI detection to final outcome (death) in 29 patients with coagulopathy classified by concomitant use of drugs with BSEP inhibition potential.

Conclusiones

This study strengthens the idea that concomitant statin treatments may have a beneficial effect on DILI outcome, while anti-infective co-medications appear to increase risk of severe DILI. In addition, patients with allergies seem to have increased risk of a severe outcome, whereas concomitant use of drugs with BSEP inhibitory potential seems to protect against a worse outcome.

Funding: AEMPS, FIS PI15/01440, CIBERehd-ISCIH.

CO-05. VALORACIÓN DE LA EFICACIA COMPARADA DE LA SEROLOGÍA CELÍACA, EL CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA SIN GLUTEN (CDAT) Y LA DETERMINACIÓN DE PÉPTIDOS INMUNÓGENOS DE GLUTEN EN ORINA EN EL CONTROL DE LA ADHERENCIA A LA DIETA DEL PACIENTE CELÍACO

FOMBUENA RUBIO, B¹; RUIZ CARNICER, Á²; GARZÓN BENAVIDES, M³; SOBRINO RODRÍGUEZ, S⁴; GARCÍA FERNÁNDEZ,

FJ⁴; AGÜELLES ARIAS, F³; COMINO MONTILLA, IM⁵; SÁNCHEZ CALLE, MM⁶; CORONEL RODRÍGUEZ, C⁶; GIL GÓMEZ, A⁷; RICO GUTIÉRREZ, MC³; ROMERO GÓMEZ, M⁷; SOUSA MARTÍN, C⁵; PIZARRO MORENO, Á³

¹GRUPO APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA ²GRUPO APARATO DIGESTIVO. UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA ³UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA ⁴UGC ENDOSCOPIA. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA ⁵DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA ⁶CONSULTA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA ⁷UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

La enfermedad celíaca es una enteropatía autoinmune desencadenada por la ingesta de gluten en individuos genéticamente predispuestos. Produce una lesión del epitelio intestinal que es responsable de su sintomatología y complicaciones a largo plazo. El único tratamiento de la EC es una dieta estricta sin gluten (DSG) con la que se consigue la recuperación histológica, evitando la aparición de complicaciones. La DSG es muy difícil de cumplir, dada la ubicuidad del gluten en los alimentos.

La adherencia a la DSG se monitoriza actualmente con anticuerpos anti-transglutaminasa (anti-tTG) y cuestionarios dietéticos. La determinación de GIP (péptidos inmunógenos del gluten) en orina es un método introducido recientemente que permite una demostración directa de la ingesta de gluten, y se ha evaluado en estudios previos para la monitorización de la DSG.

Nuestro objetivo fue determinar la eficacia comparada de la serología, el cuestionario dietético validado "Celiac Dietary Adherence Test" (CDAT) y la determinación de GIP para el control de la adherencia a la DSG.

Material y métodos

Se incluyeron 51 pacientes celíacos de la consulta de Gastroenterología del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), que llevaban 24 meses realizando DSG. En su primera visita de estudio se determinaron GIP, serología y se les realizó el cuestionario CDAT.

La determinación de GIP se realizó con tiras inmunocromatográficas Glutentox sticks (Biomedal®, Sevilla, España). El cuestionario CDAT (Figura 1) evalúa la adherencia a la dieta sin gluten con 7 preguntas sobre enfermedad celíaca: Puntuación=7 - 35 puntos. Resultados: 17= mala adherencia.

Ítem	1	2	3	4	5
1. ¿Te has encontrado con poca energía en las últimas cuatro semanas?	En ningún momento	En pocos momentos	En algunos momentos	En muchos momentos	En todo momento
2. ¿Has tenido dolores de cabeza en las últimas cuatro semanas?	En ningún momento	En pocos momentos	En algunos momentos	En muchos momentos	En todo momento
3. Soy capaz de seguir la dieta sin gluten como fuera de casa	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Término medio	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
4. Antes de hacer algo, valoro cuidadosamente las consecuencias	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Término medio	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5. No me considero un fracaso	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Término medio	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
6. ¿Qué importancia tiene para tu salud la ingesta accidental de gluten?	Muy importante	Importante	Término medio/ No estoy seguro	Poco importante	Nada importante
7. En las últimas cuatro semanas, ¿cuántas veces has comido a propósito alimentos que contenían gluten?	0 (nunca)	1-2	3-5	6-10	> 10

Figura 1 Cuestionario de adherencia a la dieta sin gluten (CDAT).

Resultados

Se evaluaron los resultados de la visita de inicio de los 51 pacientes que participaron en el estudio. 42 (82,3%) eran adherentes a la DSG por CDAT y 10 (19%) no se adherían a la dieta. De los 42 pacientes CDAT adherentes, 22 (52,4%) eran GIP+ y 3 (7,1%) eran anti-tTG+. De los 22 pacientes GIP+, solo 3 (14%) eran anti-tTG+. De los 30 pacientes GIP+, 22 (73,3%) se consideraron adherentes y 8 (26,3%) no adherentes ambos por CDAT (Tabla 1).

	Pacientes	GIP(+)	GIP(-)	Ac anti-tTG (+)	Ac anti-tTG (-)
Buena adherencia	42	22	20	3	39
Intermedia adherencia	9	7	2	1	8
Mala adherencia	1	1	0	0	1

Tabla 1 Resultados de la comparación de eficacia de la serología, el cuestionario CDAT y los GIPs.

Conclusiones

más de la mitad de los pacientes que el cuestionario consideraba adherentes estaban cometiendo transgresiones dietéticas. La serología detecta menos del 10% de dichas transgresiones. Del total de pacientes en los que los GIP detectaron transgresión, el CDAT consideró adherentes a más del 70% de ellos. Por tanto, ni el cuestionario ni la serología demuestran ser adecuados para el control de la DSG. En contraste, la determinación de los GIP es un método sencillo y sensible para detectar transgresiones en estos pacientes.

CO-06. RECURRENCIA DE LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR: TIEMPO DE COLECISTECTOMÍA COMO PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO.

MARQUÉS RUIZ, A; CÁMARA BAENA, S; ROMERO GARCÍA, T; GRANDE SANTAMARÍA, L; CASTRO-FERNÁNDEZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA

Introducción

la pancreatitis aguda biliar (PAB) es una enfermedad con tendencia a la recurrencia. En la pancreatitis biliar leve-moderada la colecistectomía temprana es la mejor estrategia para evitar la recurrencia. El objetivo es valorar la influencia de la demora en la práctica de colecistectomía como riesgo de recurrencia en la PAB.

Material y métodos

Se realiza un estudio observacional que incluye pacientes ingresados en nuestro Hospital desde enero 2014 hasta diciembre 2015 por primer episodio de PAB leve-moderada, estando al alta pendiente de colecistectomía. Se cuantificará el intervalo de tiempo para colecistectomía desde el alta, así como los casos que recurren con un segundo episodio de pancreatitis o por otra complicación biliar que requiera ingreso.

Resultados

Se incluyen 116 pacientes, edad media de 58,9 años (16,86), 63% mujeres. 8 pacientes (6,8%) diagnosticados de coledocolitiasis durante el mismo ingreso: 4 con indicación de CPRE (tiempo promedio para la realización 8,5 días) y 4 con indicación de cirugía. 94/116 pacientes (81%) no recurrieron, con un tiempo medio para la colecistectomía de 141,4 días (6-691 días). 78/94 pacientes se incluyeron directamente en lista de espera sin incidencias con tiempo promedio para la intervención de 113,9 días (6-272 días) y en 15/94 pacientes se retrasó su inclusión por distintos motivos: pérdida de seguimiento (2/15), decisión del cirujano por alta comorbilidad (1/15), por dudas de origen biliar (3/15) o de coledocolitiasis (5/15), estudio de accidentaloma en TC (3/15) y un caso en espera de finalizar la gestación. La recurrencia de un segundo episodio de PAB ocurrió en 22/116 pacientes (18,9%): 9/22 (41%) durante el primer mes y 16/22 (72%) durante los dos primeros meses. Dos pacientes pendiente de intervención reingresan por colecistitis aguda y un paciente por coledocolitiasis, por lo que la tasa acumulativa de reingresos en pacientes en lista de espera fue del 21,5% (25/116).

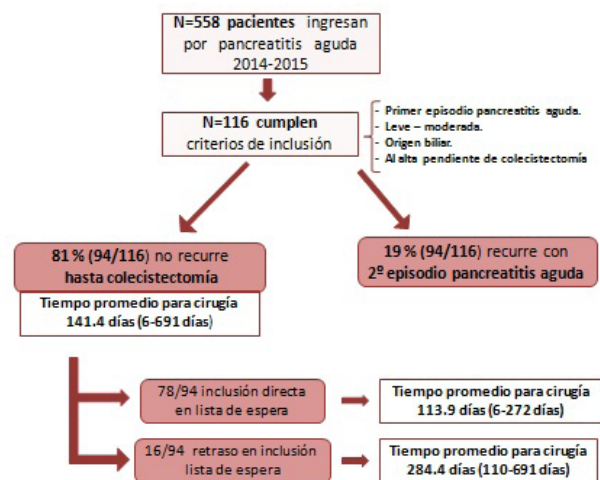


Figura 1 Resultados. Recurrencia de la pancreatitis aguda biliar.

Conclusiones

Se deduce que la colecistectomía precoz es efectiva para evitar nuevos episodios de pancreatitis aguda, así como otras complicaciones biliares. El tiempo de espera para la intervención debe ser reducido.

CO-07. PRONÓSTICO DE PACIENTES QUE INGRESADOS POR OTRA CONDICIÓN PRESENTAN UN CUADRO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGUDA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

JIMÉNEZ-ROSALES, R; MARTÍNEZ-CARA, JG; VADILLO-CALLES, F; ORTEGA-SUAZO, EJ; REDONDO-CEREZO, E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) se asocia a morbilidad y mortalidad significativas. Múltiples predictores de mortalidad intrahospitalaria han sido descritos, siendo uno de ellos el presentarse el episodio en pacientes hospitalizados por otra condición, con tasas de mortalidad hasta del 26%. Sin embargo, las razones del aumento de la mortalidad en este subgrupo no han sido del todo aclaradas y se incluyen tan sólo pacientes con HDA no varicosa.

El objetivo de nuestro estudio es comparar pacientes con HDA ambulatoria (HDA-A) vs. hospitalaria (HDA-H); así como identificar predictores de mortalidad hospitalaria.

Material y métodos: estudio de cohortes prospectivo que recoge a pacientes con HDA tratados en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Se tabularon datos clínicos, bioquímicos, intervenciones y curso clínico. El análisis estadístico fue mediante SPSS: análisis univariante con test χ^2 o T Student y análisis multivariante para determinar predictores de mortalidad.

Resultados

540 pacientes, 481 HDA-A y 59 HDA-H. Éstos últimos presentaron mayor mortalidad intrahospitalaria (42,1% vs. 7,8%; $p < 0,001$), resangrado (29,3% vs. 15,3%; $p = 0,014$), puntuación AIMS65 (AIMS65 ≥ 2 25,6% vs. 13,7%; $p = 0,043$), ASA (ASA 3-4 86,4% vs. 65,5%; $p = 0,001$), comorbilidad (86,4% vs. 73,6%; $p = 0,037$), antiagregantes (39% vs. 21,4%; $p = 0,005$), sangrado activo en la endoscopia (55,9% vs. 26,4%; $p < 0,001$), necesidad terapéutica endoscópica (71,2% vs. 35,8%, $p < 0,001$), concentrados de hematías (5,42 vs. 2,48; $p < 0,001$), estancia hospitalaria (23,69 días vs. 6,91; $p < 0,001$), menor TAS (104,44 mmHg vs. 112,64; $p = 0,010$), mayor cifra de creatinina (1,44 vs. 1,19; $p = 0,034$) y menor de albúmina al ingreso (2,76 vs. 3,22; $p < 0,001$). Un ASA ≥ 3 (OR: 7,8; IC95%: 2,089-29,143; $p = 0,002$) y la necesidad de terapéutica endoscópica (OR: 2,00; IC95%: 1,063-3,746, $p = 0,032$) fueron factores de riesgo independientes de mortalidad en HDA-H.

Conclusiones

los pacientes con HDA-H presentan mayor comorbilidad y mortalidad intra-hospitalaria. La clasificación ASA se mostró como factor de riesgo independiente de HDA-H (varicosa y no varicosa). Estos resultados están en concordancia con resultados previos en HDA no varicosa, demostrando nuestro estudio su validez para el global de pacientes con HDA.

Las pautas de tratamiento en HDA-H derivan de estudios en HDA-A, con pocos datos disponibles que se centren en HDA-H y su tratamiento. La HDA-H presenta peor pronóstico y una mejor comprensión de los motivos es esencial para desarrollar un tratamiento específico. Se necesitan más estudios en este sentido.

CO-08. EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL A LARGO PLAZO TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

CASTRO RODRÍGUEZ, J¹; ALEJANDRE ALTAMIRANO, RM¹; RODRÍGUEZ TIRADO, MI¹; GUERRERO, M¹; DE LUCA, L²; GROS, B¹; THORBUM, D²; PATCH, D²; AGUILAR, P¹; MONTERO, JL¹; O' BEIME, J²; CIRIA, R¹; DE LA MATA, M¹; TSOCHATZIS, E²; RODRÍGUEZ PERÁLVAREZ, M¹

¹DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA

²UCL INSTITUTE FOR LIVER AND DIGESTIVE HEALTH AND SHEILA SHERLOCK LIVER UNIT. ROYAL FREE HOSPITAL AND UCL. LONDON. UNITED KINGDOM, INTERNACIONAL

Introducción

En un sistema de priorización MELD es frecuente que los pacientes accedan al trasplante con disfunción renal. El objetivo fue determinar si tras el trasplante se produce una mejoría de la función renal basal.

Material y métodos

Se incluyeron pacientes con trasplante hepático en dos centros europeos (2008-2013). Los pacientes con exitus precoz (<90 días postrasplante) fueron excluidos. La estimación del filtrado glomerular (eGFR) se realizó mediante la fórmula MDRD-4 (estandarizada IDMS), con mediciones protocolizadas hasta los 60 meses post-trasplante. El grado de disfunción renal se definió según las guías KDIGO 2017.

Resultados

El análisis incluyó 455 pacientes (edad media 52,2 \pm 10,4; 28,4% mujeres). La etiología mayoritaria de enfermedad hepática fue cirrosis etílica (n=151; 33,2%) y por hepatitis C (n=164; 33,2%). La puntuación MELD pre-trasplante fue de 17,9 \pm 7,2. Se objetivó disfunción renal pretrasplante en 207 pacientes (46,8%): leve-moderada (grado KDIGO 2-3a) en 43,4% y moderada-grave (grado KDIGO 3b-4) en 3,4%. El eGFR descendió un promedio de 17,4 ml/min en los 3 primeros meses post-trasplante ($p < 0,001$), siendo esta caída más pronunciada en los pacientes con función renal

inicialmente conservada (descenso medio eGFR 35,1 ml/min; $p < 0,001$). La función renal empeoró 1 estadio en 146 pacientes (35,1%), 2 estadios en 44 pacientes (10,6%), 3-4 estadios en 8 pacientes (1,9%). El eGFR continuó descendiendo, aunque más lentamente, entre los 3 y 6 meses postrasplante (descenso medio eGFR 3,2 ml/min; $p = 0,01$). Desde los 6 meses en adelante el eGFR no mostró cambios estadísticamente significativos (6-12 meses $p = 0,05$; 12-24 meses $p = 0,93$; 24-36 meses $p = 0,48$; 36-48 meses $p = 0,68$; 48-60 meses $p = 0,76$). Se precisó soporte renal/trasplante en 39 pacientes (8,6%).

Conclusiones

Tras el trasplante hepático se produce un deterioro pronunciado de la función renal en los 3 primeros meses que no se recupera a largo plazo. Dicho deterioro es mayor en pacientes con función renal inicialmente preservada.

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN II

CO-09. ¿PODRÍAMOS CONSIDERAR LOS STENTS COLÓNICOS COMO PUENTE A CIRUGÍA UNA ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA URGENTE EN EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CÁNCER COLORRECTAL IZQUIERDO? NUESTRA EXPERIENCIA

PUYA GAMARRO, M¹; ARIAS ROMANO, A²; SÁNCHEZ YAGÜE, A¹; ARCAS MARÍN, LM²; MEDINA CANO, FJ²; RIVERA IRIGOIN, R¹; SÁNCHEZ CANTOS, AM¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²UNIDAD CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

El uso de stents metálicos autoexpandibles (SEMS) en pacientes obstruidos por cáncer colorrectal (CCR) izquierdo potencialmente curable, permite reducir la tasa de ostomías y morbilidad postoperatoria. Las guías actuales no recomiendan su uso estandarizado, pero su colocación puede considerarse una alternativa a cirugía urgente en pacientes ASA \geq III y/o >70 años.

Nuestros objetivos fueron comparar características demográficas, éxito clínico, complicaciones y resultados de pacientes con SEMS como puente a cirugía (ASA \geq III/ >70 años) vs. cirugía urgente en el CCR izquierdo obstructivo desde 2005 a 2012 en nuestro centro.

Material y métodos

Estudio de cohortes retrospectivo que analiza 76 pacientes con obstrucción por CCR en nuestro centro desde 2005 a 2012, comparando: SEMS como puente a cirugía ($n=47$) vs. cirugía urgente ($n=29$) con intención curativa. Usamos test de ji-cuadrado y F de Fisher para variables cualitativas, T de Student para cuantitativas, y curvas Kaplan-Meier para recidiva y supervivencia.

Resultados

Los pacientes con SEMS presentaron una edad media >70 años y mayor índice de Charlson. La tasa de éxito técnico/clínico fue del 91%, con tasa de reconversión a cirugía del 10,64%.

El grupo de SEMS mostró tasas más altas de estudio preoperatorio (87,3% vs. 10,3%) (Figura 1). En cuanto a la técnica quirúrgica (Figura 2), en el grupo 1 se realizó anastomosis primaria. En el grupo 2, sólo se realizó anastomosis primaria en el 44,8% de pacientes. En el resto, se realizó la intervención de Hartmann debido a la edad, la comorbilidad, la inestabilidad hemodinámica, presencia de signos de isquemia o perforación en el colon proximal a la obstrucción.

El abordaje fue laparoscópico en el 53% del grupo 1 y laparotómico en todos los pacientes del grupo 2, resultados acordes con la literatura que considera de elección la laparotomía en la oclusión intestinal por CCR, reservando la laparoscopia para casos seleccionados.

Las complicaciones postoperatorias (Figura 3) fueron menores en pacientes con prótesis (25,5% vs. 58,6%), las más frecuentes: infección de herida y dehiscencia anastomótica (4,3% vs. 58,6%).

No hubo diferencias estadísticamente significativas en tasas de recidiva al comparar SEMS (31,9%) y cirugía urgente (50%), ni diferían significativamente de la literatura. Tampoco en la supervivencia específica por CCR, tanto global (78,8% vs. 54,5%) como a 5 años (64,3% vs. 41,2%).

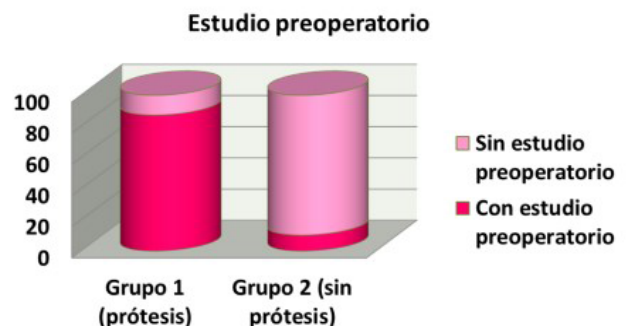


Figura 1

Comparativa de pacientes con estudio preoperatorio en ambos grupos.

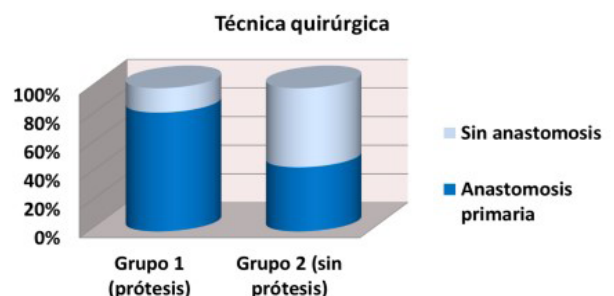


Figura 2

Comparativa de pacientes con anastomosis primaria en ambos grupos