

# RAPD ONLINE

ÓRGANO OFICIAL DE LA  
SOCIEDAD ANDALUZA DE  
PATOLOGÍA DIGESTIVA

Revista Andaluza de Patología Digestiva

## 01 EDITORIAL

- "In memoriam" Dr. Manuel Jiménez Sáenz. J.M. Herrerías, J. Romero-Vázquez **244**

## 02 COMUNICACIONES ORALES

- Comunicaciones orales **246**
  - Mesa Comunicaciones I **246**
  - Mesa Comunicaciones II **252**
  - Mesa Comunicaciones III **256**
  - Mesa Comunicaciones IV **262**
  - Mesa Comunicaciones V **267**

## 03 COMUNICACIONES POSTER

- Comunicaciones póster **271**





**DIRECTOR**  
J. Romero Vázquez

**DIRECTOR ADJUNTO**  
J.M. Navarro Jarabo

**SUBDIRECTORES**  
M. Macías Rodríguez  
J.F. Suárez Crespo

### COMITÉ DE DIRECCIÓN

G. Alcaín Martínez  
Á. González Galilea  
H. Pallarés Manrique

J.M. Pérez Pozo  
J.J. Puente Gutiérrez  
D. Quintero Fuentes

### COMITÉ ASESOR

E. Baeyens Cabrera  
M. Casado Martín  
E. Cervilla Sáez de Tejada  
M. Estévez Escobar  
B. Ferreiro Argüelles  
V. García Sánchez  
I. Grilo Bensusan  
M. Jiménez Pérez  
J. López-Cepero Andrada

P. Martínez Tirado  
A. Naranjo Rodríguez  
C. Ortiz Moyano  
Á. Pérez Aisa  
J.M. Pérez Moreno  
A. Poyato González  
M. Ramos Lora  
P. Rendón Unceta  
M.J. Soria de la Cruz

### COMITÉ EDITORIAL

J. Aguilar Reina (Sevilla)  
A. Bonetti Munnigh (Almería)  
A. Caballero Plasencia (Granada)  
I. Carmona Soria (Sevilla)  
F. J. Casado Caballero (Granada)  
M. Castro Fernández (Sevilla)  
A. Caunedo Álvarez (Sevilla)  
A. Domínguez Macías (Huelva)  
A. Domínguez Muñoz (Málaga)  
J. Esteban Carretero (Almería)  
J. M.º Esteban Carretero (Cádiz)  
F. J. Fernández Pérez (Málaga)  
A. Galindo Galindo (Sevilla)  
F. Gallego Rojo (Almería)  
J. M.º García Gil (Granada)

M. García Montero (Granada)  
J. M.º Garijo Forcada (Jaén)  
F. Gómez Camacho (Córdoba)  
P. Guerrero Jiménez (Sevilla)  
J. Guilarte López-Mañas (Granada)  
A. López Cano (Cádiz)  
M. López-Cantarero Ballesteros (Granada)  
M. de la Mata García (Córdoba)  
A. Maté Hurtado (Málaga)  
F. Nogueiras López (Granada)  
J. M. Rodríguez Láiz (Almería)  
R. Romero Castro (Sevilla)  
M. Romero Gómez (Sevilla)  
J. Rosell Prados (Granada)  
H. Sánchez Martínez (Almería)

### COMITÉ INTERNACIONAL

**COORDINADOR COMITÉ INTERNACIONAL**  
J. M. Herrerías Gutiérrez

F. Bernal Sahagún (Méjico)  
A. D. Jorge (Córdoba. Argentina)  
M. Mascarenhas (Oporto. Portugal)  
E. Monteiro (Lisboa. Portugal)  
J. R. Nogueira de Rojas (Irapuato. Méjico)  
S. Peña (Amsterdam. Holanda)

A. Pulpeiro (Buenos Aires. Argentina)  
F. Ramalho (Lisboa. Portugal)  
F. Roesch (Veracruz. Méjico)  
G. Rojas de Matamoros (San Pedro de Sula. Honduras)  
J. Valenzuela (Santiago de Chile. Chile)

## >> Junta Directiva de la Sociedad de Patología Digestiva

**PRESIDENTE**  
A. Galindo Galindo (Sevilla)

**VICESECRETARIO**  
B. Benítez Rodríguez (Sevilla)

**VICEPRESIDENTE**  
M. Romero Gómez (Sevilla)

**TESORERO**  
F. Argüelles Arias (Sevilla)

**Vicepresidente Andalucía Oriental**  
A. Sánchez Yagüe (Málaga)

**DIRECTOR DE LA REVISTA SAPD**  
J. Romero Vázquez (Sevilla)

**Andalucía Occidental**  
F. Pellicer Bautista (Sevilla)

**DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB**  
P. Hergueta Delgado (Sevilla)

**SECRETARIO**  
J. Romero Vázquez (Sevilla)

**VOCALES A LA PRESIDENCIA**  
R. Andrade Bellido (Málaga)  
J.M. Rodríguez Laiz (Almería)

# Vol. 34

## Número 5

### Septiembre - Octubre 2011

Depósito Legal: **M-26347-1978**  
**Registro de comunicación  
de soporte válido: 07/2**  
**ISSN: 1988-317X**

#### Edición

Sulime Diseño de Soluciones, S.L.  
Edificio Centris  
Glorieta Fernando Quiñones s/n  
Planta Baja Semisótano  
Módulo 7A - 41940 Tomares (Sevilla)  
Tlf. 954 15 75 56  
Fax. 954 15 00 42  
Email: [sulime@sulime.net](mailto:sulime@sulime.net)  
Web: [www.sulime.net](http://www.sulime.net)

1. Objetivos y características de la RAPD
2. Contenidos de la RAPD
3. Envío de manuscritos
4. Normas de redacción de los manuscritos

### A) Normas específicas para la redacción de manuscritos

Originales  
Revisiones Temáticas y Puestas al día  
Sesiones clínicas y Anatomoclínicas  
Casos Clínicos  
Imágenes del mes  
Artículos comentados  
Cartas al Director

### B) Normas comunes y otros documentos de apoyo

Unidades, nombres genéricos y abreviaturas  
Referencias bibliográficas  
Figuras, Fotografías, Gráficos, Tablas y Vídeos  
Derechos de autor  
Conflicto de intereses  
Estadísticas  
Otros documentos y normas éticas

**1. Objetivos y características de la RAPD:** La Revista Andaluza de Patología Digestiva es la publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva (SAPD), que desde 2007 se edita sólo en formato electrónico, bajo la denominación de RAPDOnline. Su finalidad es la divulgación de todos los aspectos epidemiológicos, clínicos, básicos y sociológicos de las enfermedades digestivas, a través de las aportaciones enviadas a la revista desde Andalucía y desde toda la Comunidad Científica. La lengua oficial para la edición de esta revista es el español, pero algunas colaboraciones podrán ser eventualmente admitidas en el idioma original del autor en inglés, francés, o italiano. La RAPDOnline se publica bimensualmente, estando uno de los números dedicado especialmente a la Reunión Anual de la SAPD y siendo decisión del Comité Editorial reservar uno o más números anuales al desarrollo monográfico de un tema relacionado con la especialidad.

Todas las contribuciones remitidas deberán ser originales y no estar siendo revisadas simultáneamente en otra revista para su publicación. La publicación de *abstracts*, o posters no se considera publicación duplicada. Los manuscritos serán evaluados por revisores expertos, designados por el comité editorial, antes de ser admitidos para su publicación, en un proceso cuya duración será inferior a 30 días.

**2. Contenidos de la RAPD:** Los números regulares de la RAPDOnline incluyen secciones definidas como:

- Originales sobre investigación clínica o básica.
- Revisiones temáticas sobre aspectos concretos de la Gastroenterología.
- Puestas al día sobre temas que, por su amplitud, requieran la publicación en varios números de la revista.
- Sesiones clínicas o anatomoclínicas.
- Casos clínicos.
- Imágenes del mes.
- Artículos comentados.
- Cartas al Director.

Otras aportaciones que sean consideradas de interés por el Comité Editorial, relativas a diferentes aspectos de la práctica clínica en el pasado reciente, comentarios biográficos, u otros contenidos de índole cultural, o relacionados con actividades científicas en cualquier ámbito territorial serán insertadas en la RAPDOnline en secciones diseñadas ex profeso.

**3. Envío de manuscritos:** La vía preferencial para el envío de manuscritos es la página web de la SAPD (<http://www.sapd.es>), ingresando en la página de la RAPDOnline y pulsando el botón "Enviar un original" situado en la misma página de acceso a la revista. A través de él se accederá a las direcciones electrónicas que se pueden utilizar para enviar los archivos, o eventualmente a una Página Web Central de manuscritos construida para este fin. En cualquier caso, la dirección RAPDOnline@sapd.es y las contenidas en el botón "Con-

tacto", situado en la página de acceso de la propia RAPDOnline, se pueden utilizar para la solución de cualquier problema en el envío de los manuscritos.

El envío del manuscrito debe incluir:

- Carta de Presentación, según un formato establecido ([http://www.sapd.es/public/modelo\\_cartapresentacionrapdonline.doc](http://www.sapd.es/public/modelo_cartapresentacionrapdonline.doc)).
- Archivos Específicos del propio trabajo científico.
- Si el manuscrito es admitido para publicación debe remitirse el Formulario de Transferencia de Derechos de Autor ([http://www.sapd.es/public/modelo\\_transferenciaderechosdeautor.doc](http://www.sapd.es/public/modelo_transferenciaderechosdeautor.doc)) y si procediera la Declaración de Conflictos de Interés ([http://www.sapd.es/public/modelo\\_declaracionconflictodeinteresesrapdonline.doc](http://www.sapd.es/public/modelo_declaracionconflictodeinteresesrapdonline.doc)).

**4. Normas de redacción de los manuscritos:** Los números monográficos, las revisiones temáticas, las puestas al día y los artículos comentados serán encargados por el Consejo Editorial, pero la remisión de alguna de estas colaboraciones a instancias de un autor será considerada por la Dirección de la RAPDOnline y evaluada con mucho interés para su inclusión en la revista.

Todos los manuscritos estarán sometidos a normas específicas, en función del tipo de colaboración, y a normas comunes éticas y legales.

### A) Normas específicas para la redacción de manuscritos

Se refieren a la extensión aconsejada y a la estructura de cada tipo de manuscrito. Como unidad básica de extensión para el texto, en cualquiera de las contribuciones, se considera una página de 30-31 renglones, espaciados 1.5 líneas, con letra de tamaño 12, con 75-80 caracteres sin espacios por renglón y un total de 400-450 palabras por página. Los textos deberán enviarse revisados con el corrector ortográfico y en formato editable en todas sus aplicaciones (texto principal, figuras, leyendas o pies de figuras, tablas, gráficos, dibujos).

**Originales:** Los originales pueden tener una extensión de hasta 12 páginas, excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas. No se aconseja que las imágenes insertadas excedan el número de 10, incluyendo tablas y figuras. Las ilustraciones en color y los vídeos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de vídeos, por razones técnicas, será previamente acordada con el editor. No obstante, el método de edición de la RAPDOnline, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. No es aconsejable un número superior a 9 autores, salvo en los trabajos colaborativos. En estos originales, se relacionarán los nueve primeros participantes en la cabecera del trabajo y el resto de los participantes se relacionarán al final de la primera página del manuscrito.

Los documentos a enviar incluyen:

- Carta de Presentación ([http://www.sapd.es/public/modelo\\_cartapresentacionrapdonline.doc](http://www.sapd.es/public/modelo_cartapresentacionrapdonline.doc)).
- Página del Título, conteniendo:
  - 1º Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).
  - 2º Tipo de colaboración: Original.
  - 3º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido. A lado de cada autor se añadirá un número, que se corresponderá con la filiación del autor.
  - 4º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país). Si los autores tuvieran distinta filiación, a cada una de ellas se le asignaría un número, que debería figurar en la lista de autores, al lado de cada uno de los firmantes del trabajo.
  - 5º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
  - 6º Declaración sobre la existencia o no de fuente de financiación para la realización del trabajo, o conflictos de intereses.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

- 1º Resumen estructurado en español (opcional también en inglés) y 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras y debería estar estructurado en a) Introducción y Objetivos; b) Material y Métodos; c) Resultados, y d) Conclusiones.
- 2º Listado de abreviaturas utilizadas en el texto.
- 3º Texto: Incluirá los siguientes apartados: a) Introducción, b) Material y Métodos, c) Resultados, d) Discusión, e) Conclusiones; cada uno de ellos adecuadamente encabezado.
- 4º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).
- 5º Agradecimientos.
- 6º Pies de figuras.
- 7º Tablas y Figuras de texto.

**Revisiones Temáticas y Puestas al día:** Los textos sobre Revisiones Temáticas pueden tener una extensión de hasta 15 páginas, excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas y los capítulos correspondientes a series de Puestas al día hasta 20 páginas. En ambos casos el número de imágenes insertadas no deben exceder las 15, incluyendo tablas y figuras. No obstante, el método de edición de la RAPDOnline, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. Las ilustraciones en color, no representarán cargo económico por parte de los autores. Excepcionalmente se admitirá la inclusión de vídeos. No es aconsejable un número superior a 4 autores por capítulo.

Los documentos a enviar incluyen:

- Carta de Presentación ([http://www.sapd.es/public/modelo\\_cartapresentacionrapdonline.doc](http://www.sapd.es/public/modelo_cartapresentacionrapdonline.doc)).
- Página del Título, conteniendo:

- 1º Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).
- 2º Tipo de colaboración: Revisión Temática o Puesta al día.
- 3º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido. A lado de cada autor se añadirá un número, que se corresponderá con la filiación del autor.
- 4º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país). Si los autores tuvieran distinta filiación, a cada una de ellas se le asignaría un número, que debería figurar en la lista de autores, al lado de cada uno de los firmantes del trabajo.
- 5º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
- 6º Declaración sobre la existencia o no de fuente de financiación para la realización del trabajo, o conflictos de intereses.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

- 1º Resumen estructurado en español (opcional también en inglés) y 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras y debería estar estructurado en a) Introducción y Objetivos; b) Material y Métodos; c) Resultados, y d) Conclusiones.
- 2º Texto: Estructurado según el criterio del(os) autor(es), para la mejor comprensión del tema desarrollado.
- 3º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).
- 4º Agradecimientos.
- 5º Pies de figuras.
- 6º Tablas y Figuras de texto.
- 7º Opcional, un resumen en español (opcional también en inglés) con una extensión máxima de 350 palabras, en la que se enfatice lo más destacable del manuscrito.

**Sesiones clínicas y Anatomoclínicas:** Los manuscritos incluidos en esta sección pueden adoptar dos formatos:

- **Formato A.** Sesiones Clínicas: Formato convencional, en el trabajo asistencial diario actual, en el que un clínico presenta y discute un caso, basándose en los datos clínicos y complementarios, con la potencial participación de otros especialistas, para llegar a un juicio clínico, que se correlaciona con la confirmación final del diagnóstico bien fundada en una exploración complementaria de la naturaleza que sea.

- **Formato B.** Sesiones Anatomoclínicas: Formato clásico, en el que un clínico presenta y discute un caso, basándose en los

datos clínicos y complementarios, con la potencial participación de otros especialistas, para llegar a un juicio clínico, que se correlaciona con la confirmación final morfológica presentada por un patólogo. Los textos sobre Sesiones Clínicas y Anatomoclínicas pueden tener una extensión de hasta 25 páginas, excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas y el número de imágenes insertadas no deben exceder las 35, incluyendo tablas y figuras. No obstante, el método de edición de la RAPDOnline permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. Las ilustraciones en color, no representarán cargo económico por parte de los autores.

Los documentos a enviar incluyen:

- Carta de Presentación ([http://www.sapd.es/public/modelo\\_cartapresentacionrapdonline.doc](http://www.sapd.es/public/modelo_cartapresentacionrapdonline.doc)).
- Página del Título, conteniendo:

- 1º Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).
- 2º Tipo de colaboración: sesión Clínica o sesión Anatomoclínica.
- 3º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido. A lado de cada autor se añadirá un número, que se corresponderá con la filiación del autor.
- 4º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país). Si los autores tuvieran distinta filiación, a cada una de ellas se le asignaría un número, que debería figurar en la lista de autores, al lado de cada uno de los firmantes del trabajo.
- 5º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

- 1º Resumen estructurado en español (opcional también en inglés) y 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras y debería estar estructurado en a) Introducción y Objetivos; b) Material y Métodos; c) Resultados, y d) Conclusiones.
- 2º Texto A: Con la Exposición del clínico ponente del caso clínico, en la que se podrá intercalar la intervención de otros especialistas participantes.
- 3º Texto B: Con la Exposición del clínico ponente del diagnóstico diferencial y su juicio clínico final.
- 4º Texto C: Con la Exposición por parte del clínico o del especialista correspondiente del dato diagnóstico fundamental (modelo Sesión Clínica), o del Patólogo de los resultados morfológicos definitivos (Modelo Sesión Anatomoclínica).
- 5º Imágenes: Las imágenes irán intercaladas en el texto de cada uno de los participantes.
- 6º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).
- 7º Pies de figuras.
- 8º Tablas y Figuras de texto.
- 9º Opcional un resumen de la discusión suscitada después del diagnóstico definitivo final.

**Casos Clínicos:** Los manuscritos incluidos en esta sección incluirán 1-5 casos clínicos, que por lo infrecuente, lo inusual de su comportamiento clínico, o por aportar alguna novedad diagnóstica, o terapéutica, merezcan ser comunicados.

La extensión de los textos en la sección de Casos Clínicos no debe ser superior a 5 páginas, excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas y el número de imágenes insertadas no deben exceder las 5, incluyendo tablas y figuras. No obstante, el método de edición de la RAPDOnline, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. Las ilustraciones en color y los vídeos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de vídeos, por razones técnicas, será previamente acordada con el editor. No se admitirán más de 5 autores, excepto en casos concretos y razonados.

Los documentos a enviar incluyen:

- Carta de Presentación ([http://www.sapd.es/public/modelo\\_cartapresentacionrapdonline.doc](http://www.sapd.es/public/modelo_cartapresentacionrapdonline.doc)).
- Página del Título, conteniendo:

- 1º Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).
- 2º Tipo de colaboración: Caso Clínico.

3º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido. A lado de cada autor se añadirá un número, que se corresponderá con la filiación del autor.

4º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país). Si los autores tuvieran distinta filiación, a cada una de ellas se le asignaría un número, que debería figurar en la lista de autores, al lado de cada uno de los firmantes del trabajo.

5º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

1º Resumen estructurado en español (opcional también en inglés) y 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras y debería estar estructurado en a) Introducción y Objetivos; b) Material y Métodos; c) Resultados, y d) Conclusiones.

2º Introducción. Para presentar el problema clínico comunicado.

3º Descripción del caso clínico.

4º Discusión. Para destacar las peculiaridades del caso y las consecuencias del mismo.

5º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).

6º Agradecimientos.

7º Pies de figuras.

8º Tablas y Figuras de texto.

**Imágenes del mes:** Los manuscritos incluidos en esta sección pueden adoptar dos formatos, según la preferencia de los autores.

- **Formato A.** Imágenes con valor formativo: Incluirán imágenes de cualquier índole, clínicas, radiológicas, endoscópicas, anatomopatológicas, macro y microscópicas, que contribuyan a la formación de postgrado y que por tanto merezcan mostrarse por su peculiaridad, o por representar un ejemplo característico.

- **Formato B.** Imágenes claves para un diagnóstico: Incluirán imágenes de cualquier índole, clínicas, radiológicas, endoscópicas, anatomopatológicas, macro y microscópicas, junto a una historia clínica resumida, que planteen la posible resolución diagnóstica final. Esta se presentará en un apartado diferente en el mismo número de la revista.

La extensión de los textos en la sección de Imágenes del Mes no debe ser superior a 1 página, en el planteamiento clínico de la imagen presentada y 2 páginas, excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas, en el comentario de la imagen (Formato A) o en la resolución diagnóstica del caso (Formato B). No obstante, el método de edición de la RAPDOnline, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. Las ilustraciones en color y los vídeos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de vídeos, por razones técnicas, será previamente acordada con el editor. No se admitirán más de 3 autores, excepto en casos concretos y razonados.

Los documentos a enviar incluyen:

- Carta de Presentación ([http://www.sapd.es/public/modelo\\_cartapresentacionrapdonline.doc](http://www.sapd.es/public/modelo_cartapresentacionrapdonline.doc)).

- Página del Título, conteniendo:

1º Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).

2º Tipo de colaboración: Imagen del mes.

3º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido. A lado de cada autor se añadirá un número, que se corresponderá con la filiación del autor.

4º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país). Si los autores tuvieran distinta filiación, a cada una de ellas se le asignaría un número, que debería figurar en la lista de autores, al lado de cada uno de los firmantes del trabajo.

5º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.

6º Tipo de formato de Imagen del mes elegido.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

1º Resumen estructurado en español (opcional también en inglés) y 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250

palabras y debería estar estructurado en a) Introducción y Objetivos; b) Material y Métodos; c) Resultados, y d) Conclusiones.

2º Descripción del caso clínico.

3º Comentarios a la imagen.

4º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).

5º Pies de figuras.

**Artículos comentados:** Esta sección estará dedicada al comentario de las novedades científico-médicas que se hayan producido en un periodo reciente en la especialidad de Gastroenterología. En esta sección se analizará sistemáticamente y de forma periódica todas las facetas de la especialidad, a cargo de grupos de uno o más autores designados entre los miembros de la SAPD. El comentario sobre un trabajo novedoso publicado, por parte de cualquier otro miembro de la SAPD, será favorablemente considerado por el Comité editorial, como una contribución valiosa.

La extensión de los textos en la sección de Artículos Comentados no debe ser superior a 10 páginas, excluyendo las referencias bibliográficas y, salvo excepciones, sólo se considera la inserción de tablas que ayuden a entender los contenidos. El número de autores dependerá de los que hayan participado en la elaboración de la sección.

Los documentos a enviar incluyen:

- Carta de Presentación ([http://www.sapd.es/public/modelo\\_cartapresentacionrapdonline.doc](http://www.sapd.es/public/modelo_cartapresentacionrapdonline.doc)).

- Página del Título, conteniendo:

1º Nombre del área bibliográfica revisada y periodo analizado.

2º Tipo de colaboración: Artículos comentados.

3º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido. A lado de cada autor se añadirá un número, que se corresponderá con la filiación del autor.

4º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país). Si los autores tuvieran distinta filiación, a cada una de ellas se le asignaría un número, que debería figurar en la lista de autores, al lado de cada uno de los firmantes del trabajo.

5º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.

6º Declaración sobre la existencia o no de fuente de financiación para la realización del trabajo, o conflictos de intereses.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

1º Resumen estructurado en español (opcional también en inglés) y 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras y debería estar estructurado en a) Introducción y Objetivos; b) Material y Métodos; c) Resultados, y d) Conclusiones.

2º Descripción del material bibliográfico analizado.

3º Comentarios críticos sobre los resultados contenidos en los trabajos seleccionados.

4º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo). Si se han elegido dos o más originales para el análisis, es aconsejable dividir la sección, en apartados a criterio de los autores.

**Cartas al Director:** Esta sección estará dedicada a los comentarios que se deseen hacer sobre cualquier manuscrito publicado en la RAPDOnline. En esta sección se pueden incluir también comentarios de orden más general, estableciendo hipótesis y sugerencias propias de los autores, dentro del ámbito científico de la Gastroenterología. La extensión de los textos en esta sección de Cartas al Director no debe ser superior a 2 páginas, incluyendo las referencias bibliográficas. Se podrán incluir 2 figuras o tablas y el número de autores no debe superar los cuatro.

Los documentos a enviar incluyen:

- Carta de Presentación ([http://www.sapd.es/public/modelo\\_cartapresentacionrapdonline.doc](http://www.sapd.es/public/modelo_cartapresentacionrapdonline.doc)).

- Página del Título, conteniendo:

1º Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).

2º Tipo de colaboración: Cartas al Director.

3º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido. A lado de cada autor se añadirá un número, que se corresponderá con la filiación del autor.

4º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país). Si los autores tuvieran distinta filiación, a cada una de ellas se

## B) Normas comunes y otros documentos de apoyo

Se refiere al conjunto de normas obligatorias, tanto para la uniformidad en la presentación de manuscritos, como para el cumplimiento de las normas legales vigentes. En general el estilo de los manuscritos debe seguir las pautas establecidas en el acuerdo de Vancouver recogido en el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.ICMJE.org>).

### Unidades, nombres genéricos y abreviaturas:

- Unidades. Los parámetros bioquímicos y hematológicos se expresarán en Unidades Internacionales (SI), excepto la hemoglobina que se expresará en g/dL. Las medidas de longitud, altura y peso se expresarán en unidades del Sistema Métrico decimal y las temperaturas en grados centígrados. La presión arterial se medirá en milímetros de mercurio.

Existe un programa de ayuda para la conversión de unidades no internacionales (no-SI), en unidades internacionales (SI) (<http://www.techexpo.com/techdata/techcntr.html>).

- Nombres genéricos. Deben utilizarse los nombres genéricos de los medicamentos, los instrumentos y herramientas clínicas y los programas informáticos. Cuando una marca comercial sea sujeto de investigación, se incluirá el nombre comercial y el nombre del fabricante, la ciudad y el país, entre paréntesis, la primera vez que se mencione el nombre genérico en la sección de Métodos.

- Abreviaturas. Las abreviaturas deben evitarse, pero si tiene que ser empleadas, para no repetir nombres técnicos largos, debe aparecer la palabra completa la primera vez en el texto, seguida de la abreviatura entre paréntesis, que ya será empleada en el manuscrito.

**Referencias bibliográficas:** Las referencias bibliográficas se presentarán según el orden de aparición en el manuscrito, asignándosele un número correlativo, que aparecerá en el sitio adecuado en el texto, entre paréntesis. Esa numeración se mantendrá y servirá para ordenar la relación de todas las referencias al final del manuscrito, como texto normal y **nunca** como nota a pie de página. Las comunicaciones personales y los datos no publicados, no se incluirán en el listado final de las referencias bibliográficas, aunque se mencionarán en el sitio adecuado del texto, entre paréntesis, como correspondencia, esto es, comunicación personal, o datos no publicados. Cuando la cita bibliográfica incluya más de 6 autores, se citarán los 6 primeros, seguido este último autor de la abreviatura *et al.*

El estilo de las referencias bibliográficas dependerá del tipo y formato de la fuente citada:

- Artículo de una revista médica: Los nombres de las revistas se abreviarán de acuerdo con el estilo del Index Medicus/Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals?itool=sidebar>).

- Artículo ya publicado en revistas editadas en papel y en Internet: Se reseñarán los autores (apellido e inicial del nombre, separación por comas entre los autores), el nombre entero del manuscrito, la abreviatura de la revista, el año de publicación y tras un punto y coma el volumen de la revista y tras dos puntos los números completos de la primera y última página del trabajo.

*Kandulsky A, Selgras M, Malfertheiner P. Helicobacter Pylori infection: A Clinical Overview. Dig Liver Dis 2008; 40:619-626.*

*Alvarez F, Berg PA, Bianchi FB, Bianchi L, Burroughs AK, Cancado EL, et al. International Autoimmune Hepatitis Group Report: review of criteria for diagnosis of autoimmune hepatitis. J Hepatol 1999; 31:929-938.*

- Artículo admitido, publicado sólo en Internet, pero aún no incluido en un número regular de la revista: Se reseñarán los autores, el nombre entero del manuscrito, la abreviatura de la revista, el año y el mes desde el que está disponible el artículo en Internet y el DOI. El trabajo original al que se hace referencia, suele detallar cómo citar dicho manuscrito.

*Stamatakis M, Sargedi C, Stefanaki C, Safi oleas C, Matthaipoulou I, Safi oleas M. Anthelmintic treatment: An adjuvant therapeutic strategy against Echinococcus granulosus. Parasitol Int (2009), doi:10.1016/j.parint.2009.01.002*

*Inadomi JM, Somsouk M, Madanick RD, Thomas JP, Shaheen NJ. A cost-utility analysis of ablative therapy for Barrett's esophagus. Gastroenterology (2009), doi: 10.1053/j.gastro.2009.02.062.*

- Artículo de una revista que se publica sólo en Internet, pero ordenada de modo convencional: Se reseñarán los autores, el nombre entero del manuscrito, la abreviatura de la revista (puede añadirse entre paréntesis on line), el año de publicación y tras un punto y coma el volumen de la revista y tras dos puntos los números completos de la primera y última página del trabajo. Si el trabajo original al que se hace referencia, proporciona el DOI y la dirección de Internet (URL), se pueden añadir al final de la referencia.

*Gurbulak B, Kabul E, Dural C, Citlak G, Yanar H, Gulluoglu M, et al. Heterotopic pancreas as a leading point for small-bowel intussusception in a pregnant woman. JOP (Online) 2007; 8:584-587.*

*Fishman DS, Tarnasky PR, Patel SN, Rajiman I. Management of pancreaticobiliary disease using a new intra-ductal endoscope: The Texas experience. World J Gastroenterol 2009; 15:1353-1358. Available from: URL: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/15/1353.asp>. DOI: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.15.1353>*

- Artículo de una revista que se publica sólo en Internet, pero no está ordenada de modo convencional: Se reseñarán los autores, el nombre entero del manuscrito, la abreviatura de la revista, el año de publicación y el DOI.

*Rossi CP, Hanauer SB, Tomasevic R, Hunter JO, Shafran I, Graffner H. Interferon beta-1a for the maintenance of remission in patients with Crohn's disease: results of a phase II dose-finding study. BMC Gastroenterology 2009, 9:22doi:10.1186/1471-230X-9-22.*

- Artículo publicado en resumen (*abstract*) o en un suplemento de una revista: Se reseñarán los autores (apellido e inicial del nombre, separación por comas entre los autores), el nombre entero del manuscrito, la palabra *abstract* entre corchetes, la abreviatura de la revista, el año de publicación y tras un punto y coma el volumen de la revista, seguida de la abreviatura Suppl, o Supl, entre paréntesis y tras dos puntos los números completos de la primera y última página del trabajo.

*Klin M, Kaplowitz N. Differential susceptibility of hepatocysto TNF-induced apoptosis vs necrosis [Abstract]. Hepatology 1998; 28(Suppl):310A.*

- Libros: Se reseñarán los autores del libro (apellido e inicial del nombre, separación por comas entre los autores), el título del libro, la ciudad donde se ha editado, el nombre de la editorial y el año de publicación.

*Takada T. Medical Guideline of Acute Cholangitis and Cholecystitis. Tokyo: Igaku Tosho Shuppan Co; 2005.*

- Capítulo de un libro: Se reseñarán los autores del capítulo (apellido e inicial del nombre, separación por comas entre los autores), seguidos de In: los nombres de los editores del libro y tras un punto, el nombre del libro. La ciudad donde se ha editado, el nombre de la editorial, el año de publicación y tras dos puntos los números completos de la primera y última página del trabajo.

*Siewert JR. Introduction. In: Giulii R, Siewert JR, Couturier D, Scarpignato C, eds. OESO Barrett's Esophagus. 250 Questions. Paris: Hors Collection, 2003; 1-3.*

- Información procedente de un documento elaborado en una reunión: Este tipo de referencia debe ser evitado, siempre que sea posible. Pero en caso de tener que ser citado, se reseñará el título del tema tratado, el nombre de la reunión y la ciudad donde se celebró. La entidad que organizaba la reunión, y el año. La dirección electrónica mediante la cual se puede acceder al documento.

U.S. positions on selected issues at the third negotiating session of the Framework Convention on Tobacco Control. Washington, D.C.: Committee on Government Reform, 2002. (Accessed March 4, 2002, at: [http://www.house.gov/reform/min/inves\\_tobacco/index\\_accord.htm](http://www.house.gov/reform/min/inves_tobacco/index_accord.htm).)

**Figuras, tablas y vídeos:** La iconografía, tanto si se trata de fotografías, radiografías, esquemas o gráficos, se referirán bajo el nombre genérico de "Figura". Las referencias a las figuras, tablas y vídeos, deberán ir resaltadas en negrita. Se enumerarán con números arábigos.

gos, de acuerdo con su orden de aparición en el texto. Los paneles de dos o más fotografías agrupadas se considerarán una única figura, pudiendo estar referenciadas como "Figuras 1A, 1B, 1C".

- Las fotografías se enviarán en formato digital TIFF (.TIF), JPEG (.JPG) o BMP, en blanco y negro o color, bien contrastadas, con una resolución adecuada (preferentemente 150-300 puntos por pulgada). En el caso de archivos JPEG deberá usarse la compresión mínima para mantener la máxima calidad, es decir en un tamaño no reducido.

Las imágenes de radiografías, ecografías, TAC y RM, si no pueden obtenerse directamente en formato electrónico, deberán escanearse en escala de grises y guardarse en formato JPG.

Las imágenes de endoscopia y otras técnicas que generen imágenes en color, si no pueden obtenerse directamente en formato electrónico, deberán escanearse a color.

Los detalles especiales se señalarán con flechas, utilizando para éstos y para cualquier otro tipo de símbolos el trazado de máximo contraste respecto a la figura.

Los ficheros de las Figuras estarán identificadas de acuerdo con su orden de aparición en el texto, con el nombre del fichero, su número y apellidos del primer firmante (Ej.: fig1\_Gómez.jpg) o título del artículo. Cada imagen debe llevar un pie de figura asociado que sirva como descripción. Los pies de figura, se deben entregar en un documento de texto aparte haciendo clara referencia a las figuras a las que se refieren. Las imágenes podrán estar insertadas en los archivos de Word/PowerPoint para facilitar su identificación o asociación a los pies de figura, pero siempre deberán enviarse, además, como imágenes separadas en los formatos mencionados.

Las fotografías de los pacientes deben evitar que estos sean identificables. En el caso de no poderse conseguir, la publicación de la fotografía debe ir acompañada de un permiso escrito ([http://www.sapd.es/public/modelo\\_formulariopermisosfotosrapdonline.doc](http://www.sapd.es/public/modelo_formulariopermisosfotosrapdonline.doc)).

- Los esquemas, dibujos, gráficos y tablas se enviarán en formato digital, como imágenes a alta resolución o de forma preferente, en formato Word/PowerPoint con texto editable. No se admitirán esquemas, dibujos, gráficos o figuras escaneadas de otras publicaciones. Para esquemas, dibujos, gráficos, tablas o cualquier otra figura, deberá utilizarse el color negro para líneas y texto, e incluir un fondo claro, preferiblemente blanco. Si es necesario usar varios colores, se usarán colores fácilmente diferenciables y con alto contraste respecto al fondo. Los gráficos, símbolos y letras, serán de tamaño suficiente para poderse identificar claramente al ser reducidas. Las tablas deberán realizarse con la herramienta -Tabla- (no con el uso de tabuladores y líneas de dibujo o cuadros de texto).

- Vídeos: Los videos deberán aportarse en formato AVI o MPEG, procesados con los codec CINEPAC RADIUS o MPEG y a una resolución de 720x576 ó 320x288. Se recomienda que sean editados para reducir al máximo su duración, que no debe ser superior a 2 minutos. Si el video incorpora sonido, éste debe ser procesado en formato MP3. Si los videos a incluir están en otros formatos, puede contactar con la editorial para verificar su validez. Para la inclusión de videos en los artículos, deberá obtener autorización previa del comité editorial.

**Derechos de autor:** Los trabajos admitidos para publicación quedan en propiedad de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva y su reproducción total o parcial será convenientemente autorizada. En la Carta de Presentación se debe manifestar la disposición a transferir los derechos de autor a la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva. Todos los autores deberán enviar por escrito una carta de cesión de estos derechos una vez que el artículo haya sido aceptado por la RAPDOnline ([http://www.sapd.es/public/modelo\\_transferenciaderechosdeautor.doc](http://www.sapd.es/public/modelo_transferenciaderechosdeautor.doc)). No obstante, para evitar el retraso en el envío del original a producción, esta carta puede enviarse firmando una versión impresa del documento, escaneada y enviada a través de correo electrónico a la RAPDOnline. Posteriormente puede enviarse el original firmado por correo terrestre a **Sulime Diseño de Soluciones, Glorieta Fernando Quiñones, s/n. Edificio Centris. Planta Baja Semisótano, mod. 7A. 41940 Tomares. Sevilla.**

**Conflicto de intereses:** Existe conflicto de intereses cuando un autor (o la Institución del autor), revisor, o editor tiene, o la ha tenido en los 3 últimos años, relaciones económicas o personales con otras

personas, instituciones, u organizaciones, que puedan influenciar indebidamente su actividad.

Los autores deben declarar la existencia o no de conflictos de intereses en la Carta de Presentación, pero no están obligados a remitir un Formulario de Declaración de Conflictos, cuando se envía el manuscrito. Este se requerirá posteriormente, siempre que sea necesario, cuando el manuscrito sea admitido.

Las Becas y Ayudas con que hayan contado los autores para realizar la investigación se deben especificar, al final del manuscrito en el epígrafe de Agradecimientos.

**Estadísticas:** No es el objetivo de la RAPDOnline, una exhaustiva descripción de los métodos estadísticos empleados en la realización de un estudio de investigación, pero sí precisar algunos requisitos que deben aparecer en los manuscritos como normas de buena práctica. Si los autores lo desean pueden consultar un documento básico sobre esta materia en: Bailar JC III, Mosteller F. Guidelines for statistical reporting in articles for medical journals: amplifications and explanations ([http://www.sapd.es/public/guidelines\\_statistical\\_articles\\_medical\\_journals.pdf](http://www.sapd.es/public/guidelines_statistical_articles_medical_journals.pdf)). Ann Intern Med 1988; 108:266-73.

- Los métodos estadísticos empleados, así como los programas informáticos y el nombre del software usados deben ser claramente expresados en la Sección de Material y Métodos.

- Para expresar la media, la desviación standard y el error standard, se debe utilizar los siguientes formatos: "media (SD)" y "media  $\pm$  SE." Para expresar la mediana, los valores del rango intercuartil (IQR) deben ser usados.

- La P se debe utilizar en mayúsculas, reflejando el valor exacto y no expresiones como menos de 0.05, o menos de 0.0001.

- Siempre que sea posible los hallazgos (medias, proporciones, odds ratio y otros) se deben cuantificar y presentar con indicadores apropiados de error, como los intervalos de confianza.

- Los estudios que arrojen niveles de significación estadística, deben incluir el cálculo del tamaño muestral. Los autores deben reseñar las pérdidas durante la investigación, tales como los abandonos en los ensayos clínicos.

**Otros documentos y normas éticas:**

- Investigación en seres humanos: Las publicaciones sobre investigación en humanos, deben manifestar en un sitio destacado del original que: a) se ha obtenido un consentimiento informado escrito de cada paciente, b) El protocolo de estudio esta conforme con las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975 (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>) y ha sido aprobado por el comité ético de la institución donde se ha realizado el estudio.

- Investigación en animales: Los estudios con animales de experimentación, deben manifestar en un sitio destacado del original que estos reciben los cuidados acordes a los criterios señalados en la "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" redactada por la National Academy of Sciences y publicada por el National Institutes of Health (<http://www.nap.edu/readingroom/books/labrats>).

- Ensayos clínicos controlados: La elaboración de ensayos clínicos controlados deberá seguir la normativa CONSORT, disponible en: <http://www.consort-statement.org> y estar registrado antes de comenzar la inclusión de pacientes.

- Los datos obtenidos mediante microarray deben ser enviados a un depósito como Gene Expression Omnibus o ArrayExpress antes de la remisión del manuscrito.

- Protección de datos: Los datos de carácter personal que se solicitan a los autores van a ser utilizados por la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva (SAPD), exclusivamente con la finalidad de gestionar la publicación del artículo enviado por los autores y aceptado en la RAPDOnline. Salvo que indique lo contrario, al enviar el artículo los autores autorizan expresamente que sus datos relativos a nombre, apellidos, dirección postal institucional y correo electrónico sean publicados en la RAPDOnline, eventualmente en los resúmenes anuales publicados por la SAPD en soporte CD, así como en la página web de la SAPD y en Medline, u otras agencias de búsqueda bibliográfica, a la que la RAPDOnline pueda acceder.

# “IN MEMORIAM” DR. MANUEL JIMÉNEZ SÁENZ

Juan Manuel Herrerías Gutiérrez, Javier Romero Vázquez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Estimado amigo:

Como bien sabes, hace tan sólo unas semanas, el Dr. Manuel Jiménez Sáenz, nuestro amigo Manolo, nos dejaba para supervisar su Revista Andaluza de Patología Digestiva (RAPDonline) desde un lugar de privilegio.

Para nosotros, Manolo ha sido en los últimos años el alma mater de la RAPD. Gracias a él estamos donde estamos, consiguiendo una revista de calidad, prestigio y en la que colaboran y publican gastroenterólogos de todas las provincias de Andalucía, su gran reto desde que llegó a la dirección de la misma.

Para los que hemos tenido el privilegio de haber trabajado con él en estos años, su impronta y huella será imposible de olvidar. Su sapiencia, profesionalidad, orgullo, esfuerzo, dedicación, ímpetu... quedarán marcados para siempre en la gastroenterología andaluza y, como no, en su RAPDonline.

No quisiera dejar pasar esta editorial sin reflejar la carta “In memoriam” del Prof. Juan Manuel Herrerías Gutiérrez en el acto de concesión de la medalla de oro de la SAPD a Manolo en la reciente Reunión Anual de Jaén:

*“Lo más triste de nuestra profesión es perder vidas humanas y este dolor se incrementa si al que se pierde es un compañero y un amigo.*

*Nuestro amigo Manolo nos dejó la madrugada del martes pasado, después de luchar tenazmente durante varios años con mucha fuerza y entereza contra una enfermedad terrible y despiadada.*

*Manolo cursó sus estudios de Medicina en Sevilla y se licenció en 1975. Yo tuve la dicha de ser profesor suyo. Luego hizo el MIR también con nosotros en el Hospital Universitario de Sevilla, ahora Virgen Macarena, obteniendo el Título de Especialista en Medicina Interna y Aparato Digestivo en 1979.*

*Mi relación con él fue intensa, y juntos estuvimos trabajando en el Hammersmith Hospital de Londres, compartiendo piso en 1977. Luego hemos viajado juntos a otros países como Méjico, Estados Unidos, Austria, y otros, viviendo momentos entrañables tanto profesional como humanamente, por ejemplo la primera vez que nos invitaron a la cena del Presidente de la AGA, el Dr. Philip Toskes, en Nueva Orleans o cuando improvisamos una clase en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Méjico, y un largo etc. de momentos imborrables en mi memoria que me emocionan.*

*Manolo se dedicó especialmente a la Hepatología, aunque era un Internista excepcional con una capacidad de síntesis y una claridad de ideas increíble. Junto a lo anterior, era estudioso, madrugador y con una capacidad docente extraordinaria. Por lo anterior, fue tutor de residentes y a él especialmente confiábamos la formación de nuestros hijos el Dr. Sánchez Cantos, Argüelles y yo mismo, por mencionar algunos casos, y fruto de esa dedicación en su faceta de formador de excelentes especialistas pudimos comprobar con orgullo cómo el día que nos despedimos de él acudieron de sus respectivas ciudades en agradecimiento a su magisterio y buen hacer profesional.*

*Fruto de su gran capacidad y conocimiento consiguió ser Jefe de Sección de Hepatología a mediados de los 2000 y compartió su liderazgo en la Hepatología, la tutoría y la jefatura de la Sala de Hospitalización del Servicio.*

*A nivel docente, fue Profesor Ayudante de Clases Prácticas, Profesor Asociado de Medicina Interna y, finalmente, Profesor Asociado de Gastroenterología, siempre en la Universidad de Sevilla, entre 1975 y 2011.*

*Presentó su tesis doctoral en 1980 y luego fue a su vez Director de otras muchas. Se vinculó con las Sociedades Científicas de Aparato Digestivo, siendo Vicepresidente de la SAPD (2000-2001), así como Editor Asociado de la Revista Española de Aparato Digestivo entre 1997 y 2000.*

*A nivel de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva fue Vicepresidente en 1999 y 2000, pero lo más importante fue su papel como Director de la Revista Andaluza de Patología Digestiva, luego RAPD Online. Acogió el cargo como un desafío personal, sentando los cimientos en la nueva andadura, peleando denodadamente para conseguir artículos y aportando mucho de su cosecha propia en el seno de nuestro Servicio y en definitiva logrando que hoy en día nuestra RAPD Online sea una herramienta de referencia en Gastroenterología.*

*Ha editado libros, defendido innumerables ponencias y comunicaciones y más de 100 trabajos científicos en revistas españolas y extranjeras. Organizó la reunión AGA-SEPD en 1988 en Oviedo.*

*Pero, para los que hemos tenido la suerte de conocer su faceta familiar, debemos mencionar que era buen padre y buen esposo, aunque reconozco que tanto sus hijos Rocío, Elena y Manolo, como su esposa Mamen se lo pusieron muy fácil por ser ellos maravillosos. Debo mencionar que en estos últimos años de lucha contra la adversidad, nos comentaba que no quería que sus hijos dejaran de realizar sus planes y proyectos a causa de su enfermedad. Su mayor orgullo era pensar que sus tres hijos habían terminado sus carreras como mucho éxito y estaban encaminando sus vidas tanto profesional como personalmente.*

*Han sido casi 40 años de convivencia con Manolo, que de carácter fuerte, era hombre de una sola cara y amigo de sus amigos. Lamentamos que no hayan sido muchos más los años compartidos con él.*

*Sé que queda mucho en el tintero porque tendríamos mucho más que decir de nuestro amigo y compañero pero en mi nombre y en el de muchos que lo han conocido y apreciado, quiero decir que estamos muy orgullosos de haber compartido estos años con el Dr. Manuel Jiménez Sáenz, que lo consideramos un maestro de la medicina española, que le estamos echando ya mucho de menos y que nos quedamos aquí con su recuerdo en el corazón y la memoria.*

*Descansa en paz Manolo".*

Amigo Manolo, tu RAPD siempre estará en deuda contigo. Gracias por todo y hasta siempre.

# XLII REUNIÓN SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA. JAÉN 2011.

## COMUNICACIONES ORALES Mesa Comunicaciones I

### 1. PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES TOTALMENTE RECUBIERTAS EN LAS COMPLICACIONES BILIARES POSTRAPLANTE HEPÁTICO

Jurado García, J.; Benítez Cantero, J.; Hervás Molina, A.; Marín Pedrosa, S.; Pleguezuelo Navarro, M.; García Sánchez, V.; de La Mata García, M.

HOSPITAL REINA SOFÍA, UGC APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA.

#### Objetivos

Eficacia y seguridad de las prótesis metálicas totalmente recubiertas mediante CPRE en la resolución de las estenosis biliares postrasplante hepático.

#### Material y métodos

Estudio observacional y prospectivo en el que se incluyeron 5 trasplantados hepáticos que desarrollaron complicaciones biliares y sobre los que se realizó CPRE con colocación de prótesis metálica. Se recogieron variables demográficas, del trasplante, complicaciones y seguimiento.

#### Resultados

Incluidos 4 hombres y 1 mujer, edad  $60\pm 6,3$  años, con trasplante hepático ortotópico por cirrosis etílica, dos asociaban hepatocarcinoma. Indicación trasplante: insuficiencia hepatocelular (3) y hepatocarcinoma de alto

riesgo (2). La anastomosis biliar fue colédoco-colédoco sin Kehr. Todos presentaron estenosis de la anastomosis, una asociaba fuga biliar. Se llevó a cabo CPRE con esfinterotomía y dilatación con catéter previa a prótesis. No se identificaron complicaciones del procedimiento, salvo una discreta migración de una de las prótesis sin consecuencias. Tiempo medio desde colocación de prótesis hasta su retirada:  $124,5\pm 10$  días. La resolución de la complicación biliar tras la prótesis metálica se produjo en 3 casos con normalización de la colelitemia y colestasis, tras un seguimiento medio de  $298\pm 70$  días. En los otros dos pacientes, uno de ellos presentó complicación biliar de origen isquémico que requirió trasplante; y en el otro no se pudo liberar la prótesis por dificultad técnica precisando hepaticoyunostomía.

#### Conclusiones

Las complicaciones biliares son causa frecuente de morbi-mortalidad en el postrasplante hepático. La colocación de prótesis metálicas mediante CPRE puede ser una alternativa satisfactoria para la resolución de la estenosis. Sin embargo, necesitamos más casos que avalen sus resultados.

### 2. TRATAMIENTO CON TALIDOMIDA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA (HD) INVALIDANTE POR ANGIODISPLASIAS GASTROINTESTINALES

Garrido, A.; López, J.; Bellido, F.; León, R.; Márquez, J.

HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

## Objetivos

Valorar la eficacia de talidomida en pacientes con HD recurrente, multitransfundidos y refractarios al tratamiento convencional farmacológico, con técnicas endoscópicas o angiográficas.

## Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron 12 pacientes con HD recurrente por ectasias/lesiones vasculares refractarios a la terapia convencional y que recibieron tratamiento con talidomida. Se determinó para cada uno de ellos: edad, sexo, patología de base, existencia de tratamiento previo con octreótido, pauta y duración del tratamiento con talidomida, concentración de hemoglobina media durante los 6 meses anteriores al inicio de talidomida, concentración de hemoglobina media durante el tratamiento e incremento de la concentración de hemoglobina media. También se valoró para cada paciente la reducción de las necesidades transfusionales tras el inicio del tratamiento con talidomida, así como la seguridad y efectos indeseables. Se excluyeron de este estudio pacientes con enfermedad hepática de base. Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva con SPSS versión 16.

## Resultados

Se incluyeron 12 pacientes con HD recurrente, 7 hombres y 5 mujeres. La media de edad de la población en estudio fue de 77 años; 4/12 pacientes presentaban cardiopatía de base y 1/12 enfermedad renal en estadio II. El 100% de los pacientes habían recibido tratamiento con octreótido o con APC, considerándose no respondedores a los mismos. La dosis empleada fue de 200 mg/24 horas, y la duración del tratamiento fue de cuatro meses para la mayoría de los pacientes. La concentración de hemoglobina media antes de iniciar el tratamiento fue de 6.5 g/dl, a los dos meses era de 11.3 g/dl y al finalizar el tratamiento fue de 12.1 g/dl ( $p=0.0731$ ); durante el tratamiento ningún paciente precisó transfusión de concentrado de hematíes. 1/12 pacientes presentó polineuropatía sensitiva axonal que no precisó la retirada de talidomida. Se retiró el fármaco en dos casos: 1 paciente por cuadro general e intolerancia gastrointestinal al fármaco y en otro caso por fiebre y tromboflebitis en miembro inferior tras arañazo de gato.

## Conclusiones

El tratamiento con talidomida es seguro y eficaz en pacientes con HD por angiodisplasias/lesiones vasculares del tracto gastrointestinal. Dado que actualmente no existe ningún tratamiento médico claramente eficaz para este tipo de pacientes, talidomida se perfila como una alternativa terapéutica a tener en cuenta cuando se agotan las líneas convencionales de tratamiento.

## 3. EN LAS RETENCIONES DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE INTESTINO DELGADO ¿HAY ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA?

López Higuera, A.; Pérez-cuadrado Martínez, E.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER, S. DE AP. DIGESTIVO. MURCIA.

## Objetivos

La cápsula endoscópica (CE) es una técnica de primera línea en el diagnóstico y seguimiento de las patologías del intestino delgado (ID). Sus complicaciones son raras, siendo la más frecuente la retención de la misma en alguno de los tramos del tubo digestivo, definiéndose ésta como la no expulsión, comprobada radiológicamente, en el plazo de 14 días. Las retenidas hasta la segunda porción duodenal y en el colon son fácilmente extraíbles mediante endoscopia convencional alta o baja, pero para las retenidas en tramos distales del ID, hasta ahora, el gold standart para su extracción era la cirugía (necesaria en un 30% de casos). Nosotros postulamos que la Enteroscopia de Doble Balón (EDB) vía oral/anal puede ser una alternativa menos agresiva y muy eficaz.

## Método

Análisis retrospectivo de una serie de 1200 CE de ID realizadas en nuestra Unidad entre Octubre de 2004 y Julio de 2011, valorando el número de retenciones producido y el número de extracciones realizado mediante EDB.

## Resultados

Hemos encontrado 7 retenciones (0.6%), porcentaje inferior al de la mayoría de las series publicadas a pesar de no utilizar la cápsula patency. Al igual que en otras series, las causas de retención más frecuente han sido las estenosis por AINES (43%), la EII (28.5%) y los tumores (28.5%). Se han conseguido recuperar mediante EDB vía oral 4 (57%) de las mismas.

## Conclusiones

La EDB representa una alternativa válida a la cirugía para la extracción de CE de ID retenidas, menos agresiva y muy eficaz.

## 4. CISTOGASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DE GRANDES PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS. EXPERIENCIA INICIAL Y PECULIARIDADES TÉCNICAS CON RESPECTO A LA EXPERIENCIA PUBLICADA.

Martos-ruiz, V.; Ojeda Hinojosa, M.; Matas Cobos, A.; Gon-

zález Artacho, C.; Redondo-cerezo, E.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, SERVICIO APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

## Introducción

Los grandes pseudoquistes pancreáticos suponen un problema clínico de resolución quirúrgica compleja. La fenestración a tubo digestivo por vía endoscópica supone un avance importante, con excelentes resultados y escasas complicaciones.

## Objetivos

Analizar nuestra experiencia inicial y detalles técnicos.

## Pacientes y métodos

Entre enero 2010-2011, realizamos 6 procedimientos. Todos nuestros pacientes eran varones, con edad media de 49 años. El diámetro medio de los pseudoquistes era de 20 cm. El procedimiento se inició mediante ecoendoscopia lineal, localizando un área con espesor de pared inferior a 1 cm, y avascular. Se intentó pase de guía de 0,35" en todos los casos a través de aguja de 19G consiguiéndose en 5 (83,3%). Se empleó esfinterotomo de aguja en 4 pacientes (66,7%), y antes de pasar un balón neumático fue necesaria la dilatación de la fístula mediante un extractor de prótesis tipo Soehendra en todos. Posteriormente se insertaron entre 3 (33%) y una (33%) prótesis según las características del líquido, el tamaño del pseudoquiste y el calibre de la fístula realizada. Se consiguió drenaje adecuado en el 100% de los pacientes. Durante el seguimiento se constató la resolución del pseudoquiste. Como única complicación destaca una hemorragia tras uso de esfinterotomo (resuelta con clip hemostático). Retiramos los stents tras 9-12 meses de su inserción.

## Discusión

El drenaje de colecciones pancreáticas mediante cistogastrotomía endoscópica guiada por ecoendoscopia es eficaz y seguro. La clave es la inserción de la guía en la cavidad y la dilatación de la fístula, siendo con frecuencia precisas técnicas previas.

## 5. ACEPTACIÓN DE LA COLONOSCOPIA DE CRIBADO EN UNA SERIE DE FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

Puente Gutiérrez, J.; Marín Moreno, M.; Bueno del Pino, P.; Domínguez Jiménez, J.; Bernal Blanco, E.

HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR, SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. JAÉN.

## Objetivos

Conocer la tasa de aceptación de la colonoscopia en nuestro programa de cribado en familiares de primer grado (FPG) de pacientes con cáncer colorrectal (CCR) y analizar variables asociadas.

## Método

Estudio retrospectivo longitudinal sobre 462 FPG a los que se propuso colonoscopia entre Mar-2008 y Nov-2010. Tras diagnosticar un caso de CCR, se programaba una entrevista familiar para identificar individuos a riesgo y proponerles colonoscopia personalmente y mediante una carta. Se excluyeron familiares >75 años, quienes ya estaban en vigilancia y quienes tenían edad inferior a la recomendada para iniciar el cribado (AEG 2009). Se analizaron las variables aceptación, sexo, edad, parentesco, lugar de residencia, fenotipo familiar, asistencia a la entrevista y resultado del cribado.

## Resultados

Se propuso cribado a 462 FPG (258 mujeres) con edad de 53.0±10.9 años (rango 29-75). Aceptaron la colonoscopia 214 (46.3%). Fueron variables predictoras de aceptación haber asistido a la entrevista familiar (OR 4.95, IC95% 2.99-8.19) y tener un familiar con cáncer o displasia de alto grado durante el cribado (OR 6.15, IC95% 2.50-15.16); y de no aceptación tener edad ≥60 años (OR 2.87, IC95% 1.74-4.75), residir en otra provincia (OR 2.38, IC95% 1.23-4.60) y pertenecer a una familia con ≥6 familiares a riesgo (OR 1.99, IC95% 1.11-3.59).

## Conclusiones

La tasa de aceptación de la colonoscopia fue moderada, lo que plantea la conveniencia de implementar estrategias dirigidas a mejorarla. La asistencia a la entrevista familiar, la edad, vivir lejos y pertenecer a una familia extensa son variables que pueden repercutir decisivamente.

## 6. DRENAJE ENDOSCÓPICO DE COLECCIONES PANCREÁTICAS GUIADO POR ENDONOSONOGRAFÍA. EXPERIENCIA DE NUESTRO SERVICIO

Medina Cruz, M.; Romero Castro, R.; Argüelles Arias, F.; Jiménez Saenz, M.; Pellicer Bautista, F.

COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA, APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

## Antecedentes y objetivos de estudio

El drenaje endoscópico guiado por ultrasonografía

endoscópica es una técnica reciente, eficaz y segura para el tratamiento de colecciones pancreáticas. Este estudio retrospectivo evalúa a corto y largo plazo los resultados obtenidos con esta técnica en nuestro Centro.

### Objetivos

Determinar si la tinción con índigo carmín permite la detección de lesiones epiteliales que pasan desapercibidas a la visión endoscópica convencional y esto permite reducir la aparición de lesiones epiteliales neoplásicas de riesgo durante el seguimiento de dichos pacientes.

### Pacientes y métodos

Todos los pacientes intervenidos endoscópicamente para el drenaje de estas colecciones en nuestro hospital entre 2005 y 2010 se incluyeron en este estudio. Se les hizo un seguimiento en consultas externas de forma trimestral y a través de contacto telefónico a largo plazo, finalizando éste período de seguimiento en Enero 2011.

### Resultados

Un total de 38 pacientes presentaron colecciones pancreáticas, clasificadas como pseudoquistes pancreáticos (n=23), abscesos (n=13) y necrosis (n=2). El 66 % eran varones y el 34 %, con una media de edad de 55 años. El diámetro medio de las colecciones drenadas fue de 11,2 cm. El éxito técnico y del tratamiento fue del 87 % en los pseudoquistes, del 77 % en los abscesos y del 50 % en las necrosis pancreáticas. La tasa de fracaso del drenaje fue del 18 %, recurriendo a la cirugía de forma electiva dentro de 7 días posteriores a la terapéutica endoscópica. La tasa de complicaciones en esta serie fue del 28%. En el primer trimestre de seguimiento el 82% de los pacientes se encontraban asintomáticos, con reducción o desaparición de la colección en la TAC de control. Este porcentaje de pacientes se mantuvo asintomático durante todo su seguimiento.

### Conclusiones

El drenaje endoscópico de las colecciones pancreáticas es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de dichas colecciones, con una tasa aceptable de complicaciones.

### 7. SEGURIDAD DE LA SEDACIÓN CON PROPOFOL EN PACIENTES ASA IV SOMETIDOS A ECOENDOSCOPIA

Ojeda Hinojosa, M.; Martos Ruiz, V.; González Artacho, C.; Redondo Cerezo, E.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

### Objetivos

La sedación con propofol administrada por enfermeros es un tema ampliamente tratado en la literatura médica. No obstante, apenas existen estudios centrados en los pacientes con mayor riesgo anestésico(en nuestro caso ASA IV). El objetivo de nuestro estudio consiste en valorar la aplicación de un protocolo de sedación con propofol en pacientes de alto riesgo.

### Métodos

Se trata de un subanálisis de un estudio prospectivo observacional que incluye a 47 pacientes con alto riesgo anestésico(ASA IV). Se analizaron variables demográficas(edad y sexo), variables relacionadas con el procedimiento (dosis de propofol total, dosis de inducción, uso de atropina y dosis) y la presencia de complicaciones.

### Resultados

La edad media de los pacientes fue de  $72.83 \pm 9.41$  años, siendo el 61.7% varones . La dosis media de propofol fue de  $104,44 \pm 83,95$  mg siendo la dosis de inducción de propofol de  $45.11 \pm 16.13$  mg. Un 31.9% de los pacientes recibieron atropina, con dosis promedio de  $0,46 \pm 0,43$  mg. No tuvo lugar ninguna complicación mayor durante el desarrollo de los procedimientos. En un 17,02% de los pacientes tuvo lugar una complicación menor, siendo la más frecuente la desaturación(SatO<sub>2</sub><90%) hasta en un 12.8% de los pacientes, y la bradicardia(<50lpm) hasta en un 4.3% de los pacientes.

### Conclusiones

En pacientes de edad avanzada y alto riesgo anestésico(ASA IV) la sedación con propofol guiada por endoscopistas es un procedimiento seguro.

### 8. ESTUDIO OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO SOBRE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA EN ANDALUCIA

San Juan Acosta, M.1; Argüelles Arias, F.1; Vega Sanz, J.2; Gómez, M.3; García Fernández, F.3; Caunedo Alvarez, A.1; Herrerías Gutiérrez, J.1

1COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA, APARATO DIGESTIVO. SEVILLA; 2HOSPITAL TORRECÁRDENAS, APARATO DIGESTIVO. ALMERÍA; 3HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

### Introducción

La Hemorragia Digestiva Alta no varicosa (HDA) representa una de las causas más frecuentes de visita a Urgencias Hospitalarias. No hay datos actualizados sobre

la incidencia de la HDA en Andalucía, tasa de mortalidad, resangrado y necesidad de cirugía.

### Objetivos

Primarios: analizar la incidencia de HDA, tasa de resangrado, mortalidad y necesidad de cirugía al mes. Secundarios: analizar tipos de lesión, el tratamiento tanto endoscópico como médico prescrito y la estancia media de los pacientes con HDA, así como su posible correlación con factores desencadenantes.

### Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en el que se incluyeron todos los pacientes que acudieron a Urgencias por HDA no varicosa en cuatro centros hospitalarios andaluces durante un período de 1 mes con un seguimiento posterior de otro mes. Se recogieron datos sobre edad, medicación previa al episodio de HDA, comorbilidades, niveles de hemoglobina, necesidad de transfusión, estancia media, tipo de medicación administrada, necesidad de terapia endoscópica, recidiva hemorrágica y mortalidad al mes del episodio.

### Resultados

Se incluyeron 49 pacientes (19 M/30 H, edad media 67,54 años). La incidencia fue de 31,8/100.000 habitantes/año, la tasa de mortalidad del 6.1% y la tasa de resangrado del 8.1%. Ningún paciente requirió intervención quirúrgica. En un 46.9% el descenso de la hemoglobina precisó transfusión sanguínea. La estancia media hospitalaria fue de 6 días. Un 26.5% tomaban AINES y un 14,2% anticoagulantes (tabla 1). En la tabla 2 se recogen las comorbilidades de los pacientes. En un 16,3% se detectó úlcera gastroduodenal (Forrest IA 2/8, IIC 1/8 y III 5/8), gastroduodenopatía papuloerosiva en el 12.2% y lesiones agudas de la mucosa gástrica en el 8.2%. En el 4% se observaron restos hemáticos sin evidenciarse lesión y en el 18,3% no se evidenciaron alteraciones. Un 16,3% requirió terapia endoscópica. El 91.8% de los pacientes recibieron tratamiento intravenoso con IBP (omeprazol 22,4%/pantoprazol 71,4%). El tiempo medio del tratamiento intravenoso fue de 4.5 días. No se halló correlación entre los posibles factores desencadenantes y la necesidad de terapia endoscópica o estancia media. Tampoco se encontró relación estadísticamente significativa entre los días de estancia media y la edad de los pacientes.

### Conclusiones

En nuestro medio la incidencia de HDA no varicosa es similar a lo descrito en la literatura, así como la tasa de mortalidad y de resangrado. El tratamiento médico administrado es acorde con las guías, no así el tiempo de aplicación.

## 9. RESULTADOS Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIANGIOGÉNICO EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON

## HEMORRAGIA DIGESTIVA (HD)

Garrido, A.; León, R.; Bellido, F.; López, J.; Márquez, J.

HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

### Objetivos

Valorar la eficacia de talidomida en pacientes cirróticos con HD recurrente, multitransfundidos y refractarios al tratamiento convencional farmacológico, con técnicas endoscópicas o angiográficas

### Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron 19 pacientes cirróticos con HD recurrente por ectasias/lesiones vasculares/gastropatía de la HPT portal refractarios a la terapia convencional y que recibieron tratamiento con talidomida. Se determinó para cada uno de ellos: edad, sexo, etiología y clase funcional de la cirrosis, existencia de tratamiento previo con octreótido, pauta y duración del tratamiento con talidomida, concentración de hemoglobina media durante los 6 meses anteriores al inicio de talidomida, concentración de hemoglobina media durante el tratamiento e incremento de la concentración de hemoglobina media. También se valoró para cada paciente la reducción de las necesidades transfusionales tras el inicio del tratamiento con talidomida, así como la seguridad y efectos indeseables. Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva con SPSS versión 16.

### Resultados

Se incluyeron 19 pacientes cirróticos con HD recurrente, 12 hombres y 7 mujeres. La media de edad de la población en estudio fue de 71 años; etiología de la cirrosis: 8 alcohol, 7 VHC, 1 VHB, 1 autoinmune, 1 EHNA, 1 criptogénica. Child A 8/19 (42.1%), Child B 5/19 (26.6%), Child C 6/19 (31.3%). El 100% de los pacientes habían recibido tratamiento con octreótido o con APC, considerándose no respondedores a los mismos. La dosis empleada fue de 200 mg/24 horas, y la duración del tratamiento fue de cuatro meses para la mayoría de los pacientes. La concentración de hemoglobina media antes de iniciar el tratamiento fue de 7 g/dl, a los dos meses era de 9.7 g/dl y al finalizar el tratamiento fue de 10 g/dl ( $p=0.0471$ ). 8/19 pacientes (42%) presentaron episodios de encefalopatía hepática durante el tratamiento, precisando retirada de fármaco en dos casos, y 1 paciente más abandonó al mes de tratamiento por "cuadro general"; otro paciente presentó cuadro de polineuropatía sensitiva axonal que no motivó la retirada de la talidomida y se resolvió al finalizar el mismo. Fallecieron 2 pacientes durante el estudio, ambos en clase funcional C de Child-Pough.

### Conclusiones

El tratamiento con talidomida es eficaz en pacientes cirróticos con HD por ectasias/lesiones vasculares/gastropatía

de la HPT portal, si bien a costa de un riesgo importante de descompensación en forma de encefalopatía hepática, lo que no había sido reportado hasta la fecha. Dado que actualmente no existe ningún tratamiento médico claramente eficaz para este tipo de pacientes, talidomida se perfila como una alternativa terapéutica a tener en cuenta cuando se agotan las líneas convencionales de tratamiento.

## COMUNICACIONES ORALES

### Mesa Comunicaciones II

#### 1. COMPLICACIONES BILIARES EN TRASPLANTE HEPÁTICO CON Y SIN TUBORIZACIÓN MEDIANTE TUBO EN T

Benítez Cantero, J.1; Costán Rodero, G.1; Naveas Polo, C.1; Montero Álvarez, J.1; Ayllón Terán, M.2; Fraga Rivas, E.1; Barrera Baena, P.1; López Cillero, P.2; Luque Molina, A.2; de La Mata García, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL REINA SOFÍA, UGC APARATO DIGESTIVO; <sup>2</sup>HOSPITAL REINA SOFÍA, UG CIRUGÍA GENERAL.

#### Introducción

Las complicaciones biliares postrasplante hepático son causa frecuente de morbi-mortalidad (10-30%). El empleo del tubo en T en la reconstrucción de la vía biliar se está abandonando.

#### Objetivos

Comparar las complicaciones biliares en los grupos con y sin tubo en T y determinar posibles factores de riesgo.

#### Material y métodos

Estudio retrospectivo de 95 trasplantados hepáticos adultos consecutivos, con tubo en T (grupo 1, n=45) y sin Kehr (grupo 2, n= 50). Se recogieron variables del receptor, cirugía y donante.

#### Resultados

Incluidos 70 hombres (78.9%), edad media de 53,9 ± 0.94 (21-73). La indicaciones principales fueron insuficiencia hepatocelular (46, 48.4%) y hepatocarcinoma (28, 29.5%); causa: alcohol en 50 pacientes (52,6%): 10 asociaban VHC (10,5%), 12 CHC (12,6%); y 37 VHC (38,9%): 15 con CHC (15,8%). Mediana de seguimiento: 665 días. La supervivencia global fue 86,3% con 6,3% retrasplante. Sólo 18 pacientes (18,9%) presentaron complicaciones biliares mayores (necesidad de tratamiento intervencionista). Tratamientos aplicados: 11 CPRE (11,6%); 3 CTH (3,2%); 4 cirugía (4,2%). No hubo diferencias en mortalidad; y la incidencia de complicaciones biliares mayores fue similar en ambos grupos (9/45 vs 12/50, p0.64), así como el tratamiento aplicado,

aunque la estenosis de la anastomosis biliar fue más frecuente en el grupo sin Kehr (14/50 vs 4/45, p0.01).

#### Conclusiones

El trasplante hepático con anastomosis biliar sin tubo en T no presenta, en general, mayores complicaciones biliares, aunque la estenosis de la anastomosis biliar es más frecuente. El procedimiento de abordaje más común para la resolución de la estenosis fue la CPRE.

#### 2. ESCALAS DE MORBIMORTALIDAD AJUSTADAS POR RIESGO EN CIRUGÍA POR CÁNCER COLORRECTAL.

Gomez Sotelo, A.1; Galindo Galindo, A.1; Briones Perez de La Blanca, E.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE VALME, UNIDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS. SEVILLA; <sup>2</sup>HOSPITAL DE VALME, CALIDAD Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. SEVILLA.

#### Objetivo

Analizar el estado actual de las escalas de morbi-mortalidad en pacientes sometidos a cirugía por cáncer colorrectal y su validez para realizar comparaciones entre los resultados obtenidos por diferentes cirujanos, unidades y hospitales.

#### Material y métodos

Se han consultado las bases de datos: Cinahl, Embase, Eric, IME-Biomedicina, Medline, Pubmed Y SciELO entre los años 1998 y 2011. Criterios de inclusión: estudios con datos específicos de cáncer colorrectal; disponibilidad de artículo completo; idioma inglés y español.

#### Resultados

Se incluyeron 20 artículos en la revisión final, en los que se evalúan las escalas: Physiological and Operative Severity Score for the Umeration of Mortality and morbidity (POSUMM) y sus variaciones Portsmouth y Colorectal (P-POSSUM ; CR-POSSUM) y la escala de la Association of Coloproctolgy of Great Britain and Ireland (ACPGBI).

#### Conclusiones

Las escalas de morbi-mortalidad ajustadas por riesgo son necesarias para comparar resultados tras cirugía. La comparación de los resultados de procedimientos quirúrgicos podría contribuir a detectar y corregir deficiencias en los cuidados quirúrgicos así como mejorar su rendimiento. La escala POSSUM original es la única capaz de predecir morbilidad postoperatoria de modo preciso. P-POSSUM y CR-POSSUM, comparados con el POSSUM original son mejores

predictores de mortalidad postoperatoria tras cirugía por cáncer colorrectal. Existen pocos estudios que validen el score ACPGBI. Conocer el riesgo individual de morbimortalidad de un paciente antes de la intervención facilita la planificación del tratamiento así como la calidad del consentimiento informado. Palabras clave: mortality, colorectal cancer, surgical scoring systems, POSSUM, ACP

### 3. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD ÓSEA EN LOS PACIENTES CIRRÓTICOS POTENCIALES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

Alcalde Vargas, A.1; Pascasio Acevedo, J.1; Gutierrez Domingo, I.2; Garcia Jimenez, R.3; Sousa Martín, J.4; Ferrer Rios, M.4; Sayago, M.4; Giráldez, A.4; Márquez Galán, J.4

1H.U.V.ROCÍO, U.G.C. ENFERMEDADES DIGESTIVAS. SEVILLA. 2H.U.V.ROCIO, U.G.C. ENFERMEDADES DIGESTIVAS. SEVILLA. 3H.U.V.ROCIO, MEDICINA NUCLEAR. SEVILLA. 4H.U.V.ROCIO, U.G.C.ENFERMEDADES DIGESTIVAS. SEVILLA.

#### Objetivos

Estudiar la prevalencia y características de la enfermedad ósea (EO) en cirróticos evaluados para trasplante hepático (TH).

#### Métodos

Estudio retrospectivo de cirróticos candidatos a TH. Se analiza la prevalencia de EO mediante densitometría ósea en cadera/cuello femoral y columna lumbar (osteopenia y osteoporosis definida por la densidad mineral ósea –T score– según criterios de la OMS) y su asociación con variables demográficas, clínicas, etiología y función hepática, mediante análisis de regresión logística uni y multivariante.

#### Resultados

486 pacientes (79% hombres), de 53±8,8 años (21-69), 62,6% fumadores, 23,7% diabéticos. Índice de masa corporal (IMC) 28,8±5,7 (16-43). Child-Pugh: A(22%), B(51%), C(27%). MELD 14,6±5,4 (7-33). Etiología: Alcohol(59%); VHC(32%); VHB(10%); Cirrosis biliar primaria (CBP)(2,3%); Cirrosis biliar secundaria (CBs) (2%), Otras(10%). Presentaron EO global, 350 pacientes (72%): cadera total, 26% (osteopenia 32%; osteoporosis 4%); cuello femoral, 48% (osteopenia 43%; osteoporosis 5%); columna, 63% (osteopenia 40%; osteoporosis 23%). En el análisis univariante supusieron mayor riesgo de EO: sexo femenino (OR: 1,88; p=0,023) y menor IMC (OR: 0,95; p=0,012). En el análisis multivariante resultaron significativas: sexo femenino (OR: 2,43; p=0,004), IMC (OR: 0,96; p=0,016) y consumo de tabaco (OR: 1,59; p=0,043). La CBP presentó EO en el 100% de los casos. Al ajustar la prevalencia de EO a la edad (Z score) en relación a la definida por la T score se observó una disminución de la misma, tanto en cuello femoral (20% vs 48%) como en columna (44% vs 63%).

### Conclusiones

Más del 70% de los cirróticos evaluados para TH presentan EO, especialmente frecuente en columna. La cirrosis constituye un factor de riesgo importante de EO que se mantiene al ajustar los valores de densidad mineral ósea a la edad. El sexo femenino, el menor IMC y el consumo de tabaco son los principales factores de riesgo de EO en cirróticos.

### 4. PAPEL DEL GEN DE LA GLUTAMINASA EN EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES EN LA CIRROSIS HEPÁTICA

Cano-medel, C.; Maraver, M.; Ampuero, J.; Millán-lorenzo, M.; Rojas, A.; Romero-gómez, M.

HOSPITAL DE VALME, UNIDAD DE GESTION DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS. SEVILLA.

#### Introducción

El haplotipo TACC del gen de la glutaminasa se ha relacionado con una menor producción intestinal de amonio y protege frente al desarrollo de encefalopatía. En cambio no se ha analizado el impacto de este haplotipo en el desarrollo de otras complicaciones de la cirrosis.

#### Objetivos

Analizar el impacto del haplotipo protector TACC del gen de la glutaminasa sobre el desarrollo de complicaciones de la cirrosis hepática.

#### Material y métodos

Incluimos 149 pacientes con cirrosis hepática, alcohol 74 (50%), virus C 46 (31%), virus B 13 (9%) y otras etiologías 15 (10%), edad media de 58±10 años, 106 hombres y 43 mujeres. Se registró el desarrollo de ascitis, hemorragia por varices (HVE), síndrome hepatorenal (SHR), peritonitis bacteriana espontánea (PBE) y hepatocarcinoma. Los pacientes se clasificaron como TACC (+) (84 pacientes) o TACC (-) (64 pacientes). Como métodos estadísticos empleamos chi-cuadrado, Kaplan-Meier y thesias.

#### Resultados

Desarrollaron ascitis 52/149 (34,9%), HVE 18/149 (12,8%), hepatocarcinoma 20(13,4%), PBE 9(6%), SHR 9(6%) y se trasplantaron 14/149 (9,5%). Detectamos una asociación entre haplotipo TACC y un menor riesgo de HVE (log-rank: 7,08; p=0,008), protección frente a la aparición de ascitis en el seguimiento (log-rank: 4,51; p=0,034) y menor necesidad de trasplante hepático (log-rank: 5,33; p=0,021). No se observó, sin embargo, una relación estadísticamente significativa con el desarrollo de SHR, PBE o hepatocarcinoma.

## Conclusiones

El haplotipo TACC representa un factor protector frente al desarrollo de encefalopatía hepática, la hemorragia por varices esofágicas, ascitis y por ende la necesidad de trasplante hepático.

## 5. MALA ABSORCIÓN DE DISACÁRIDOS EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE EXPLORACIONES FUNCIONALES DEL APARATO DIGESTIVO DE LA PROVINCIA DE ALMERÍA

Patrón Román, O. I.; Suarez, J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS. APARATO DIGESTIVO ALMERÍA. <sup>2</sup>COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS. UNIDAD DE EXPLORACIONES FUNCIONALES DEL APARATO DIGESTIVO. ALMERÍA.

### Objetivos

Determinar el porcentaje de positivos del test del hidrogeno espirado, en pacientes susceptibles de intolerancia a disacáridos, en la unidad de exploraciones funcionales del Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Torrecárdenas de Almería.

### Métodos

Se realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo, en pacientes susceptibles de intolerancia a disacáridos que se sometieron a la prueba del hidrogeno espirado, los pacientes fueron derivados de las diferentes consultas especializadas de Aparato Digestivo de adultos, de la Provincia de Almería, en el periodo comprendido entre diciembre 2007 y junio del 2011. El universo de estudio estuvo constituido por el total de sujetos que se realizaron el test del hidrogeno espirado para descartar mala absorción a disacáridos (2,439 pacientes). Se procesó la información en forma de cifras absolutas, porcentajes y división de periodos. Los datos se obtuvieron a través del sistema informático de la Unidad de Exploraciones Funcionales del Aparato Digestivo (UEFAD) del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, que cubre toda el área sanitaria de la Provincia de Almería. Para el test de mala absorción a lactosa, se empleó como sustrato 50 g de lactosa disueltos en 500 ml de agua, con determinaciones de H<sub>2</sub> (hidrogeno) espirado basal, a los 30 minutos de administrar la lactosa y cada media hora después, hasta los 120 minutos. El criterio diagnóstico de positividad es una elevación por encima de 20 ppm (partículas por millón) de H<sub>2</sub> espirado sobre el valor basal. En la prueba de mala absorción a fructuosa - sorbitol se empleó como sustrato 25 gr de fructuosa y 5gr de sorbitol, con determinaciones de H<sub>2</sub> similares a la realizada en la intolerancia a lactosa, siendo positivos cuando existe una elevación por encima de

20 ppm de H<sub>2</sub> espirado sobre el valor basal. Se realizó una estratificación porcentual y de valor absoluto en relación a la edad, sexo y periodo de tiempo.

### Resultados

Se incluyeron un total de 2,439 pacientes, con sospecha de intolerancia a disacáridos, a los cuales se les realizó el test del hidrogeno espirado para descartar mala absorción a disacáridos. El 35.67% de los test (870 casos) tuvieron mala absorción a algún disacárido. En mayor porcentaje se centró la sospecha de intolerancia a lactosa indicada en el 67.40% de los test (1,644 casos), siendo positivos a mala absorción a la lactosa el 31.81% de los test (523 casos). En menor porcentaje pero de manera creciente según periodos, se sospechó de intolerancia a fructuosa - sorbitol, realizándose en un 32.60% de los test (795 casos) de los cuales el 43.64% (347 casos) tuvieron mala absorción a fructuosa - sorbitol. Además cabe señalar que en nuestra investigación, el 38,2% de los test positivos para mala absorción a la lactosa (200 casos) se les realizó el test para descartar mala absorción a la fructuosa y sorbitol, siendo positivos el 46% de los test (92 casos). Es decir que casi el 50% de pacientes con mala absorción a la lactosa, tuvieron indicación médica para la realización de la prueba de mala absorción a la fructuosa - sorbitol.

### Conclusiones

Una de las ventajas de las pruebas de hidrogeno espirado es que permiten confirmar la sospecha clínica de intolerancia a la lactosa, fructuosa-sorbitol de forma objetiva, siendo un apoyo de gran utilidad y bajo coste, para el clínico, a la hora de recomendar la retirada de productos lácteos y/o fructuosa y sorbitol de la dieta de un paciente susceptible de padecer la enfermedad.

## 6. INCIDENCIA Y EVOLUCIÓN DE LA TOXICIDAD HEPÁTICA POR AZATIOPRINA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Ciria Bru, V.; Rojas Mercedes, N.; Leo Carnerero, E.; de la Cruz Ramirez, M.; Trigo Salado, C.; Herrera Justiniano, J.; Marquez Galan, J.

HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, UGC APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

### Objetivos

Conocer la incidencia de toxicidad hepática (TH) por azatioprina (AZA) en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y su patrón cronológico y analítico, además de la respuesta a la actitud tomada.

## Material y métodos

Análisis retrospectivo de 332 pacientes con EII tratados con AZA (264 enfermedad de Crohn, 63 colitis ulcerosa, 5 no clasificadas). Recogemos sexo, hábitos tóxicos, tipo y patrón de EII, edad al inicio del tratamiento, actividad TPMT y mutaciones NOD2/CARD15. Analizamos el patrón de las alteraciones hepáticas y relación cronológica con el tratamiento.

## Resultados

Desarrollan TH por AZA 16/332 pacientes (4,8%), en 15 son reacciones precoces (media de 39 días desde el inicio); el restante sufre hiperplasia nodular regenerativa tras 1,5 años de tratamiento. Predominan alteraciones colestásicas leves (sólo un caso ictericia). En 12 casos se suspende el tratamiento y -salvo el paciente con hiperplasia nodular- normalizan la analítica, 9 en menos de 3 meses. En 3 pacientes se normaliza manteniendo la dosis o disminuyéndola (2 pacientes). Ninguno de los factores analizados influyen en la TH, salvo más tiempo de evolución de EII (102 vs 53 meses,  $p$  0,009) y mayor edad al iniciar el tratamiento (43 vs 32 años,  $p$  0,001).

## Conclusiones

La TH por AZA es un efecto secundario destacable precisándose controles analíticos durante todo el tratamiento, más al principio al ser más frecuentes las reacciones idiosincrásicas. Las alteraciones precoces son reversibles, y en algún caso podría mantenerse el tratamiento o disminuir dosis. Este control debe ser más exhaustivo cuando se inicia el tratamiento a mayor edad.

## COMUNICACIONES ORALES

### Mesa Comunicaciones III

#### 1. EL VIRUS DE LA HEPATITIS C MODULA EN UN SISTEMA "IN VITRO" LA EXPRESIÓN DE GENES DE LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN DE LA INSULINA

García-valdecasas Merino, M.; del Campo, J.; Romero-gómez, M.

COMPLEJO HOSPITALARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. SEVILLA.

##### Introducción

La hepatitis C crónica esta ligada a la aparición de resistencia a la insulina. Esta asociación molecularmente no es conocida, y es necesario el estudio de las proteínas de la vía de señalización de la insulina (VSI) con el VHC presente, para identificar nuevas dianas terapéuticas. Se ha analizado los cambios en la expresión de los genes de la VSI en la línea Huh 7.5 infectada con JFH1, tratada con distintos tratamientos

##### Métodos

Se cultivaron células de la línea Huh7.5.1 con: insulina (10nM), interferón 2a (500U/ml), rapamicina (10nM), metformina (2mM) y sus combinaciones. Se infectaron con el virus JFH1 (1partícula/célula), cambiándose el medio 24 o 48 horas postinfección y volviéndose a añadir los tratamientos. La extracción del RNA se realizó 48 horas después del cambio del medio. Se cuantificó la expresión de los genes mediante qRT-PCR.

##### Resultados

La expresión de IRS1, PTP1, MAP3K, mTOR, PI3K, AKT con distintos tratamientos presentan el mismo patrón. Con metformina la expresión aumenta, pero crece aún más con Rapamicina y se percibe un efecto sinérgico al combinarlas. En la combinación rapamicina-virus (24h), los genes AKT, MTOR y MAP3K aumentan aún más su expresión. Sin embargo, cuando se incrementa la incubación con virus (48h), los niveles de expresión de estos disminuyen hasta niveles de control-rapamicina. Con interferón  $\alpha$  la expresión de todos los genes aumenta con la interacción rapamicina-interferón-JFH1. La metformina y la rapamicina inhiben la replicación viral al 77% y 68%, comparada con la eficacia inhibitoria del interferón (100%).

##### Conclusiones

El VHC modula la expresión de las proteínquinasas de la VSI, pudiendo constituir una alternativa terapéutica contra el VHC.

#### 2. PREVALENCIA DE MARCADORES DE LOS VIRUS DE HEPATITIS B Y A E INDICACIÓN DE VACUNACIÓN EN LOS PACIENTES CIRRÓTICOS POTENCIALES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

Gutiérrez, I.1; Pascasio, J.1; Alcalde, A.1; Ferrer, M.1; Sousa, J.2; Sayago, M.2; Giráldez, A.2; Márquez, J.1

1H.U.V.ROCÍO, U.G.C.ENFERMEDADES DIGESTIVAS. SEVILLA.  
2H.U.V.ROCIO, U.G.C.ENFERMEDADES DIGESTIVAS . SEVILLA.

##### Objetivos

Estimar la necesidad de vacunación frente al VHB y VHA en cirróticos evaluados para trasplante hepático (TH).

##### Métodos

Estudio retrospectivo de 568 cirróticos (75% hombres, 54±9 años, 20% diabéticos) evaluados para TH. Se investiga la indicación de vacunación frente al VHB y VHA y su asociación con la edad,sexo y etiología.

##### Resultados

Etiología:alcohol (68%),VHC (35%),otra (10,4%). Child-Pugh:A (26%),B (44%) y C (30%). El 36,8% presentaron algún marcador del VHB (+): HbsAg (+) 7,6%; anti-HBc (+) aislado 10%; anti-HBs (+) aislado 3,3%; anti-HBc (+)/anti-HBs (+) 15,8%. El 73,2% tuvieron indicación de vacunación frente al VHB (marcadores VHB negativos y anti-HBc positivo aislado).La indicación de vacunación frente al VHB fue más frecuente en mujeres (82,3% vs 70,3%; p=0,005),sin observarse diferencias en función de la edad ni de la etiología. El 8,2% (44/538) presentaron IgG-antiVHA negativo y,por tanto,indicación de vacunación frente al VHA,que fue más frecuente en los pacientes más jóvenes [ $\leq 45$  años (27,6%), 46-55 (7,2%) y  $> 55$  (2,6%) p<0,0001],no diabéticos (9,5% vs 2,8%; p=0,023),no alcohólicos (11,4% vs 6,6%; p=0,056) y sin marcadores del VHB (10,2% vs 4,6%; p=0,023).Hubo 3 pacientes con IgG-antiVHA (-)  $> 60$  años.

##### Conclusiones

Más el 70% de los cirróticos candidatos a TH tienen indicación de vacunación frente al VHB.La indicación de vacunación frente al VHA es baja globalmente (8,2%),pero alcanza una frecuencia significativa en los pacientes más jóvenes,siendo menos frecuente en diabéticos, alcohólicos y con marcadores del VHB (+).Dado que pueden encontrarse

pacientes >60 años con IgG-antiVHA (-), es conveniente investigar el estado inmune frente al VHA en todos los grupos de e

### 3. ALTERACIÓN DE LA SEÑAL DE MUERTE Y PROLIFERACIÓN CELULAR POR ÓXIDO NÍTRICO EN CÉLULAS TUMORALES HEPÁTICAS. ESTUDIOS IN VITRO E IN VIVO.

González Ojeda, R.1; Aguilar Melero, P.1; Linares Luna, C.1; Ferrín Sánchez, G.1; Muntané Relat, J.2

1COMPLEJO HOSPITALARIO REINA SOFÍA, IMIBIC. CÓRDOBA. 2HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, LIVER RESEARCH UNIT/IBIS. SEVILLA.

#### Objetivos

La regulación de la producción de óxido nítrico (ON) ha demostrado ejercer una relevante actividad antitumoral en diversos modelos experimentales. El objetivo del estudio fue identificar la alteración de las señales intracelulares de muerte celular dependientes de CD95, TNF-R1 y TRAIL-R1 por ON en células HeG2.

#### Material y métodos

La concentración intracelular de ON se incremento con un donador de ON (NONOato) o mediante la transfección estable con un plásmido de sobreexpresión pcDNA4/TO de la óxido nítrico sintasa tipo 3 (NOS-3) generando la línea de hepatoma 4TO-NOS derivada de HepG2. La capacidad de proliferación de las células tumorales hepáticas control y con sobreexpresión de NOS-3 se valoró en las células en cultivo y en un modelo de injerto celular ectópico en ratones inmunocomprometidos. La actividad de la NOS-3 y la producción de ON, caspasa-3, -8 y -9 se valoraron mediante diversos procedimientos. La expresión de p53, CD95, TNF-R1, TRAIL-R1, cFLIPS, cFLIPL y grado de nitración se determinó por análisis de Western-blot. La inmunoprecipitación de CD95, TNF-R1 y TRAIL-R1 permitió determinar la alteración de la expresión de la subunidad inhibidora de la señal de muerte celular (cFLIPL/S) unida o no al receptor de muerte celular.

#### Resultados

La administración de un donador de ON o la sobreexpresión de NOS-3 incrementó la expresión de p53, CD95, TNF-R1 y TRAIL-R1, estrés oxidativo y reducción de la proliferación de las células de hepatoma. Este efecto se relacionó con un incremento de las proteínas celulares nitradas, activación de caspasa-3 y -8, y liberación de lactato deshidrogenasa (LDH) celular. La administración de Trail indujo muerte celular (caspasa-3: 605% y liberación de LDH: 183% en relación a las células control) de forma más potente que la administración del agonista anti-CD95 (187% y 156%, respectivamente) y TNF- $\alpha$  (163% y 157%, respectivamente) después de 12 horas de estimulación en las células HepG2

control. La administración de un donador de ON y la sobreexpresión de NOS-3 alteró la señal de muerte celular por Trail, TNF- $\alpha$  y anti-CD95 en células HepG2. En este sentido, la sobreexpresión de NOS-3 incrementó la actividad caspasa-3 inducida por TNF- $\alpha$  (215 %) y CD95 (175 %), pero redujo la inducida por Trail (80 %). De forma interesante, la administración de los agonistas de muerte celular y/o la sobreexpresión de NOS-3 redujo la relación de cFLIPL/cFLIPS unido al receptor de muerte celular. El implante ectópico de células tumorales hepáticas administradas subcutáneamente a ratones inmunodeprimidos indujo el crecimiento de tumores en todos los ratones (4/4). Sin embargo, la sobreexpresión de NOS-3 redujo el número de animales con crecimiento tumoral (1/4).

#### Conclusiones

La sobreexpresión de NOS-3 incrementó el estrés oxidativo y nitrosativo que se asoció con una disminución de la proliferación celular e incremento de la muerte celular en células de hepatoma. El incremento de ON indujo un aumento de la muerte celular dependiente de TNF- $\alpha$  y CD95, pero redujo el de Trail en células HepG2. El desequilibrio de cFLIPS vs cFLIPL se relacionó con la inducción de muerte celular en células de hepatoma. Los resultados demuestran in vitro e in vivo que el incremento de la producción intracelular de ON reduce la proliferación de las células tumorales hepáticas.

### 4. INFECCIÓN POR GENOTIPO 3 DE LA INFECCIÓN VHC: IMPACTO DE LA DOSIFICACIÓN DE RIBAVIRINA Y LA PROLONGACIÓN DE TRATAMIENTO

Navarro Jarabo, J.1; Mendez Sanchez, I.2; Rosales Zabal, J.3; Fernandez Cano, F.2; Moreno Mejías, P.2; Pérez Francisco, F.4; Vera Rivero, F.2; Benitez Parejo, N.5

<sup>1</sup>AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO Y CIBERESP. MARBELLA. <sup>2</sup>AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. MARBELLA. <sup>3</sup>AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. MARBELLA. <sup>4</sup>AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. MARBELLA. <sup>5</sup>AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN. MARBELLA.

#### Introducción

La infección crónica por el genotipo 3 del VHC tiene una probabilidad alta de curación (70-80%) cuando se administra tratamiento con Peginterferón asociado a ribavirina a dosis 800 mg diarios durante 6 meses, según se deduce de estudios de registro. Para los pacientes no respondedores, no hay a día de hoy una alternativa terapéutica. En el régimen de tratamiento de nuestra consulta se estableció la administración de ribavirina ajustada a peso (< 75 Kg: 1000 mg/día; > 75 kg: 1200 mg), y la prolongación de tratamiento a 48 semanas a un subgrupo ( la mayoría RNA + a semana 4 y/o cirróticos).

## Objetivos

Nos proponemos analizar los factores basales que se asociaron a RVS.

## Material y métodos

Se estudian los pacientes naïve mono infectados sometidos a tratamiento y recogidos en nuestra base de datos. Las variables independientes analizadas fueron sexo, edad, carga viral, cirrosis, adherencia al tratamiento, las respuesta viral rápida (RVR) definida por RNA negativo en semana 4, la duración del tratamiento, la dosis de ribavirina (mg/kg), el desarrollo de anemia (definida por Hb < 10 gr/dl), y parámetros analíticos determinados basalmente y durante el tratamiento.

## Resultados

De 49 pacientes, en los que se obtuvo curación (RVS) en 35 (71,4%), 43 eran varones y 6 mujeres, con una mediana de edad de 41.00 años, 12 (24.5%) eran cirróticos, en 41 (83.6%) la adherencia al tratamiento fue óptima, en 13 (26.5%) se prolongó el tratamiento a 48 semanas, y en 10 (20%) se desarrolló anemia. La repuesta al primer mes se valoró en 30 pacientes, y en 24 (80%) se alcanzó RVR. De todas las variables, sólo la AST intratratamiento (RVS 26 UI/dl (IC95: 20,5-34,5), noRVS 38,5 UI/dl (IC95: 25,5-77,8); p 0.027), la Hb basal (RVS 15,5 gr/dl (IC95 14,7-16), noRVS 14,3 gr/dl (IC95 14-15); p 0.014) y la dosis de ribavirina (RVS 15,7 mg/kg (IC95:14,2-17), noRVS 13,3 mg/kg (IC95 11,9-15); p 0.024), se relacionaron con la consecución de RVS. Aunque los pacientes no cirróticos curaron más que los cirróticos (80% Vs 50%), la diferencia no alcanzó significación estadística (p 0.09). Sólo 2 de los 6 pacientes (33.3%) sin RVR alcanzaron RVS, frente al 70,8% que sí alcanzaron RVR, aunque la diferencia tampoco fue significativa (p 0.156) probablemente por tamaño muestral. La prolongación del tratamiento a 48 semanas no tuvo efecto en incremento de eficacia respecto a tratamientos de 24 semanas (69,2% Vs 72,2%, ns).

## Conclusiones

En nuestra serie la eficacia del tratamiento de la infección VHC genotipo 3 es similar a la descrita en estudios de registro, y aunque elevada no ha sido eficaz en un 30% de pacientes. El ajuste de la dosis de ribavirina, administrándolo en función del peso, parece tener un efecto beneficioso, ya que los pacientes a los que se administró más dosis de ribavirina respondieron mejor, y por tanto consideramos que se debería replantear la administración de dosis fijas recomendadas para el genotipo 3.

## 5. RELACION ENTRE HALLAZGOS ECOGRAFICOS EN EL HIGADO GRASO NO ALCOHOLICO, EL INDICE DE RESISTENCIA A LA INSULINA Y LA ACUMULACION DE GRASA VISCERAL

Baeyens Cabrera, E.1; Padilla Ávila, F.2; Rodríguez Ramos, L.3; Carrillo Ortega, G.3; Morales Alcazar, F.3; Tercero Lozano, M.3

1 COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, UGC APARATO DIGESTIVO. JAÉN. 2 HOSPITAL TORRECÁRDENAS, UGC APARATO DIGESTIVO. ALMERÍA. 3 COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, UGC APARATO DIGESTIVO. JAÉN.

## Introducción

El Hígado graso no alcohólico (HGNA) es uno de los problemas de salud en aumento en los últimos años, muy relacionado con el síndrome metabólico.

## Objetivos

Valorar prevalencia de HGNA en una población concreta en pacientes con bioquímica hepática alterada. Correlacionar hallazgos ecográficos con acumulación de grasa visceral índice de resistencia a la insulina y bioquímica.

## Material y métodos

Desde Septiembre de 2010 a Mayo de 2011 se recogen 186 pacientes del CS San Felipe, se excluyen 42 por tomar más de 20 gr alcohol/día o presentar una enfermedad hepática viral o autoinmune. Se realiza Índice masa corporal (IMC), Perímetro abdominal (PA) y ecografía abdominal para medición de hígado graso según criterios de Hamaguchi.

## Resultados

144 pacientes no bebían alcohol de los cuales 80 (55.5%) presentaban algún grado de esteatosis en la ecografía. Al comparar ambos grupos los pacientes con HGNA tenían un mayor IMC (30.5/25.8), PA (106.3/91.6) y HOMA (3.2/2.0) Comparando los grupos de pacientes con diferentes grados de esteatosis presentaban diferencias en GOT (31.86/40.8) y GPT (55.9/41.8) un aumento progresivo de IMC (31.3/29.8), PA (106.3/100.3) y HOMA (3.46/3.05) conforme mayor es grado de esteatosis ecográfica. Tomando punto de corte: HOMA 2.64, éste se encuentra asociado a mayor PA (100.7/89.7) y aumento de GGT (155.8/89.7) en pacientes sin esteatosis, y con mayor IMC y PA en grupo con esteatosis.

## Conclusiones

- Un 55.5% de pacientes con bioquímica hepática alterada presenta HGNA - El HOMA es el mejor índice de HGNA con una excelente correlación con el PA.

## 6. ¿PUEDE LA AST SER USADA EN LUGAR DE LA ALT PARA CALCULAR EL PATRÓN DE DAÑO HEPÁTICO

## INDUCIDO POR DROGAS (DILI)?

Robles Díaz, M.1; García Cortés, M.2; Fernández Castañer, A.3; Borraz, Y.4; Ulzurum, E.4; Stephens, C.4; Lucena, M.5; Andrade Bellido, R.2

1COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, FACULTAD DE MEDICINA DE MÁLAGA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN, SERVICIO APARATO DIGESTIVO; DEPARTAMENTO DE MEDICINA. MÁLAGA. 2COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, FACULTAD DE MEDICINA DE MÁLAGA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN, SERVICIO APARATO DIGESTIVO; DEPARTAMENTO DE MEDICINA. MÁLAGA. 3COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, SERVICIO APARATO DIGESTIVO. MÁLAGA. 4FACULTAD DE MEDICINA DE MÁLAGA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE LAS ENFERMEDADES HEPÁTICA, FARMACOLOGÍA. MÁLAGA. 5COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, FACULTAD DE MEDICINA DE MÁLAGA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN, SERVICIO DE FARMACOLOGÍA; DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA. MÁLAGA.

### Objetivos

Los valores de alanino amino transferasa (ALT) y alcalina fosfatasa (FA) al inicio de la enfermedad se usan para calcular el patrón de DILI mediante la determinación de la ratio  $[R = (ALT/LSN)/(FA/LSN)]$ . Un consenso reciente (Aithal et al Clin Pharmacol Ther 2011) recomienda el uso de aspartato amino transferasa (AST) cuando no se dispone de los niveles de ALT. Nuestro objetivo es estudiar la validez del uso de la AST en lugar de la ALT en el cálculo de la R (ratio) en DILI.

### Material y métodos

La población de estudio consiste en 588 pacientes incluidos en el Registro Español de Hepatopatías Asociadas a Medicamentos con DILI idiosincrático que cumplen los criterios internacionales de consenso. Edad, sexo, IMC, diabetes mellitus, hiperlipidemia, consumo de alcohol y fármaco implicado se identificaron como cofactores.

### Resultados

Se observó una alta correlación lineal entre  $(ALT/LSN)/(FA/LSN)$  y  $(AST/LSN)/(FA/LSN)$  con un 76% de coincidencia entre ratios. El grado de acuerdo fue del 96% para el patrón hepatocelular, 61.4% para el colestásico y 41% para el mixto ( $p=0.0001$ ). No se observaron diferencias significativas entre el acuerdo de las ratios en función de las características demográficas ni de la patología de base. La coincidencia entre ratios oscila del 87% al 95% con los antiulcerosos, antituberculosos, antiepilépticos, hierbas, flutamida, "otros antibacterianos", antineoplásicos e inmunomoduladores, mientras que es mucho peor (48%-58%) con amoxicilina-clavulánico, ibuprofeno y ARA II ( $p=0.0001$ ).

### Conclusiones

La AST puede ser usada para determinar el patrón

de DILI especialmente cuando el patrón resultante es hepatocelular.

## 7. MORTALIDAD PRECOZ POSTRASPLANTE HEPÁTICO SEGÚN MELD E INDICACIÓN

Ruiz Cuesta, P.1; Montero Álvarez, J.2; Jurado García, J.3; Nuñez, F.3; Barrera Baena, P.2; Poyato González, A.2; Costán Rodero, G.2; Fraga Rivas, E.2; Ciria, R.4; López Cillero, P.4; de La Mata García, M.3

1HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA. 2HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, APARATO DIGESTIVO. UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. CÓRDOBA. 3HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA. 4HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. CÓRDOBA.

### Introducción

La progresiva generalización de la priorización en lista de trasplante hepático es controvertida al poder conllevar un aumento en la morbi-mortalidad postrasplante.

### Objetivo

Comparar la morbi-mortalidad precoz postrasplante en enfermos priorizados según Meld y/o indicaciones especiales.

### Material y métodos

Pacientes adultos (excluidos fallo hepático agudo y retrasplante) trasplantados hepáticos en una lista priorizada según Meld e indicación especial (ascitis refractaria y hepatocarcinoma). Se estudian variables clínico-analíticas y evolutivas del paciente y donante.

### Resultados

116 pacientes (93; 80.2 % hombres) fueron incluidos, con edad media de  $54.09 \pm 0.74$  años (23-73) y supervivencia precoz global del 86.2 % (100/116). Las indicaciones fueron las siguientes: 50 (43.1 %) insuficiencia hepatocelular (IH), 20 (17.2 %), ascitis refractaria (AR), 38 (32.7 %), hepatocarcinoma (HCC) y 8 (6.9 %) otras. Entre los 3 primeros grupos (IH, AR y HCC) hubo diferencias significativas en los valores de Meld pretrasplante (IH  $20.52 \pm 4.79$ , AR Meld y Meld-Na  $12.70 \pm 3.8$  y  $20.10 \pm 4.91$ , HCC  $11.45 \pm 4.6$ ,  $p < 0.05$ ) y tiempo en lista de espera en días ( $108,59 \pm 90.59$ ,  $216,95 \pm 130.31$  y  $177, 81 \pm 93.76$ ), pero no se logró demostrar diferencias significativas en cuanto mortalidad (4/50, 3/20 y 4/38,  $p = 0.75$ ). Tampoco hubo diferencias significativas en las características del donante (lesión de preservación, esteatosis, edad), ni en las complicaciones postrasplante (insuficiencia renal, vasculares, biliares, infección, rechazo), tiempo de hospitalización, consumo de hemoderivados o tiempo de ventilación mecánica.

## Conclusiones

La priorización en lista de trasplante hepático por Meld y/o indicaciones especiales no incide en la mortalidad ni en la aparición de complicaciones postrasplante. En nuestro sistema de priorización está favorecido el grupo de insuficiencia hepatocelular, aunque esto no se traduce en diferencias en morbi-mortalidad entre los grupos.

## 8. EL USO DE SENSIBILIZADORES DE INSULINA DISMINUYE LA PROGRESIÓN DE LA CIRROSIS, ASÍ COMO EL RIESGO DE PRESENTAR ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA, ASCITIS Y PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA

Ampuero, J.; Millán-lorenzo, M.; Cano-medel, C.; Aparcero, R.; Maraver, M.; Hoyas, E.; Suarez, E.; Figueruela, B.; Romero-gómez, M.

HOSPITAL DE VALME. UNIDAD DE GESTION DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS. SEVILLA.

## Objetivo

Evaluar si el uso de sensibilizadores de insulina (SI) modifica la historia natural de la cirrosis y sus complicaciones, en un estudio retrospectivo y unicéntrico.

## Métodos

Se incluyeron 66 pacientes diabéticos con cirrosis alcohólica(62%), por VHC(23%) y por otras causas(15%). 51 hombres y 15 mujeres, con una edad media de 61±9 años, Child-Pugh inicial 6±1.4 y MELD 9,5±3,6. Se clasificaron en 2 grupos: los tratados con metformina, con o sin glitazonas(n=31);y aquellos con insulina o dieta(n=35). Sin diferencias en las características basales. Además, analizamos: insulina, glucosa, glucagón, leptina, adiponectina y HOMA-IR. Los objetivos fueron: progresión de cirrosis, definida por el aumento de, al menos, 2 puntos en Child-Pugh o 5 puntos en Meld; y sus complicaciones, incluyendo encefalopatía hepática(EH), hemorragia por varices(HVE), ascitis, peritonitis bacteriana espontánea(PBE) y hepatocarcinoma(HCC). El seguimiento fue 43±25 meses. Usamos el método Kaplan-Meier y Chi-cuadrado para el análisis univariante y la regresión de Cox para el multivariante.

## Resultados

Los SI fueron asociados a disminución de EH (log-rank=9.91;p=0.002); ascitis (log-rank:4.37;p=0.037); y PBE(log-rank=4.16;p=0.041), así como con la disminución de progresión de cirrosis(p=0,01), pero no con HCC. Hallamos tendencia con HVE(log-rank:2.67;p=0.1). En análisis multivariante, SI[H.R. 9.54(95%CI:1.09-83.21);p=0.041]

junto con MELD[H.R. 1.30(95%CI:1.13-1.50);p=0.0001] se asociaron independientemente con EH; mientras SI[H.R. 5.15 (95%CI:1.01-26.26);p=0.048] y Child-Pugh [H.R. 1.68 (95%CI:1.15-2.45);p=0.007] lo hicieron con la ascitis y TNFr2 con PBE[H.R.1.13(95%CI: 1.04-1.22);p=0.004].

## Conclusiones

Los sensibilizadores de insulina parecen proteger contra algunas complicaciones de la cirrosis, como la encefalopatía hepática, la ascitis y la peritonitis bacteriana espontánea, así como frenar su progresión. Estudios prospectivos son necesarios para mejorar el manejo de la diabetes en pacientes cirróticos.

## 9. RESPUESTA A LA VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS B CON CUATRO DOSIS DE 40 µG EN PACIENTES CIRRÓTICOS POTENCIALES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO. FACTORES ASOCIADOS A LA RESPUESTA.

Gutiérrez, I. I.; Pascasio, J. I.; Alcalde, A. I.; Morillo, A. I.; Ferrer, M. I.; Sousa, J. I.; Sayago, M. I.; Giráldez, Á. I.; Márquez, J. I.

1H.U.V.ROCÍO, U.G.C.ENFERMEDADES DIGESTIVAS. SEVILLA. 2H.U.V.ROCÍO, MEDICINA PREVENTIVA. SEVILLA.

## Objetivo

Evaluar la respuesta a una pauta de vacunación frente al VHB con cuatro dosis de 40µg y los factores asociados a la misma en cirróticos candidatos a trasplante hepático (TH).

## Métodos

Estudio retrospectivo de 278 cirróticos (70% hombres, 54±9 años) evaluados para TH, investigando la respuesta a la vacunación frente al VHB con cuatro dosis de 40µg (0,1,2,6 meses) y los factores asociados a ella. En 57 pacientes sin respuesta se realizó revacunación con la misma pauta.

## Resultados

Etiología: alcohol (66%), VHC (32%), otra (13%). Child-Pugh: A(33%), B(41%), C(26%). MELD: 12,7±5,3 (5-29). Hubo 10 pacientes antiHBc(+) aislado y 19% diabéticos. Recibieron tres y cuatro dosis de vacuna, 50 (18%) y 209 (75,2%) pacientes, respectivamente. La tasa de respuesta global fue del 39,2%; con tres dosis, 36% y con cuatro, 40,7%. El 51% respondieron a la revacunación. Las variables asociadas a mayor respuesta fueron: mejor función hepática [Child-Pugh (A 53,8%; B 33,3%; C 30,1%; p=0,002), MELD (11,4 vs 13,6; p=0,001)], ausencia de diabetes (43,6% vs 20,8%; p=0,002), anti-HBc(+) (80% vs 37,7%; p=0,007) y menor edad (<45 años, 52,2%; 45-50 años,

40,4%; >45 años, 34,1%; $p=0,031$ ). En 79 pacientes en los se conoció la respuesta tras la tercera y la cuarta dosis, la tasa de seroconversión fue del 36,7 y 53%, respectivamente.

### Conclusiones

La tasa de respuesta a la vacunación frente al VHB en cirróticos evaluados para TH alcanza al 36% de los que recibieron al menos 3 dosis, siendo mayor en los pacientes con anti-HBc (+), mejor función hepática, más jóvenes y no diabéticos. Dado el menor incremento en la respuesta con la cuarta dosis, parece recomendable indicar la revacunación en caso de ausencia de respuesta con 3 dosis. Debe iniciarse la vacunación frente al VHB en estadios precoces de la enfermedad.

## COMUNICACIONES ORALES

### Mesa Comunicaciones IV

#### 1. PREVALENCIA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD FISTULOSA NO PERIANAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Cano-medel, C.; Ampuero, J.; Rojas-feria, M.; Millán-lorenzo, M.; Castro-fernández, M.; Romero-gómez, M.

HOSPITAL DE VALME. UNIDAD DE GESTION DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS. SEVILLA.

##### Objetivos

Evaluar la prevalencia de las fístulas no perianales ni entero-entéricas en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), la eficacia del tratamiento con biológicos y la necesidad de tratamiento quirúrgico.

##### Pacientes y métodos

Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo. Se incluyen 331 pacientes consecutivos con EII, 247 (74.8%) con enfermedad de Crohn (EC) y 84 (25.2%) con colitis ulcerosa (CU), recogidos desde el año 2003. Edad media al diagnóstico de 31,7±13,8 años y un seguimiento de 10±6,4 años. 52% hombres y 48% mujeres. Variables analizadas: actividad, extensión, patrón, hábito tabáquico y etílico, antecedentes familiares, cirugía previa, manifestaciones extraintestinales y tratamiento previo con biológicos e inmunomoduladores. Métodos estadístico: Chi-cuadrado y Kaplan-Meier.

##### Resultados

35 pacientes (10.6%) desarrollaron fístulas no perianales ni enteroentéricas: enterocutáneas 12 (3,6%), enterovesicales 13 (3,9%), rectovaginales 8 (2,4%) y cutáneo-vaginales 1 (0,3%). 23 pacientes (65,7%) recibieron tratamiento con biológicos (5 con adalimumab y 18 con infliximab), entre 3 y 84 sesiones. Se obtuvo respuesta completa en 14 casos (60,9%), de los cuáles recidivaron 5. Precisaron tratamiento quirúrgico 21 casos (60%), 4 de ellos tras recidiva del tratamiento médico. Se observó relación con la administración de biológicos ( $p=0,020$ ) e inmunomoduladores ( $p=0,044$ ) previos a la aparición de la fístula. Esta asociación se corrobora con el análisis de supervivencia: biológicos (log Rank 3.75,  $p=0,05$ ) e inmunomoduladores (log Rank 3,73,  $p=0,05$ ).

#### Conclusiones

El tratamiento con biológicos e inmunomoduladores previene la aparición de fístulas enterocutáneas, enterovesicales y rectovaginales. El tratamiento biológico consigue el cierre fistuloso en el 61% de los casos, aunque con un alto porcentaje de recidiva. Son necesarias cohortes más amplias para establecer una relación con variables epidemiológicas.

#### 2. EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS DE UN REGISTRO HOSPITALARIO DE CÁNCER COLORRECTAL

Benítez Cantero, J.1; Jurado García, J.1; Hervás Molina, A.1; Pleguezuelo Navarro, M.1; Gómez Barbadillo, J.2; Villar Pastor, C.3; Rodríguez Perálvarez, M.1; Soto Escribano, P.1

1 HOSPITAL REINA SOFÍA, UGC APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA.  
2 HOSPITAL REINA SOFÍA, UG CIRUGÍA GENERAL. CÓRDOBA.  
3 HOSPITAL REINA SOFÍA, SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. CÓRDOBA.

##### Objetivos

Analizar pacientes diagnosticados de cáncer de colon y de recto en nuestro hospital; sus características epidemiológicas, proceso diagnóstico y abordaje.

##### Métodos

Estudio descriptivo, observacional y ambispectivo, incluyéndose todos los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de colon y recto (2007-2010). Se recogieron variables demográficas, clínicas y terapéuticas.

##### Resultados

Se analizaron 1048 pacientes, 64,2% varones, edad media 69,41±11 años. El 33,1% procedían de Atención Primaria, 28,1% Urgencias y 11,1% Digestivo. El 69,9% fueron estudiados en Digestivo y el 20,5% en Cirugía; estudio ambulatorio (58,5%), ingresados (28,7%), y urgente (10,1%). La clínica más frecuente: rectorragia 32,5%, alteración ritmo intestinal 12,5%, obstrucción 11,2%, anemia 10,4%. Localización tumoral: colon (71,3%) y recto (28,7%); mayor afectación sigma (33,3%) y recto inferior (13,5%). Se realizó endoscopia en 85,3%; colocándose prótesis en 3,1%. Se llevó a cabo cirugía en el 81,3%, el 13,7% urgente. Histología postcirugía: adenocarcinoma (94,9%), displasia grave (2,6%), no displasia (1,4%). Se realizó neoadyuvancia en el 14%, con duración media de 51,88 días. Quimioterapia postoperatoria en 63,5%, iniciándose 31,6±21 días postcirugía. Finalizado el estudio el 66,5% se derivó a Cirugía; 24,6% a Oncología y 4,3% a Paliativos. Tiempo medio desde la consulta hasta la realización de endoscopia: 23,07±20 días, obteniéndose resultado anatomopatológico 8,43 días más tarde. Tiempo medio desde la consulta inicial hasta la derivación a un servicio: 29,91 días.

## Conclusiones

El registro hospitalario permite conocer la realidad del adenocarcinoma de colon en un hospital de tercer nivel, el grado de cumplimiento del protocolo multidisciplinar así como el análisis periódico de indicadores.

### 3. TRATAMIENTO DE RESCATE DE CUARTA LÍNEA CON RIFABUTINA TRAS TRES FRACASOS ERRADICADORES DE HELICOBACTER PYLORI

Pérez-gisbert, J.1; Castro-fernández, M.2; Pérez-aisa, A.3; Cosme, A.4; Cabriada, J.5; Rodrigo, L.6; Gisbert, J.1; Lamas, E.2; Pabon, M.2; Marcos, S.1

<sup>1</sup>HOSPITAL DE LA PRINCESA. MADRID. <sup>2</sup>HOSPITAL DE VALME. SEVILLA. <sup>3</sup>HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA. <sup>4</sup>HOSPITAL DE DONOSTIA. SAN SEBASTIAN. <sup>5</sup>HOSPITAL DE GALDAKAO. VIZCAYA. <sup>6</sup>HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS.

## Introducción

En ocasiones, la infección por *H. pylori* persiste a pesar de haberse administrado 3 tratamientos erradicadores consecutivos. Se desconoce hasta qué punto compensa, en cuanto a eficacia y seguridad, intentar un 4º tratamiento erradicador en estos casos refractarios.

## Objetivo

Evaluar la eficacia y seguridad de un 4º tratamiento de rescate empírico con rifabutina en pacientes en los que han fracasado previamente 3 intentos erradicadores.

## Pacientes y métodos

Diseño: estudio multicéntrico prospectivo. Pacientes: consecutivos en los que había fracasado un primer tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) + claritromicina + amoxicilina, un segundo con una cuádruple terapia (IBP + bismuto + tetraciclina + metronidazol) y un tercero con IBP + amoxicilina + levofloxacino. Criterios de exclusión: cirugía gástrica previa y alergia a alguno de los antibióticos mencionados. Intervención: se administró un cuarto tratamiento erradicador con rifabutina (150 mg/12 h), amoxicilina (1 g/12 h) e IBP (dosis estándar/12 h) durante 10 días. Todos los fármacos se administraron juntos, después del desayuno y de la cena. El cumplimiento se evaluó mediante interrogatorio. Variable de resultado: la erradicación de *H. pylori* se definió como la negatividad de la prueba del aliento con 13C-urea dos meses después de finalizar el tratamiento.

## Resultados

Se incluyen 87 pacientes (edad media de 51 años, 35% varones, 37% con úlcera péptica y 63% con dispepsia funcional. Siete pacientes no tomaron la medicación

correctamente (6 debido a efectos adversos): fiebre, mialgia, dolor abdominal y diarrea (2 pacientes), vómitos (3 pacientes) y dolor abdominal (1 paciente). Las tasas de erradicación, "por protocolo" y "por intención de tratar", fueron del 53% (IC 95%=41-64%) y del 52% (IC95%=41-62%), respectivamente. Se describieron efectos adversos en 29 pacientes (34%), ninguno de ellos grave: náuseas/vómitos (12), dolor abdominal (5), fiebre (5), diarrea (4), mialgias (3), hipertransaminasemia (2), leucopenia (<1.500 neutrófilos) (2), y trombopenia (<150.000 plaquetas) (2). La mielotoxicidad se resolvió espontáneamente tras la finalización del tratamiento.

## Conclusiones

Incluso tras el fracaso de 3 tratamientos erradicadores previos, una cuarta terapia de rescate empírica con rifabutina puede ser efectiva para erradicar la infección por *H. pylori* en aproximadamente la mitad de los casos. El tratamiento de "rescate" con rifabutina constituye una buena alternativa tras el fracaso de múltiples terapias erradicadoras conteniendo antibióticos clave como amoxicilina, claritromicina, metronidazol, tetraciclina y levofloxacino.

### 4. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN MONOTERAPIA Y EN COMBINACIÓN CON TIOPURINAS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Rojas-feria, M.; Cano-medel, C.; Eslam, M.; Millán-lorenzo, M.; Ampuero, J.; Castro-fernández, M.; Romero-gómez, M.

HOSPITAL DE VALME. UNIDAD DE GESTION DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS. SEVILLA.

## Objetivos

Estudiar la eficacia y la seguridad del tratamiento con Infliximab (IFX) en monoterapia o en combinación con tiopurinas en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

## Pacientes y métodos

Diseño: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo. Periodo de estudio: 2000-2010. Pacientes: 124 pacientes consecutivos con EII tratados con IFX, 98 con enfermedad de Crohn y 26 con colitis ulcerosa. Edad media: 31.3±13.8 años. 71 (57%) varones. Fueron clasificados en función del tratamiento inicialmente recibido: IFX en monoterapia vs IFX asociado a azatioprina o mercaptopurina. Todos los pacientes recibieron las tres dosis del tratamiento de inducción (0,2 y 6 semanas). Se evaluó durante el seguimiento la respuesta clínica al tratamiento, definida como mejoría significativa de los síntomas, y la remisión clínica, definida por la ausencia de sintomatología sin requerirse corticoides y/ o cirugía. Se recogieron los efectos adversos graves al tratamiento.

## Resultados

102 pacientes recibieron tratamiento combinado (IFX y tiopurinas) y 22 monoterapia con IFX. La duración del tratamiento osciló entre 3 y 89 meses. Se observó respuesta clínica y remisión clínica en el 75.4% (77 casos) y en el 54.9% (56 casos) de los pacientes con tratamiento combinado y en el 59% (13 casos) y en el 36.3% (8 casos) de los pacientes tratados con monoterapia ( $P = 0.001$ ). Se observaron efectos adversos significativos en el 11% de los pacientes. Se detectaron infecciones en el 3.9% de los pacientes con tratamiento combinado y en el 4.5% de los tratados con IFX en monoterapia ( $p = NS$ ).

## Conclusiones

Los pacientes con EII, tratados con IFX y tiopurinas presentaron mayor tasa de respuesta clínica y de remisión clínica que los tratados con IFX en monoterapia, sin aumentar el riesgo de efectos secundarios.

## 5. ALTO VALOR PREDICTIVO POSITIVO DE LA SANGRE OCULTA EN HECES CUANTITATIVA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER COLORRECTAL

Peinado Caño, A.1; Fatela Cantillo, D.1; Domínguez Jiménez, J.2; Marín Moreno, M.2; Puente Gutiérrez, J.2; Díaz Iglesias, J.1; Fernández Suárez, A.1

<sup>1</sup>HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR, ANDÚJAR, ÁREA DE BIOTECNOLOGÍA. JAÉN. <sup>2</sup>HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR, ANDÚJAR, APARATO DIGESTIVO. JAÉN.

## Objetivos

Determinar las concentraciones de sangre oculta en heces (SOH), en muestras de pacientes con sospecha de cáncer colorrectal (CCR) en términos de eficacia diagnóstica y compararlo con un método cualitativo.

## Métodos

Se recogieron consecutivamente (del año 2008 al 2010) muestras de heces a una cohorte de pacientes que presentaba sospecha clínica de CCR. La SOH se cuantificó siempre antes de realizar las colonoscopias diagnósticas mediante el autoanalizador OC-SENSOR  $\mu$  (EIKEN CHEMICAL, Tokio, Japón) y se comparó con el método cualitativo RAPID TEST (BIMCLINIC, Barcelona, España).

## Resultados

Se incluyeron 169 pacientes [edad media 61,7 años (rango, 20-93), 52,7% mujeres]. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de CCR en 42 casos. El resto de pacientes presentaron pólipos (29), enfermedades

digestivas benignas (45), neoplasias no CCR (5), patologías ni tumorales ni digestivas (4), o no se evidenció patología relevante alguna (44). El área bajo la curva ROC (Intervalo de confianza 95%) fue de 0,898 (0,840-0,955); un punto de corte de 102,00 ng/mL de SOH mostró una sensibilidad de 78,6% con una especificidad del 89,8%. La mediana (percentil 25-percentil 75) de la SOH para el grupo con CCR, 1072,00 ng/mL (175,00-1436,00), fue significativamente mayor ( $p < 0,001$ ) que el resto de grupos, con excepción de los pacientes con proctitis ulcerosa. La SOH cuantitativa mejora en 32,64% el valor predictivo positivo (71,74% vs. 32,10% cualitativa), siendo el valor predictivo negativo similar en ambos métodos (92,68% vs. 96,25%).

## Conclusiones

La SOH cuantitativa mejora significativamente la especificidad en la detección de CCR con respecto al método cualitativo.

## 6. PERFIL SÉRICO DE CITOQUINAS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA Y SU RELACIÓN CON EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

García Caparrós, C.1; Rodríguez Perálvarez, M.1; García Sánchez, V.1; González Ojeda, R.2; Benítez Cantero, J.1; Marín Pedrosa, S.1; Iglesias Flores, E.1; Muntane Relat, J.2; Gómez Camacho, F.1

<sup>1</sup>HOSPITAL REINA SOFÍA, UNIDAD CLINICA APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA. <sup>2</sup>HOSPITAL REINA SOFÍA, LABORATORIO EXPERIMENTAL. CÓRDOBA.

## Objetivo

OBJETIVO: Identificar aquellas citoquinas plasmáticas con valor pronóstico independiente en pacientes con colitis ulcerosa (CU).

## Pacientes y métodos

Estudio prospectivo con 67 pacientes diagnosticados de CU. A la inclusión se determinó la actividad de la enfermedad y se extrajo una muestra de plasma que fue analizada mediante la tecnología Bio Plex (Bio-Rad laboratories, USA) midiendo IL1 $\beta$ , IL2, IL6, IL8, IL10, IL13, IL17, IFN $\gamma$  y TNF $\alpha$ . La mediana de seguimiento de los pacientes fue de 57 semanas (Rango 37-73). Se utilizó la regresión multivariante de Cox para identificar factores predictivos de mal pronóstico.

## Resultados

La media de edad fue de 43,3 $\pm$ 12 años y 42 pacientes (62,7%) eran varones. La extensión fue pancolitis en 31 pacientes (46,3%). Durante el seguimiento 15 pacientes (22,4%) recidivaron. Se desarrolló corticodependencia o

corticorretractariedad en 15 casos (30%). Dieciséis pacientes (27,1%) precisaron la introducción de biológicos durante el seguimiento. El análisis multivariante mostró que los pacientes jóvenes (RR=0,93), con alta concentración de IL-1 $\beta$  (RR=3,08) y bajas concentraciones séricas de TNF $\alpha$  (RR=0,89), recidivaron con más frecuencia (p=0,026, p=0,022 y p=0,027). Aquellos con enfermedad endoscópica moderada-grave a la inclusión, IL-8 elevada y menor concentración de IL-10, presentaron mayor riesgo de corticodependencia-corticorretractariedad (RR=26,3/p=0,01, RR=1,78/p=0,002 y RR=0,92/p=0,002). Finalmente, los pacientes con lesiones histológicas graves y niveles elevados de IL-1 $\beta$  con baja concentración de IL-13, precisaron tratamiento con biológicos durante el seguimiento (RR=16,6/p=0,007, RR=3,85/p=0,03 y RR=0,72 p=0,03).

### Conclusiones

En pacientes con CU, la combinación entre características clínicas de la enfermedad y perfil sérico de citoquinas puede identificar pacientes con peor pronóstico.

## 7. SÍNDROME DE LYNCH Y CÁNCER COLORRECTAL TIPO X: UTILIDAD DE LOS CRITERIOS CLÍNICOS Y PREDICTIVOS DE DIAGNÓSTICO EN UNA SERIE DE 39 CASOS CONSECUTIVOS

Martín Ruiz, J.1; Selfa, A.1; López Segura, R.1; Caballero Morales, T.2; Entrala, C.3; Fernández Rosado, F.4; Alcázar Jaén, L.1; Salmerón, F.1

1HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO, DIGESTIVO. GRANADA. 2HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO, ANATOMÍA PATOLÓGICA. GRANADA. 3CENTRO LORGEN PT CIENCIAS DE LA SALUD. GRANADA. GRANADA. 4CENTRO LORGEN. PT CIENCIAS DE LA SALUD. GRANADA.

### Introducción

El Síndrome de Lynch (SL) es un CCR hereditario, autosómico dominante, por mutaciones germinales en genes reparadores del ADN. Se sospecha por datos de historia personal/familiar (criterios de Ámsterdam o de Bethesda), u otros algoritmos como el modelo PREMM-1,2,6, que estima la probabilidad individual de una mutación MMR. En otros pacientes no se detectan mutaciones. (CCR tipo X).

### Objetivos

Valorar utilidad clínica/aplicabilidad.

### Pacientes y métodos

Estudio retrospectivo, (Enero 2009 - Junio 2011), de pacientes consecutivos con sospecha de SL según Bethesda: 7 CCR y 32 familiares primer grado a riesgo (FR). Se recogieron datos personales, árbol genealógico,

características del tumor, con Inmunohistoquímica de las proteínas MMR-expresadas. Se aplicaron los criterios de Ámsterdam y modelo PREMM 1,2,6. Análisis mutacional en ADN leucocitos de sangre periférica, (Applied-Biosystems).

### Resultados

seis de 7 pacientes con CCR tenían riesgo >5%, según PREMM. En 5 de esos 6 pacientes se encontró mutación (MLH1 en 4, otro MSH2). En FR el modelo PREMM descartó a 6 de los 32 seleccionados según criterios Bethesda. Ninguno tenía mutación, que se encontró en 10 sujetos: 7 en MLH1, una MSH2, y 2 en MSH6. Los criterios de Ámsterdam hubieran excluido un CCR con mutación MLH1 y 7 FR (uno con mutación MLH1).

### Conclusiones

En nuestra serie el modelo PREMM-1,2,6 identifica con igual sensibilidad/especificidad individuos con CCR o con riesgo de cáncer que un modelo contrastado (Bethesda) respecto a posible mutación MMR, mejorando VPP. Los criterios de Ámsterdam tienen inferior sensibilidad y pierden pacientes asociados (SL) o no (CCR-X) a mutaciones identificables.

## 8. RESISTENCIA PRIMARIA DEL HELICOBACTER PYLORI A CLARITROMICINA Y QUINOLONAS EN LA COMUNIDAD ANDALUZA. RESULTADOS PRELIMINARES.

Fernandez-moreno, N.1; Fernandez-sanchez, F.2; Casado Caballero, F.3; Pallarés, H.4; Ramos Lora, M.4; Puente Gutierrez, J.5; Rodriguez Ramos, C.6; Naranjo Rodriguez, A.6; Hervás Molina, A.7; Gonzalez Galilea, Á.8; Montiel Quetzal, N.9; Navarro Jarabo, J.10

1AGENCIA SANITARIA HOSPITAL COSTA DEL SOL. UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. MARBELLA. 2AGENCIA SANITARIA HOSPITAL COSTA DEL SOL. UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA. MARBELLA. 3HOSPITAL CLÍNICO SAN CECILIO. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. GRANADA. 4HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMENEZ. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HUELVA. 5HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR. ANDÚJAR, UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. JAÉN. 6HOSPITAL PUERTA DEL MAR. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. CÁDIZ. 7HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA. 8HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA. 9AGENCIA SANITARIA HOSPITAL COSTAL DEL SOL. UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA. MARBELLA. 10AGENCIA SANITARIA HOSPITAL COSTA DEL SOL. UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO Y CIBERESP. MARBELLA.

### Introducción

La eficacia en la erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) está condicionada por el desarrollo de resistencias del Hp a los antibióticos usados comúnmente

para eliminarla. En nuestra comunidad autónoma tenemos poca información sobre la prevalencia de éste fenómeno, pues las cifra estimada en un 10% de resistencia primaria a claritromicina procede de estudios antiguos y muy locales. No hay datos sobre resistencia primaria del Hp a claritromicina y quinolonas en nuestra comunidad autónoma. Se presentan resultados preliminares .

### Objetivos

Determinar la prevalencia de resistencia primaria del Hp a claritromicina y quinolonas en nuestra comunidad autónoma. Se presentan resultados preliminares.

### Métodos

Estudio de prevalencia, multicéntrico, que abarca a la casi totalidad de la comunidad andaluza. Los sujetos a estudio son pacientes naïve residentes en nuestra comunidad, a los que se les toma muestra de antro y cuerpo. Éstas se procesan para determinación mediante PCR de mutaciones que confieren resistencia a claritromicina y quinolonas.

### Resultados

Los resultados preliminares tras analizar a 195 pacientes (tamaño muestral previsto de 800) se resumen en las siguientes tablas

FLUOROQUINOLONAS	R	Hetero	R+Hetero	S	Total
Andujar	9,68%	12,90%	22,58%	77,42%	31
Granada	5,77%	5,77%	11,54%	88,46%	52
Marbella	7,50%	6,25%	13,75%	86,25%	80
Huelva	7,14%	7,14%	14,29%	85,71%	28
Total	7,33%	7,33%	14,66%	85,34%	191
CLARITROMICINA	R	Hetero	R+Hetero	S	Total
Andujar	3,23%	9,68%	12,90%	87,10%	31
Granada	15,38%	9,62%	25,00%	75,00%	52
Marbella	12,20%	7,32%	19,51%	80,49%	82
Huelva	6,67%	20,00%	26,67%	73,33%	30
Total	10,77%	10,26%	21,03%	78,97%	195

R: Resistente; Hetero: Heteroresistencia; R+Hetero: Total de Resistentes y Hetero-resistentes.

### Conclusiones

De nuestros resultados preliminares obtenemos una tasa de resistencia primaria a claritromicina del 21%, superior a las tasas previamente descritas en nuestra comunidad. La tasa de resistencia a fluoroquinolonas del 14% es similar a la descrita en otros países de nuestro entorno. De confirmarse estos datos al final del estudio, habría que estrechar la vigilancia de la eficacia erradicadora con pauta OCA ya que en Maastricht III se desaconseja usar la claritromicina en zonas con una prevalencia de resistencia primaria que supere el 20%.

## 9. EFICACIA A CORTO PLAZO E IMPACTO DEL HIERRO CARBOXIMALTOSA (FERRINJECT®), EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Soto Escribano, P.1; García Sánchez, V.2; Iglesias Flores, E.2; Jurado García, J.2; González Galilea, Á.2; Gómez Camacho, F.2

1HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA. 2HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA.

### Introducción

El hierro carboxilmaltosa (FeCM) se ha mostrado eficaz y seguro en el tratamiento de la anemia ferropénica, pero no hay muchos datos sobre su eficacia a corto plazo ni el impacto en la calidad de vida (CV) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

### Objetivos

Describir la respuesta al tratamiento con FeCM, la seguridad y el impacto en la CV de los pacientes con EII y anemia ferropénica.

### Métodos

Se incluyeron 30 pacientes con EII y anemia ferropénica a los que se les indicó FeCM entre mayo-2010 y mayo-2011. Se evaluó la respuesta al mes de la infusión considerándose respuesta terapéutica el ascenso de  $\geq 2g/dl$  del valor basal de hemoglobina (Hb). El impacto sobre la CV fue valorado mediante el cuestionario IBDQ-9 antes y un mes después del tratamiento. Los efectos secundarios se registraron mediante encuesta telefónica a la semana de la infusión.

### Resultados

La edad media fue de 38,6 años ( $\pm 14,3$ ) y el 63,3% (19) tenían enfermedad de Crohn, el resto colitis ulcerosa. El 80% (24) respondió al mes de la infusión con una diferencia media de Hb de 2,2 (IC 95% 2,7-1,8  $p < 0,05$ ). Los cuestionarios IBDQ-9 pre y post-tratamiento mostraron una mejoría significativa de la CV con una diferencia media de 6,1 (IC 95% 8,6-3,5  $p < 0,05$ ). Los efectos secundarios aparecieron en el 13,3% (4) siendo de carácter leve.

### Conclusiones

El FeCM es eficaz y seguro en el tratamiento de la anemia ferropénica asociada a la EII consiguiendo respuestas precoces y mejorando la CV de nuestros pacientes.

## COMUNICACIONES ORALES

### Mesa Comunicaciones V

#### 1. EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE RESCATE CON OMEPRAZOL, AMOXICILINA Y LEVOFLOXACINO, EN LA ERRADICACIÓN DE H. PYLORI

Cano-medel, C.; Ampuero, J.; Millán-domínguez, R.; Lamas, E.; Pabon, M.; Larraona, J.; Romero-gómez, M.; Castro-fernández, M.

HOSPITAL DE VALME. UNIDAD DE GESTION DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS. SEVILLA.

##### Introducción

La asociación de omeprazol, levofloxacino y amoxicilina se ha consolidado como el tratamiento de elección en la erradicación de H. pylori tras el fracaso de la triple terapia con omeprazol, claritromicina y amoxicilina (OCA). En un reciente estudio multicéntrico nacional, con la participación de nuestro hospital y 1000 pacientes incluidos, se comunica que es un tratamiento muy efectivo, con una tasa alta de cumplimiento y sin efectos adversos graves.

##### Objetivo

Valorar en nuestra área sanitaria la eficacia en los últimos años del tratamiento con omeprazol, levofloxacino y amoxicilina durante 10 días en la erradicación de H. pylori tras fracaso del primer tratamiento con OCA.

##### Pacientes y métodos

Diseño: Estudio unicéntrico, observacional y prospectivo. Periodo de estudio: 2006-2010. Pacientes: Se incluyen 100 pacientes consecutivos, 62 mujeres, con edad media de 48 (18-78) años, diagnosticados de dispepsia funcional o no investigada en 81 casos y de úlcera gastro-duodenal en 19 casos, con infección por H. pylori, que cumplieron estrictamente el tratamiento durante 10 días con levofloxacino (500 mg/12h), amoxicilina (1 g/12h) y omeprazol (20 mg/12h) u otro IBP a dosis equivalentes tras fracaso de un primer tratamiento erradicador con OCA durante 10 días. El cumplimiento del tratamiento se comprobó mediante interrogatorio. Variable: Tasa de erradicación de H. pylori confirmada mediante prueba de aliento con urea-C13, practicada 8 semanas tras finalizar el tratamiento.

##### Resultados

Se consiguió la erradicación de H. pylori en el 75% de los pacientes. En el 78% de los pacientes con dispepsia y en el 69% de los pacientes con úlcera gastro-duodenal.

##### Conclusiones

El tratamiento de rescate con omeprazol, levofloxacino y amoxicilina durante 10 días tiene una elevada eficacia en la erradicación de H. pylori debiendo ser el tratamiento de elección tras el fracaso de un primer tratamiento con OCA y probablemente tras fracaso del tratamiento cuádruple, con omeprazol, claritromicina, amoxicilina y metronidazol, cada vez más recomendado como tratamiento erradicador de primera línea.

#### 2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE ERITEMA NODOSO Y PIODERMA GANGRENOSO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UNA COHORTE DE 331 PACIENTES

Ampuero, J.; Cano-medel, C.; Rojas-feria, M.; Millán-lorenzo, M.; Castro-fernández, M.; Romero-gómez, M.

HOSPITAL DE VALME. UNIDAD DE GESTION DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS. SEVILLA.

##### Objetivos

Evaluar los factores asociados a la presencia de las principales alteraciones dermatológicas ((eritema nodoso-EN) y (pioderma gangrenoso-PG)) de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

##### Métodos

Incluimos 331 pacientes con EII, divididos en enfermedad de Crohn (EC) (n=247; 74,8%) y colitis ulcerosa (CU) (n=84; 25,2%), recogidos desde el año 2003. Se trata de 172 hombres (52%) y 159 mujeres (48%), con una edad de diagnóstico de 31,7±13,8 años y un seguimiento de 10±6,4 años. Variables analizadas: hábito tabáquico y etílico, actividad, patrón, extensión, antecedentes familiares, cirugía previa, otras manifestaciones extraintestinales, tratamiento previo con biológicos e inmunosupresores, respuesta a corticoides y presencia de fístulas. Método estadístico: Chi-cuadrado, Kaplan-Meier y T-student.

##### Resultados

Encontramos 35 alteraciones dermatológicas (26 EN y 9 PG), lo que supone una prevalencia de 10,6%. Por EII, hubo 23 EN y 8 PG en la EC (88,5%) y 3 EN y 1 PG en CU (11,5%). Encontramos relación entre dichas patologías y el sexo femenino (p=0,001); la presencia de otras

manifestaciones extraintestinales ( $p=0,004$ ); la EC ( $p=0,034$ ); así como con la edad de diagnóstico ( $p=0,037$ ). En análisis de supervivencia, el sexo femenino (log Rank 9.77,  $p=0,002$ ) y la presencia de otras manifestaciones extraintestinales (log Rank 7.75,  $p=0,005$ ) se mostraron asociadas.

### Conclusiones

El sexo femenino, la presencia de manifestaciones extraintestinales, la enfermedad de Crohn y la edad de diagnóstico se encuentran relacionadas con el eritema nodoso y el pioderma gangrenoso. Estudios prospectivos con cohortes más amplias son necesarios para confirmar estos resultados.

### 3. UTILIDAD DE INFlixIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA HEMOLITICA AUTOINMUNE ASOCIADA A COLITIS ULCEROSA

Leo Carnerero, E.; Trigo Salado, C.; de La Cruz Ramirez, M.; Herrera Justiniano, J.; Marquez Galan, J.

HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, UGC APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

#### Objetivo

Comunicar la utilidad de infliximab en la asociación de colitis ulcerosa (CU) y anemia hemolítica autoinmune (AHAI), tras el fracaso de esteroides e inmunosupresores. Salvo el primero de nuestros casos, no existe ningún otro en la literatura de rescate con infliximab.

#### Pacientes y método

Presentamos dos mujeres con CU que desarrollaron AHAI a los 24 y 35 años de edad. Estando ambas en tratamiento con azatioprina, en la primera se asoció a brote de colitis izquierda moderada-severa, la segunda sufrió brote severo de pancolitis. La hemoglobina (HB) era 64 y 60 g/l respectivamente con datos de hemólisis, sin mejoría con esteroides. Recogemos la respuesta a infliximab.

#### Resultados

Se instauró tratamiento con infliximab a dosis e intervalos standard. La HB a los 7 y 30 días era 85 y 105 y 68 y 104 g/l respectivamente. Aunque el caso 2 sufrió recidiva de la colitis con descenso de HB tras las 3 dosis de inducción, finalmente en ambos se normalizó HB ( $> 115$  g/l). De forma paralela se produjo remisión clínica y mejoría endoscópica de la CU. La HB se mantiene normal tras 3 y 1 año de tratamiento.

### Conclusiones

Infliximab es una alternativa eficaz en el tratamiento de AHAI asociada a CU, y debe ensayarse antes de la cirugía. El control de la inflamación colónica es la base del tratamiento de la anemia, al no formarse anticuerpos cruzados frente a hematies. Esto justifica la mayor dificultad para controlar el segundo caso, con mayor extensión y gravedad de la colitis.

### 4. UTILIDAD DE LA PIRUVATO QUINASA M2 TUMORAL EN MUESTRAS DE PLASMA Y HECES PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL

Fernández Suárez, A. 1; Fatela Cantillo, D. 1; Aguilar Benítez, J. 2; Marín Moreno, M. 3; Puente Gutiérrez, J. 3; Bernal Blanco, E. 3; Díaz Iglesias, J. 1

1HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR, ANDÚJAR, ÁREA DE BIOTECNOLOGÍA. JAÉN. 2HOSPITAL ALCALÁ LA REAL, ALCALÁ LA REAL, LABORATORIO. JAÉN. 3HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR, ANDÚJAR, APARATO DIGESTIVO. JAÉN.

#### Objetivos

Determinar la utilidad de la piruvato quinasa M2 tumoral (M2-PK) en muestras de plasma y heces para la detección precoz del cáncer colorrectal (CCR), así como establecer la relación de este enzima en ambos tipos de muestra.

#### Métodos

Se incluyeron prospectivamente todos los pacientes (abril 2008 a julio 2010) sometidos a colonoscopia diagnóstica por sospecha de patología colorrectal. Las muestras de plasma-EDTA y heces se recogieron antes de la colonoscopia. Los niveles de M2-PK plasmáticos y fecales se analizaron mediante ensayos inmunoenzimáticos manuales (ScheBo Biotech AG, Giessen, Alemania).

#### Resultados

Se reclutaron 180 casos; se diagnosticó a 39 pacientes de CCR, 35 presentaron pólipos, 70 otras enfermedades y 36 casos ninguna evidencia de enfermedad. Los niveles de M2-PK fecal y plasmática correlacionaron significativamente (Rho de Spearman 0.246,  $p=0.001$ ). Las áreas bajo la curvas ROC (IC 95%) en la detección del CCR para la M2-PK fecal y plasmática fueron 0.696 (0.595-0.797) y 0.708 (0.612-0.805) respectivamente. El punto de corte óptimo obtenido para la M2-PK en heces y plasma fue de 8.46 U/mL y 20.50 U/mL, ofreciendo unas cifras de sensibilidad del 76.9% y 61.5%, con una especificidad del 62.4% y 77.3% respectivamente. La combinación de ambos marcadores mostraba una sensibilidad y especificidad del 84.62% y 51.77%, con un valor predictivo negativo del 92.41%.

## Conclusiones

La determinación de la M2-PK en heces es más sensible que la medida en plasma, que a su vez es más específica. Un resultado negativo de ambos marcadores permite descartar con alta probabilidad la presencia de CCR.

## 5. COMPARACIÓN DE M2-PK TUMORAL PLASMÁTICA FRENTE AL CEA, CA 19.9 Y TPS EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER COLORRECTAL

Fernández Suárez, A.1; Fatela Cantillo, D.1; Marín Moreno, M.2; Domínguez Jiménez, J.2; Bernal Blanco, E.2; Díaz Iglesias, J.1; Puente Gutiérrez, J.2

1HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR, ANDÚJAR, ÁREA DE BIOTECNOLOGÍA. JAÉN. 2HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR, ANDÚJAR, APARATO DIGESTIVO. JAÉN.

## Objetivos

Comparar la eficacia diagnóstica de las concentraciones de la piruvato quinasa M2 tumoral plasmática (M2-PK) en la detección del cáncer colorrectal (CCR) frente al CEA, CA 19.9 y TPS séricos en pacientes sometidos a colonoscopia diagnóstica.

## Métodos

El estudio incluyó una cohorte de pacientes (abril 2008 a julio 2010) con sospecha de patología colorrectal. Se recogieron muestras de plasma-EDTA y suero antes de las colonoscopias. Los marcadores se analizaron mediante ELISA manual (M2-PK; ScheBo Biotech AG, Giessen, Alemania), y ensayos automatizados (CEA en cobas 6000, Roche Diagnostics; CA 19.9 en Centaur XP y TPS en Immulite 1000, Siemens Healthcare Diagnostics).

## Resultados

En total se incluyeron 170 pacientes; la anatomía patológica confirmó en 38 el diagnóstico de CCR; la colonoscopia evidenció la presencia de pólipos en 34 pacientes; los 98 casos restantes mostraron otro tipo de patologías o no se pudo evidenciar enfermedad alguna. Las áreas bajo las curvas ROC (IC 95%) en la detección del CCR para M2-PK, CEA, CA 19.9 y TPS, fueron 0.751 (0.611-0.841), 0.703 (0.610-0.796), 0.666 (0.570-0.762) y 0.624 (0.524-0.723), respectivamente. Cuando se analizaron las concentraciones de los marcadores en los tres grupos, M2-PK presentaba diferencias estadísticas entre el grupo de cáncer y el resto de grupos (pólipos,  $p=0.01$ ; resto casos,  $p=0.038$ ); CEA y CA 19.9, sólo mostraban diferencias significativas entre el grupo de CCR y los 98 casos restantes; TPS no mostró diferencias en sus niveles entre ninguno de los grupos.

## Conclusiones

M2-PK demuestra una mayor rentabilidad diagnóstica que el resto de marcadores estudiados.

## 6. EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER CON PAUTAS OCA DE PRIMERA LINEA

Romero Ordoñez, A.1; González Bárcenas, M.1; López Vega, M.2; Rivera Irigoín, R.1; Fernández Moreno, N.1; Moreno García, A.1; Pérez Aísa, A.1; Navarro Jarabo, J.3

1AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. MARBELLA. 2AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. MARBELLA. 3AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO Y CIBERESP. MARBELLA.

## Introducción

La erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) sigue siendo un problema sanitario de primer orden. El éxito del tratamiento depende de dos factores fundamentales: adherencia al mismo, y resistencias de la bacteria a los antibióticos. En los últimos años se está describiendo un aumento de la resistencia de Hp a claritromicina, que es el antibiótico de referencia en las pautas de primera línea. Las guías clínicas consideran que un régimen de primera línea es eficaz cuando ofrece una erradicación en torno al 80%.

## Objetivos

Nos proponemos analizar si ha habido diferencias en nuestras tasas de erradicación en un periodo de 10 años.

## Material y métodos

Se analizan tratamientos de primera línea (pacientes naïve) con pauta OCA. Disponemos de información de los resultados de nuestro registro histórico del periodo 2000-2002 donde se analizó la eficacia de todos los regímenes de tratamiento que se controlaron por Test del Aliento. Se seleccionan para estudio los registros obtenidos en los primeros meses de 2011, procedentes del registro de test de aliento disponibles en nuestro servicio. Se analizan variables como edad, sexo, tipo de lesión, y duración de tratamiento, que puedan influir en el resultado final. La información se extrae revisando la historia clínica en el sistema de gestión informatizada de historias de nuestro hospital.

## Resultados

En el primer periodo 2000-2001 se recogieron 386 pacientes, de los que 373 fueron tratados con pauta OCA, con una eficacia global de 77.2%. En el periodo actual, de

un total de 365 pacientes, 351 fueron tratados con pautas OCA. De ellos 156 pacientes fueron varones, 209 mujeres. En 120 pacientes se trató una úlcera péptica. Las tasas de erradicación comparativas, así como la relación que hubo en el uso de diferentes duraciones de tratamiento entre los dos periodos se exponen en la siguiente tabla

Periodo	Erradicación% Global*	Relación OCA-7/OCA-10
2000-2002	OCA-7: 75,5 N= 373 N= 110 / 263	OCA-10:78 77,2% 28,5%/ 68,1%
2011	OCA-7: 71,4 N= 351 N= 74 / 291	OCA-10:80,7 79,7% 20,2% / 79,7%

\*No significativa Ninguna de las variables ( edad, sexo, lesión, ni duración de tratamiento OCA) se relacionaron con mayor erradicación.

### Conclusiones

En los últimos 10 años no hemos tenido un cambio significativo en la tasa de erradicación de la infección por Hp con los regímenes de tratamiento OCA de primera línea. Hemos incrementado nuestra tendencia a usar regímenes prolongados de 10 días. Las cifras de erradicación obtenidas son consideradas como aceptables según las guías clínicas de consenso, y por tanto, no debemos plantearnos un cambio en nuestra práctica clínica.

## 7. EVALUACIÓN DEL IMPACTO CLÍNICO DE LA RNM DE TUBO DIGESTIVO EN EL MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

Naveas Polo, C.1; Triviño Tarradas, F.2; García Sánchez, V.3; Iglesias Flores, E.1; Escribano Fernández, J.2; Marín Pedrosa, S.1; García Caparrós, C.1; Gómez Camacho, F.1

1HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, UNIDAD CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA. 2HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, SERVICIO DE RADIOLOGÍA. CÓRDOBA. 3HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA, UNIDAD CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA.

### Introducción

Actualmente la RM de tubo digestivo (RMTD), está ocupando un lugar importante en el diagnóstico, estudio de extensión y actividad de la enfermedad de Crohn (EC) y detección de complicaciones, pudiendo influir en la estrategia terapéutica.

### Objetivos

Evaluar el impacto de la RMTD en el manejo de los pacientes en la práctica clínica.

### Métodos

Estudio retrospectivo de 74 pacientes con EC o sospecha de la misma, explorados mediante RMTD. Se analizaron las indicaciones, sus hallazgos, la concordancia

con los hallazgos endoscópicos en caso de que se hiciera colonoscopia y el impacto clínico en el manejo terapéutico.

### Resultados

De los 74 pacientes, 41 eran hombres, con edad media de 36 años, siendo la indicación más frecuente la evaluación de la actividad y gravedad de un brote en pacientes diagnosticados (31%). En 20, la exploración fue normal. En 5 se encontraron fístulas, en 34 estenosis, en 2 masas y en 8 abscesos. Se diagnosticaron 6 pacientes con sospecha de EC (33%). En 27 (36%), provocó cambio en el patrón o localización de la enfermedad. El 15% presentaba colonoscopia previa a la RM, existiendo en el 87% concordancia entre ambas exploraciones. En 42 (57%), cambió la estrategia terapéutica: en 12 se optó por cirugía, 9 pacientes no diagnosticados iniciaron tratamiento, en 10 se añadió inmunosupresores, 13 iniciaron biológicos y en 4 se optimizó el tratamiento previo.

### Conclusiones

La RMTD influye en la toma de decisiones terapéuticas, ayudando al diagnóstico y definición de la extensión y comportamiento de la enfermedad, presentando buena correlación con la colonoscopia.

## POSTERS

### P1. ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN NUESTRO MEDIO

Benítez Rodríguez, B.; Vazquez Moron, J.; Nuñez Sousa, C.; Pallares Manrique, H.; Ramos Lora, M.

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL JUAN RAMÓN JIMENEZ. HUELVA.

#### Introducción

El adenocarcinoma gástrico constituye la neoplasia maligna más frecuente del tracto digestivo tras el cáncer de colon, siendo la segunda causa de mortalidad por neoplasia maligna en el mundo tras el cáncer de pulmón.

#### Objetivo

En pancreatitis agudas graves con necrosis pancreática infectada, la estrategia terapéutica a seguir es controvertida. La intervención quirúrgica es la indicación clásica en estos casos, sin embargo, existen otras opciones menos invasivas que han adquirido importancia en los últimos años. En esta serie exponemos los resultados del uso de drenajes percutáneos en esta patología.

#### Material y método

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de 143 pacientes diagnosticados de adenocarcinoma gástrico en nuestro hospital entre enero de 2002 y diciembre de 2010 en los que analizamos variables demográficas (edad, sexo, año de diagnóstico), de tipo histológico, la localización, los factores de riesgo, los síntomas y el estadio de la neoplasia en el momento del diagnóstico.

#### Resultados

El número de casos totales por años fue: 6, 8, 23, 8, 18, 19, 18, 15, 28 (la incidencia varía entre 6-28) del año 2002 al año 2010 respectivamente. La distribución por sexos fue de 70% varones y el 30% mujeres. La edad media al diagnóstico fue 69 años (35-92), Los principales síntomas descritos fueron dolor abdominal 70%, pérdida de peso 65%, anorexia 60%, astenia 50%, vómitos 40%, hemorragia digestiva 35%, disfagia 15%; Tipos de lesión: Tumor 50%, úlcera 40%, lesión

difusa 7%, pólipo 3%. Localización: 1/3 superior 25%, 1/3 medio 28%, 1/3 inferior 40%, Difuso 7%; Tipo histológico: Intestinal 73% y Difuso 27%. Factores de riesgo: Tabaco 70%, alcohol 35%, diabetes 20%. Datos de laboratorio: Anemia 80%, marcadores Tumorales (40% Elevados, 28% Normales y 32% No se determinaron). Estadío TNM en el momento del diagnóstico: IA 8%, IB 11%, II 12%, IIIA 18%, IIIB 7%, IV 44%.

#### Conclusiones

observamos una mayor frecuencia del adenocarcinoma gástrico en los varones fumadores entre la sexta y la séptima década de la vida, siendo los síntomas más frecuentes el dolor abdominal y la pérdida de peso, ambos tardíos para poder realizar un diagnóstico precoz, siendo la anemia el dato de laboratorio más comúnmente observado y el que nos podría permitir un diagnóstico más precoz. La localización principal corresponde al 1/3 inferior (antro y píloro) presentándose como tumor o úlcera fundamentalmente. El tipo histológico más frecuente es el intestinal. Ha habido un mínimo aumento de casos en los últimos años y parece que se están detectando en estadios más precoces.

### P2. AUTOAUDITORÍA SOBRE CUMPLIMIENTO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO (PAI) DISPEPSIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (H.U.S.C.)

López Segura, R.; Selfa Muñoz, A.; Ruiz Escolano, E.; Alcázar Jaén, L.; Barrientos Delgado, A.; García, R.; Salmerón, J.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO, UNIDAD APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

#### Introducción

La gastroscopia es el gold estándar ante una dispepsia sin mejoría tras tratamiento empírico, pero su alta prevalencia, coste, riesgos...hace surgir el PAI Dispepsia para agilizar el proceso diagnóstico-terapéutico.

#### Objetivos

Valorar si se realiza gastroscopia con demora menor a 30 días cuando no hay respuesta al tratamiento. Comprobar si se informa sobre plan terapéutico, pruebas, y solicitud de consentimiento.

#### Método

Autoauditoría. Criterios/indicadores/estándares: obtenidos del PAI (figura 1). Dimensiones: adecuación de indicación, accesibilidad, seguridad, continuidad asistencial. Indicador: de proceso. Población: 43 pacientes al azar (referencia: 220) diagnosticados de dispepsia entre 1/1/10-

31/12/10 en H.U.S.C. Variables: cualitativas dicotómicas.  
Fuente: Archinet.

### Resultados

El 55.8% del total sin respuesta al tratamiento, son sometidos a gastroscopia, IC (95%)  $\pm$  0.15. En el 83.3%, ésta se ha realizado con demora menor a 30 días, IC (95%)  $\pm$  0.11. El 95.8% ha firmado consentimiento, IC (95%)  $\pm$  0.06. En el 59.5% del total, se ha realizado informe para Atención Primaria (AP), IC (95%)  $\pm$  0.15.

### Conclusiones

Mayores tasas de cumplimiento en cuanto a brevedad en la realización de gastroscopia una vez solicitada y firma de consentimiento. Menores en cuanto a solicitud de gastroscopia y redacción de informe para AP. Los aspectos analizados alcanzan solo parcialmente el estándar fijado. Esto tal vez sea debido, entre otras causas, a falta de consonancia entre población a la que se pretende realizar y la real, sus necesidades, personal y equipamiento de la unidad de Digestivo.

CRITERIOS	ESTANDAR	INDICADORES
Todo paciente con dispepsia sin respuesta al tratamiento* deberá ser sometido a gastroscopia diagnóstica en un plazo de tiempo razonable.	90%	Nº pacientes sin respuesta al tratamiento empírico sometidos a endoscopia/ Nº total de pacientes con dispepsia sin respuesta al tratamiento empírico x 100
	90%	Nº de endoscopias con demora menor de 30 días tras la petición de la gastroscopia por parte de Digestivo/Nº total de endoscopias x 100
Todo paciente previamente a la realización de gastroscopia, deberá firmar el consentimiento tras ser informado	100%	Nº pacientes sometidos a gastroscopia con consentimiento firmado/ Nº total de dispépticos con gastroscopia x 100
Todo paciente visto en AE (Digestivo) deberá tener un informe para el médico de familia con las actuaciones que se han de seguir, los procedimientos realizados...	100%	Nº pacientes vistos en Digestivo con realización de informe para AP/ Nº total de dispépticos istos en Digestivo x 100

### P3. CARACTERÍSTICAS DE NUESTROS PACIENTES SOMETIDOS A GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA Y ANÁLISIS DE LA TÉCNICA

González Artacho, C.; Matas Cobos, A.; Ojeda Hinojosa, M.; Redondo Cerezo, E.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

### Introducción

La Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) es el método de elección para la alimentación enteral a largo plazo en presencia de tracto gastrointestinal viable. Su indicación principal es la alimentación oral que por diversos motivos tienen los pacientes. Es aconsejable una adecuada selección de los pacientes, por no estar exenta de complicaciones e implicaciones éticas.

### Objetivos

Describir las características de nuestros pacientes sometidos a gastrostomía endoscópica, evolución, complicaciones y mortalidad.

### Material y métodos

Desde Febrero de 2009 hasta Julio de 2011, revisamos los pacientes sometidos a este procedimiento. Analizamos las variables: Edad, sexo, indicación, complicaciones, mortalidad y duración. Realizamos un estudio retrospectivo observacional y empleamos el programa estadístico PASW-18.

### Resultados

Revisamos un total de 68 pacientes, (51.5% varones), con edad media de 63.72 $\pm$ 19.94 años. Las principales indicaciones fueron: Demencias 25%, neoplasias de cabeza y cuello 19%, ictus 11.8%, enfermedades desmielinizantes 8.8%, encefalopatía anóxica 7.4%, neumonía aspirativa de repetición 7.4%, E. Parkinson 5.9%. Las complicaciones se produjeron en 4 pacientes (5.9%): 3 infecciones de herida y una hemorragia autolimitada. La duración del tratamiento nutricional fue 12.68 $\pm$ 11.68 meses. En un 7.3% la PEG fue transitoria, con duración media de 5 meses. La mortalidad diferida precoz (no siempre relacionada con el procedimiento per se) fue del 4.4%, 3 pacientes, 2 precozmente.

### Conclusiones

- La Gastrostomía Endoscópica Percutánea en una técnica endoscópica segura, con una incidencia de complicaciones en nuestra unidad de 5.9%.

- Las principales indicaciones en nuestro medio son las demencias y las neoplasias de cabeza y cuello.

- Obtuvimos una mortalidad de 4.4%, menor a la publicada en otras series (8,2-32,8%).

#### **P4. CARACTERÍSTICAS DEL FITOBEZOARES EN NUESTRO MEDIO**

Martín-Iagos Maldonado, A.1; Martínez Tirado, M.1; Alcázar Jaén, L.1; Selfa Muñoz, A.1; Florido García, M.1; Salmerón Escobar, F.2

1HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO, UNIDAD DE DIGESTIVO; 2HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA.

##### **Objetivos**

Revisar la frecuencia, complicaciones y tratamiento de los bezoares que precisaron ingreso en adultos.

##### **Método**

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo utilizando la base de datos de nuestro hospital desde el año 1992 hasta 2010.

##### **Resultados**

Se ingresaron 36 casos, todos fito bezoares. El 77,8% tenían algún factor favorecedor, siendo la cirugía gastrointestinal el más prevalente. La forma de presentación más frecuente fue la obstrucción intestinal (69,4%) seguida del dolor abdominal (19,4%), y sólo hubo un caso de muerte por perforación. La mayoría se localizaron en intestino delgado (61,1%), fundamentalmente en el íleon terminal. El tratamiento quirúrgico fue necesario en 23 casos. El resto se resolvió con endoscopia o medidas conservadoras.

##### **Discusión**

La formación de bezoares es rara en sujetos sanos, existiendo el antecedente de cirugía en el 54-80% de los casos. Nosotros identificamos 9 casos de Billroth II, 7 cuadros adherenciales, 3 vagotomías y 1 cirugía bariátrica. El tratamiento conservador con coca-cola, n-acetilcisteína y procinéticos fue efectivo en 11 pacientes; 2 precisaron tratamiento endoscópico, y los casos de obstrucción intestinal, y uno sin respuesta a tratamiento médico cirugía.

##### **Conclusiones**

Los fito bezoares deben incluirse en el diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal, principalmente si existe un antecedente de cirugía gástrica. El tratamiento conservador es eficaz en la mayoría de los pacientes, salvo complicaciones.

#### **P5. CARACTERÍSTICAS Y FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA AMILOIDOSIS CON AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL Y/O HEPÁTICA**

Alcalde Vargas, A.; Leo Carnerero, E.; Herrera, J.; Márquez Galán, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

##### **Objetivo**

Describir las manifestaciones clínicas y endoscópicas de la afectación digestiva, buscando datos diferenciales.

##### **Material y métodos**

Estudio retrospectivo de 35 pacientes con diagnóstico de amiloidosis intestinal entre 1989-2009. Consideramos afectación hepática si alteración de la bioquímica hepática tras descartar otras etiologías, desestimando la biopsia por alto riesgo de hemorragia.

##### **Resultados**

Edad media de 55,6 años. Distribución homogénea por sexos. Predominio de amiloidosis secundaria (AA, n20), frente a la primaria (AL, n13), más dos casos de amiloidosis asociada a hemodiálisis. El síntoma digestivo más frecuente fue la diarrea en (n19) hábito intestinal alternante (n10) y dolor abdominal (n9). Frecuentes manifestaciones extraintestinales, fundamentalmente renales (24pacientes) Elevación de enzimas colestasis en 8 enfermos (3 con hepatomegalia). Mal pronóstico, condicionado por la insuficiencia renal. De los 17 pacientes analizados hasta el 2000, 9 fallecen antes de 4 años. De los diagnosticados posteriormente, 11/18 han fallecido con supervivencia media de 32 meses. El 53% no presentan alteraciones en la rectosigmoidoscopia. 7 pacientes presentan aspecto endoscópico superponible a enfermedad inflamatoria intestinal (EII), todos ellos con depósito amiloide en mucosa. El resto(8) presentan alteraciones inespecíficas. La endoscopia oral mostró aspecto normal en 8/17 casos y alteraciones inespecíficas en el resto.

##### **Conclusiones**

- Gran inespecificidad clínica y endoscópica, que hace indispensable un alto grado de sospecha. Realizar diagnóstico diferencial con EII cuando el amiloide se deposita en mucosa.

- Incluirlo en diagnostico diferencial de pacientes diarreas y dolor abdominal, sobre todo si insuficiencia renal y afectación reumatológica asociadas.

- Mal pronóstico, condicionado por la insuficiencia renal.

## **P6. CARCINOMA GÁSTRICO CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO EN EL ÁREA HOSPITALARIA JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA**

García, M.; Nuñez, C.; Vázquez, J.; Casado, P.; Cabanillas, M.; Pallarés, H.; Ramos, M.

ÁREA HOSPITALARIA JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, APARATO DIGESTIVO. HUELVA.

### **Objetivo**

Analizar las características epidemiológicas del carcinoma gástrico con células en anillo de sello en nuestra área hospitalaria.

### **Material y métodos**

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se seleccionaron los casos de cáncer gástrico con histología de CAS registrados en nuestro hospital entre septiembre de 2002 y diciembre de 2010, realizando una revisión de las historias clínicas se recogieron los siguientes datos: sexo, edad al diagnóstico, fecha, hábito tabáquico y enólico, localización de la neoplasia, estadio tumoral.

### **Resultados**

Se analizaron 45 casos de CAS (64.4% hombres, edad media al diagnóstico de 65 años). 20 muestras eran de biopsia endoscópica y 25 de piezas quirúrgicas. El año 2010 fue en el que más casos se registraron (24.4%), seguido del 2006 (17.8%). El 31.1% de los pacientes habían sido fumadores y el 8.9% bebedores, el 4.4% tenían antecedentes de enfermedad péptica. La localización más frecuente fue el cuerpo gástrico (48.9%) y antro (26.7%), apareciendo en el resto de zonas con mucha menos frecuencia. 30 de los casos (66.6%) fueron diagnosticados en estadio IV. En los casos en los que se realizó cirugía (55.6 %) la gastrectomía total fue la técnica que se realizó más frecuentemente (56%).

### **Conclusiones**

El CAS es un diagnóstico infrecuente en nuestro medio, siendo los varones en edad media los pacientes que más frecuentemente lo padecen. El antecedente de tabaquismo estaba presente en un alto porcentaje de pacientes como único factor de riesgo probable asociado. El diagnóstico en estadio avanzado es frecuente, no siendo posible el tratamiento curativo.

## **P7. ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR AUMENTADO DE TONO: ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD**

González Artacho, C.; Matas Cobos, A.; Martos Ruíz, V.; Ruíz-cabello Jiménez, M.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

### **Introducción**

Se considera tono normal del esfínter esofágico inferior (EEI) el que es  $\leq 30$  mmHg, y muchos autores consideran esfínter hipertónico sólo cuando el tono es  $> 40$  mmHg.

### **Objetivos**

Analizar las características de nuestros pacientes con aumento del tono del EEI.

### **Material y métodos**

Revisamos los pacientes, desde 2002 hasta 2011, en los que se detectó aumento del tono del EEI. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo y empleamos el programa estadístico PASW-18.

### **Resultados**

Se detectaron 47 pacientes con tono del EEI  $> 30$  mmHg. Representa una incidencia de 1.2/100000 habitantes, aunque en los últimos 3 años es de 2.3/100000 habitantes, probablemente por el aumento de exploraciones. La edad media fue 52.3 años. Hubo 72.3% de mujeres y 27.7% de hombres. El tono medio fue de 41.2 mmHg, la longitud media del EEI fue 4.5 cm, y la relajación esfinteriana fue normal en el 89%. El 51.1% referían clínica típica de reflujo gastroesofágico (RGE); 42.6% disfagia a líquidos y/o sólidos; 23.4% dolor retroesternal y 14.9% nudo retroesternal espontáneo. La endoscopia fue normal en 14, hernia de hiato en 8, esofagitis en 3, anillo de Schatzki en 3, sospecha de cardias hipertónico en 6 y sospecha de trastorno motor en 5. Se realizó pHmetría a 21 pacientes, existiendo reflujo ácido patológico en 8: cuatro con clínica típica de RGE y tres clínica de RGE y dolor; cuatro con tono del EEI entre 31-40 mmHg y cuatro  $> 40$  mmHg.

### **Conclusiones**

- El esfínter esofágico inferior hipertónico es un trastorno motor primario del esófago poco frecuente.
- Suele diagnosticarse a edad media, con predominio femenino.
- Clínicamente predomina RGE asociando en ocasiones disfagia y/o dolor retroesternal.

## P8. INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

Alcalde Vargas, A.; Leo Carnerero, E.; Trigo Salado, C.; de La Cruz Ramírez, M.; Herrera, J.; Márquez Galán, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

### Objetivos

Conocer el porcentaje de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en tratamiento de mantenimiento con IFX que requieren intensificación del mismo, la respuesta a la modificación y que factores influyen.

### Material y métodos

Análisis retrospectivo del registro de pacientes con EII en tratamiento de mantenimiento con IFX, excluyendo los que solo han realizado tratamiento de inducción. Analizamos el tipo de EII, características fenotípicas, indicación de terapia biológica (patología luminal o perianal en EC y brote grave o corticodependencia en CU), tiempo de evolución de la enfermedad, tratamientos concomitantes antes y en el momento de la intensificación, tipo de intensificación (aumento de dosis o acortamiento de intervalo), tiempo de intensificación, respuesta a la intensificación y actitud consecuente (suspensión, mantiene dosis intensificadas, vuelve a standard). Consideramos fracaso de la intensificación si suspende IFX (por adalimumab o cirugía) o precisa esteroides.

### Resultados

De los 143 pacientes, incluimos 122 (21 solo tratamiento de inducción), con edad media 31.2 años y predominio de EC (72% EC vs 28% CU), con un seguimiento de 64 meses desde el diagnóstico de EII. 24 pacientes (19.7%) requieren intensificación del tratamiento. En todos, se realiza acortamiento de intervalos, a una media de 6.2 semanas, realizándose a los 21.5 meses de tratamiento con IFX, no encontrando ningún factor influyente de los estudiados. El 75% responden a la intensificación del tratamiento tras 16.8 meses de seguimiento post-intensificación y de ellos, 7 (29.5%) pueden volver a su tratamiento inicial, mientras que 12(50%) siguen en intensificación y 5(20.9%) fracasan pese a intensificar.

## P9. LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Rodríguez Sicilia, M. 1; García Escaño, M. 2; Benítez Rodríguez, B. 3; Zafra Jiménez, C. 2; Robles Olid, J. 2

1HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA. 2HOSPITAL INFANTA MARGARITA, APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA. 3ÁREA HOSPITALARIA JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, APARATO DIGESTIVO. HUELVA.

### Introducción

La Esofagitis eosinofílica (EE) es una enfermedad emergente.

### Objetivos

Analizar la clínica y respuesta al tratamiento.

### Material y métodos

Pacientes con histología de EE en biopsias esofágicas en los últimos 10 años en H. Infanta Margarita. Analizamos edad, sexo, clínica, hallazgos endoscópicos, tratamiento y respuesta.

### Resultados

19 casos de EE. 89% varones, edad media 38 años. Síntomas: disfagia 53%, impactación alimenticia 37%. Endoscopia: esófago anillado 47,5%, estriación 21%, normal 16%, erosiones 10,5%, anillos fibrosos 5%. Tratamiento: Fluticasona+Omeprazol 47.5%, Fluticasona 5%, Prednisona+Omeprazol 16%, 5% Prednisona+Fluticasona, 21% no tratamiento. El 74% asintomáticos y 5% recidiva.

### Conclusiones

La EE es más frecuente en varones jóvenes. Disfagia e impactación de bolo alimenticio son los síntomas más frecuentes. Debemos tomar biopsias esofágicas en estos pacientes. La Fluticasona parece buen tratamiento de 1ª elección.



## P10. LINFOMA PANCREÁTICO PRIMARIO

Ojeda Hinojosa, M.; Martos Ruiz, V.; González Artacho, C.; Redondo Cerezo, E.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

### Introducción

El linfoma pancreático primario es una enfermedad rara, constituyendo sólo el 1% de los linfomas extranodales y el 0.5% de todas las masas pancreáticas. Este tipo de tumor pancreático es difícil de diferenciar clínicamente del adenocarcinoma de páncreas sin la ayuda de la anatomía patológica. Debido a los diferentes pronósticos de ambas enfermedades, el correcto diagnóstico es fundamental.

### Caso clínico

Varón de 54 años, con antecedentes de trasplante renal en 2005 y tabaquismo, que ingresa en nuestro servicio tras el hallazgo de una masa a nivel epigástrico. Analíticamente en el paciente destacaba una LDH de 1065 y PCR de 3. Durante el ingreso se realiza TC de abdomen apreciándose "una gran masa heterogénea que respeta cabeza pancreática e invade el resto de la glándula, conformada en dos lóbulos, de medidas de 84x 68mm a nivel de cola, y otra de 85x84mm que es atravesada por vasos sanguíneos, arteria esplénica, y hepática". Posteriormente se realizaría ecoendoscopia digestiva lineal, objetivándose una "gran masa heterogénea que ocupa la práctica totalidad del páncreas de aspecto neoplásico. Adenopatías sospechosas de malignidad en áreas 9, ventana aorto-pulmonar y área 2L". Se procede a realizar PAAF de la lesión con apoyo de citopatólogo "in situ". Posteriormente el informe anatomo-patológico informaría de "linfoma B de células grandes. Compatible con síndrome proliferativo posttrasplante monomorfo B". Con nuestro caso queremos recalcar el papel en el diagnóstico de este tipo de tumores de la ecoendoscopia, y a ser posible, con apoyo de citopatólogo.

## P11. MASA RECTAL AISLADA COMO PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE TUBERCULOSIS INTESTINAL

Heredia Carrasco, C.1; Matas Cobos, A.1; González Artacho, C.1; López de Hierro Ruiz, M.2

1HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO; 2HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

### Introducción

El bacilo de la tuberculosis puede afectar a cualquier tracto del aparato digestivo siendo rara la localización rectal.

Los hallazgos endoscópicos son variables (estenosis anal circunferencial, masa,...) e indistinguibles de neoplasias o enfermedad inflamatoria intestinal. Sin afectación ileocecal el diagnóstico es difícil.

### Caso clínico

Varón de 52 años con antecedentes de sarcoidosis pulmonar, enolismo y tabaquismo activo que desde hace un año presenta 10-12 deposiciones diarreas líquidas-semiblandas, síndrome constitucional y fiebre. Exploración física anodina salvo hepatomegalia de tres centímetros no dolorosa. Colonoscopia: a 10 cm del margen anal lesión vegetante, mamelonada y circunferencial que estenosa la luz impidiendo la progresión (figura 1). Se toman biopsias (negativas para malignidad, tejido de granulación inespecífico). Con sospecha de sarcoidosis pulmonar e intestinal se inicia tratamiento inmunosupresor. A los dos meses es ingresado por persistencia de la clínica. Intradermoreacción de Mantoux: positiva. Cultivo de esputo: desarrollo de Mycobacterium tuberculosis complex. Colonoscopia: superponible a la primera, biopsias para estudio histológico y cultivo, con desarrollo de Mycobacterium tuberculosis complex. Confirmada la tuberculosis diseminada (pulmonar e intestinal), se inicia tratamiento tuberculostático.

### Discusión

La tuberculosis intestinal puede presentarse de forma secundaria a foco pulmonar o raramente de forma aislada. El lugar de afectación más frecuente es la región ileocecal, con patrón ulcerativo (60%), hipertrófico (10%) o úlcero-hipertrófico (30%). El tratamiento médico es de elección; el quirúrgico queda reservado a estenosis persistentes, es difícil descartar una neoplasia o existen complicaciones. La dilatación con balón es segura para estenosis fibrosas de corta longitud.

## P12. PREVALENCIA DE COLITIS MICROSCOPICA EN UN HOSPITAL COMARCAL EN 10 AÑOS

Rodriguez Sicilia, M.1; Garcia Escaño, M.2; Benitez Rodriguez, B.3; Zafra Jimenez, C.4; Robles Olid, J.2

1HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA. 2HOSPITAL INFANTA MARGARITA, APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA. 3ÁREA HOSPITALARIA JUAN RAMÓN JIMENEZ, APARATO DIGESTIVO. HUELVA. 4HOSPITAL INFANTA MARGARITA. CÓRDOBA.

### Introducción

La colitis microscópica (CM) engloba dos enfermedades: colitis linfocítica (CL) y colitis colágena (CC). Se considera una patología de baja frecuencia. Nuevos datos sugieren que es relativamente común.

## Objetivos

Estimar la prevalencia de CL y CC en biopsias de colonoscopias realizadas durante el estudio de una diarrea crónica. Analizar características clínico-epidemiológicas de pacientes diagnosticados de CM.

## Material y métodos

Incluimos todos los pacientes con diarrea crónica a quienes se realiza colonoscopia normal con biopsias para descartar CM. Recogemos aquellos con diagnóstico histológico de CM entre Enero de 2001 y Enero de 2011 en la Unidad de Digestivo del Hospital Infanta Margarita. Población en riesgo: 162.904 habitantes. Analizamos edad, sexo, existencia y tipo de colitis, lesiones concomitantes colónicas, exploración completa, ileoscopia y clínica.

## Resultados

Incluimos 432 colonoscopias. Diagnosticamos CM a 56 pacientes (12.96%), 75% mujeres, edad media: 57 años. Prevalencia de: CL: 27.01% y CC: 7.37%. Prevalencia en población a riesgo: 34.38%. Colonoscopia completa: 91.07% de pacientes del total de enfermos. Clínica: diarrea (96.4%), pérdida ponderal (19.6%), rectorragia 9%.

## Conclusiones

CM ocurre principalmente en mujeres de edad media, más frecuente la CL. Diarrea acuosa es el síntoma principal, seguido de pérdida ponderal. Encontramos mayor prevalencia de CM respecto de un estudio realizado en nuestro hospital en un periodo de 4 años donde obtenían prevalencia: CM 15.7%, CL 12.6% y CC 4.6%. Este aumento de prevalencia parece deberse a que se tiene más presente esta patología en el diagnóstico diferencial de la diarrea acuosa, consiguiendo un aumento de casos diagnosticados.

### P13. REVISIÓN EN NUESTRO MEDIO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

López Segura, R.; Martínez Tirado, P.; Selfa Muñoz, A.; Martín-lagos Maldonado, A.; Florido García, M.; Salmerón, J.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO, UNIDAD APARATO DIGESTIVO . GRANADA.

## Objetivos

Analizar el efecto del tratamiento biológico y las características de los pacientes tratados (2006-2010).

## Pacientes y métodos

58 pacientes, edad media 39 años (17-66), 60%

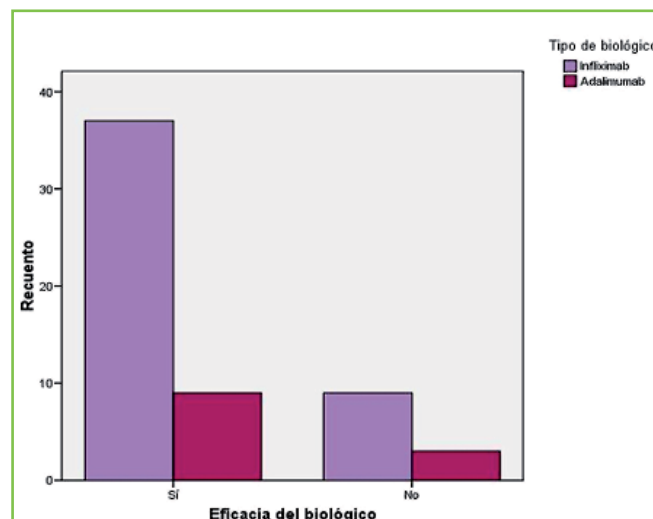
hombres/Estudio descriptivo observacional retrospectivo.

## Resultados

El 69% presentaba enfermedad de Crohn (EC): 17 estenosante, 4 penetrante, 19 no estenosante ni penetrante, asociados o no a enfermedad perianal. El 31% padecían colitis ulcerosa (CU): 8 izquierdas, 10 extensas. Indicación de biológico: 63% falta de respuesta y/o efectos adversos a inmunomoduladores, 30% afectación extraintestinal, 7% terapia puente. Se administró infliximab a 46 (16 CU, 30 EC), adalimumab a 12 (10 EC, 2 CU). La eficacia de los anti-TNF fue del 79% (46/58), sin diferencias significativas entre adalimumab/infliximab ( $p=0.6$ ) (figura 1). La pérdida de respuesta fue del 24% (14/58), sin diferencias significativas entre ambos ( $p=0.7$ ) (figura 2). Presentaron efectos adversos el 28%, sin diferencias entre adalimumab/infliximab ( $p=0.3$ ) (figura 3).

## Conclusiones

En nuestra muestra el fracaso/contraindicación del tratamiento inmunomodulador fue la principal indicación de terapia biológica (63%). La eficacia de los anti-TNF es del 70% y la pérdida de respuesta del 40%. En nuestra muestra encontramos mejores datos de eficacia y menor porcentaje de pérdida de respuesta (el 79% respondió independientemente del tipo usado; el 30% perdió respuesta). En nuestro medio, adalimumab/infliximab han demostrado ser igualmente eficaces y seguros.



### P14. DESIMPACTACIÓN ENDOSCÓPICA DE UN FITOBEZOAR DUODENAL CON BALÓN EXTRACTOR DE LITIASIS AUTORES: SILVIA PATRICIA ORTEGA MOYA ALFREDO LLOMPART RIGO SAM KHORRAMI MINAEI JAIME GAYÁ CANTALLOPS

Ortega Moya, S.

HOSPITAL SON ESPASES, DIGESTIVO. MALLORCA.

## Introducción

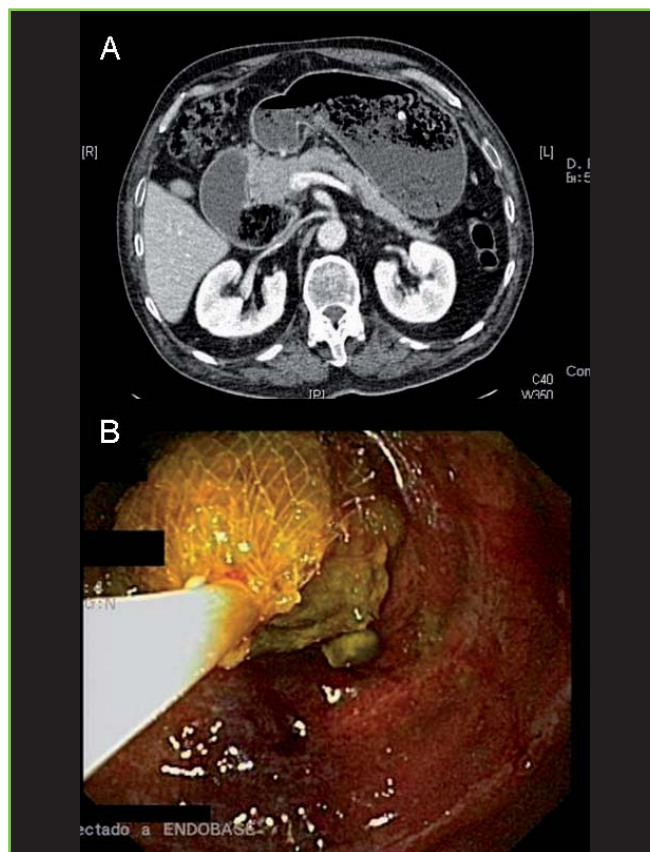
Un bezoar es una concreción de material indigerible retenido en el tubo digestivo. Su impactación a nivel duodenal es una causa poco frecuente de oclusión intestinal alta. Presentamos el caso de la impactación de un fitobezoar a nivel duodenal.

## Caso clínico

Varón de 66 años que acudió a Urgencias por abdominalgia y vómitos de retención de 48 horas de evolución. Antecedentes personales: vagotomía con piloroplastia. Exámen físico: distensión abdominal con efecto masa a la palpación en epigastrio y bazuqueo. Hemograma y bioquímica normales. La radiografía simple de abdomen mostraba un estómago de retención. Se colocó una SNG y se realizó un TAC de abdomen que mostraba una imagen endoluminal de escasos centímetros de longitud y patrón moteado con burbujas de aire en su interior, sugestiva de bezoar impactado en parte distal de la segunda porción duodenal (Figura 1). Se realizó una gastroscopia que mostró un píloro borrado. Se localizó el fitobezoar impactado en la parte distal de la segunda porción duodenal y que ocluía completamente la luz. Se procedió a su desimpactación, primero con asa de polipectomía (Boston Científico®, Francia) y posteriormente con una cesta "recoge pólipos" (US Endoscopy®, EEUU) sin éxito, al no poder enlazarlo por su periferia (Figura 2). Entonces se procedió a perforar el fitobezoar en su centro con la punta del asa y pasar un balón extractor de litiasis biliar (Cook®, Irlanda) sin guía ni control fluoroscópico. Una vez inflado el balón hasta el diámetro mediano, se traccionó con suavidad hasta desimpactar el bezoar. Por último, se fraccionó con el asa de polipectomía y se revisó el duodeno, sin observar estenosis ni otras lesiones mucosas. El paciente fue dado de alta a las 24 horas.

## Discusión

Los bezoares gastrointestinales constituyen una patología poco frecuente del tubo digestivo, pueden ser fitobezoares y tricobezoares (1-3). Varios factores favorecen su formación como la ingesta excesiva de alimentos ricos en fibra vegetal, una masticación deficiente y las alteraciones anatómicas o funcionales. En una serie de 56 casos, el 84 % de los pacientes tenían antecedente de cirugía previa y en la mayoría era una vagotomía troncular con piloroplastia (3). La impactación de un bezoar constituye una indicación de endoscopia urgente. El tratamiento endoscópico precoz reduce la necesidad de cirugía, complicaciones, estancia hospitalaria, morbi-mortalidad y costes (4,5). El éxito terapéutico dependerá de la experiencia, habilidad y capacidad adaptativa del endoscopista, ya que no se dispone de un algoritmo o guía. Figura 1: Imagen de tomografía computadorizada que muestra un estómago de retención y bezoar impactado en segunda porción duodenal. Figura 2: Fracaso en la maniobra de desimpactación del bezoar duodenal con una cesta "cazapólipos"



## P15. VALOR DE LA PHMETRIA AMBULATORIA DE 24 HORAS EN EL DIAGNOSTICO DE LOS SINTOMAS ASOCIADOS A REFLUJO GASTROESOFAGICO EN PACIENTES SIN HALLAZGOS DE ESOFAGITIS EN EDA

Marín Pedrosa, S.

HOSPITAL REINA SOFÍA, APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA.

## Objetivos

Determinar el valor diagnóstico en nuestro medio de la PhMetría ambulatoria en pacientes con clínica atribuible a reflujo gastroesofágico y sin esofagitis en EDA.

## Material y métodos

Se diseñó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron 82 pacientes con diagnóstico clínico de reflujo gastroesofágico sin esofagitis valorada por EDA, a los cuales se le realizó Phmetría ambulatoria de 24 horas, con sonda de un canal, mediante técnica convencional. Se recogieron datos demográficos así como datos referentes al score de De Meester, síntomas totales, síntomas a  $Ph < 4$ , en una base de datos Acces y se analizaron mediante el programa estadístico SPSS.

## Resultados

Los pacientes estudiados tenían una edad media de 44,8 años (+/- 15), de estos el 58,5% fueron mujeres. En

cuanto al diagnóstico obtenido fue: normal en el 59.8% de los pacientes, reflujo leve 20.7%, reflujo moderado 17% y reflujo grave 2.4%. Durante la exploración aparecieron síntomas en el 45,1% de los pacientes y síntomas a  $\text{Ph} < 4$  en el 26,8%, siendo el índice sintomático significativo en el 59,1% de éstos últimos.

### Conclusiones

La PhMetría encuentra reflujo patológico en 1 de cada 3 pacientes con síntomas de RGE sin esofagitis, habiendo diferencias entre hombres y mujeres. Esto nos hace hacer pensar que además del reflujo ácido otros factores como la hipersensibilidad visceral pueden influir en esta patología.

### Palabras clave

Reflujo gastroesofágico, PhMetría, Reflujo sin esofagitis.

### P16. TRATAMIENTO CON HIERRO INTRAVENOSO EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Matas Cobos, A.; González Artacho, C.; Martos Ruiz, V.; Cabello Tapia, M.; Gómez García, R.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

### Introducción

La terapia con hierro oral en ocasiones es insuficiente y mal tolerada en pacientes con EII y anemia ferropénica. El hierro intravenoso es una buena alternativa para aumentar la adhesión y mejorar los resultados del tratamiento.

### Objetivos

Valorar la eficacia del tratamiento con hierro intravenoso en pacientes con EII y anemia crónica refractaria al tratamiento con hierro oral.

### Material y métodos

Estudio retrospectivo observacional donde evaluamos pacientes con anemia ferropénica refractaria a ferroterapia oral y EII que recibieron tratamiento con hierro intravenoso en nuestro servicio. Analizamos Hemoglobina, hierro, VCM y ferritina previas y tras las infusiones. Datos analizados mediante SPSS-15.0.

### Resultados

52 pacientes con EII y anemia ferropénica habían recibido tratamiento con hierro intravenoso (45 con hierro sacarosa y 7 con hierro carboximaltosa) apreciando un

incremento estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ) de las cifras de hemoglobina (de 9,3 a 12,1 mg/dl y de 9,4 a 12,4 mg/dl respectivamente) así como de los valores de ferritina (de 12,4  $\mu\text{g/L}$  a 43,5  $\mu\text{g/L}$  y de 11  $\mu\text{g/L}$  a 86,3  $\mu\text{g/L}$  respectivamente). El número medio de infusiones necesarias en el grupo de hierro sacarosa fue de 11,6. En el grupo de hierro carboximaltosa, tan solo de 3,1. Único efecto adverso observado: intolerancia gastrointestinal en un paciente tratado con hierro sacarosa.

### Conclusiones

El tratamiento con hierro intravenoso es eficaz y seguro en pacientes con anemia ferropénica y EII. Los preparados de hierro carboximaltosa consiguen mejores resultados con menor número de infusiones que los de hierro sacarosa, aunque necesitamos un mayor tamaño muestral.

### P17. TRATAMIENTO CON TALIDOMIDA ASOCIADA A TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON APC EN EL SANGRADO RECTAL POR LESIONES VASCULARES SECUNDARIAS A PROCTITIS ACTÍNICA SEVERA

Rincón Gatica, A.; Araujo Míguez, M.; Pizarro Moreno, A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS. SEVILLA.

### Objetivo

Presentamos dos casos de proctitis actínica crónica con requerimientos transfusionales y fracaso del tratamiento endoscópico que se beneficiaron del tratamiento con talidomida para conseguir el cese del sangrado.

### Caso clínico

Se trata de un varón de 80 años diagnosticado de adenocarcinoma de próstata en tratamiento con radioterapia y una mujer de 63 años con antecedentes de neoplasia de cérvix estadio IV. Ambos fueron tratados con radioterapia pélvica y en los dos años siguientes desarrollaron episodios de rectorragia cuantiosa. Ambos pacientes fueron diagnosticados de Proctitis Actínica, secundaria al tratamiento radioterápico. En ambos pacientes, la rectorragia se catalogó como sangrado grado IV, con necesidad de soporte transfusional; refractaria a tratamiento endoscópico con coagulación con argón plasma (APC) en varias sesiones y a los suplementos de hierro oral. Por este motivo en ambos se indicó tratamiento con talidomida; 100 mg cada 24 horas en el primer caso y 100 mg cada 12 horas en el segundo caso, así como tratamiento con hierro intravenoso consiguiéndose en ambos el cese del sangrado. Ambos pacientes desarrollaron efectos secundarios del fármaco; una neuropatía tóxica y edemas en miembros inferiores no trombotico. Ninguno ha vuelto a sangrar y la hemoglobina se mantiene estable en ambos tras un seguimiento de más de un año.

## Conclusiones

La Talidomida puede ser una opción de tratamiento eficaz en pacientes con proctitis actínica severa refractaria a otros tratamientos, en combinación con los mismos. La duración de su efecto en nuestros pacientes pensamos que se debe a la combinación con tratamiento endoscópico.

## P18. PAPEL DE LA COLONOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON COLITIS ISQUÉMICA

Benítez Rodríguez, B. 1; Osuna Molina, R. 1; Rodríguez Sicilia, M. 2; Pallarés Manrique, H. 1; Ramos Lora, M. 1

1HOSPITAL GENERAL JUAN RAMÓN JIMENEZ, DIGESTIVO. HUELVA. 2HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, DIGESTIVO. GRANADA.

## Introducción

La terapia con hierro oral en ocasiones es insuficiente y mal tolerada en pacientes con EII y anemia ferropénica. El hierro intravenoso en una buena alternativa para aumentar la adhesión y mejorar los resultados del tratamiento.

## Objetivos

La colitis isquémica es una entidad infravalorada por tener una clínica oligosintomática y poco específica a la hora de orientar al facultativo hacia su diagnóstico a pesar de ser la causa más frecuente de isquemia intestinal (incidencia en nuestro medio de 16-20 casos/100000 habitantes). En el presente estudio analizamos las características demográficas, clínicas y la utilidad de la colonoscopia en los pacientes diagnosticados de colitis isquémica en nuestro centro así como el cambio de actitud terapéutica que supone su diagnóstico.

## Material y métodos

Estudio retrospectivo en el que se seleccionaron 12 pacientes diagnosticados de colitis isquémica mediante colonoscopia y biopsia durante el periodo que abarca desde junio de 2010 a junio de 2011 analizando: edad, sexo, motivo de exploración, factores de riesgo cardiovascular, grado endoscópico de isquemia, cambio en la actitud terapéutica, tratamiento y evolución. Resultados: la edad media de nuestros pacientes fue de  $70,25 \pm 15,2$  años con una incidencia mayor en mujeres con respecto a hombres (66,7% mujeres y 33,3% hombres). Los factores de riesgo asociados fueron la hipertensión arterial (66,7%), antecedente de accidente cardiovascular previo (33,3%), tabaco (33,3%), diabetes mellitus (33,3%), antecedente previo de cirugía abdominal (16,7%). El motivo más frecuente para la realización de la colonoscopia fue rectorragia (83,3%) seguido de dolor abdominal (63,7%), estreñimiento (50%) y fiebre (33,3%).

Se realizó la colonoscopia de forma urgente en el 33,3% de los casos. La colonoscopia permitió un cambio en la actitud terapéutica en el 66,7% de los casos, aumentando en la urgente al 75%. La mortalidad global fue del 17,6%. La colitis isquémica grave ocurrió sólo en uno de los 12 casos (8,3%) que resultó con el fallecimiento del paciente, siendo el resto de los casos leve-moderada sin requerir tratamiento quirúrgico por buena evolución del paciente con tratamiento médico conservador adecuado, siendo menor el requerimiento de tratamiento quirúrgico (5%,  $p < 0,05$ ).

## Conclusiones

La colitis isquémica sigue siendo un cuadro que se manifiesta comúnmente con rectorragia y dolor abdominal en paciente con factores de riesgo cardiovascular, llamando la atención en nuestra revisión el antecedente previo de cirugía abdominal por diversos motivos (cirugía previa de pseudoobstrucción intestinal en uno de los pacientes, cirugía de úlcus péptico en otro de los pacientes). Es más frecuente en la edad avanzada, siendo algo más frecuente en el sexo femenino. La colonoscopia permite confirmar el diagnóstico, evaluar la gravedad y sobre todo induce a un cambio de actitud según el resultado de la misma. Permitiendo el tratamiento médico adecuado y precoz una buena evolución clínica con tratamiento médico conservador, siendo la cirugía necesaria con mayor frecuencia sólo en los casos severos.

## P19. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS INDICACIONES DEL TEST DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL COSTA DEL SOL

Fernández Cano, F. 1; Moreno García, A. 1; Pérez Aisa, A. 1; López Vega, M. 1; Rosales Zabal, J. 1; Rivas, F. 2; Fernández Pérez, F. 1; Méndez Sánchez, I. 1; Navarro Jarabo, J. 1

1HOSPITAL COSTA DEL SOL, UNIDAD APTO. DIGESTIVO. MÁLAGA. 2HOSPITAL COSTA DEL SOL, UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACION. MÁLAGA.

## Introducción

El Sobrecrecimiento Bacteriano de Intestino Delgado (SIBO), se presenta como una gran variedad de síntomas presentes en multitud de situaciones. Entre las formas de presentación: la distensión y dolor abdominal, dermatitis, manifestaciones articulares, alteraciones hepáticas y malabsorción grasa, entre otras.

## Objetivos

Analizar las situaciones clínicas donde hemos usado el Test de Sobrecrecimiento bacteriano con medición de hidrógeno en aire espirado.

## Material y métodos

De un total de 220 test de Hidrógeno espirado con

sobrecarga de glucosa para diagnóstico de SIBO realizados en nuestro centro entre enero-2008 y diciembre-2010, se seleccionó una muestra aleatoria (por número de historia correlativo) de 170 realizados en 122 pacientes. Analizamos las indicaciones en las que realizamos el test. Aquellos con test positivo recibían tratamiento antibiótico con Rifaximina.

## Resultados

De 122 pacientes, 25 se diagnosticaron de SIBO. Analizamos las indicaciones: -Síndrome de intestino irritable de difícil control: 44 pacientes (36,06%). El test era positivo en 2 casos (4,54% de los intestinos irritables y 1,64% del total). No antecedentes de cirugía. -Enfermedad de Crohn de evolución no satisfactoria no justificable por actividad de la enfermedad: 20 pacientes (16,39%). 6 casos presentaban antecedentes de cirugía resectiva intestinal (30% de los Crohn y 4,92% del total). El test SIBO fue positivo en 1 caso (5% de los Crohn y 0,82% del total) y tenía antecedentes de cirugía. -Participación en el estado nutricional de pacientes con cirugía resectiva gástrica y/o duodenal: 32 pacientes (26,23%). 4 casos (12,5% del grupo) de gastrectomía total, 2 casos (6,25%) de duodenopancreatectomía; 20 Y-Roux (66,25%); 4 casos (12,5% del grupo) Billroth; 1 (3,125%) gastroduodenostomía y 1 caso (3,125%) de tubulización esofágica. El test fue positivo en 16 casos (50% de los pacientes con antecedentes cirugía y 13,11% del total). -Pacientes con patología hepática: 31 pacientes (25,41%). El test fue positivo en 6 casos (19,35% del grupo y 4,92% del total). 3 de ellos tenían antecedentes de cirugía previa.

## Conclusiones

El SIBO está presente en diferentes situaciones clínicas. Creemos que es oportuno pensar en esta situación y realizar el Test de Hidrogeno espirado, dado que se puede indicar un tratamiento asequible; y su test diagnóstico es de fácil realización, inocuo, reproducible y con costes asequibles.

### P20. TRICOBZÓAR GIGANTE COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE EPIGASTRALGIA

Martos-ruiz, V.; Ojeda Hinojosa, M.; González Artacho, C.; Matas Cobos, A.; Redondo Cerezo, E.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, SERVICIO APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

## Introducción

-Paciente de 15 años de edad, sin antecedentes personales de interés. No tratamiento ni ingesta de tóxicos habitual. Acude a consultas externas de Digestivo por diarrea de 2 años de evolución, sin productos patológicos, que eventualmente no respeta la noche, con epigastralgia. No fiebre. Pérdida de peso no cuantificada. Exploración: Abdomen blando, depresible, sensible en epigastrio donde se palpa masa "gomosa" lisa, con ruidos intestinales normales.

No ascitis. Se solicitan: Ecografía abdominal: compatible con bezóar. Radiografía abdomen: ocupación de cámara gástrica con imagen en miga de pan. Endoscopia digestiva alta: Tricobezóar gigante en cavidad gástrica imposible de extraer endoscópicamente. La paciente reconoce ingesta de cabello cuando se siente muy estresada. Es remitida a Salud mental y a Cirugía general. En Cirugía general se realiza laparotomía media supraumbilical, gastrostomía longitudinal a nivel de cara anterior del cuerpo gástrico y extracción de un gran tricobezóar de unos 10x6 cm.

## Discusión

- Los tricobezóares aparecen principalmente en mujeres jóvenes con trastornos psiquiátricos, precediendo la tricotilomanía/tricofagia su aparición.
- Normalmente se descubren de forma incidental.
- La radiografía, TAC o tránsito baritado pueden mostrar como masa o defectos de relleno.
- La extracción quirúrgica debería considerarse en pacientes en que falla la terapia médica-endoscópica, o si se produce sangrado importante u obstrucción.

### P21. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS CON COMPLICACIONES BILIARES

Ojeda Hinojosa, M.; Martos Ruiz, V.; Matas Cobos, A.; Redondo Cerezo, E.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, DIGESTIVO. GRANADA.

## Objetivos

En los pacientes sometidos a un trasplante hepático las complicaciones biliares constituyen una importante causa de morbi-mortalidad. Con este estudio pretendemos analizar la incidencia de complicaciones biliares, y los factores que se relacionan con la supervivencia en estos pacientes.

## Métodos

Se trata un estudio retrospectivo, descriptivo de una cohorte de 187 pacientes sometidos a trasplante hepático entre 2002 y 2010. Se utilizó el programa SPSS 18.0 para cálculos estadísticos y se consideró significativo un  $p < 0,05$ .

## Resultados

Durante el período de estudio se realizaron 190 trasplantes hepáticos en 187 pacientes. La complicación biliar más frecuente fue la estenosis biliar extrahepática(13.4%). El intervalo medio de presentación fue 12.73 meses. Un 46.2% asoció una complicación arterial, siendo más

frecuente la estenosis de la arteria hepática(29.6%). Las complicaciones fueron tratadas mediante mayoritariamente mediante CPRE(24%). En el análisis de supervivencia (Kaplan-Meier), observamos como la media de supervivencia en los pacientes con complicaciones biliares sin problema arterial era de  $82.96 \pm 2.98$  meses, frente a un  $60.38 \pm 9.51$  en aquellos con problema arterial, resultando la diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.01$ ) (Log-rank, gráfica 1). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar supervivencia en función del tipo de complicación biliar ( $p=0.58$ ), causa primaria del trasplante( $p=0.841$ ), estadio de Child-Pugh( $p=0.828$ ), o tipo de intervención terapéutica( $p=0.845$ ).

### Conclusiones

Las complicaciones biliares son responsables de una importante morbi-mortalidad(14.9% de pacientes fallecieron o retransplantaron). La presencia de anomalías de la arteria hepática es un factor directamente relacionado con la supervivencia del injerto.

### P22. EFICACIA DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR EN LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES DISPÉPTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Rodriguez-oballe, J.1; Arroyo-martinez, Q.2; de Sola-romero, M.2; Rodriguez-téllez, M.2; Gómez-parra, M.2; Pellicer-bautista, F.2; Herrerias Gutierrez, J.2; Caunedo-alvarez, A.2

1COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA, UCG APARATO DIGESTIVO; 2COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA, UGC APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

### Objetivos

Varios autores han descrito en los últimos años una disminución en la eficacia de la erradicación del H. Pylori con la terapia triple clásica OCA (Omeprazol, claritromicina y amoxicilina, 7 a 10 días). No disponemos de datos sobre la cifra actual de erradicación en nuestro medio, por lo que al diseñar este estudio nos propusimos como objetivo conocer dicha tasa de erradicación en nuestra área hospitalaria.

### Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo en el que se revisaron todos los tests de urea en aliento marcada con C13 para la detección de H. pylori realizados en pacientes dispépticos tratados con terapia erradicadora y previamente diagnosticados de la infección mediante serología, test del aliento, test de ureasa rápida o histología, en el periodo comprendido entre Junio del 2010 y Junio del 2011 en nuestra área hospitalaria. Los datos demográficos así como la pauta de tratamiento utilizada fueron obtenidos a partir de la revisión de historias clínicas. Las pruebas de t

de Student y Chi cuadrado fueron utilizadas para en análisis estadístico en virtud de las variables consideradas.

### Resultados

Se revisaron un total de 276 pacientes dispépticos (56.04% Mujeres, Edad:  $48.84 \pm 13.85$ ) con infección por H. pylori, de los cuales 267 pacientes (96.73%) recibieron tratamiento con OCA y 9 (3.27%) con OLA (Omeprazol, Levofloxacino y amoxicilina). Del total de pacientes tratados con OCA, tuvieron test de comprobación negativo 203 (76.02%) y 64 pacientes (23.98%) lo tuvieron positivo; de los pacientes que recibieron tratamiento con OLA, 9 (100%) tuvo negatividad en el test de comprobación. No se observaron diferencias en las tasas de erradicación en ambos sexos (Mujeres 116/153, 75.82% vs Hombres: 96/123, 78.05%;  $p=0.66$ ). Aunque la eficacia de la erradicación fue menor en los grupos de edad más avanzados, esta diferencia no llegó a alcanzar la significación estadística (tabla 1).

### Conclusiones

La tasa de eficacia de la erradicación para el H. pylori con la triple terapia clásica en pacientes dispépticos es del 76.02% en nuestro medio. Creemos que este dato justifica el diseño de estudios amplios que permitan determinar las causas en la disminución de la efectividad del tratamiento, así como la conveniencia o no de recomendar otras pautas de erradicación.

### P23. IMPACTO DE LAS ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA Y LA EXPOSICIÓN ÁCIDA EN LA PRESENCIA DEL ESÓFAGO DE BARRETT

Rosales Zabal, J.1; Pérez Aisa, Á.1; López Vega, M.1; Fernández Cano, F.1; Romero Ordoñez, M.1; Rivera Irigoín, R.1; Rivas Ruiz, F.2; Navarro Jarabo, J.1; Sánchez Cantos, A.1

1AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO; 2AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN. MÁLAGA.

### Introducción

El esófago de Barrett representa la manifestación más severa dentro del espectro clínico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Varios factores se han relacionado con el desarrollo de Barrett, entre ellos la disminución de la motilidad del cuerpo y la disminución de presión del esfínter esofágico inferior (EII) que podrían aumentar la exposición ácida.

### Objetivos

Determinar si la presencia de esófago de Barrett se

asocia a una mayor incidencia de alteraciones de la motilidad esofágica y a una mayor exposición ácida.

### Material y métodos

Análisis retrospectivo de pacientes con clínica de ERGE sometidos a estudio manométrico esofágico y pH-metría ambulatoria 24 horas en la Agencia Sanitaria Costa del Sol. Se clasificaron para su análisis en tres grupos según los datos endoscópicos: Barrett (confirmado histológicamente), formas no erosivas y esofagitis erosivas sin Barrett.

### Resultados

228 sujetos, 39 (17,1%) con Barrett, 151 (66,2%) formas no erosivas y 38 (16,6%) con esofagitis erosiva sin Barrett. El Barrett es 3 veces más frecuente en varones ( $p < 0,001$ ). La hernia hiatal es más frecuente en formas erosivas y Barrett ( $p < 0,001$ ). No encontramos asociación entre el IMC y la presencia de Barrett ( $p = 0,655$ ). El 12,5% de los Barrett tienen un tono del EEI normal, frente al 36,7% que muestran una hipotonía severa ( $p = 0,051$ ). No existe relación entre la hipomotilidad del cuerpo esofágico y la presencia de Barrett ( $p = 0,446$ ). El Barrett y las formas erosivas se asocian a exposiciones ácidas más severas, sobre todo a formas de RGE severo mixto ( $p = 0,007$ ) y con mayor porcentaje de tiempo de exposición ácida y puntuación en el score de DeMeester ( $p < 0,001$ ).

### Conclusiones

Nuestros resultados coinciden con la literatura en la relación del Barrett con los trastornos por hipotonía del EEI, el sexo masculino y la presencia de una mayor exposición ácida. Sin embargo, no encontramos una asociación significativa con los trastornos peristálticos del cuerpo esofágico ni con la obesidad.

### P24. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS MANOMETRÍAS ESOFÁGICAS Y LA PH-METRÍA DE 24 H EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Rosales Zabal, J.1; Pérez Aisa, Á.1; López Vega, M.1; Fernández Cano, F.1; Romero Ordoñez, M.1; Rivera Irigoín, R.1; Navarro Jarabo, J.1; Rivas Ruiz, F.2; Sánchez Cantos, A.1

1AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO; 2AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN. MÁLAGA.

### Objetivos

Analizar los datos manométricos y pHmétricos de nuestra cohorte de pacientes con síntomas de enfermedad

por reflujo gastroesofágico.

### Material y métodos

Análisis retrospectivo de 228 sujetos con clínica de ERGE sometidos a estudio manométrico esofágico y pH-metría ambulatoria 24 horas. Se recogieron edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), presencia o no de hernia hiatal, datos endoscópicos, motilidad del cuerpo esofágico, tono del esfínter esofágico inferior (EEI) y los valores de la pH-metría.

### Resultados

Varones 108 (47,4%), mujeres 120 (52,6%). Edad  $48,73 \pm 14,52$  años. Hernia hiatal 166 (72,8%). IMC: delgadez 2 (0,9%), normal 78 (34,2%), sobrepeso 95 (41,7%), obesidad 53 (23,2%). Endoscopia: esofagitis no erosiva 151 (66,2%), grado I 22 (9,6%), II 13 (5,7%), III 3 (1,3%), IV-Barrett 39 (17,1%). Manometría cuerpo esofágico: normal 140 (61,4%), hipomotilidad 88 (38,6%). Tono EEI: normal 112 (49,1%), hipotonía 116 (50,9%). Reflujo gastroesofágico: fisiológico 66 (28,9%), severo mixto 64 (28,1%). % Tiempo  $pH < 4$ :  $8,8 \pm 9,1$  minutos. DeMeester:  $35,5 \pm 33,7$ .

### Conclusiones

La enfermedad por reflujo gastroesofágico se relaciona con la presencia de hernia de hiato y la obesidad. En contra de lo esperado, no apreciamos una mayor prevalencia de trastornos de la motilidad del cuerpo esofágico ni de hipotonía del EEI en la ERGE. Así mismo aunque es frecuente encontrar la presencia de reflujo ácido patológico, las formas más severas se dan con la misma frecuencia que el reflujo fisiológico.

### P25. RELACIÓN ENTRE LAS IMÁGENES DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL Y LA HISTOLOGÍA HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA

Benitez Rodriguez, B.; Nuñez Sousa, C.; García Esteban, M.; Pallares Manrique, H.; Ramos Lora, M.

HOSPITAL GENERAL JUAN RAMÓN JIMENEZ, DIGESTIVO. HUELVA.

### Objetivo

Valorar la relación entre el grado histológico de cirrosis y los datos existentes en la ecografía abdominal de pacientes con enfermedad hepática crónica conocida de etiología diversa.

### Material y métodos

estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyen un total de 15 pacientes con hepatopatía crónica en seguimiento en consulta monográfica de

hepatología de nuestra unidad durante el periodo que abarca desde enero de 2010 a enero de 2011 a los que se les haya realizado biopsia hepática y ecografía abdominal en ese mismo periodo. Como requisitos de inclusión se tuvo en cuenta: edad mayor de 18 años, hepatopatía crónica conocida y diagnosticada de etiología diversa (vímica, enólica, autoinmune, criptogenética), ecografía de abdomen realizada por el mismo experto radiólogo, estudio histológico practicado por el mismo anatomopatólogo experimentado.

## Resultados

Del total de 15 pacientes incluidos 9 son hombres y 6 mujeres, con edades comprendidas entre 26 y 71 años (edad media 48 años). La etiología fue infección crónica por VHC en 10 pacientes (66,7%), hepatitis autoinmune en cuatro pacientes (26,7%) y hemocromatosis en 1 paciente (6,7%). La ecografía fue compatible con la normalidad en 12 de los 15 pacientes, con un índice de Knodell en los siguientes valores: 5, 9, 9, 8, 10, 11, 6, 8, 7, 9, 11 (media de 7,75), frente a una ecografía informada como signos propios de hepatopatía crónica en 2 de los 15 pacientes, en los que el índice de actividad histológica de Knodell fue de 4 y 7 respectivamente (media de 5,5;  $p < 0,05$ ).

## Conclusiones

La biopsia hepática sigue demostrando ser más específica que la ecografía para detectar fibrosis en el parénquima hepático. Apesar de que este estudio está limitado por el bajo número de pacientes, consideramos interesante realizarlo comparando los resultados con los obtenidos con el fibroscan, con vistas al diagnóstico precoz de la fibrosis hepática con métodos no invasivos.

## P26. PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN ESTUDIO PRE-TRASPLANTE HEPÁTICO

León Montañés, R. 1; Alcalde Vargas, A. 2; Gutierrez Domingo, I. 2

1 HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, HEPATOLOGÍA; 2 HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, HEPATOLOGIA. SEVILLA.

## Introducción

Más del 96% de los pacientes con cirrosis pueden tener intolerancia a hidratos de carbono, y hasta un 25-30% pueden ser clínicamente diabéticos. En presencia de enfermedad hepática, la homeostasis del metabolismo de la glucosa está alterada como resultado de trastornos como la resistencia a la insulina, la intolerancia hidrocarbonada y la diabetes. Según la etiología de la cirrosis hepática varía la prevalencia de DM; así, está descrito un aumento de ésta en pacientes con enfermedad hepática por alcohol, EHNA, VHC y la hemocromatosis.

## Objetivos

El objetivo del presente trabajo ha sido conocer la prevalencia de diabetes mellitus en pacientes cirróticos en estudio pre-trasplante hepático, identificando así el o los tipos de cirrosis hepática que se asocian más a diabetes mellitus.

## Material y métodos

Estudio observacional descriptivo transversal o de prevalencia. Durante el período 2002-2010 ingresaron 514 pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, para realización de estudio pre-trasplante hepático. Los pacientes que ingresaron para estudio forman parte del área hospitalaria de Sevilla y Huelva. Análisis estadístico Realizamos estadística descriptiva de las variables del estudio. Se realizó test  $\chi^2$  o el test exacto de Fischer cuando fue necesario para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas según los dos grupos de estudio, se efectuó mediante la U-Mann-Whitney. Se realizó una regresión logística bivalente y multivariante.

## Resultados

Del total de 457 pacientes que formaron parte de nuestro estudio, hay 100 mujeres (21.9%) y 357 varones (78.1%). La media de edad fue de  $54.43 \pm 8.53$  años. Nuestro estudio muestra una prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con cirrosis hepática del 23.4%, muy superior a la observada en la población adulta sin enfermedad hepática (10-15%). No hemos hallado relación entre VHC y DM, ya que hemos encontrado una OR en el análisis bivalente de 0.379 (IC al 95%: 0.221-0.652) con una  $p < 0.001$  y una OR en el análisis multivariante de 0.453 (IC al 95%: 0.249-0.823) con una  $p < 0.009$ ; por lo que en nuestro estudio, el VHC se muestra como un factor protector frente a diabetes mellitus. La EHNA se asocia a DM, ya que 15 pacientes tenían DM, y tan solo 1 no (OR 56.902, IC 95%: 7.49-436.403,  $p < 0.001$ ). También hemos demostrado una asociación entre EHNA y el aumento del IMC en enfermos diabéticos (mediana en el grupo de no DM de 27.35; y en el grupo de si DM de 30.35) de forma estadísticamente significativa ( $p < 0.002$ ) No hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la cirrosis enólica y la presencia de DM (OR 0.806, IC 95%: 0.522-1.246,  $p < 0.332$ ). Tampoco hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa en la cirrosis por VHB, CBS y HAI (ver tabla 2). Hemos encontrado asociación entre la cirrosis criptogenética y la diabetes mellitus, comportándose como un factor de riesgo para el desarrollo de ésta (OR 3.406 IC 95%: 1.075-10.790,  $p < 0.037$ ). La CBP se comporta como un factor protector para DM, ya que de los 17 pacientes, tan sólo 1 paciente tiene DM (OR 0.197 IC 95% 0.026-1.503  $p < 0.117$ ).

## Conclusiones

Podemos afirmar que la prevalencia de DM esta aumentada en los pacientes con cirrosis hepática. Existen diferentes etiologías que se asocian más a la aparición de DM. En nuestro estudio, debido a distintas variables no recogidas

que pueden actuar como factores de confusión (antecedentes familiares, hepatocarcinoma), solo hemos podido demostrar un aumento de la incidencia de DM en la EHNA y en la cirrosis criptogénica.

## **P27. DAÑO HEPÁTICO INDUCIDO POR FÁRMACOS (DILI) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA PREVIA: UN ANÁLISIS DE LOS CASOS INCLUIDOS EN EL REGISTRO ESPAÑOL DE HEPATOTOXICIDAD**

Ortiz, N.1; García-muñoz, B.2; Borraz, Y.3; Robles, M.2; Castiella, A.4; Fernández, M.5; Pérez-álvarez, R.6; Blanco, S.7; Ávila, S.8; Lucena, M.2; Andrade, R.2

1HOSPITAL XANIT BENALMÁDENA; 2COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN DE LA VICTORIA; 3CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED: ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS CIBEREHD.; 4HOSPITAL DE MENDARO; 5HOSPITAL TORRECÁRDENAS; 6HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS; 7HOSPITAL BASURTO; 8COMPLEJO HOSPITALARIO XERAL-CALDE.

### **Introducción y objetivos**

La hepatopatía de origen tóxico-medicamentoso es una reacción adversa a fármacos relativamente rara aunque potencialmente grave. Existen pocos datos sobre el impacto del DILI en pacientes con enfermedad hepática previa.

### **Método**

Se identificaron los casos de hepatotoxicidad del Registro Español que cumplían criterios de enfermedad hepática subyacente y se analizaron sus características demográficas, la expresión clínica de la reacción hepatotóxica y la relación de causalidad en comparación con los pacientes del Registro sin enfermedad hepática previa. La evaluación de causalidad fue llevada a cabo mediante juicio clínico en base a criterios cronológicos, exclusión de causas alternativas y posteriormente mediante la aplicación de la escala RUCAM.

### **Resultados**

Veintidós de los 602 (3.7%) incluidos en el Registro Español de Hepatotoxicidad desde Abril de 1994 a Diciembre de 2006 presentaron enfermedad hepática previa (Hepatitis crónica viral/Cirrosis 11/5, hepatitis autoinmune 3, cirrosis enólica 2, cirrosis criptogénica 2). La mayoría de los fármacos implicados fueron antibióticos en 5 de los casos (22.7%), dos de ellos por amoxicilina-clavulánico y tres por fármacos antituberculosos (13.6%). No se encontraron diferencias entre pacientes con enfermedad hepática previa y sin ella con respecto a variables demográficas, presentación clínica y severidad del daño (Tabla). Además, la evaluación de causalidad por la escala RUCAM clasificó ambos grupos de pacientes en categorías similares de probabilidad.

### **Conclusiones**

La enfermedad hepática subyacente no conlleva un fenotipo particular de DILI o una mayor severidad ni afecta a la evaluación de causalidad y no debe ser considerada como un criterio de exclusión de pacientes en bases de datos de hepatotoxicidad.

## **P28. EFECTOS SECUNDARIOS DE AZATIOPRINA. VARIABILIDAD EN FUNCION DEL TIPO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

Mercedes Norberto, R.; Leo Carnerero, E.; Alcivar Vasquez, J.; Ciria Bru, V.; de La Cruz Ramirez, M.; Herrera Justiniano, J.; Marquez Galan, J.

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO, UGC APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

### **Objetivos**

Conocer los efectos secundarios (ES) de azatioprina (AZA) en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en nuestro medio, así como las diferencias entre enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU).

### **Material y métodos**

Estudio retrospectivo de 332 pacientes con EII (264 EC y 63 CU) tratados con AZA. Analizamos efectos secundarios y necesidad de suspender el tratamiento, en función del tipo de EII, de la actividad TPMT y de mutaciones NOD2/CARD15. Utilizamos test de T de Student para variables cuantitativas y Chi-cuadrado para cualitativas.

### **Resultados**

El 31,9% (106/332) de los pacientes presentan algún ES, siendo necesario suspender el tratamiento en 74 (69,8% de los casos con ES y 22,2% del total de pacientes tratados). No encontramos diferencias entre EC y CU. Los ES más frecuentes son leucopenia (28 casos), intolerancia digestiva (24), pancreatitis aguda (19) y toxicidad hepática (16), similares entre EC y CU, salvo porque los 19 casos de pancreatitis ocurren en EC (7,2% vs 0% CU). No encontramos asociación con la actividad TPMT (ajustando dosis de AZA a actividad enzimática). En EC la presencia de mutaciones NOD2/CARD15 no se asocia a ES por AZA (25,7% vs 39,7% en pacientes sin mutaciones).

### **Conclusiones**

Los ES por AZA en EII con frecuencia son motivo de interrupción definitiva del tratamiento. No hay diferencias por tipo de EII, aunque la pancreatitis aguda es exclusiva en

EC en nuestra serie por motivos no aclarados, sin encontrar relación con las mutaciones NOD2 ni de la TPMT.

## **P29. VALORES DE ACTIVIDAD TPMT EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA**

Leo Carnerero, E.; Ciria Bru, V.; Trigo Salado, C.; Rojas Mercedes, N.; Herrera Justiniano, J.; Marquez Galan, J.

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO, UGC APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

### **Objetivos**

Determinar si existen diferencias en la actividad enzimática TPMT entre los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU).

### **Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de 205 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (161 EC, 41 CU y 3 colitis no clasificada). Analizamos características de la EII y actividad TPMT, que cuantificamos y agrupamos en pacientes con baja actividad (< 5 U/ml), actividad intermedia (5-13,7) o alta (> 13,7). En parte de los pacientes con EC además determinamos mutaciones NOD2, valorando su relación con dicha actividad enzimática. Comparamos variables cuantitativas mediante T-student y cualitativas con Chi-cuadrado.

### **Resultados**

El valor medio de TPMT es de 18,5 U/ml, sin diferencias significativas entre EC (18,4) y CU (19,0). No encontramos ningún paciente con actividad baja, 35 (17,1%) actividad intermedia y 170 (82,9%) actividad alta, sin encontrar diferencias en función del tipo de enfermedad. Encontramos un mayor porcentaje de pacientes con actividad intermedia entre los pacientes con EC con mutaciones NOD2 (36,4 vs 16,3%, p 0,06), pero el valor medio es similar en ambos grupos.

### **Conclusiones**

El porcentaje de pacientes con actividad intermedia es algo superior a lo descrito en la literatura. No encontramos diferencias en la actividad enzimática de TPMT entre los pacientes con EC y CU, por lo que los controles a realizar son similares. Sí es mayor el número de pacientes con actividad intermedia con EC y mutaciones NOD2, aunque hacen falta más estudios para afirmar que este subgrupo de pacientes presenta menor actividad enzimática.

## **P30. ESTEATOSIS HEPÁTICA AGUDA DEL EMBARAZO. PRESENTACIÓN DURANTE EL POSTPARTO**

Cotta Rebollo, J.1; López Vega, M.2; Toscano Castilla, E.2; Lozano Lanagrán, M.2; Rosón Rodríguez, P.3

1HOSPITAL QUIRÓN MÁLAGA, AP. DIGESTIVO.; 2HOSPITAL QUIRÓN MÁLAGA, AP. DIGESTIVO; 3HOSPITAL QUIRÓN MÁLAGA, JEFE DE SERVICIO AP. DIGESTIVO.

### **Introducción**

Se trata de un caso de esteatosis hepática aguda del embarazo (EHAE). Incidencia 1/6000-15000 embarazos, casi siempre durante el tercer trimestre, aunque hay casos descritos durante el segundo trimestre y el post parto. Consiste en una infiltración grasa microvesicular del hígado que desencadena un fallo hepático agudo. Se asocia a una alta morbi-mortalidad materno-fetal, por lo que su diagnóstico y tratamiento precoces son vitales.

### **Descripción**

Mujer primigesta de 38+4 semanas, gestación gemelar, de 27 años de edad. Antecedentes: madre con hepatitis crónica por VHC y tía materna con "afección hepática" durante el embarazo. Dos ingresos previos por amenaza de parto prematuro, realizándose tocolisis y maduración pulmonar fetal. Presenta cuadro de cinco días de evolución de náuseas, vómitos y dolor abdominal, ingresando por prodromos de parto. En analíticas previas elevación leve y aislada de la fosfatasa alcalina (455 U/L, normal<300) y actividad de protrombina 60,4% (normal 70-110%) un mes antes del episodio actual. Analítica previa a cesárea clásica: leucocitos 13630, actividad de protrombina 32,1%, glucosa 83, GOT 494 (normal <40), GPT 700 (normal <40), GGT 74 (normal <76), fosfatasa alcalina 1925 (normal<300). Evolución es tórpida, con atonía uterina que se solventó con misoprostol, ingresando en UCI. Durante las horas siguientes deterioro clínico progresivo, con encefalopatía grado I, hipoglucemias que requieren tratamiento con dextrosa al 10%, acidosis metabólica, hipopotasemia, poliuria y polidipsia, así como anemia y hipoprotrombinemia que requieren transfusiones de hemáties y plasma. Se realiza diagnóstico diferencial con síndrome de HELLP (ausencia de plaquetopenia, proteinuria e hipertensión arterial). En ecografía-doppler hepático no aparecen alteraciones hepáticas y únicamente destaca ectasia pielocalicial renal bilateral y hematoma de pared abdominal en la zona de la incisión. Serología de virus hepatotropos negativa, así como autoinmunidad y estudio genético para déficit de LCHAD (cadena larga de 3hidroxiacil CoA deshidrogenasa). La paciente fue derivada a centro de referencia de trasplante hepático, siendo trasladada por mejoría a nuestro centro en 72h, donde se recuperó con tratamiento conservador. El estudio genético para déficit de LCHAD fue negativo.

### **Discusión**

La etiología de la EHAE es desconocida. Se ha observado asociación con un trastorno genético en el metabolismo de los ácidos grasos de cadena larga (feto

homocigoto para déficit de LCHAD con madre heterocigota para el mismo). Se trata de una hepatopatía propia del embarazo que se da preferentemente durante el tercer trimestre, asociada con embarazo gemelar en madres jóvenes y primigestas. La enfermedad puede llegar a presentar un fallo hepático agudo con una evolución fatal, por ello es muy importante un diagnóstico precoz y un manejo adecuado en una unidad que disponga de soporte avanzado y de trasplante hepático. La recurrencia en futuros embarazos es frecuente en aquellos casos con déficit de LCHAD.



**P31. ÉXITOS EN LA UNIDAD DE TRASPLANTE DE HÍGADO DEL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES: ANÁLISIS RETROSPECTIVO.**

Martos-ruiz, V.; Ojeda Hinojosa, M.; González Artacho, C.; Matas Cobos, A.; Noguera López, F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, SERVICIO APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

**Objetivos**

Analizar los éxitos que se han producido durante los 9 años de programa de trasplante hepático de nuestro hospital.

**Material y métodos**

De entre los éxitos hemos recogido varios parámetros como la edad, sexo, indicación de trasplante, MELD y Child-Pugh al trasplante, tiempo desde la intervención hasta la muerte, y causas de la misma. Se calculó el porcentaje acumulado de fallecimientos a los 6 meses, el año y los 5 años postrasplante.

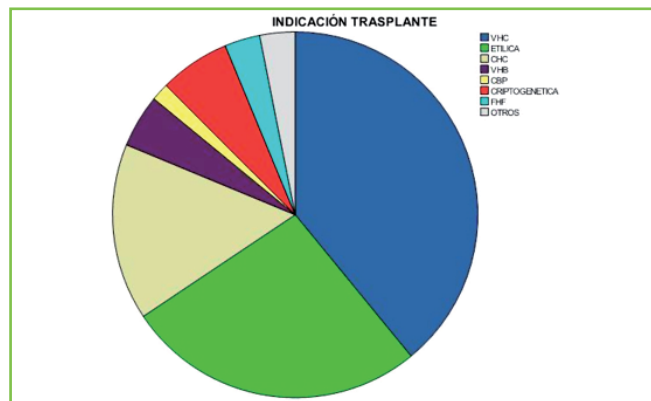
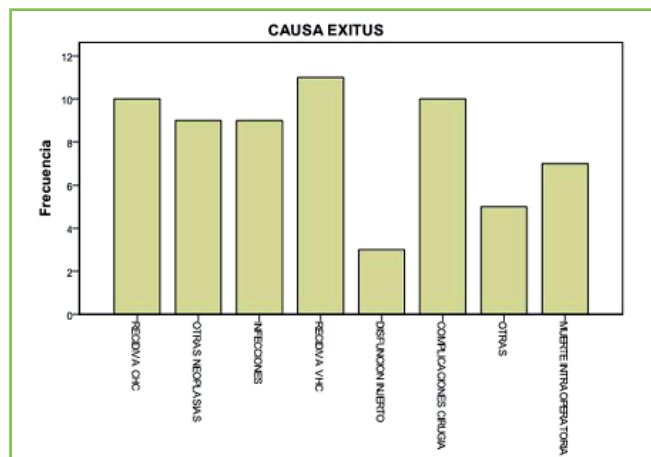
**Resultados**

Se produjeron un 29.76% de éxitos entre los 219 trasplantados analizados. Las principales indicaciones del

trasplante fueron: Cirrosis por VCH en el 39% de los casos, etílica en el 26% y hepatocarcinoma en el 15%. El MELD medio al trasplante fue 17.17. Los porcentajes acumulados de mortalidad a los 6 meses, el año y los 5 años fueron 43%, 59% y 90% respectivamente. La causa más frecuentes de muerte fueron la recidiva de VHC (17.5%). La mortalidad intraoperatoria supuso un 10.9% de los casos de éxitos.

**Conclusiones**

De forma global, la causa más frecuente de muerte en los pacientes estudiados fue la recidiva de la enfermedad hepática de base. Un 59% de los éxitos se produjeron el primer año postrasplante.



**P32. ESOFAGITIS NECROTIZANTE AGUDA. REVISIÓN EN NUESTRO CENTRO**

Tercero Lozano, M.; García Robles, A.; del Castillo Codes, I.; Gordo Ruíz, M.; Padilla Ávila, F.; Baeyens Cabrera, E.

COMPLEJO HOSPITALARIO CIUDAD DE JAÉN, APARATO DIGESTIVO

**Introducción**

La esofagitis necrotizante aguda (ENA), también llamada “esófago negro”, es una entidad poco frecuente, cuya etiología es desconocida, siendo el mecanismo patogénico

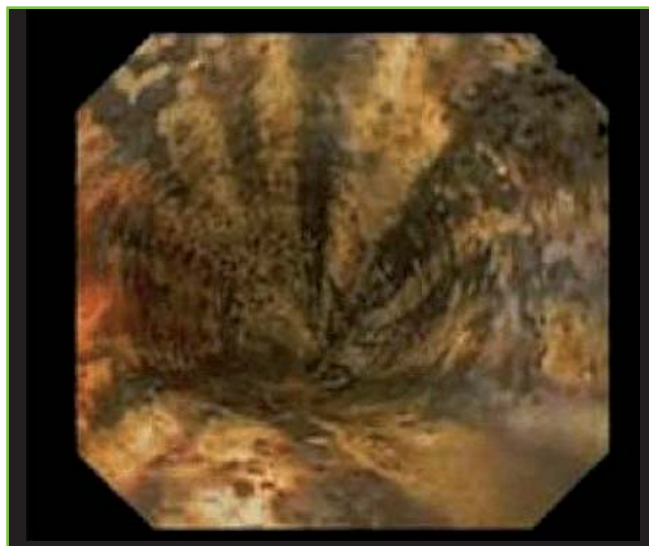
multifactorial; relacionándose con situaciones de compromiso isquémico, obstrucción del tracto digestivo alto y malnutrición. Fue descrita por Goldenberg en 1990.

### Material y métodos

Desde 2009 se han diagnosticado dos casos de ENA en nuestro centro. Caso 1: Varón de 80 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, HTA y EPOC que ingresa por melenas con repercusión hemodinámica, que requiere transfusión de 4 concentrados de hematies. Analítica: Hb 4 g/dl, Hto 12.2 %, 20730 leucocitos con 88.1 % PMN, Urea 90, Crea 1.90. Gastroscoopia urgente: mucosa esofágica negruzca, friable al roce, afectando de forma continua la práctica totalidad del esófago, respetando la unión gastroesofágica (Fig 1). Anatomía patológica: severa necrosis de mucosa y submucosa con inflamación y destrucción parcial de fibras musculares adyacentes y trombosis vascular; descartándose signos citopáticos virales e infección por hongos. El paciente evolucionó de forma desfavorable, falleciendo a los pocos días por fracaso multiorgánico. Caso 2: Varón 52 años, con antecedentes de cirrosis hepática enólica avanzada y episodios repetidos de trombosis venosa profunda en tratamiento con acenocumarol que consulta por vómitos en posos de café. Analítica: Hb 10,2 gr/dl, Hto 38%, Actividad de protrombina 37 %, INR 2, Tiempo protrombina 23,4 seg, Urea 51, Crea 3, GOT 102, Br total 2,3. Gastroscoopia urgente: mucosa esofágica necrótica, friable, con cardias, fundus, cuerpo gástrico, incisura y antro normales, que se biopsia. Anatomía patológica: mucosa necrótica y limitada por un infiltrado leucocitario en la submucosa alta, consistente en neutrófilos y macrófagos, con ausencia de depósitos de hemosiderina compatible con ENA. Durante la realización de la endoscopia el paciente entró en parada cardiorrespiratoria. Las maniobras de resucitación resultaron infructuosas y el paciente falleció.

### Conclusiones

La ENA es una patología extremadamente rara, de ahí el interés de este caso, con una incidencia que oscila entre el 0.0125 % y el 0.2 %. Clínicamente, cursa con hematemesis, como manifestación más característica, en 80% pacientes, pudiendo asociar otros síntomas como epigastalgia, síndrome anémico, vómitos y disfagia. El diagnóstico es endoscópico, observándose mucosa esofágica de coloración negruzca, friable y hemorrágica que se localiza en tercio distal esofágico con extensión proximal y zona de transición esofagogástrica normal. Se deben obtener biopsias para estudio histológico y realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades como la melanosis o pseudomelanosis, melanoma maligno, acantosis nigricans o la ingesta de cáusticos. El tratamiento consiste en una adecuada hidratación, reposo intestinal e inhibidores de bomba de protones asociado al manejo específico de las enfermedades subyacentes y un adecuado soporte nutricional. Se asocia con una alta mortalidad (de hasta el 50%) si bien esta se relaciona con la patología de base del paciente.



### P33. FORMAS DE PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO DEL Pioderma GANGRENOSO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO OBSERVACIONAL Y RETROSPECTIVO

Argüelles Arias, F.1; Rodríguez Oballe, J.1; Castro Laria, L.1; Gómez Rodríguez, B.1; Rojas Fera, M.2; Soto Escribano, P.3; Iglesias, E.4; García Sánchez, V.5; Gómez Camacho, F.4; Barreiro Acosta, M.6; Domínguez Muñoz, E.6; Hernández Durán, M.7; Fernández Villaverde, A.8; Herrerías Gutiérrez, J.1

1COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA, DIGESTIVO; 2COMPLEJO HOSPITALARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, DIGESTIVO; 3COMPLEJO HOSPITALARIO REINA SOFÍA, DIGESTIVO; 4HOSPITAL REINA SOFÍA, DIGESTIVO; 5HOSPITAL REINA SOFÍA, DIGESTIVO; 6COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO, DIGESTIVO; 7COMPLEJO SANITARIO PROVINCIAL DE PLASENCIA, DIGESTIVO; 8HOSPITAL POVISA DE LUGO, DIGESTIVO.

### Introducción

Las manifestaciones extraintestinales complican el curso y el tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) en un porcentaje apreciable de pacientes. Dentro de las manifestaciones extraintestinales mucocutáneas, el Pioderma Gangrenoso (PG) aparece en el 1-5% de los pacientes. Se desconoce su etiología, historia natural y no existe ningún tratamiento definido para su manejo.

### Objetivos

Determinar las formas de presentación, comportamiento y respuesta al tratamiento del PG en pacientes con EII en nuestro país.

### Métodos

Se estudiaron de forma retrospectiva a pacientes

con EII que presentaban PG en seis centros hospitalarios españoles. Se evaluó la actividad de la EII mediante el Índice de Actividad de la Enfermedad de Crohn (CAI) y el Índice de Truelove-Witts en Colitis Ulcerosa en el momento de aparición del pioderma. Así mismo se valoró la localización, la extensión y los tratamientos recibidos así como el tiempo y la respuesta a los mismos.

### Resultados

Se incluyeron 26 pacientes, 18 mujeres/8 hombres ( $P < 0,05$ ), con una edad media de 46 años y una duración media de la enfermedad de 12 años. 15 pacientes tenían Enfermedad de Crohn (EC) y 11 Colitis Ulcerosa (CU) (pNS). En el momento de aparición del pioderma, 10 pacientes estaban en remisión y 16 tenían activa la enfermedad. Las lesiones aparecieron tras un tiempo medio de evolución de la EII de 6 años. En la mayoría de los pacientes (18 casos) el PG se localizó en miembros inferiores, 1 en miembro superior, 1 en mama, 1 periestomal, 1 supraumbilical, 1 perivulvar y en 3 casos aparecieron varios en distintos lugares. La extensión media fue de 8 cms. Se consiguió curación en 25/26 pacientes: en 11 de ellos se utilizó terapia Biológica, siendo este tratamiento el que determinaba una respuesta más rápida. El tiempo medio de remisión de las lesiones fue de 5 meses.

### Conclusiones

Según nuestra experiencia el pioderma gangrenoso aparece con más frecuencia en el sexo femenino y su localización más frecuente es la extremidad inferior. Los biológicos son, probablemente, el tratamiento más efectivo para su curación. Es evidente que hacen falta más estudios prospectivos y randomizados que evalúen cuáles son los tratamientos más eficaces para este tipo de lesión.

### P34. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y COMPLICACIONES DE PACIENTES CIRRÓTICOS CON ASCITIS REFRACTARIA

Carrillo Ortega, G.; Morales Alcázar, F.; Gálvez Fernández, R.; Baeyens Cabrera, E.; García Robles, A.; del Castillo Codes, M.

COMPLEJO HOSPITALARIO CIUDAD DE JAÉN, SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

### Introducción

La ascitis refractaria es aquella que no responde a dieta hiposódica y al tratamiento con diuréticos a altas dosis, manifestándose como ascitis resistente a diuréticos o ascitis intratable con diuréticos, por el desarrollo de complicaciones. La ascitis refractaria se observa en el 10% de los pacientes que ingresan por ascitis a tensión, siendo el tratamiento de 2ª línea el trasplante hepático, la paracentesis evacuadora seriada o el TIPS, dejando la derivación peritoneovenosa de 3ª línea.

### Objetivos

- Estimar la prevalencia de ascitis refractaria y su relación con etiología, etilismo activo e ingesta de sal.
- Determinar la existencia de insuficiencia renal al primer ingreso y en la evolución.
- Aparición de PBE y otras complicaciones.
- Estimar los tratamientos de 2ª línea.

### Métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo que incluye 28 pacientes cirróticos con ascitis refractaria, ingresados en el Complejo Hospitalario de Jaén entre Enero 2009 y Diciembre 2010.

### Resultados

Se analiza a 28 pacientes, distribuidos con un 82,14% de hombres y un 17,86% de mujeres. La causa más frecuente de cirrosis fue el etilismo en un 57,14%, seguido de etiología mixta (etílica +VHC) en un 25%. El 50% de pacientes no realizaba una dieta hiposódica y el 28,57% continuaba con etilismo activo. La urea media al primer ingreso fue 38,79 mg/dl y creatinina 1,27 mg/dl, presentando el 28,57% de pacientes insuficiencia renal al primer ingreso, y desarrollando un 75% insuficiencia renal funcional durante la evolución. El 25% de los pacientes desarrollaron PBE, siendo tratados todos con Cefotaxima i.v. El ATB como profilaxis secundaria fue Norfloxacin en el 7,14%, seguido por Ofloxacin, Ciprofloxacino y Cefuroxima-Axetil en el 3,57% respectivamente. Otras complicaciones: Encefalopatía hepática en 60,71%, y HDA en 28,57%. El 10,71% eran portadores de un TIPS y el 10,71% fueron sometidos a TOH con éxito, falleciendo uno de ellos en el post-operatorio inmediato, siendo el porcentaje total de éxitos el 39,3%. El resto de pacientes continuaron con etilismo activo, no siendo candidatos a TOH.

### Conclusiones

- En pacientes cirróticos, se observa relación entre ascitis refractaria y etilismo activo y consumo de sal.
- La aparición de insuficiencia renal es un fenómeno frecuentemente asociado a la ascitis refractaria, lo que requiere ajuste o retirada de diuréticos.
- La aparición de PBE y otras complicaciones empeora el pronóstico, si el TOH no es realizado, siendo la encefalopatía la complicación más evidenciada.

### **P35. CÁPSULA ENDOSCÓPICA: IMPORTANCIA DEL ESTUDIO EN PATOLOGÍA DE INTESTINO DELGADO**

Carrillo Ortega, G.; Gálvez Fernández, R.; Padilla Ávila, F.; Jamal Ismail, S.; Morales Alcázar, F.; Tercero Lozano, M.

COMPLEJO HOSPITALARIO CIUDAD DE JAÉN, SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

#### **Introducción**

La cápsula endoscópica constituye un procedimiento diagnóstico de primera línea para el estudio de intestino delgado. Si bien actualmente la principal indicación es la hemorragia digestiva no filiada, se está investigando su utilidad en la enfermedad inflamatoria intestinal, en la detección de pólipos en el intestino delgado, en las alteraciones funcionales intestinales y en la afección intestinal de enfermedades sistémicas, como el sida. Existen unas contraindicaciones claras a la utilización de la cápsula, como las estenosis del intestino delgado, siendo conveniente realizar una radiografía simple de abdomen, y un tránsito de intestino delgado en casos de sospecha de estenosis en el trayecto gastrointestinal. Ha demostrado mejores resultados respecto a otras técnicas como la enteroscopia de pulsión, la enteroclisia o el tránsito intestinal, que también valoran intestino delgado.

#### **Objetivos**

- Analizar indicaciones y hallazgos endoscópicos más frecuentes.
- Rendimiento diagnóstico de la cápsula endoscópica en estudio de intestino delgado.
- Estimar complicaciones y/o estudios incompletos.

#### **Material y métodos**

Estudio retrospectivo que incluye a 100 pacientes, estudiados mediante cápsula endoscópica en el Complejo Hospitalario de Jaén desde Mayo de 2009 a Julio de 2011. En nuestro centro, la cápsula empleada fue Capsule Endoscope Set A. MAJ-14-69. Tras recogida de datos, se realiza análisis estadístico de los mismos mediante SSPS versión 15.0.

#### **Resultados**

Se realiza cápsula endoscópica a 100 pacientes, 56% de mujeres y 44% de varones, con edad media de 57,42 ±19,57 años. En el 17% de los casos se realizó estudio en pacientes hospitalizados y el 83% restante de modo ambulatorio. Las indicaciones de C. E fueron: anemia 54%; HDOO 30%; dolor abdominal 12% y estudio de diarrea 4%. El hallazgo endoscópico más evidenciado fue angiodisplasias en 39% de pacientes, seguido de LAMI en 35%. Las lesiones en Intestino delgado: duodeno: angiodisplasia 9%; yeyuno: angiodisplasia 29%, LAMI 16%, linfagiectasia 6%; ileon: angiodisplasia 23%. La exploración fue completa en el 97%

de los casos, no observando complicaciones en nuestra serie.

#### **Conclusiones**

La cápsula endoscópica permite una correcta visualización de todo el intestino delgado siendo la indicación más frecuente el estudio de anemia y el hallazgo más evidenciado la angiodisplasia. Constituye una exploración bien tolerada por los pacientes, segura y relativamente fácil de realizar, con complicaciones excepcionales.

### **P36. TUMORES ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST): LOCALIZACIONES ATÍPICAS**

Carrillo Ortega, G.; Morales Alcázar, F.; Tercero Lozano, M.; Pérez Durán, M.; Martínez García, R.; García Robles, A.

COMPLEJO HOSPITALARIO CIUDAD DE JAÉN, SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

#### **Introducción**

Tumores mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo, constituyendo el 1% del total de los tumores del mismo. Hasta un 50 % aparecen en el estómago, siendo menos frecuentes en intestino delgado y localización excepcional en colon. Su origen son células de Cajal, y la presencia del CD 117 y C-KIT permite diferenciarlos de otros tumores de apariencia histológica similar. Describimos 2 casos de localizaciones infrecuentes: yeyuno y sigma.

#### **Casos clínicos**

CASO 1. Hombre de 50 años sin antecedentes de interés que consulta por melenas. Exploración física: inestabilidad hemodinámica. Abdomen: globuloso, depresible, doloroso a la palpación. Exploraciones complementarias: Analítica: Hemograma: Hb 9 g/dl; Hto 26,9%. Coagulación y bioquímica: normal. EDA : Hernia hiatal no complicada. Colonoscopia: se explora hasta ciego, evidenciando abundante contenido hemático sin lesiones. Ante persistencia de hemorragia con repercusión hemodinámica y arteriografía sin hallazgos destacables, se realiza estudio con cápsula endoscópica. En ella destaca yeyuno medio con punto de sangrado en sábana con coágulo que tapa lesión vascular. Tras la evaluación quirúrgica se realizó resección de unos 7 cm de yeyuno englobando tumoración de unos 3 cm de diámetro. Histológicamente, era un GIST de patrón fusocelular, tamaño 2,5 cm, actividad mitótica: 0/10, C-KIT Y CD. 34 +++. El paciente ha permanecido asintomático durante el periodo de seguimiento posterior de 15 meses.

CASO 2: Mujer de 49 años, histerectomizada, que consulta por dolor en FII de meses de evolución y alteración del hábito intestinal. Exploración física: ACR: normal. Abdomen: cicatriz infraumbilical, dolor abdominal en FII sin peritonismo. Exploraciones complementarias: Analítica: Hb 10,3 g/dl; Hto

33%; VMC 78,8. 435000 plaquetas. Coagulación, bioquímica y marcadores tumorales normales. TAC abdomen: masa pélvica izquierda de 54x43 mm con menor atenuación central dependiente de sigma, sugerente de GIST. Anatomía Patológica: infiltración de mucosa con ulceración superficial por neoplasia maligna con patrón fusocelular y epiteloide con áreas de necrosis. Se procede a intervención quirúrgica que confirma diagnóstico.

### Discusión

Los GIST son lesiones de crecimiento lento, diagnosticadas normalmente de forma incidental. Un 20% no presenta sintomatología, presentándose como sangrado digestivo, masa abdominal o dolor. El riesgo de malignidad se basa en diámetro del tumor y recuento mitótico. Un índice mitótico de más de 5/50 CGA o tamaño mayor de 5 cm son factores de pronóstico desfavorable. La exéresis quirúrgica es el tratamiento de la enfermedad primaria. Las recidivas quirúrgicas o tumores con metástasis pueden ser tratados con imatinib.



CASO 2 . FIG. 1

### P37. CONSULTA ESPECIALIZADA DE CÁNCER COLORRECTAL. GESTIÓN DEL PROCESO CCR.

Morales Alcázar, F.; Carrillo Ortega, G.; García Robles, A.; del Castillo Codes, I.; Gálvez Fernández, R.; Pérez Durán, M.

COMPLEJO HOSPITALARIO CIUDAD DE JAÉN, SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

### Introducción

Hemos implantado una consulta de proceso CCR. El proceso CCR es una secuencia de actividades destinadas a proporcionar a cualquier persona con sospecha de cáncer colorrectal o diagnóstico confirmado y procedente de cualquier nivel asistencial, un estudio completo de la enfermedad,

una información adecuada a las diferentes posibilidades terapéuticas, un tratamiento integral y un seguimiento adecuado hasta el alta definitiva o el desarrollo de recurrencia o progresión de la enfermedad no susceptible de tratamiento oncológico activo.

### Objetivos

Conocer la rentabilidad de dicha consulta analizando los motivos de derivación desde Atención primaria, valorando si se ajustan a los criterios de derivación establecidos en el protocolo, y si se cumplen los plazos de tiempo previstos en dicho proceso.

### Material y métodos

Estudio retrospectivo, donde se obtuvieron datos de 212 pacientes que fueron atendidos en nuestra consulta desde Enero de 2010 a Junio de 2010.

### Resultados

La edad media fue de  $55,51 \pm 17,383$  años, 50% hombres y 50% mujeres. Los motivos de derivación fueron rectorragia (17,2%), diarrea o estreñimiento (8,8%), antecedentes familiares (28,9%), anemia (4,3%) o antecedentes de pólipos (9,2%). Un 27,5% de los pacientes fueron derivados por síntomas que no se incluyen dentro del protocolo. El tiempo medio transcurrido desde la derivación hasta la consulta fue de  $34,42 \pm 12,825$  días, siendo el tiempo estipulado en el protocolo de 15 días. Del total de pacientes derivados, el 76,4% (162) acudió a la consulta. Se realizó colonoscopia en el 72,2 % de los pacientes (117) que acudieron, el porcentaje de pacientes a los que no se realizó colonoscopia coincide con el porcentaje de pacientes mal derivados. La demora en la realización de colonoscopia fue de 18,71 días (mediana de 14 días), siendo el tiempo previsto en el proceso de 10 días.

### Conclusiones

- Existe margen para disminuir los tiempos de demora diagnóstica. La AP tiene un papel fundamental, identificando a los individuos de riesgo que puedan beneficiarse de medidas específicas y optimizar los tiempos de diagnóstico, lo que implica mejor estadiaje y mejor pronóstico. Los pacientes deben disponer de una mayor información sobre los síntomas y/o signos de sospecha de CCR.

- La demora en los tiempos de atención en consulta respecto al tiempo previsto en el protocolo se explica por el elevado número de pacientes mal derivados. Una práctica clínica adecuada y la coordinación inter e intra niveles y la correcta gestión de las listas de espera contribuirían a disminuir la demora diagnóstica, obteniendo así una mayor rentabilidad diagnóstica.

**P38. PROCESO CCR: RENTABILIDAD DIAGNOSTICA**

Morales Alcázar, F.; Gálvez Fernández, R.; Martínez García, R.; Gordo Ruiz, M.; Tercero Lozano, M.; García Robles, A.

COMPLEJO HOSPITALARIO CIUDAD DE JAÉN, SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

**Introducción**

El cáncer colorrectal (CCR) supone un importante problema de salud pública debido a su alta frecuencia de aparición y su mortalidad. En Andalucía es la segunda causa de muerte por cáncer y supone el 11% del total de las muertes por cáncer. Presenta una serie de características que lo convierten en candidato idóneo para la realización proceso encaminado a la detección precoz en pacientes seleccionados. La colonoscopia diagnóstica es la prueba diagnóstica de oro para el diagnóstico del cancer colorectal y polipos de colon. Los estudios de cohorte indican que la colonoscopia y la polipectomía previenen el 80% de los canceres colorectales.

**Objetivos**

Realizar la colonoscopia de manera precoz en pacientes con síntomas de alarma valorados en consulta específica del proceso CCR. Analizar el número de pacientes derivados a los que se le realiza colonoscopia, y el porcentaje de cánceres diagnosticados, así como los pólipos diagnosticados y extirpados.

**Material y métodos**

Se trata de un estudio descriptivo, en el que se obtuvieron datos de 212 pacientes que fueron atendidos en nuestra consulta desde Enero de 2010 a Junio de 2010.

**Resultados**

Se realizó colonoscopia en el 72,2% de los pacientes que acudieron a la consulta, que coincide con cuyos síntomas fueron rectorragia (25,7%), diarrea(12,4%), estreñimiento(16,2%). Se realizó colonoscopia completa alcanzando el ciego en el 84,4% del total. La preparación de la misma fue buena en el 84,3% de las colonoscopias, regular en un 5,6% y mala en el 10,1% de las mismas. Se visualizaron pólipos en el 27,4% de los pacientes, realizandose polipectomía en la totalidad de los encontrados. Se diagnosticaron 5 cánceres de colon en el total de pacientes a los que se realizó colonoscopia, que representan solo un 2,4% de los derivados a nuestra consulta, y un 5,2% de las colonoscopias realizadas.

**Conclusiones**

- La realización de colonoscopia , con polipectomía si precisa, en pacientes con síntomas de alarma continúa siendo la técnica de elección en el diagnóstico precoz y prevención del CCR en pacientes seleccionados. - La escasa cantidad de canceres diagnosticados podría explicarse por el elevado número de pacientes que son derivados a la consulta

por motivos y sintomatología diferente a la establecida en el proceso. - Debemos conseguir una mejor selección de los casos derivados a nuestra consulta actualizando los protocolos del proceso, y mejorando la llegada de información del proceso a los médicos de Atención primaria.

**P39. MANEJO DE LA HEPATITIS AGUDA VIRAL POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Benítez Rodríguez, B.; Cabanillas Casafranca, M.; Núñez Sousa, C.; Pallarés Manrique, H.; Ramos Lora, M.

HOSPITAL GENERAL JUAN RAMÓN JIMENEZ, DIGESTIVO. HUELVA.

**Introducción**

El virus de Epstein-Barr (VEB) es el agente causal de la mononucleosis infecciosa cuyo cuadro se caracteriza por fiebre, linfadenopatías, hepatoesplenomegalia y linfocitosis atípica, pero que, en raras ocasiones se puede manifestar como una hepatitis aguda.

**Caso clínico**

Presentamos en caso de una mujer de 20 años de edad sin antecedentes de interés, sin hábitos tóxicos ni consumo de medicación habitual ingresada por epigastria irradiada a hipocondrio derecho acompañada de fiebre de 39°C, artralgias, quebrantamiento general, náuseas y cefalea occipital. A la exploración física destacamos ligera ictericia cutáneo-mucosa, abdomen doloroso en hipocondrio derecho y epigastrio con hepatomegalia de 1 cm de consistencia elástica, no peritonismo, ruidos hidroaéreos conservados y aumento de tamaño de glándulas parotídeas, dolorosas al tacto, siendo el resto de exploración normal. Se completa estudio obteniendo como datos de laboratorio Hemoglobina 12.5 g/dl, Hematocrito del 39%, VCM 80 fl, HCM 27.2 pg, 10600 leucocitos con 48% de linfocitos, 126000 plaquetas, tiempo de protrombina 1.27 segundos, glucosa 98 mg/dl, creatitina 0.43 mg/dl, bilirrubina total 4.54 mg/dl, GOT 683 u/l, GPT 779 U/L, amilasa 62 U/L, lipasa 32 U/L. VHA, VHB, VHC negativos. ANA, ASMA, AntiLKM negativos. Ante estos datos y la alta sospecha de mononucleosis infecciosa se amplía con ecografía de abdomen que informa de aumento de los espacios periportales y ligero engrosamiento de la pared vesicular sugestivos de hepatitis aguda; finalmente recibimos anticuerpos heterófilos (prueba de Pul-Bunnell), que resultan positivos, confirmando la sospecha de hepatitis aguda por virus de Epstein-Barr en el contexto de una mononucleosis infecciosa. Fue tratada de forma sintomática, sin necesidad de aislamiento, con buena evolución y seguimiento ambulatorio, sin incidencias ni secuelas hepáticas en las sucesivas revisiones.

#### P40. HIPERCOAGULABILIDAD COMO CAUSA DE TROMBOSIS PORTAL

Benítez Rodríguez, B. 1; Bermejo Vázquez, S.2; Barón Franco, B.2; Pallarés Manrique, H. 1; Ramos Lora, M. 1

1HOSPITAL GENERAL JUAN RAMÓN JIMENEZ, DIGESTIVO;  
2HOSPITAL GENERAL JUAN RAMÓN JIMENEZ, MEDICINA INTERNA.  
HUELVA.

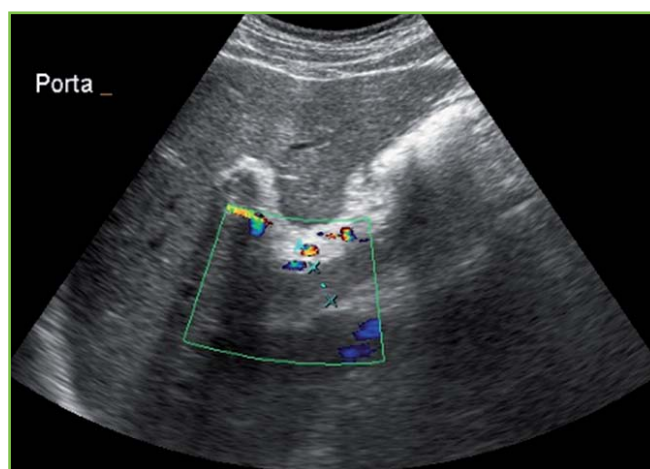
##### Introducción

Los estados de hipercoagulabilidad constituyen un trastorno poco frecuente con una incidencia inferior a 1% y la 2ª causa hipertensión portal prehepática en el mundo occidental. Hasta en un 60% de los casos es posible identificar un trastorno protrombótico subyacente. En el presente año hemos tenido tres casos de trombosis portal por hipercoagulabilidad, uno de los cuáles planteamos a continuación.

##### Caso clínico

Presentamos a un varón de 41 años de edad sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos ingresado por epigastralgia irradiada a ambos hipocondrios de 8 días de evolución. No fiebre ni alteraciones del hábito intestinal. Niega consumo de medicación hepatotóxica ni contacto con fumigantes. A la exploración física destaca auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos. No ingurgitación yugular. Abdomen sin masas doloroso en hipocondrio derecho. No irritación peritoneal. Sin adenopatías. No edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda, no signos de encefalopatía hepática. Entre los datos de laboratorio destacamos: Creatinina 0.86, Urea 20, Na 136, K 4.2, GOT 59, GPT 59, LDH 243, Amilasa 84, Lipasa 25, Bilirrubina total 0.45 mg/dl. Hemoglobina 15.3 g/dl, hematocrito 45%, leucocitosis de 12.700 con 68% de segmentados y 246.000 plaquetas, tiempo de protrombina 1.12 e INR 0.92. VHA, VHB y VHC negativos. ANA, ASMA, ANCA y AntiLKM negativos. La ecografía de abdomen informa de trombosis completa de vena porta, ramas intrahepáticas, vena esplénica y mesentérica superior. Hígado con moderado aumento de tamaño del lóbulo izquierdo y atrofia del derecho. Vía biliar normal. Ligeras ascitis difusas. El TAC toraco-abdominal con contraste muestra extensa trombosis de la porta y eje esplenoportal con cambios en la perfusión hepatoesplénica y edema submucoso de asas con ascitis. Ante el hallazgo de trombosis portal en paciente sin historia de cirrosis previa y con pruebas de imagen donde no se objetiva neoplasia subyacente se decide ampliar estudio para descartar trombofilia, obteniéndose un primer escalón: mutación del gen de la protrombina, Factor V de Leyden, resistencia a la proteína C activada, homocisteína y Ac anticardiolipina y anticuerpos anti B2G1 que fueron normales. Se instauró tratamiento anticoagulante y analgésico. Se solicitó un estudio biológico de trombosis (2º escalón). En el estudio de hipercoagulabilidad se detectó presencia de anticoagulante lúpico positivo, además de un déficit de Antitrombina III con reducción de la actividad al 50%. Se trata de un paciente que ha tenido un primer episodio de trombosis aguda y extensa del eje portal, esplenoportal y vena mesentérica superior con

cavernomatosis portal y un trastorno de hipercoagulabilidad como causa subyacente. Por un lado el paciente cumple criterios clínicos y analíticos para el diagnóstico de Síndrome antifosfolípido primario y además presenta un déficit aislado de Antitrombina III. En este caso, nuestro paciente al haber presentado un sólo episodio de trombosis extensa y en una localización poco habitual y al tener un síndrome antifosfolípido primario y un déficit de AT III como estados de hipercoagulabilidad subyacentes, se incluye dentro del grupo de elevado riesgo trombótico y estaría indicado mantener el tratamiento anticoagulante de forma indefinida.



#### **P41. LA UGC DE DIGESTIVO DEL HUPR: ANALISIS DE SU GESTIÓN A PARTIR DE LOS DATOS DE CMBD Y GRD: LA IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS**

García, M.1; Cano, I.2; Pérez, J.2; Sánchez, M.3; Toledo, S.4; Haro, M.2; Rey, M.2

1HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL, UGC DIGESTIVO. CÁDIZ. 2HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CÁDIZ. 3HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. 4COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

##### **Objetivos**

Actualmente se está dando relevancia a las UGC, responsabilizándolas cada vez más de la consecución de sus propios objetivos. En este sentido, el contrato-programa vigente contempla como objetivo para los distintos Servicios y UGC un Índice de Utilización de Estancias inferior a 1, en un contexto cada vez de mayor complejidad. En este trabajo estudiaremos la evolución que han tenido los indicadores de gestión que se refieren a la Estancia Hospitalaria y a la Complejidad de la UGC de Digestivo del HUPR en los años de 2000 a 2011 comparándola con el estándar del SAS del año 2010.

##### **Metodología**

A partir de los datos del CMBD de hospitalización de los años señalados, suministrados por el Servicio de Documentación e Información Sanitaria del HUPR, y del estándar, cuya fuente son los Servicios Centrales del SAS sobre las altas del 2010, hemos analizado la cronología de la UGC de Digestivo en cuanto a los indicadores señalados, para después compararla con el estándar del SAS.

##### **Resultados**

En 2000, con una complejidad de 1.4, la permanencia media en el hospital era 9.12 días (IUE 1.11). Al crecimiento de la complejidad se une un descenso de la estancia hasta llegar al 2011, que con una complejidad de 1.7, la permanencia se ha reducido a 7.42 días (IUE 0.78), lo que mejora el estándar del SAS.

##### **Conclusiones**

Comprobamos la mejora continua de la UGC de Digestivo del HUPR, que ha logrado el objetivo del contrato programa en los últimos tres años, hasta superar el estándar.

#### **P42. CONSUMO DE ALCOHOL Y RIESGO DE CANCER**

García, M.1; López, J.2; Haro, M.2; Cano, I.2; Pérez, J.2; Sánchez, M.3; Toledo, S.4; Rey, M.5

1HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL, UGC DIGESTIVO. CÁDIZ. 2HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CÁDIZ. 3HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. 4COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA. 5HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CÁDIZ.

##### **Objetivos**

Frecuentemente se realizan estudios en el ámbito hospitalario sobre el consumo de alcohol como la causa de gran cantidad de enfermedades y complicaciones que provocan una considerable tasa de mortalidad.

##### **Metodología**

Apoyándonos en los datos que se desprenden del CMBD del HPUR, de los años 2007 a 2010, pretendemos establecer la relación entre el consumo de alcohol y las neoplasias del tracto digestivo. Hemos considerado sólo las Neoplasias digestivas establecidas como Diagnóstico Principal (códigos 150-159 de la CIE-9), y que tienen asociadas como Diagnóstico Secundario (C2-C15) un código de bebedor (códigos 303 y 305.0 de la CIE-9), desechando para este estudio las metástasis y neoplasias secundarias.

##### **Resultados**

En los datos reflejados se aprecia la influencia del alcohol ante el riesgo de contraer una enfermedad de tipo neoplásico, acentuándose más en hombres que en mujeres, y aumentando significativamente en la primera parte del tracto digestivo (boca y esófago). A medida que descendemos observamos que el riesgo va disminuyendo, siendo ya inapreciable la relación Cáncer-Alcohol en la última parte del tracto (colon y recto), donde los valores "no bebedores" superan destacadamente a los valores "bebedores".

##### **Conclusiones**

Después de esta aproximación estadística a las informaciones que relacionan consumo de alcohol y neoplasia maligna, observamos que en el caso de las neoplasias digestivas es correcto establecer una relación entre ambos conceptos, aunque las de colon y recto no siguen esta misma tendencia.

### **P43. COLELITIASIS EN EL HOSPITAL DE PUERTO REAL: NECESIDAD DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN**

García, M.1; Haro, M.2; Cano, I.2; Pérez, J.2; Sánchez, M.3; Toledo, S.4; Rey, M.5

1HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL, UGC DIGESTIVO. CÁDIZ. 2HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CÁDIZ. 3HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. 4COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA. 5HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CÁDIZ.

#### **Objetivos**

La Colelitiasis es una de las anomalías más frecuentes del tubo digestivo. El tratamiento de elección es la colecistectomía. En el Hospital Universitario de Puerto Real éste proceso no tiene un protocolo de actuación, por lo que nuestro estudio va dirigido a analizar la saturación de la unidad por esta causa y las ventajas que se conseguirían con dicho protocolo.

#### **Metodología**

Hemos formado un grupo de trabajo para analizar los sucesivos ingresos que sufren los usuarios en la Unidad de Digestivo, por la misma causa, en el período de un año. Los datos se han tomado del CMBD del año 2010, con procedimiento realizado de colecistectomía.

#### **Resultados**

Poder disponer de un protocolo de actuación consensuado con la unidad de admisión. Observamos que este proceso requiere en muchos casos un segundo ingreso quirúrgico al fallar el tratamiento médico. Lo que conlleva la necesidad de una regularización del proceso y su protocolización.

#### **Conclusiones**

En la Unidad de Digestivo del Hospital Universitario de Puerto Real, esta patología produce frecuentemente reingresos de un mismo individuo, con lo que esta área hospitalaria se encuentra saturada por unos procesos que, con un protocolo que regulase el procedimiento a seguir de cada caso no sólo disminuiría las estancias de los afectados, sino también los recursos necesarios para dicha asistencia. Liberando camas para otros procesos.

### **P44. COMPARACIÓN DEL IMPACTO DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DIGESTIVA DE GRDS 494 Y 557 DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE ANDALUCÍA Y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL EN EL AÑO 2010**

García, M.1; Sánchez, M.2; Toledo, S.3; Haro, M.4; Cano, I.4; Pérez, J.4; Rey, M.4

1HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL, UGC DIGESTIVO. CÁDIZ. 2HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. 3COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA. 4HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CÁDIZ.

#### **Objetivos**

1. Conocer el comportamiento de los GDRs siguientes en el H.U. Puerto Real (HUPR), en relación a los Hospitales Públicos de Andalucía en el año 2010. GDR 494 Colecistectomía laparoscópica sin exploración conducto biliar sin CC. GDR 557 Trastornos hepatobiliares y de páncreas con CC mayor.

2. Comparar las Estancias Medias Esperadas (EME) a nivel de Andalucía comparándolas con los GRDs mencionados con la EME del HUPR, para conocer el comportamiento de dicho Hospital.

#### **Metodología**

Los GDR son un sistema de clasificación de pacientes por casuística y consumo de recursos. La fuente de información es el CMBD 2010 de Andalucía y HUPR. Se han seleccionado los GRDs comunes de la patología Digestivo que se encuentran entre los 30 primeros de Andalucía y que coinciden con los del HUPR. Se han comparado las EME de Andalucía y las del HUPR con los GRDs comunes. Se ha realizado una comparativa al fin de determinar el impacto que han tenido en cuanto a la estancia hospitalaria.

#### **Resultados**

En el CMBD del año 2010 y en el HUPR, los dos GRDs objeto de estudio se comportan de la siguiente manera: 1.- GRD 494 Andalucía...EME 14.00 HUPR...EME 3.12 2.- GDR 557 Andalucía...EME 3.36 HUPR...EME 11.65.

#### **Conclusiones**

1. El HUPR tiene una menor estancia media que el global de Andalucía.

2. El HUPR tiene un mejor comportamiento por atender al mismo tipo de pacientes con menor estancia para los GRDs estudiados de patología digestiva.

### **P45. ANÁLISIS DE TRASPLANTES HEPÁTICOS EN LOS HOSPITALES ANDALUCES**

García, M.1; Toledo, S.2; Rey, M.3; Haro, M.3; Cano, I.3; Sánchez, M.4; Pérez, J.3

1HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL, UGC DIGESTIVO. CÁDIZ. 2COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA. 3HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

## Objetivos

El trasplante hepático es el tratamiento de elección actual para un gran número de enfermedades hepatobiliares agudas y crónicas. Nos planteamos en este trabajo como objetivos principales:

1. Conocer la evolución de estas intervenciones quirúrgicas en Andalucía desde su inicio hasta la fecha. 2. Determinar cuales son los factores que hacen que Andalucía sea actualmente una de las comunidades con más actividad trasplantadora de hígado del territorio nacional.

## Metodología

Hemos constituido un grupo de trabajo para analizar la evolución en los diferentes hospitales andaluces, desde que se realizó el primer trasplante de hígado en 1989 en el hospital Reina Sofía de Córdoba hasta ahora, hace dos décadas. Los datos proceden del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, ONT y de diferentes hospitales andaluces.

## Resultados

Andalucía cuenta actualmente con 4 centros que realizan trasplantes de hígado: Reina Sofía (Córdoba), Virgen del Rocío (Sevilla), Carlos Haya (Málaga) y Virgen de las Nieves (Granada). En 22 años, se han efectuado 2496 trasplantes hepáticos (adultos e infantiles), de los cuales el 1,4 por ciento es de donante vivo, modalidad que en Andalucía comenzó en 2002 en el Hospital Reina Sofía (Córdoba), debido a los avances quirúrgicos y al aumento del número de donantes.

## Conclusiones

Conseguir una mejor adecuación del progresivo incremento de receptores respecto a los donantes disponibles y encontrar tratamientos y estrategias encaminadas a disminuir o impedir la recidiva de las enfermedades que motivaron el trasplante hepático; seleccionar lo mejor posible a los candidatos. Actualmente, se puede hablar de supervivencia a 10 años en torno al 60% y con una calidad de vida excelente.

### P46. VALORACIÓN DE LA ANEMIA EN EL EPISODIO AGUDO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA MEDIANTE GASOMETRÍA VENOSA

Ruiz Cuesta, P.; Jurado García, J.; Benítez Cantero, J.; García Caparrós, C.; García Sánchez, V.; González Galilea, Á.; Gálvez Calderón, C.

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

## Objetivos

Determinar la concordancia de dos métodos de

determinación de laboratorio, gasometría venosa (GSV) y analítica convencional, en pacientes con hemorragia digestiva.

## Metodología

Estudio observacional y prospectivo de pacientes ingresados en la Unidad de Hemorragias Digestivas. En el episodio agudo se obtenían muestras simultáneas de acceso venoso para GSV y analítica convencional. Se recogieron variables demográficas, clínicas y determinaciones bioquímicas (Hb, Htco, sodio, potasio y glucosa). Se comparó la concordancia en las estimaciones obtenidas con los dos métodos de medida, mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclass (CCI), considerándose concordancia muy buena si CCI>0,9; buena 0,71-0,9; moderada 0,51-0,7; escasa 0,31-0,50 y nula <0,3.

## Resultados

Se analizaron 132 pacientes, 87 (65,9%) varones, con una edad media de 66,7 ± 15 años. Causas del sangrado: 20,5% ulcus péptico, 26,5% hipertensión portal, 32,6% hemorragia digestiva baja y 20,5% otras. Valores medios obtenidos por GSV y analítica, respectivamente: Hb 9,97±3,37 y 9,48±3,08 g/dl (p<0.001); Htco 29,9±10,2 y 29,1±9% (ns); sodio 136,4±6 y 136,5±5,8 mEq/l (ns); potasio 4,15±0,8 y 4,18±0,6 mEq/l (ns); glucosa 153,8±74,1 y 155,1±74,4 mg/dl (ns). Los CCI fueron: para Hb 0,931 (0,90-0,95); Htco 0,899 (0,85-0,92); sodio 0,917 (0,88-0,94); potasio 0,896 (0,85-0,92); glucosa 0,953 (0,93-0,96); en todos los casos se obtuvo significación estadística (p<0.001).

## Conclusiones

La concordancia de los parámetros obtenidos con GSV y analítica convencional es muy buena. Estos resultados avalan la fiabilidad del empleo de la GSV en el paciente con hemorragia digestiva aguda, obteniéndose de forma más sencilla y precoz en la situación de urgencia.

### P47. EFECTO DEL POLIMORFISMO ABCB1 2677G>T, A DE LA GLICOPROTEÍNA-P EN LA ESPECIFICIDAD POR LA BILIRRUBINA COMO SUSTRATO EN PACIENTES CON TOXICIDAD HEPÁTICA INDUCIDA POR FÁRMACOS (DILI)

Andrade, R.1; Ulzurrun, E.2; Stephens, C.3; Crespo, E.4; Ruizcabello, F.5; Robles, M.1; Borraz, Y.2; Cabello, M.2; Pelaez, G.6; Hallal, H.7; Romero-gomez, M.8; Guarner, C.9; Soriano, G.9; Castiella, A.10; Moreno-herrera, I.2; Moreno-planas, J.11; Lucena, M.2

1U. HEPATOLOGÍA, H. VIRGEN DE LA VICTORIA, FAC. MEDICINA, MÁLAGA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS CIBEREHD; 2S. FARMACOLOGÍA CLÍNICA, H. VIRGEN DE LA VICTORIA, FAC. MEDICINA, MÁLAGA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS CIBEREHD; 3S. FARMACOLOGÍA CLÍNICA, H. VIRGEN DE LA VICTORIA, FAC. MEDICINA, MÁLAGA., CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS CIBEREHD; 4DPTO DE FARMACOLOGÍA, FAC. FARMACIA, GRANADA; 5S. ANÁLISIS CLÍNICOS, LAB. INMUNOLOGÍA, H. VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA, RED GENÓMICA DEL CÁNCER; 6S. FARMACOLOGÍA CLÍNICA Y AP. DIGESTIVO, H. TORRECÁRDENAS, ALMERÍA; 7S. GASTROENTEROLOGÍA. H. MORALES MESEGUER, MURCIA; 8U. HEPATOLOGÍA, H. NUESTRA SEÑORA DE VALME, SEVILLA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS CIBEREHD; 9U. HEPATOLOGÍA, H. SANT PAU, BARCELONA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS CIBEREHD; 10S. AP. DIGESTIVO, H. MENDARO, GUIPÚZCOA; 11S. AP. DIGESTIVO, H. LA RODA, ALBACETE

### Objetivo

Analizar el papel de la variante genotípica en la posición 2677 en el exón 21 del gen ABCB1 en el transporte de la bilirrubina basado en su estructura química y el riesgo de DILI. La estructura química de la bilirrubina presenta grupos de unión que contienen un átomo de carbono. Una asociación entre este fragmento químico y los polimorfismos de la glicoproteína-P en el desarrollo de DILI se han demostrado previamente (Ulzurrun et al. J Hepatol, 2011).

### Metodología

Se genotipó el polimorfismo ABCB1 2677G>T,A en 160 pacientes DILI, de los cuales 102 tenían una bilirrubina total (BT)  $\geq 2$  veces el límite superior de la normalidad (LSN) y 58 con una BT  $< 2$  xLSN. El genotipado se realizó mediante secuenciación directa. La estructuras químicas contribuyentes a la actividad ATPasa del ABCB1 fueron determinadas según Sakurai et al (Biochemistry, 2007).

### Resultados

La distribución del genotipo TT fue significativamente diferente entre pacientes DILI con una BT  $\geq 2$  xLSN y BT  $< 2$  xLSN (Pc= 0.045; OR= 6.4). Las frecuencias alélicas demostraron un efecto protector del alelo 2677G en pacientes con la BT  $\geq 2$  xLSN (P= 0.033; OR= 0.5).

### Conclusiones

Portadores del genotipo TT con la BT  $\geq 2$  xLSN tienen un mayor riesgo de toxicidad por bilirrubina, sugiriendo que los grupos de unión que contienen un átomo de carbono son componentes estructurales importantes en la especificidad del sustrato de la glicoproteína-P. Financiación: Agencia española del medicamento y FIS PS 09/01384. CIBERehd y Red genómica del cáncer están financiados por el ISCIII.

## P48. FACTORES IMPLICADOS EN EL TRATAMIENTO DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO

López Vega, M.1; Fernández Cano, F.1; Moreno García, A.1; Rivas Ruiz, F.2; Rosales Zabal, J.1; Fernández Pérez, F.1; Méndez Sánchez, I.1; Navarro Jarabo, J.1; Pérez Aisa, A.1

1AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO; 2AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN. MÁLAGA.

### Introducción

El Sobrecrecimiento Bacteriano (SIBO) genera malabsorción grasa que conlleva malnutrición. La presencia de condiciones predisponentes condicionan una persistencia del cuadro así se deben decidir estrategias oportunas en el diseño del tratamiento.

### Objetivos

Evaluar las estrategias de tratamiento en el SIBO. Identificar factores predictores de mala respuesta al mismo.

### Metodología

De 220 test de Hidrógeno espirado con sobrecarga de glucosa para diagnóstico de SIBO realizados en nuestro centro entre enero-2008 y diciembre-2010, se seleccionaron 170. Se recogieron variables demográficas y epidemiológicas. Se identificaron los casos de SIBO tratados según la pauta estándar de Rifaximina 400mg cada 8h durante 10 días. Un segundo test evalúa la persistencia o no de SIBO. Se analizaron las variables para identificar factores predictores de respuesta.

### Resultados

De 122 pacientes (media de edad: 51'5, 50% hombres (61)) obtuvimos un total de 35 con diagnóstico de SIBO, de éstos, 25 cumplían los criterios para ser incluidos en el análisis. 14 (56%) presentaron un test de control positivo. La mediana de edad de los pacientes que respondieron fue de 58, frente a no respondedores que fue de 68.. La presencia de distensión muestra una tendencia sin significación estadística a peor respuesta (p=0,115). Se analizó la patología predisponente a padecer SIBO (hepatopatía, cirugía resectiva, inflamatoria...) y en los pacientes hepatópatas se muestra una tendencia a una mejor respuesta a la primera línea de tratamiento (p=0,18).

### Conclusiones

Es necesario comprobar la negativización de SIBO tras tratamiento con rifaximina dada la probabilidad de mala respuesta (55'6%). Los pacientes con hepatopatía parecen ser mejor respondedores al tratamiento con rifaximina.

#### **P49. MANIFESTACIONES DIGESTIVAS COMO DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD STEINERT**

Serrano Leon, M.; Soria de La Cruz, M.; Ramos-clemente Romero, M.; Iglesias Arrabal, M.; Rivas Rivas, M.; Ruiz Santiago, C.; Naranjo Rodriguez, A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

##### **Introducción**

La enfermedad de Steinert o distrofia miotónica es una enfermedad congénita, que afecta a la musculatura estriada, en ocasiones a otros órganos como corazón, glándulas endocrinas, y en raras ocasiones a fibra lisa intestinal. En la forma adulta, el debut suele ser sobre la segunda o tercera década de la vida, con debilidad y atrofia de la musculatura facial, ojos, antebrazos, manos, piernas y pies. Presentamos dos casos clínicos de pacientes jóvenes afectados de Enfermedad de Steinert donde los síntomas digestivos motivaron la realización de pruebas funcionales, confirmándose anomalías por afectación de musculatura lisa intestinal y esfínteres.

El primer caso, varón de 30 años, ya diagnosticado, con antecedentes familiares de distrofia muscular miotónica, y retraso psicomotor leve. Acude por estreñimiento crónico. En enema opaco presentaba megacolon sin estenosis ni lesiones orgánicas, realizándose Manometría anorectal que apreciaba severa hipotonía basal anal con tono medio de 35 mmHg, y déficit importante en capacidad de contracción voluntaria anal, franca disminución de la sensibilidad rectal, sin sensación defecatoria a pesar de llenados progresivos del balón rectal hasta los 100 cc. Reflejo rectoanal inhibitorio, sin contracción paradójica en maniobra defecatoria. Mejoró con laxantes osmóticos y proquinéticos.

El segundo caso, varón de 22 años sin antecedentes familiares ni personales de enfermedad de Steinert, con diarrea intermitente y disfagia alta hace unos 2 años. Tránsito intestinal baritado, anormal retención del contraste en esófago cervical, completándose con Manometría esofágica, descartando Acalasia, detectando trastorno motor esofágico inespecífico con hipomotilidad global del esófago en toda extensión, ondas peristálticas de baja amplitud e hipotonía basal de esfínteres superior e inferior, sugestivo de afectación neuromuscular de hipofaringe y esófago, remitiéndose a Neurología que diagnosticó enfermedad de Steinert tras estudio genético. Se recomendaron medidas dietéticas y rehabilitación.

La enfermedad de Steinert es la distrofia muscular más frecuente en el adulto. Hereditaria, autosómica dominante, y expresividad clínica variable, afecta de forma característica la musculatura estriada. La participación de musculatura lisa del tracto digestivo puede ocasionar síntomas característicos, que se presentan con menor frecuencia que otras alteraciones sistémicas. La disfagia es el más observado (25-45%). Menos frecuentes son gastroparesia, esteatorrea, estreñimiento y megacolon. La pseudo-obstrucción puede

aparecer en cualquier etapa evolutiva, incluso años antes del diagnóstico. La evolución es muy variable, en ocasiones benigna, pero puede llegar a resultar invalidante. No tiene tratamiento específico, básicamente sintomático con énfasis en rehabilitación y psicoterapia. El diagnóstico precoz permitirá tratamiento de síntomas y profilaxis de complicaciones posteriores.

#### **P50. VALOR DE LA PHMETRIA AMBULATORIA DE 24 HORAS PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS SINTOMAS RESPIRATORIOS ASOCIADOS A REFLUJO GASTROESOFAGICO**

Perez Rodriguez, E.1; Marin Pedrosa, S.2; Naveas Polo, C.3; Hervás Molina, A.3

1HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA., UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO.; 2HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO; 3HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO.

##### **Objetivos**

Evaluar los resultados diagnósticos en nuestro medio de la Phmetría convencional en pacientes remitidos por diferentes síntomas respiratorios, en función de características de los mismos, como su edad y sexo.

##### **Pacientes y métodos**

120 pacientes remitidos por síntomas como tos crónica, laringitis posterior, asma o ronquera crónica a los que se realizó Phmetría ambulatoria de 24 horas, con sonda de un canal, mediante técnica convencional. Se recogieron los datos referentes al score de de Meester así como los síntomas en una base de datos Acces y se analizaron mediante el programa estadístico SPSS.

##### **Resultados**

La prueba fue normal en 62% de los casos, habiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres. En 34,2% de los pacientes hubo síntomas asociados a Ph menor de 4, siendo el Índice sintomático positivo en 21% de los estudios La tos crónica fue la queja más frecuente en los grupos de edad por encima de 45 años, mientras que la laringitis posterior fue el motivo de derivación más frecuente en los más jóvenes.

##### **Conclusiones**

La Phmetría detecta reflujo patológico en aproximadamente una tercera parte de los pacientes con síntomas respiratorios, siendo más frecuente en nuestro estudio en pacientes varones. Aún en los pocos casos en

que hay asociación sintomática con episodios de reflujo, es incierta una relación causal.

### Palabras clave

Reflujo gastroesofágico. Síntomas respiratorios. Phmetría esofágica.

### P51. ESTUDIO DE LIMPIEZA COLÓNICA UTILIZANDO PEG MÁS ÁCIDO ASCÓRBICO COMPARADO CON PEG PARA LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE COLON: RESULTADOS PRELIMINARES.

Belda Cuesta, A.; San Juan Acosta, M.; Argüelles Arias, F.; Caunedo Álvarez, Á.; Romero Vázquez, J.; Pellicer Bautista, F.; Herrerías Gutiérrez, J.

COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA, DIGESTIVO. SEVILLA.

### Introducción

Según algunos estudios, la Cápsula de Colon (CC) puede jugar un papel importante en el diagnóstico de lesiones colónicas, si bien existen aspectos que deben ser mejorados. Uno de ellos, y dado que la CC no es capaz de aspirar los restos de heces, es la preparación, por lo que se han propuesto distintos esquemas de limpieza, sin estar aún definido cuál puede ser el mejor.

### Objetivos

El objetivo principal de nuestro estudio es comparar el grado de limpieza colónica con dos regímenes de preparación distintos. Los objetivos secundarios son analizar la presencia de burbujas en el colon que impidan una correcta visualización de la mucosa y la tasa de exploraciones completas (considerando la visualización del plexo hemorroidal) según cada régimen de preparación.

### Material y métodos

Se trata de un estudio prospectivo, abierto y ciego para el investigador en el que se administran dos preparados laxantes distintos para cada grupo de pacientes, en los que se indicó la técnica para la detección de pólipos colónicos. En el primer grupo (A) los pacientes se preparan con solución evacuante PEG más ácido ascórbico 2 litros (Moviprep®) y en el segundo (B) con solución evacuante tipo PEG 4 litros (Klean-prep®). El grado de limpieza se midió según la escala de Leighton recientemente publicada agrupándose la preparación en "buena-excelente" y "aceptable-pobre". Se analizó la presencia de burbujas según dicha escala así como la tasa de visualización del plexo hemorroidal como parámetro para valorar si se observa la totalidad de la mucosa del colon. Se utilizó la Pillcam-Colon 2® en todos los casos.

### Resultados

Se incluyeron en el grupo A 13 pacientes (5 hombres) con una edad media de  $52 \pm 19$  años y en el grupo B 11 pacientes (7 hombres) con una edad media de  $54.44 \pm 10$  años. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad y el sexo. Los resultados sobre la calidad de la limpieza quedan recogidos en la tabla adjunta. El porcentaje de pacientes con preparación "buena-excelente" fue superior en el grupo A tanto en la valoración global como en ciego, colon ascendente y transversal, aunque la diferencia no alcanzó la significación estadística. En el 79,9% de los pacientes del grupo A no se observan burbujas de forma significativa comparado con un 76,3% del grupo B ( $p=N.S.$ ). El plexo hemorroidal se visualizó en el 84,6% de los pacientes en el grupo A y en el 81,8% en el grupo B ( $p=N.S.$ ). No se notificaron efectos adversos en ninguno de los grupos.

### Conclusiones

Los resultados preliminares de este estudio muestran una tendencia hacia la superioridad de PEG+Ácido ascórbico (2 litros) sobre PEG (4 litros) en la preparación colónica de los pacientes previa a cápsula colónica. Sin embargo, con los datos analizados no se alcanza la significación estadística, lo que hace necesario aumentar el tamaño muestral. Result Bueno-Excelente PEG + ácido ascórbico PEG P CIEGO 76,92% 36,36% 0,095 ASCENDENTE 76,91% 54,54% NS TRANSVERSO 69,22% 36,36% NS DESCENDENTE 61,53% 63,63% NS RECTO 61,53% 72,72% NS TOTAL 69,22% 52,72% NS.

### P52. ANALISIS DE LOS INDICADORES DE SATISFACCIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL CÁNCER COLORRECTAL A PARTIR DEL CMBD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

García, M.1; Pérez, J.2; Sánchez, M.3; Toledo, S.4; Cano, I.2; Rey, M.2; Haro, M.2

1 HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL, UGC DIGESTIVO. CÁDIZ. 2 HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL; 3 HOSPITAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. 4 COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

### Objetivos

El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte por cáncer en Andalucía. Esta enfermedad es más frecuente en la población de edad avanzada. La Consejería de Salud dentro de su Plan de Calidad, ha incluido esta enfermedad dentro de los procesos asistenciales integrados, recogiendo el conjunto de actuaciones y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada, para conseguir un resultado óptimo en cuanto a recursos y satisfacción del usuario. Nuestro objetivo es analizar los siguientes indicadores: números de reintervenciones y números de ingresos por CCR producidos en los últimos cuatro años en el HUPR.

## Metodología

Analizaremos, a partir del CMBD del HUPR, la eficiencia del hospital en cuanto a los indicadores de reingresos y reintervenciones en los casos de CCR, recogidos dentro del plan de calidad de los procesos asistenciales integrados, y que deben ser inferiores al 3% y al 5% respectivamente del total de casos en el Centro.

## Resultados

En los datos obtenidos del CMBD de los últimos cuatro años, tanto los reingresos como las reintervenciones han disminuido hasta mejorar el estándar.

## Conclusiones

La implementación del tratamiento de determinadas enfermedades como un proceso asistencial integrado ha permitido una mejora importante en la gestión de las mismas, con el beneficio que esto conlleva tanto para los pacientes como para el Centro en cuanto a la optimización de recursos. Sin un sistema de información eficaz, que permita conocer los datos de los procedimientos quirúrgicos para detectar fallos dentro del proceso, no podemos mejorar la calidad del servicio.

### P53. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN MUJER JOVEN CON ENFERMEDAD DE CROHN Y TOMA DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

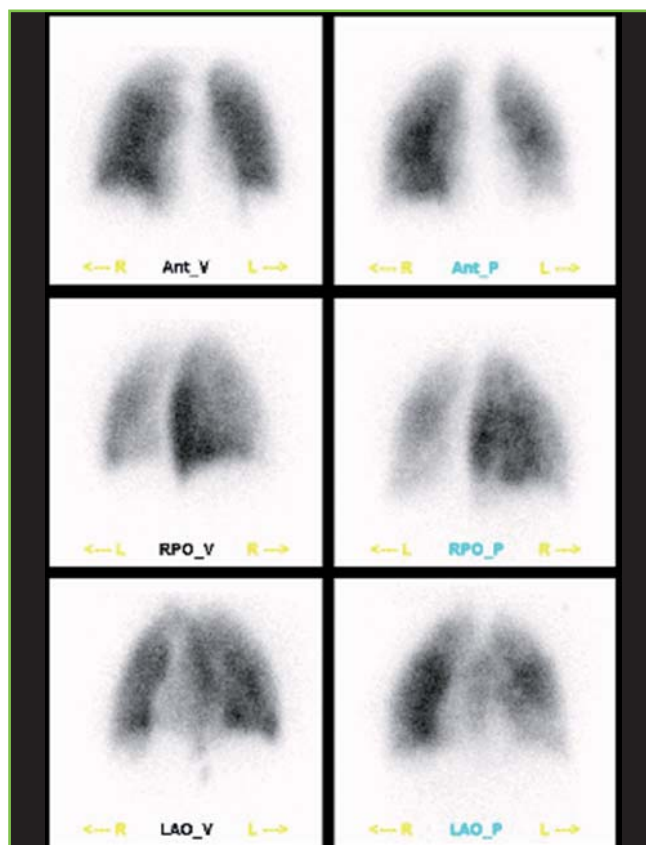
Benítez Rodríguez, B.1; Pallarés Manrique, H.1; Ramos Lora, M.1; Rodríguez Sicilia, M.2

1HOSPITAL GENERAL JUAN RAMÓN JIMENEZ, DIGESTIVO. HUELVA.  
2HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, DIGESTIVO. GRANADA.

## Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 33 años de edad diagnosticada 8 meses antes de enfermedad de Crohn ileal mediante colonoscopia con ileoscopia informada como ileítis sospechosa de Crohn con informe histológico que refiere inflamación crónica moderada-severa y criptitis. Como antecedentes destaca anticoncepción hormonal (anillo vaginal), aborto en la 5ª semana de gestación hacía 5 años, con parto gemelar por cesárea un año después. EN tratamiento domiciliario con mesalazina 3 g/24 horas. Ingresa por cuadro de 2 semanas de evolución de fiebre y artralgias, con tos y expectoración blanquecina, seguida de disnea progresivamente a moderados esfuerzos. Se realiza una radiografía de tórax que muestra derrame pleural izquierdo con infiltrados alveolares no homogéneos en ambas bases, sobre todo la izquierda. Se practica AngioTAC de tórax que es informada como infiltrado alveolar basal en lóbulo inferior izquierdo, que se extiende a lóbulo inferior y llingula con

un patrón de engrosamientos peribronquiales y pequeñas opacidades periféricas de bordes mal definidos, todo sugestivo de proceso inflamatorio-infeccioso, sin poder descartar TEP. En gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión se observan defectos de perfusión en segmento medial basal del lóbulo inferior derecho y en segmentos anterior basal y posterior basal del lóbulo inferior izquierdo con ventilación conservada, todo compatible con tromboembolismo pulmonar bilateral. La analítica refleja hemoglobina 11.7 g/dL, 33.6% de hematocrito, VCM 90.7 fL, 15100 leucocitos con moderada neutrofilia, 544000 plaquetas. Coagulación normal. D-dímeros 3530 mcg/L. Bioquímica reglada normal (incluyendo perfil renal, iónico, hepático y CPK). PCR 2.2 mg/dL. Gasometría venosa pH 7.42, pCO2 45 mmHg, Bicarbonato 29.2 mmol/L. Cultivo de esputo se aísla *Cándida albicans*, negativo para micobacterias. Proteinograma albúmina 50.1%, alfa 1 6.4%, alfa 2 15.8%, Beta 13%, gammaglobulinas 14.7%, índice albúmina/globulinas 1 (perfil electroforético compatible con síndrome inflamatorio moderado. ANA 1/320; anticuerpos anti DNA-nativo <1/10; c-ANCA y p-ANCA negativos. Anticuerpos anticardiolipina IgG 47 UGPL/mL (comprobado en dos controles analíticos), anticuerpos anticardiolipina IgM <12 UMPL/mL; anticuerpos anti B2 Glicoproteína 1 IgG 1.9 EU/mL. Homocisteína 7.7 picomol/L. Serología infecciosa para CMV, Legionella, VIH, Chlamydia pneumoniae, Coxiella Burnetti, Mycoplasma pneumoniae negativos. Se trata por tanto de un cuadro de tromboembolismo pulmonar bilateral asociado a síndrome antifosfolípidos en paciente mujer joven con enfermedad de Crohn y anticoncepción hormonal mediante anillo vaginal. Se pauta tratamiento con tratamiento parenteral con carbapenémico, broncodilatadores, corticoides inhalados y anticoagulación, con buena evolución y normalización de estudio radiológico de tórax en controles posteriores.



## **P54. HEPATOTOXICIDAD ATRIBUIDA A IBUPROFENO. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS EN NUESTRO MEDIO.**

Muñoz García, Á.1; Robles Díaz, M.2; Borraz Pereira, Y.3; Lucena, M.4; Navarro, J.5; Fernández, M.6; Pérez Romero, J.7; Romero, M.8; García Ruiz, E.9; Durán Jiménez, J.10; Andrade Bellido, R.11

1HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA, UGC APARATO DIGESTIVO; 2FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA. CIBEREHD., UNIDAD DE HEPATOLOGÍA.; 3FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA. CIBEREHD., DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA.; 4FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA. CIBEREHD, DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA; 5HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA, MÁLAGA, UGC APARATO DIGESTIVO; 6HOSPITAL DE TORRECÁRDENAS, ALMERÍA, SERVICIO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA; 7HOSPITAL DE PUERTO REAL, CÁDIZ, UGC APARATO DIGESTIVO; 8HOSPITAL VIRGEN DE VALME, SEVILLA, UGC APARATO DIGESTIVO; 9HOSPITAL DE LA LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN, CÁDIZ, UGC APARATO DIGESTIVO; 10HOSPITAL VIRGEN DE LA MACARENA, SEVILLA, UGC APARATO DIGESTIVO; 11HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. CIBEREHD., UGC APARATO DIGESTIVO.

### **Introducción**

La hepatotoxicidad por fármacos es la reacción adversa a medicamentos que más medidas regulatorias conlleva. El ibuprofeno ha sido tradicionalmente considerado un fármaco seguro en este sentido. A pesar de ello, se han registrado casos de hepatotoxicidad atribuidos al consumo de ibuprofeno en los últimos años.

### **Objetivos**

Describir las características demográficas, clínicas y analíticas, pronóstico, causalidad y frecuencia de la hepatotoxicidad atribuida a ibuprofeno en nuestro medio.

### **Metodología**

Se analizaron los casos de hepatotoxicidad idiosincrásica atribuidos a ibuprofeno incluidos en el Registro Español de Hepatotoxicidad(REH).

### **Resultados**

De los 740 casos de hepatotoxicidad recogidos en el REH entre abril 1994 y julio de 2010, 24 (3.2%) fueron atribuidos a ibuprofeno (edad media 52, rango 18-83 años, 50% sexo femenino), erigiéndose como el tercer fármaco con mayor frecuencia asociado a hepatotoxicidad, por detrás de la amoxicilina-clavulánico y la flutamida. El tiempo de latencia medio fue de 95 días (rango 2-1768 días), y la dosis media, 1200 mg/día (rango 400-1800 mg). El tipo de daño fue hepatocelular en el 46% de los casos, colestásico en el 29%, y mixto en el 25%. El 17% de los pacientes presentaron fiebre, y el 4% rash. El 63% de los casos requirieron hospitalización. El 71% desarrollaron ictericia, 8 de ellos con patrón de daño

hepatocelular, cumpliéndose así la "Ley de Hy". Uno de estos últimos casos presentó fallo hepático fulminante, requiriendo trasplante hepático. Un segundo paciente falleció por fallo hepático fulminante.

### **Conclusiones**

La hepatotoxicidad por ibuprofeno ha resultado ser relativamente frecuente en nuestro medio, y potencialmente grave, pudiendo resultar en algunos casos fatal. Por lo tanto, este efecto adverso potencial debería ser tenido en cuenta a la hora de prescribir este fármaco.

## **P55. INCIDENCIA DE TUMORES DE NOVO EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES DESDE 2002 A 2011**

Matas Cobos, A.; González Artacho, C.; Martos Ruiz, V.; Espinosa Aguilar, M.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

### **Introducción**

El sistema inmune destruye las células neoplásicas originadas por mutaciones somáticas o por virus oncogénicos. La disminución de la vigilancia por parte del sistema inmune puede causar un crecimiento incontrolado de estas células neoplásicas. El uso de medicación inmunosupresora en pacientes trasplantados se asocia a mayor riesgo de tumores malignos.

### **Objetivos**

Estudiar la incidencia de tumores de novo en trasplantados hepáticos desde 2002 hasta Julio del 2011.

### **Metodología**

Estudio Descriptivo Observacional que analiza aquellos pacientes trasplantados hepáticos entre el 2002 y 2011 con diagnóstico de tumor de novo. Resultados analizados mediante el programa estadístico SPSS-15.

### **Resultados**

De 227 pacientes trasplantados, 19 pacientes (8,37%) desarrollaron tumores de novo en el postrasplante: 15 hombres y 4 mujeres. La edad media fue de 51,5+8 años. Las indicaciones más frecuentes de trasplante fueron cirrosis etílica (37%) seguida de infección por Virus C asociada a Hepatocarcinoma (37%). El 68,4% de los pacientes estaba en tratamiento inmunosupresor con Tacrolimus y Micofenolatomofetil; el resto con Inhibidores de la Calcineurina. Los tumores fueron: 6 casos de cáncer de piel (31,2%), 4 pulmón (20,8%), 4 linfomas (20,85), 1 colon

(5,2%), 2 ORL (10,4%), 1 esófago (5,2%) y 1 próstata (5,2%). 9 fallecieron (ninguno por cáncer de piel).

### Conclusiones

El tumor más frecuente en los pacientes trasplantados es el cáncer de piel, con una supervivencia del 100%. La frecuencia del resto de las neoplasias malignas depende de distintos factores: tiempo transcurrido desde el trasplante, o intensidad y duración de la inmunosupresión, siendo los linfomas los segundos en frecuencia.

### P56. LA ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN HEPÁTICA PERMITE MONITORIZAR LA HEPATITIS RECURRENTE POR VIRUS C POST-TRASPLANTE: RESULTADOS PRELIMINARES DE LA EVOLUCIÓN NATURAL Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

Bellido Muñoz, F.; Giráldez Gallego, Á.; Araujo Míguez, Á.; Pascasio Acevedo, J.; Sousa Martín, J.

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO, SECCIÓN HEPATOLOGÍA. SERVICIO APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

### Palabras clave

Elastografía de transición, hepatitis C recurrente, trasplante hepático.

### Objetivos

Estudiar de forma prospectiva los cambios en la rigidez hepática (RH), mediante elastografía de transición (ET), de una serie prospectiva de casos de pacientes con hepatitis C recurrente post-trasplante hepático (TH), dejados a su evolución natural (grupo A) o sometidos a tratamiento antiviral (grupo B).

### Metodología

Se incluyeron 17 ET realizadas durante 31 meses sobre 11 pacientes con hepatitis C recurrente post-TH. Se valoraron los resultados pareados de la ET en el mismo paciente con el propósito de conocer los cambios en la RH en los grupos A (13 casos) y B (4 casos). Se recolectaron las siguientes variables: 1) en el momento de la inclusión: edad, sexo, genotipo, tiempo desde el TH y fibrosis basal; 2) durante el seguimiento: tiempo entre las dos ET (basal y de seguimiento) y resultado de ambas.

### Resultados

La edad media fue de 56,8 +/- 7,9 años; la proporción hombre/mujer fue 10:1. 10 pacientes eran genotipo 1b. La mediana de tiempo desde el TH hasta la ET basal fue de 28 meses (rango: 6-142) y la media de tiempo entre las dos ET fue de 11,3 +/- 4,5 meses. En el grupo A se produjo un aumento de la RH en 10/13 de los casos (77%)

mientras que en el grupo B se produjo un descenso en 3 de los 4 casos (75%). La magnitud de estos cambios fue escasa, probablemente en relación con el escaso tiempo transcurrido entre ambas exploraciones.

### Conclusiones

La RH desciende en el 75% de los casos de hepatitis C recurrente sometidos a tratamiento específico y aumenta en la misma proporción de los casos dejados a su evolución natural. Estos resultados son acordes con los publicados acerca de la evolución histológica natural y de la regresión de la fibrosis en los pacientes tratados. Este aspecto dinámico constituye una ventaja de la ET, que le permite convertirse en un complemento útil a la biopsia.

### P57. PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS B TRATADOS CON ANÁLOGOS DE NUCLEÓS/TIDOS

Figueroela López, B.1; Suárez García, E.1; Aparcero López, R.1; Maraver Zamora, M.1; Morillo Verdugo, R.2; Hoyas Pablos, E.1; Romero Gómez, M.1

1 COMPLEJO HOSPITALARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, UGMQ ENFERMEDADES DIGESTIVAS; 2 COMPLEJO HOSPITALARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, DEPARTAMENTO DE FARMACIA. SEVILLA.

### Introducción

El tratamiento de la hepatitis crónica B (HCB) con análogos de nucleós/tidos (AN) inhibe la replicación viral para impedir la progresión histológica, evitar la aparición de complicaciones, reducir la necesidad de trasplante hepático y mejorar la supervivencia.

### Objetivo

Valorar respuesta y pronóstico a largo plazo en una cohorte de pacientes con HCB tratados con AN.

### Metodología

Análisis retrospectivo de base de datos de pacientes con HCB tratados con AN antes de 2007. Se determinaron analítica hepática y renal y ADN VHB basal y cada 3-6 meses. Se definió breakthrough virológico (BV), no respuesta y ADN VHB negativo según criterios aceptados (EASL). Se consideró deterioro renal creatinina  $\geq 1,5$  mg/dL o aclaramiento de creatinina  $\leq 50$  ml/m.

### Resultados

52 pacientes (73% varones), con edad media de 46,8 (22-76) años y 79% HBeAg (-) Se realizó biopsia en 32 pacientes: 54% tenían inflamación portal  $\geq 2$  y 37% fibrosis  $\geq 2$ . Presentaban cirrosis 22 pacientes. La media de ALT basal fue 145 UI/L y la media de ADN VHB basal fue

2176411 UI/mL. Se trataron con lamivudina (28), adefovir (17) y combinación de ambos (7). La mediana de seguimiento fue de 82,7 meses (5-123). 26 pacientes desarrollaron BV y 73% de ellos mutaciones. 11 continuaron con el mismo tratamiento y en 41 se cambió (55% por BV, 19% por coste-ficacia, 13% por deterioro renal y 11% por no respuesta). Al final del seguimiento 28 pacientes estaban con tenofovir (14 en monoterapia y 14 en combinación), 12 con adefovir (6 en monoterapia y 6 en combinación), 7 con entecavir, 2 con lamivudina y 3 sin tratamiento. El ADN VHB era negativo en 87% (100% de los que continuaban en tratamiento). 5/11 HBeAg (+) seroconvirtieron. 10% negativizaron HBsAg, todos HBeAg (-) basal (3 desarrollaron antiHBs). Presentaron deterioro renal 29% de los tratados con adefovir. En 15 pacientes a los que se realizó elastografía, se observó mejoría de fibrosis respecto a la biopsia basal (1,27 vs 2,07; p=0,009). De los pacientes con cirrosis, 18% presentaron descompensación, 18% desarrollaron carcinoma hepatocelular y 9% fueron trasplantados. La supervivencia actuarial global fue del 88%. 3 pacientes fallecieron por causa hepática y 3 por tumores no hepáticos.

### Conclusiones

El tratamiento de HCB con análogos de nucleósidos en nuestra cohorte consigue a largo plazo negativizar la carga viral en todos los pacientes, eliminar la infección en 12% de los pacientes HBeAg negativo, mejorar la fibrosis y una supervivencia elevada.

### P58. HEPATITIS COLESTÁSICA DEBIDA A INFECCIÓN DISEMINADA POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS

Romo, G.; Martínez, E.; Viñolo, C.; Estévez, M.; Gallardo, F.; Jordán, T.; Gallego, F.

HOSPITAL DE PONIENTE, U.G. DE APARATO DIGESTIVO.

### Introducción

La Strongyloidiasis es una infección endémica en las regiones tropicales y subtropicales que, de forma excepcional, en su forma diseminada, puede manifestarse como hepatitis colestásica. Presentamos el caso de un varón de 37 años, natural de Gambia, residente en España desde hacía 5 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés que ingresó por cuadro de semiología colestásica indolora de 2 semanas de evolución. Analíticamente, destacaba: GOT: 108 U/L, GPT 87U/L, GGT 160U/L, FA 540U/L, BT 15.2 mg/dl (BD:7mg/dl) así como eosinofilia. Las pruebas de imagen realizadas descartaron una causa extrahepática de colestasis. Asimismo se descartaron mediante anamnesis dirigida y analíticas otras causas de hepatitis colestásica (alcohol, fármacos, virus hepatotropos, etc). Ante estos hallazgos, se realizó biopsia hepática que puso de manifiesto un infiltrado inflamatorio del espacio porta (linfocitos, histiocitos, neutrófilos y eosinófilos) y colestasis canalicular de disposición perivenular lo cual sugería hepatitis tóxica versus proceso

infeccioso sistémico. Teniendo en cuenta el área geográfica de la que procedía el paciente, solicitamos serologías virales específicas encontrando positividad para: Strongyloides stercoralis (S.S), Rickettsia coronii y Squistosoma. Un aspirado duodenal confirmó finalmente la presencia de S.S, por lo que se inició tratamiento cíclico con Ivermectina y Albendazol, resolviéndose el cuadro. Este caso representa una excepcional causa de hepatitis colestásica producida por la invasión de los canalículos biliares intrahepáticos por parte del parásito S.S que, aunque infrecuente, hay que tener presente en zonas de alto flujo inmigratorio.

### P59. EXPERIENCIA INICIAL Y UTILIDAD DE LA ENTEROSCOPIA DE DOBLE BALON EN UN HOSPITAL COMARCAL

Peña Ojeda, J.; Monrobel Lancho, A.; Chicano Gallardo, M.; Pérez de Luque, D.

HOSPITAL DE MONTILLA. EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR.

### Objetivos

Describir la experiencia inicial y la utilidad que tiene la enteroscopia de doble balón (EDB) en un hospital comarcal.

### Material y métodos

Análisis de procedimientos consecutivos realizados entre mayo-2008 y junio-2011 utilizando el enteroscopio de doble balón Fujinon modelo EN-450P5.

### Resultados

14 procedimientos en 12 pacientes, 6 hombres y 6 mujeres con una edad promedio de 51 años (23-77 años). Las indicaciones fueron: \* Anemia ferropénica persistente de origen incierto en 5 casos (45 %). \* Sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que afectaba al intestino delgado en 4 casos (36%). \* Dolor abdominal en 1 caso. \* Déficit persistente de vitamina B12 en 1 caso. \* Hemorragia digestiva baja de causa indeterminada en 1 caso. La EDB se realizó a 9 pacientes por vía anal, a 1 por vía oral y por ambas vías a 2. La vía inicial dependió de la sospecha clínica y/o alteraciones en las pruebas previas. Por vía oral la distancia máxima alcanzada fue de 250 cm. Llegando hasta los primeros tramos del ileon proximal en todos los casos. Por vía anal fue posible sobrepasar la válvula ileocecal en todos los pacientes, en 6 se llegó hasta ileon medio siendo el máximo alcanzado de 150 cm. desde la válvula ileocecal. Se encontraron alteraciones patológicas en 7 pacientes: 4 fueron diagnosticados de enfermedad de Crohn ileal, 1 presentaba una tumoración submucosa en ileon y 2 tenían una estenosis ulcerada en ileon. La EDB no detectó lesiones en los otros 5 pacientes: en 3 existía anemia y 2 de ellos mantenían un consumo crónico de AINES, 1 había iniciado tratamiento por alta sospecha de enfermedad de Crohn considerando que se

encontraba en remisión en el momento de la prueba y en 1 la EDB descartó las lesiones sugeridas en técnicas de imagen previas (gammagrafía). No se produjeron complicaciones en ningún paciente.

### Conclusiones

La EDB es una técnica segura y fiable para explorar el intestino delgado. En pacientes seleccionados presenta gran rendimiento diagnóstico constituyendo la prueba definitiva para confirmar un diagnóstico de sospecha evidenciando lesiones no detectadas previamente o descartando de forma definitiva la existencia de patología sospechada en las pruebas radiológicas.

### P60. TRASPLANTE URGENTE POR FALLO HEPÁTICO FULMINANTE EN LA UNIDAD DE TRASPLANTE HEPÁTICO DEL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

Matas Cobos, A.; González Artacho, C.; Ojeda Hinojosa, M.; Espinosa Aguilar, M.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

### Introducción

El fallo hepático fulminante (FHF) es una entidad poco frecuente, de etiología diversa y con una alta mortalidad que oscila entre el 70 y el 90%. El trasplante es el único tratamiento curativo, pero es una opción terapéutica radical, con un alto riesgo, e implica un tratamiento inmunodepresor permanente.

### Objetivos

Analizar la incidencia de FHF en nuestra unidad desde Abril de 2002 hasta Julio 2011.

### Métodos

Estudio retrospectivo observacional que incluye aquellos pacientes que han presentado fallo hepático fulminante en el periodo de estudio. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS-15.0.

### Resultados

De 227 pacientes trasplantados hepáticos en nuestra unidad; 8 (3,52%) fueron por fallo hepático fulminante (4 hombres y 4 mujeres). La edad media fue de 30 años (mínimo 20 y máximo 49). Las causas de FHF: 1 paciente por ingesta de paracetamol (12,5%), 3 pacientes por toma de éxtasis (37,5%), 1 paciente por infección viral (12,5%) y en 3 pacientes la causa no se determinó (37,55). 3 de los 8 pacientes fallecieron (37,5%). Las causas de exitus fueron: muerte intraoperatoria, estenosis tardía de la arteria hepática y colangiocarcinoma.

### Conclusiones

El trasplante hepático es actualmente el tratamiento de elección de los pacientes con fallo hepático agudo que presentan criterios de mal pronóstico. La causa más frecuente de FHF en nuestra unidad es por toma de éxtasis. La supervivencia de los pacientes trasplantados por FHA es inferior a la del trasplante por enfermedades crónicas debido a la urgencia y al estado clínico del receptor.

### P61. ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)

Navarrete, N.1; Troncoso, S.1; Muñoz, M.1; Sánchez-ángulo, J.2; García, I.1; Fernández, C.1; Blanco, M.1; López-cepero, J.1

1HOSPITAL GENERAL DE JEREZ DE LA FRONTERA, UGC DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS; 2HOSPITAL GENERAL DE JEREZ DE LA FRONTERA, UGC DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS.

### Introducción

Las vías clínicas (VC) son planes asistenciales multidisciplinares y secuenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología y que presentan un curso clínico predecible. Nuestra unidad elaboró e implantó la VC para el manejo de la HDA.

### Métodos

Para ello se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar y se realizó una búsqueda bibliográfica en la que apoyar la elaboración de la VC, adaptándola posteriormente a nuestro entorno de trabajo. Se consensuaron también unos indicadores de evaluación. Tras meses de implantación, se analizaron los datos retrospectivamente mediante la revisión de las historias clínicas.

### Resultados

Desde abril/2010 hasta enero/2011, la UGC de Enfermedades Digestivas ha atendido un total de 57 pacientes con HDA sin Hipertensión Portal, 9 de los cuales recibieron alta precoz y realizándose endoscopia oral en las primeras 24 horas a 56 pacientes. Fueron atendidos 22 casos de HDA secundarios a Hipertensión Portal, siendo todos ingresados. Se les realizó endoscopia oral en las primeras 12 horas a 19 y recibieron antibióticos profilácticos desde su confirmación diagnóstica 20 de ellos. En conjunto durante 2009 tuvimos una ganancia potencial en los pacientes con HDA de 74 días mientras en 2010 un ahorro de 7 estancias; en conjunto una variación positiva de 81 estancias.

### Conclusiones

La HDA es una patología que se beneficia de las

VC porque permiten adecuar los recursos a las necesidades, evitar la variabilidad y trabajar apoyados en la evidencia científica.

## **P62. ¿SON MÁS GRAVES LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL A EDADES TARDÍAS?**

García Caparros, C.; Ruiz Cuesta, P.; García Sánchez, V.; Iglesias Flores, E.; Jurado García, J.; Marín Pedrosa, S.; Gómez Camacho, F.

HOSPITAL REINA SOFÍA, APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA.

### **Introducción**

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) puede incidir en pacientes entre los 60 y 80 años. Este grupo de población tiene características especiales que lo pueden hacer más susceptible al desarrollo de complicaciones relacionadas con la enfermedad y sus tratamientos. Actualmente, existen pocos datos que nos permitan conocer la gravedad de la enfermedad en esta población.

### **Objetivo**

Determinar la gravedad de la EII en pacientes diagnosticados a edades tardías.

### **Materiales y métodos**

Estudio retrospectivo, observacional, casos-contrroles. Se identificaron a todos los pacientes con EII diagnosticados a edad  $\geq 60$  años (casos) y entre 20-40 años (contrroles) mediante la base ENEIDA. Por cada caso se tomaron aleatoriamente dos contrroles. Se definió como enfermedad grave o complicada aquellos pacientes que presentaban en los tres primeros años tras el diagnóstico: enfermedad fistulizante o estenosante en el caso de EC, complicaciones como abscesos abdominales, megacolon tóxico, hemorragia grave o perforación, necesidad de inmunomoduladores o biológicos, y mortalidad

### **Resultados**

Se incluyeron 220 pacientes: 72 casos (77,8% CU y 22,2% EC, con edad media de 74 años $\pm$ 6,1, rango 62-91) y 148 contrroles (54,7% CU y 45,3% EC, con edad media de 31,8 años $\pm$ 5 rango 22-40). Del total de pacientes, 153 tenían una enfermedad no complicada (59 casos y 94 contrroles) y 67 pacientes tenían una enfermedad complicada (13 casos y 54 contrroles). Los contrroles presentaron una enfermedad complicada con un nivel de significación de  $p=0,005$ , sobre todo por la presencia de EC fistulizante ( $p=0,024$ ) y por la necesidad de inmunomoduladores o biológicos ( $p=0,0103$ ). Del grupo de casos con enfermedad complicada, lo más frecuente fue la presencia de hemorragia grave ( $p=0,023$ ).

### **Conclusiones**

Los pacientes diagnosticados de EII a edades tardías no presentan una enfermedad más grave que los jóvenes durante los primeros años tras el diagnóstico aunque sí presentan más complicaciones relacionadas con el sangrado.

## **P63. ORGANIZACIÓN Y RESULTADOS DE LA CONSULTA DE DISPEPSIA EN ACTO ÚNICO**

Grilo Bensusan, I.; Gomez Delgado, E.; Ruz Segura, I.

HAR. ÉCIJA. APES. BAJO GUADALQUIVIR, APARATO DIGESTIVO.

### **Objetivos**

Presentar un modelo de organización de la consulta de dispepsia en acto único (AU). Analizar la adecuación de la derivación, la utilización de los recursos y la utilidad de la formación para mejorar la derivación.

### **Métodos**

Estudio prospectivo descriptivo de los pacientes derivados a la consulta de AU de dispepsia entre enero y julio de 2011. Realización de una sesión de formación en cada centro de salud entre febrero y marzo.

### **Resultados**

Se ofertaron en Diraya 5 citas de consulta semanales y existían 3 citas ese día para endoscopia en AU. Se atendieron a 117/135 (87,3%) pacientes. De las 71 citas de endoscopia se ocuparon 41 (57 %). La derivación fue correcta en 41/117 (35 %) pacientes sin diferencias entre los centros de salud ( $p = 0,9$ ). Existieron diferencias entre los meses previos y posteriores a la formación (14,3 vs 41,6 %) ( $p = 0,008$ ). Del total de pacientes derivados 65 (55 %) tenían dispepsia, con edad mediana de 41 años (27-55,5) y predominio de mujeres 43 (66,2%). La principal causa de derivación incorrecta entre los dispépticos fue la ausencia de criterios de endoscopia 15 (65,2 %). En 8 pacientes no se pudo realizar la endoscopia por falta de ayunas. El diagnóstico más frecuente fue la dispepsia funcional 33 (50,8 %).

### **Conclusiones**

El modelo de consulta de dispepsia en AU en nuestro medio obtuvo una derivación adecuada baja, fundamentalmente debido a la citación de pacientes sin dispepsia. La formación puede mejorar dicha derivación, aunque se podrían plantear otros modelos de organización.

**P64. PANCREATITIS DEL SURCO: SERIE DE 11 CASOS**

Rincón Gatica, A.; Marquez Galisteo, C.; de La Cruz Martínez, M.; Leo Carnerero, E.; Sousa Martín, J.; Trigo Salado, C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS

**Objetivo**

Analizar las características de los casos de pancreatitis del surco de nuestra Unidad. Se trata de un tipo especial de pancreatitis crónica caracterizada por un proceso inflamatorio focal a nivel del área del surco pancreatoduodenal afectando secundariamente al duodeno.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo y retrospectivo de 11 casos de pancreatitis del surco diagnosticados en nuestra Unidad.

**Resultados**

Analizamos una serie de 11 casos, 10 hombres (90.9%) y 1 mujer con una edad media de 49 años (rango de 37-78 años). La etiología fue el alcohol en todos los hombres e idiopática en la mujer. Las determinaciones de amilasa al ingreso estaban comprendidas entre 86 y 1727 mU/ml. El diagnóstico radiológico se hizo en base a TAC de abdomen con contraste en 5 de los casos (45%) y por RNM de abdomen en los 6 restantes (55%). Se constató estenosis duodenal en 6 de los casos y 4 de ellos (36%) requirieron cirugía (duodenopancreatectomía cefálica) correlacionándose los hallazgos de las técnicas de imagen con el estudio de anatomopatológico de las piezas quirúrgicas.

**Conclusiones**

La pancreatitis del surco es una entidad poco conocida aunque existen descripciones desde los años 70. Se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las masas en las tumoraciones de la cabeza de páncreas y en la estenosis duodenal. El tratamiento inicial debe ser conservador reservando la cirugía (duodenopancreatectomía cefálica) cuando la sintomatología persiste a pesar del mismo o aparecen complicaciones como la obstrucción duodenal o de la vía biliar.

**P65. EFICACIA DE LA DILATACIÓN ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON EICI Y ESTENOSIS INTESTINAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO**

Ojeda Hinojosa, M.; Martos-ruiz, V.; Matas Cobos, A.; González Artacho, C.; de Teresa Galvan, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, SERVICIO APARATO DIGESTIVO

**Objetivos**

Evaluar la eficacia y las complicaciones de la dilatación endoscópica de estenosis intestinales sintomáticas en pacientes con EII.

**Material, métodos y resultados**

Hasta 2011 hemos realizado en nuestro servicio catorce dilataciones endoscópicas en pacientes con EII. Se analizaron: el tipo de EII (enfermedad de Crohn = 85.5%, colitis ulcerosa = 14.8%), el tiempo medio desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la dilatación (10.5 años), la localización (destaca la anastomosis quirúrgica, suponiendo un 56.2% de las indicaciones), tipo de dilatador (dilatador rígido + dilatador neumático = 14.8%, dilatador neumático = 85.8%), complicaciones (perforación = 7.1%, hemorragia = 7.1%, fallo de la técnica = 14.2%), tiempo medio hasta recaída (9.5 meses), número medio de dilataciones por paciente (1.78), y tratamiento que seguían en el momento de la dilatación (mesalazina = 78.5%; azatioprina = 64.2%; mercaptopurina = 7.1%; infliximab = 7.1%; adalimumab = 7.1%). El seguimiento medio fue de 39 meses.

**Conclusiones**

- Alto porcentaje de recaídas tras el procedimiento (57.1%), la mayoría de los cuales (75%) se sometieron posteriormente a cirugía. Ésta cifra es superior a lo previamente publicado en la literatura, hecho que podría estar relacionado con los malos resultados de la técnica en estos pacientes.

- Consideramos, no obstante, constituye una alternativa válida en determinados casos, como en pacientes de alto riesgo quirúrgico o sometidos a varias intervenciones intestinales.

