

01 COMUNICACIONES ORALES

- 272 Sesión I
- 279 Sesión II
- 286 Sesión III
- 292 Sesión IV

02 COMUNICACIONES PÓSTER

- 300 Área Endoscopia
- 339 Área Enfermedad inflamatoria intestinal
- 357 Área Hígado
- 384 Área Intestino delgado / Colon
- 433 Área Páncreas / Vía biliar
- 460 Área Tracto digestivo superior / Motilidad / Hemorragia
- 500 Área Trasplante hepático

03 COMUNICACIONES VIDEOFORUM

- 501 Comunicaciones videoforum

04 IN MEMORIAM

- 508 Dr. D. Leopoldo Martín Herrera
J. Aguilar-Reina





Revista Andaluza de Patología Digestiva

VOLUMEN 41 • Número 5

Extraordinario XLIX Reunión Anual SAPD

Depósito Legal: M-26347-1978

**Registro de comunicación de
soporte válido:** 07/2

ISSN: 1988-317X

Edición

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

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

DIRECTOR

F.J. Romero Vázquez

FEA. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

DIRECTOR ADJUNTO

Á. Pérez Aísa

FEA. Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga.

SUBDIRECTORES

J.G. Martínez Cara

FEA. Complejo Hospitalario de Granada.

J.F. Suárez Crespo

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

COMITÉ DE DIRECCIÓN

G. Alcaín Martínez

FEA. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.
Málaga.

M. Casado Martín

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Á. González Galilea

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

H. Pallarés Manrique

FEA. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

J.M. Pérez Pozo

FEA. Centro Hospitalario de Alta Resolución de Utrera.
Sevilla.

J.J. Puente Gutiérrez

FEA. Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén.

P. Rendón Unceta

FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

D. Sánchez Capilla

FEA. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
Granada.

COMITÉ DE REDACCIÓN

V.M. Aguilar Urbano

FEA. Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga.

J. Ampuero Herrojo

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

E. Baeyens Cabrera

FEA. Hospital General Ciudad de Jaén. Jaén.

J.M. Benítez Cantero

FEA. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

E. Domínguez-Adame Lanuza

FEA. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

J.L. Domínguez Jiménez

FEA. Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén.

M. Estévez Escobar

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

E. Fraga Rivas

FEA. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

V. García Sánchez

FEA. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

I. Grilo Bensusan

FEA. Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

E.M. Iglesias Flores

FEA. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

E. Leo Carnerero

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

M. Macías Rodríguez

FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

S. Morales Conde

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

J.M. Navarro Jarabo (†)

FEA. Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga.

C. Ortiz Moyano

FEA. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

F. Padilla Ávila

FEA. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

M. Ramos Lora

FEA. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

E. Redondo Cerezo

FEA. Complejo Hospitalario de Granada. Granada.

J.P. Roldán Aviña

FEA. Hospital de Alta Resolución de Écija

M.J. Soria de la Cruz

FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

M. Tercero Lozano

FEA. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

J.M. Vázquez Morón

FEA. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

>> Junta Directiva de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva

PRESIDENTE

M. Romero Gómez

SECRETARIO

J.G. Martínez Cara

VICEPRESIDENTE

Á. Pérez Aísa

TESORERO

F. Argüelles Arias

VICEPRESIDENTE ANDALUCÍA ORIENTAL

M. Casado Martín

DIRECTOR REVISTA RAPD ONLINE

F.J. Romero Vázquez

VICEPRESIDENTE ANDALUCÍA OCCIDENTAL

M. Rodríguez Téllez

DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB

F.J. García Fernández

DIRECTOR GENERAL

M. Ortega Ortega

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
- Novedades y Puesta al día en Gastroenterología y Hepatología
- Casos Clínicos
- Imágenes del mes
- 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

Descarga de documentación

- Normas para autores de la RAPD Online 2017
- Carta de presentación
- Modelo de transferencia de Derechos de Autor
- Modelo de declaración de conflicto de intereses
- Modelo de permisos para uso de Fotografías

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 RAPD Online. 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 RAPD Online 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 RAPD Online incluyen secciones definidas como:

- Originales sobre investigación clínica o básica.
- Revisiones temáticas sobre aspectos concretos de la Gastroenterología.
- Casos clínicos.
- Imágenes del mes.
- Novedades y puesta al día en gastroenterología y hepatología
- 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 RAPD Online en secciones diseñadas ex profeso.

3. Envío de manuscritos: la vía preferencial para el envío de manuscritos es la página web de la SAPD (<https://www.sapd.es>), ingresando en la página de la RAPD Online y pulsando el botón "Enviar un original" situado en la misma página de acceso a la revista. A

través de él se accederá al Centro de Manuscritos, desde el que será posible realizar el envío de los manuscritos y toda la documentación requerida. Para el uso de esta herramienta deberán estar previamente registrados, el acceso requiere usuario y contraseña. Si es miembro de la SAPD, podrá usar su usuario habitual, si no lo es, podrá solicitar un usuario para acceso al Centro de Manuscritos a través del formulario existente en la web. Podrán escribir a sulime@sulime.net o RAPDonline@sapd.es, para la solución de cualquier problema en el envío de los manuscritos.

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 RAPD Online 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 (5.100 palabras), 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 RAPD Online, 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.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de un original, se le requerirá la siguiente información:

- **Datos generales:**

- 1º Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
- 5º 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
- 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: los textos sobre Revisiones Temáticas pueden tener una extensión de hasta 15 páginas (6.375 palabras), excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas y los capítulos correspondientes a series de Puestas al día hasta 20 páginas (8.500 palabras). 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 RAPD Online, 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.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de Revisiones y Temáticas y Puestas al día, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

- 1º Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
- 5º 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.
- 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.

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 (2.125 palabras), 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 RAPD Online, 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.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de Casos Clínicos, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

- 1º Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º 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.
- 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 (425 palabras), en el planteamiento clínico de la imagen presentada y 2 páginas (850 palabras), 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 RAPD Online, 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.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de una Imagen del Mes, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

- 1º Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
- 5º 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.

2º Descripción de la imagen.

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.

Novedades y puesta al día en gastroenterología y hepatología:

esta sección estará dedicada al comentario de las novedades científico-médicas que se hayan producido en un periodo reciente en la especialidad de Gastroenterología y Hepatología.

En esta sección se analizará sistemáticamente y de forma periódica todas las facetas de la especialidad.

Los textos sobre "Novedades en Gastroenterología" pueden tener una extensión de hasta 5 páginas (2.125 palabras), excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas añadidas. En ambos casos el número de imágenes insertadas no deben exceder las 5, incluyendo tablas y figuras. No obstante, el método de edición de la RAPD Online, 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 3 autores por capítulo.

A través del Centro de Manuscritos, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

1º Nombre del área bibliográfica revisada y periodo analizado.

2º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.

3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).

4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.

5º 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.

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.

5º Pies de figuras.

6º Tablas y Figuras de texto.

Cartas al Director: esta sección estará dedicada a los comentarios que se deseen hacer sobre cualquier manuscrito publicado en la RAPD Online. 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 (850 palabras), incluyendo las referencias bibliográficas. Se podrán incluir 2 figuras o tablas y el número de autores no debe superar los cuatro.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de una Carta al Director, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

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

2º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.

3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).

4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.

5º 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 Texto del manuscrito.

2º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).

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 corresponda, 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, Matthaopoulou 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, Rajjman 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 hepatocytosteo 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: *Giuli 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.)

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, 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".

- **Fotografías:** 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 (Modelo Formulario permisos Fotografías).

- **Esquemas, dibujos, gráficos y tablas:** 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).

- **Videos:** 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 autorizar a través del Centro de Manuscritos la cesión de estos derechos una vez que el artículo haya sido aceptado por la RAPD Online. Como alternativa existe un modelo disponible para su descarga (**Modelo transferencia Derechos de Autor**). Esta carta puede enviarse firmando una versión impresa del documento, escaneada y enviada a través de correo electrónico a la RAPD Online. 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 el Centro de Manuscritos durante el proceso de remisión artículos, 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 RAPD Online, 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). 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 (<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>) 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 RAPD Online. 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 RAPD Online, 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 RAPD Online pueda acceder.

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

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN I

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

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

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

Introducción

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

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

Material y métodos

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

Resultados

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

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

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

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

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

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

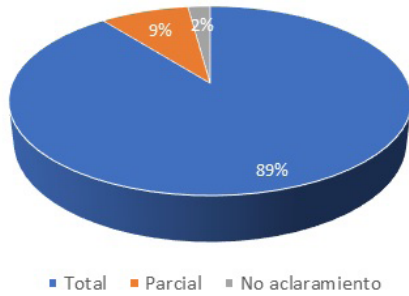


Figura 1
Eficacia en aclaramiento de litiasis.

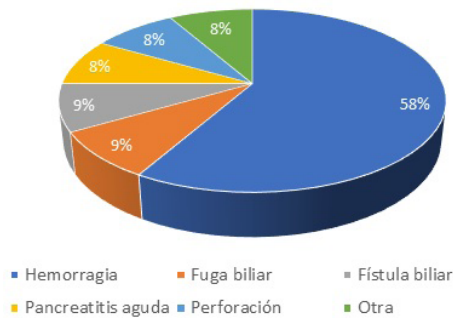


Figura 2
Complicaciones de pacientes sometidos a rendez-vous.

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

Tabla 2
Análisis bivariente en pacientes con y sin complicaciones.

Conclusiones

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

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

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

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

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

Introducción

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

Material y métodos

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

Resultados

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

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

Tabla 1

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

Conclusiones

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

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

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

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

Introducción

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

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

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

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

Material y métodos

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

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

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

Resultados

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

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

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

Conclusiones

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

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

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

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

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

Introducción

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

Material y métodos

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

Resultados

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

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

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

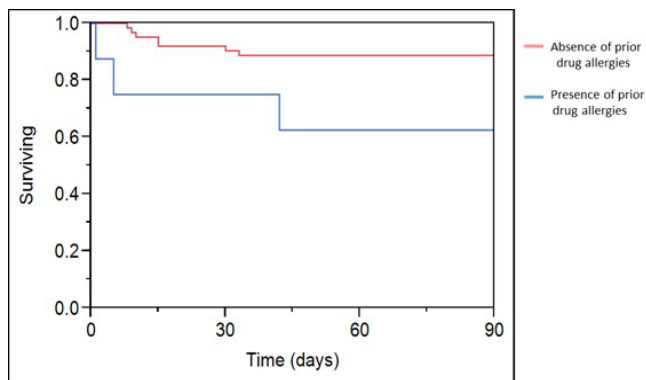


Figura 1

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

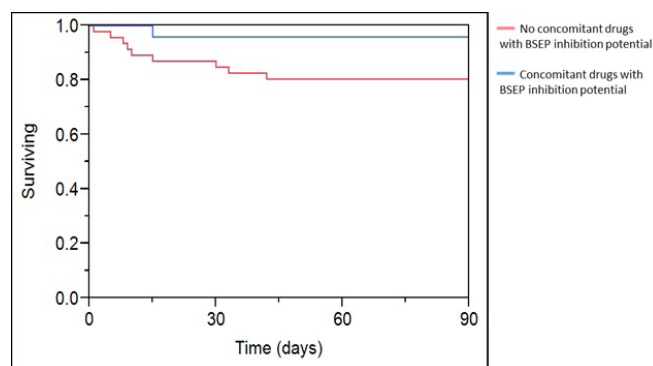


Figura 2

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

Conclusiones

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

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

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

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

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

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

Introducción

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

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

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

Material y métodos

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

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

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

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

Resultados

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

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

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

Conclusiones

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

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

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

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

Introducción

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

Material y métodos

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

Resultados

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

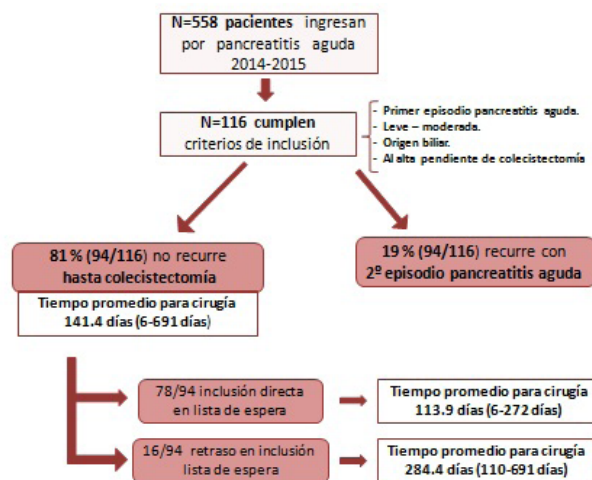


Figura 1 Resultados. Recurrencia de la pancreatitis aguda biliar.

Conclusiones

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

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

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

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

Introducción

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

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

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

Resultados

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

Conclusiones

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

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

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

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

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

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

Introducción

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

Material y métodos

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

Resultados

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

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

Conclusiones

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

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN II

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

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

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

Introducción

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

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

Material y métodos

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

Resultados

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

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

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

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

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

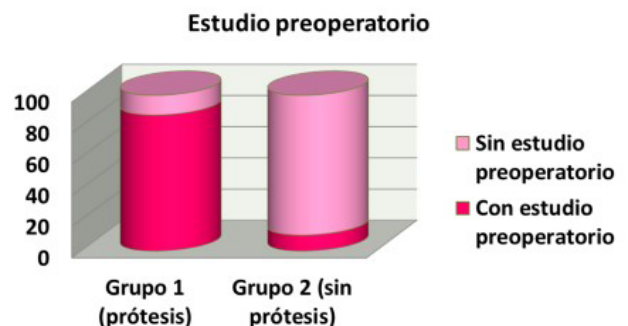


Figura 1

Comparativa de pacientes con estudio preoperatorio en ambos grupos.

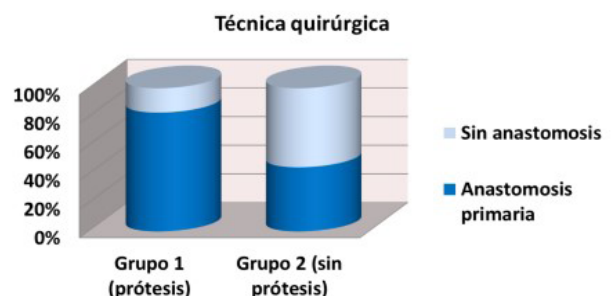


Figura 2

Comparativa de pacientes con anastomosis primaria en ambos grupos



Figura 3
Comparativa de pacientes con complicaciones postquirúrgicas en ambos grupos.

Conclusiones

En nuestro estudio, el uso de SEMS en pacientes seleccionados con CCR izquierdo obstructivo, colocados exitosamente en >90%, presentó mayor tasa de anastomosis primaria, abordaje laparoscópico y menor tasa de complicaciones postoperatorias.

Para pacientes con CCR obstructivo izquierdo potencialmente curable, la colocación de SEMS puede considerarse una alternativa a la cirugía urgente en aquellos ASA \geq III y/o edad >70 años.

CO-10. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA INTENSIFICACIÓN DE VEDOLIZUMAB EN PACIENTES CON PÉRDIDA DE RESPUESTA

VÁZQUEZ MORÓN, JM¹; BELVIS JIMÉNEZ, M²; PALLARÉS MANRIQUE, H¹; GUERRA VELOZ, MF²; GÓMEZ DELGADO, E¹; TALAVERA FABUEL, A¹; ARGÜELLES ARIAS, F²; BEJARANO GARCÍA, A¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

La evidencia actual sobre la intensificación de vedolizumab como pauta de rescate tras la pérdida de respuesta es escasa. Nuestro objetivo es analizar la eficacia y seguridad de este procedimiento en nuestra práctica clínica.

Material y métodos

Se analizan los datos de eficacia y seguridad de la intensificación de vedolizumab con 300 mg cada 4 o 6 semanas tras pérdida de respuesta en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva y el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

Resultados

Un total de 81 pacientes con vedolizumab fueron seguidos (45 EC/36 CU, 52% mujeres). El 77,7% (63/81) presentaron respuesta y el 33,3% (27/81) logró la remisión. Pero el 44% de estos pacientes (28/63) presentaron pérdida de respuesta o fallo secundario durante el mantenimiento (17 EC/11 CU, 57% varones, el 86% no estaban con inmunosupresor concomitante). La pauta de rescate más utilizada fue acortar la dosis a cada 4 semanas (85,7%, 22/28). El 50% (14/28) requirió tratamiento con corticoides concomitantes. El 60% (17/28) de los pacientes presentó respuesta a la intensificación (tiempo medio 6,6 semanas), y el 46% (13/28) logró alcanzar la remisión (tiempo medio 17 semanas). Hubo un descenso significativo de PCR (12,6 mg/l vs 5,2 mg/l, $p=0,001$) y de calprotectina fecal (1.073 mg/Kg vs 305 mg/Kg, $p=0,005$) en el grupo de pacientes que presentó respuesta, estas diferencias no se observaron en los pacientes que no respondieron. El tiempo medio de seguimiento de los pacientes que respondieron fue de unas 40 semanas logrando mantener el tratamiento el 70,5% (12/17). El 72% de CU (8/11) y el 53% de EC (9/17) que precisaron intensificación pudieron ser rescatados, aunque finalmente el 45% de CU (5/11) y el 41% de EC (7/17) lograron mantener el tratamiento. Dos pacientes precisaron retirar el tratamiento tras la intensificación por aparición de efectos adversos.

Conclusiones

La pérdida de respuesta o el fracaso secundario puede aparecer en un porcentaje relevante de pacientes en mantenimiento con vedolizumab 300 mg/8 semanas. La intensificación de vedolizumab acortando el tiempo de dosis de mantenimiento, a 4 o 6 semanas, puede ser eficaz para reinducir la respuesta clínica e incluso la remisión.

CO-11. HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA EN PACIENTES CON NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA ERA BIOLÓGICA EN ANDALUCÍA: RESULTADOS DEL ESTUDIO NACIONAL EPIDEMIBD DE GETECCU

BENÍTEZ, JM ¹; IGLESIAS FLORES, E¹; MARÍN PEDROSA, S¹; LEO CARNERERO, E²; NUÑEZ ORTIZ, A²; HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, A³; CAMARGO, R⁴; RUIZ SANTANA, N⁴; TORRES DOMÍNGUEZ, Y⁵; ABRALDES BECHIARELLI, A⁶; TEJADA, M⁶; CALDERÓN, MR⁶; MONROBEL, A⁷; AMAYA, A⁸; GARCÍA GULLÓN, C⁸; JURADO, C⁸; MUÑOZ NUÑEZ, M⁸; GARCÍA SÁNCHEZ, V¹; CHAPARRO, M⁹; GISBERT, JP⁹

¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

²DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

³DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA .

⁴DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

⁵DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SEVILLA, SEVILLA

⁶DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.
 7DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE MONTILLA, MONTILLA. 8DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. CLÍNICA JEREZ, JEREZ DE LA FRONTERA. 9DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, MADRID

Introducción

Evaluar la frecuencia de hospitalización y cirugía en pacientes adultos con nuevo diagnóstico de EI; describir las características e indicaciones del tratamiento quirúrgico; y evaluar las causas de ingresos hospitalarios.

Material y métodos

Estudio prospectivo y de base poblacional en España. Pacientes ≥ 18 años diagnosticados de EI (enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerosa (CU) o colitis indeterminada (CI) en durante 2017 en 5 provincias andaluzas y seguidos durante 1 año tras el diagnóstico. Los datos fueron recogidos en la plataforma electrónica AEG-REDCap.

Resultados

288 casos incidentes de 9 centros andaluces. 54% mujeres, con una edad media de 41 años (± 17). 51% EC, 45% CU y 4% CI. 15% tenían antecedentes familiares de EI. Entre los pacientes con EC, 49% tenían una localización ileal, 22% colónica, 30% ileocólica y 12% enfermedad perianal. 6,2% tenían un patrón estenosante al diagnóstico y 6,8% fistulizante. En CU, 31% colitis izquierda y 34% colitis extensa. La mediana de seguimiento fue de 3,5 meses (0-11 meses). 18 pacientes (6,2%) fueron sometidos a cirugía por su EI, 50% de forma programada y 50% urgente: 15 (10,2%) con EC y 1 (0,7%) con CU ($p=0,01$). 72,2% fueron sometidos a cirugía abdominal (38% por absceso intraabdominal y 15% por perforación) y 27,8% por enfermedad perianal. La necesidad de cirugía fue significativamente mayor en EC que en CU ($p=0,01$), y más en pacientes con enfermedad perianal. Patrones más desfavorables de EC (estenosante y fistulizante) tienen mayores tasas de cirugía que patrón inflamatorio ($p=0,01$). Un total de 80 pacientes (27,38%) tuvieron 95 ingresos por su EI durante el seguimiento. La mediana de tiempo desde el diagnóstico al ingreso hospitalario fue 0 meses (0-12). Entre las principales causas de ingreso: 64% al diagnóstico de la enfermedad, 28% por brote de actividad durante el seguimiento y 4% por enfermedad perianal complicada. Motivos de ingresos hospitalarios son resumidos en la **Tabla 1**.

	EC (N=53)	CU (N=40)
Diagnóstico de la enfermedad, n (%)	34 (64)	27 (67,5)
Brote de actividad, n (%)	6 (11)	13 (32,5)
Enfermedad perianal, n (%)	2 (4)	
Absceso abdominal, n (%)	2 (4)	
Perforación, n (%)	2 (4)	
Obstrucción intestinal, n (%)	1 (2)	
Cirugía programada, n (%)	3 (5,2)	
Efecto adverso tiopurinas, n (%)	1 (1,8)	
Otros, n (%)	2 (4)	

Tabla 1

Motivos de ingreso hospitalario durante el seguimiento

Conclusiones

A pesar de los nuevos diagnósticos de EI en la era de los biológicos, una proporción de pacientes van a seguir necesitando cirugía, la mitad de ellos de forma urgente, sobretodo pacientes con EC compleja. Más del 25% de los pacientes van a requerir ingreso hospitalario, la mayoría de ellos al diagnóstico de su enfermedad, constituyendo, por tanto, una fuente importante de consumo de recursos sanitarios.

CO-12. DETERMINANTES GENÉTICOS DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN PACIENTES CON CIRROSIS: ANÁLISIS DE GENES CANDIDATOS

GIL-GÓMEZ, A¹; GALLEGU-DURÁN, R¹; MILLÁN, R¹; FOMBUENA, B¹; GÓMEZ DÍAZ, R²; MORÓN, FJ²; MAYA, D¹; AMPUERO, J¹; ROMERO-GÓMEZ, M¹

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

Introducción

Los desencadenantes clásicos no se asocian en todos los casos con el desarrollo de encefalopatía hepática (EH), incluso en pacientes con el mismo grado de disfunción hepática. De hecho, hasta el 40% de pacientes con cirrosis y EH mínima no llegan a desarrollar EH durante el seguimiento. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue determinar el impacto de factores genéticos en la aparición de encefalopatía hepática en pacientes con cirrosis.

Material y métodos

Se incluyeron 294 pacientes con cirrosis hepática seguidos durante $4,7 \pm 3,6$ años hasta el desarrollo de EH. Seleccionamos 62 SNPs en genes candidatos implicados en la fisiopatología de EH, desde la inflamación, hiperamonemia, integridad de la barrera intestinal, estrés oxidativo. Los polimorfismos fueron elegidos basándonos en los conocimientos previos de relevancia biológica, fisiológica y funcional para el desarrollo de EH gracias al uso de una batería de herramientas bioinformáticas. Se tuvo en cuenta (MAF $> 0,05$; TagSNPs; eQTLs; etnicidad, etc.).

Las muestras se genotiparon utilizando placas customizadas de OpenArray. Asimismo, se analizó un haplotipo formado por 4 SNPs en el gen GLS y se determinó la longitud de un microsatélite (largo > 14 GCA repeticiones) en el promotor del mismo gen (región 5' UTR) identificados en estudio previo (Romero-Gómez et al. Ann Int Med 2010).

genética podría implementarse en la práctica clínica para la toma de decisiones en el manejo del paciente cirrótico.

CO-13. DISMINUCIÓN DE MICROPARTÍCULAS APOPTÓTICAS ENDOTELIALES Y PLAQUETARIAS EN PACIENTES CON HEPATITIS C TRAS EL TRATAMIENTO CON AAD

GATO, S¹; AMPUERO, J²; MUÑOZ-HERNÁNDEZ, R¹; MILLÁN, R¹; GIL-GÓMEZ, A¹; ROJAS, Á¹; SÁNCHEZ-TORRIJO, Y²; MACHER, HC³; JIMENEZ-ARRISCADO, P³; ROMERO-GÓMEZ, M²

¹LABORATORIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ³LABORATORIO BIOQUÍMICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

Evaluar la función endotelial a través del estudio de micropartículas apoptóticas endoteliales y plaquetarias y los niveles de ADNc tras el tratamiento con antivirales de acción directa (AADs).

Material y métodos

Se incluyeron en el estudio 151 pacientes con virus C que fueron seleccionados para terapia con AADs. Incluimos en el análisis 114 pacientes que finalizaron el estudio y alcanzaron respuesta viral sostenida (RVS). Se analizaron MPs apoptóticas de distinto origen incluyendo: MPs totales (AV+), EMPs (AV+CD31+CD41-) y PMPs (AV+CD31+CD41+). Las MPs se identificaron como eventos con un diámetro de 0,1-1 µm que fueran Anexina V+ por citometría de flujo. Se analizaron los niveles de micropartículas en estado basal (antes de empezar el tratamiento), a las 12 semanas y al año de finalizarlo. Los niveles de ADNc se midieron por PCR en las muestras de suero de los pacientes en estado basal y al año de finalizar el tratamiento.

Resultados

La media de edad fue de 53±10 años, el 72,7% (n=104) eran varones, el 40% (n=60) cirróticos y el 71% eran genotipo 1. Los niveles de MPs totales disminuyeron significativamente tras el tratamiento (4.987 [2.376.8-10.744,1] vs 4.913,2 [1.833-11.328] vs. 3.462,7 [1.434,7-8.884,5]; p=0,014), las EMPs sufrieron también un descenso significativo tras la RVS (514,9±2010,6 vs. 255,3±532,2 vs. 247,1±816,7; p=0,006). Las PMPs también disminuyeron significativamente tras la curación (1.111,8 [296,7-3.723,4] vs. 790,1 [232,1-2.260,4] vs. 743,9 [185,1-3.420,7]; p=0,002). Por último, se observó una tendencia a disminuir en los niveles de ADNc al año de finalizar el tratamiento (627,9± 588,8 vs. 490,8±488,5; p=0,06).

Conclusiones

La erradicación del virus C produce una disminución de los niveles de MPs totales, endoteliales, plaquetarias y de los niveles de

ADNc lo que sugiere una mejoría de la función endotelial y de la aterosclerosis al año de finalizar el tratamiento.

CO-14. ANÁLISIS DEL PROGRAMA PILOTO DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN UN CENTRO DE SALUD DEL ÁREA HOSPITALARIA DE CÁDIZ

DÍAZ JIMÉNEZ, JA; RAMOS CLEMENTE, MT; BONILLA FERNÁNDEZ, A; IGLESIAS ARRABAL, M; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

Evaluar los resultados del programa piloto de cribado de cáncer colorrectal en un Centro de Salud del área hospitalaria de Cádiz.

Material y métodos

Estudio retrospectivo que incluyó a los pacientes entre 50 y 69 años del Centro de Salud Loreto-Puntales (Cádiz), entre marzo y diciembre de 2016. El programa se realizó mediante invitación por correo desde el centro coordinador. A los pacientes que aceptaron participar, se les entregó el kit para realización de test de sangre oculta en heces (SOH) de tipo inmunoquímico cuantitativo. Aquellos con resultado positivo fueron derivados para realización de colonoscopia al Hospital Universitario Puerta del Mar. En nuestro estudio hemos analizado: participación poblacional, positividad del test SOH, colonoscopias completas, grado de limpieza colónica, hallazgos endoscópicos, características polipoideas (número, tamaño y tipo histológico) y tasa de detección de adenomas.

Resultados

La población diana invitada al programa fue 4.606 personas, de las cuales 1.166 (25,3%) aceptó participar. 64 de ellos (5,5%) presentaron test SOH positivo, realizándose en 55 colonoscopia. 9 pacientes no fueron estudiados al cumplir criterios de exclusión (colonoscopia completa en menos de 5 años, en seguimiento por screening familiar de CCR o por enfermedades intestinales).

El número de colonoscopias completas fue 54 (98,2%), siendo la limpieza colónica buena en el 83,6%.

En 42 pacientes (76,3%) se detectó alguna lesión polipoidea; 39 de ellos (70,9%) pólipos no degenerados y 3 (5,5%) adenocarcinoma invasivo. 13 pacientes (23,6%) no presentaron lesiones polipoideas ni neoplasias (Figura 1).

El 61% de los pacientes con pólipos no degenerados tenían más de un pólipo en la exploración (Figura 2) y el 56,4% presentaban algún pólipo mayor de 1 cm.

Se realizó polipectomía y análisis histológico en un total de 75 pólipos (Figura 3), de los cuales 52 (70,3%) resultaron adenomas de bajo grado, 2 (2,7%) de alto grado y 1 (1,4%) fue un adenoma con foco de adenocarcinoma. 10 polipos (13,5%) fueron lesiones serradas. La tasa de detección de adenomas fue del 61,1%.

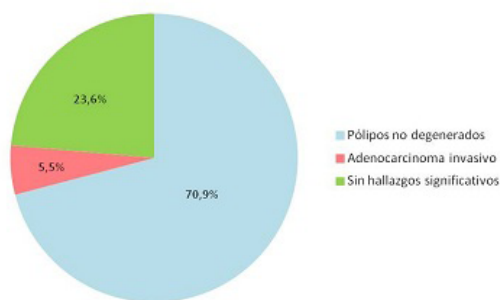


Figura 1
Frecuencia de las principales lesiones

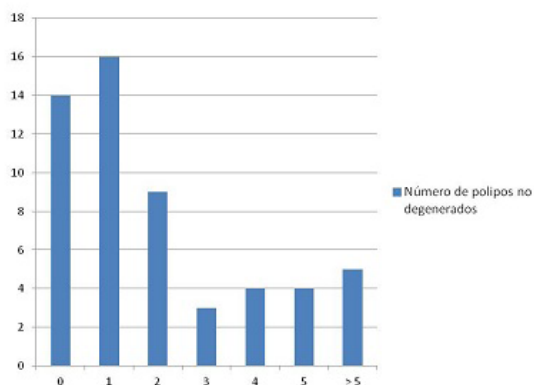


Figura 2
Número de polipos resecaos

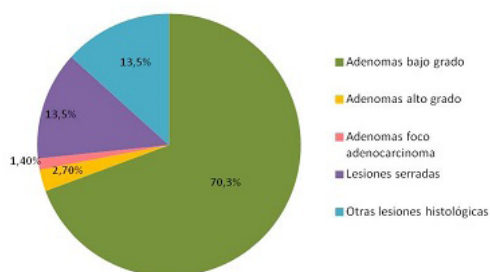


Figura 3
Frecuencia de las principales lesiones

Conclusiones

La instauración de los programas de cribado de cáncer colorrectal está justificada por la alta tasa de detección de pólipos en pacientes con test de SOH positiva. Las tasas de participación en nuestro estudio preliminar han sido bajas, por lo que será necesario planear estrategias para mejorar la adherencia poblacional en las próximas rondas de nuestro programa de cribado.

CO-15. COMPLICACIONES DIGESTIVAS DE LA FIBROSIS QUÍSTICA EN EDAD PEDIÁTRICA

ROA COLOMO, A¹; DIÉGUEZ CASTILLO, C²; GONZÁLEZ CASTRO, E³; MARTÍN MASOT, R⁴; GARCÍA SOTO, L⁴

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

²SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA.

³SERVICIO NEUMOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

⁴SERVICIO GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad multisistémica, causada por mutaciones del gen que codifica la proteína reguladora de la conductancia transmembrana (RTFQ), siendo el pulmón, páncreas exocrino, hígado e intestino los órganos más dañados. La insuficiencia pancreática exocrina constituye una de sus manifestaciones más prevalentes. Debido a la mejoría de la supervivencia, la afectación hepática se ha convertido en la segunda causa de muerte después de las complicaciones respiratorias. El objetivo es valorar la prevalencia de dichas complicaciones digestivas en nuestro grupo de pacientes.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de nuestra muestra de pacientes en edad pediátrica (edad menor 18 años) diagnosticados de fibrosis quística en seguimiento en la consulta de Neumología del Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Se recogieron las variables: edad, sexo, tipo de mutación para los dos alelos, insuficiencia pancreática exocrina (IPE) y endocrina (diabetes), síndrome de obstrucción intestinal distal (SOID), hepatopatía, desnutrición, necesidad de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) y osteopenia.

Resultados

Se incluyen 20 pacientes en edad pediátrica con una edad media de 10,2 años, siendo 9 varones (45%) y 11 mujeres (55%). El 70% presentaban la mutación D508F, siendo el 57,1% homocigotos. 2 pacientes (10%) desarrollaron diabetes y 3 intolerancia hidrocarbonada (15%).

En cuanto a las complicaciones digestivas, el 85% (17/20) de los pacientes tenían IPE, un 10% (2/20) presentaron SOID y otro 5% (1/20) desarrollaron hepatopatía. En un 30% (6/20) se identificó

osteopenia, presentando todos IPE. Un 15% (3/12) de la muestra tenía desnutrición, precisando dos de ellos colocación de sonda PEG para conseguir una adecuada ganancia ponderal.

Los dos pacientes que se complicaron con SOID tenían IPE y eran homocigotos para la mutación D508F. En un caso se desarrolló colonopatía fibrosante y en otro fue necesario tratamiento quirúrgico. El individuo que presentaba hepatopatía no tenía datos de hipertensión portal, pero si coexistían el desarrollo de IPE y SOID, siendo homocigoto para D508F.

Conclusiones

La IPE constituye en nuestra población la complicación más prevalente, siendo relevante su identificación dado el aumento de la morbimortalidad secundario de la malnutrición por malabsorción/malabsorción; con el objetivo de iniciar el tratamiento enzimático sustitutivo precozmente a la dosis adecuada. Por otro lado, la afectación hepática e intestinal deben tenerse en cuenta dadas las potenciales complicaciones graves como cirrosis y obstrucción intestinal, aunque como se comprueba en nuestra muestra son complicaciones más propias de la edad adulta.

CO-16. PRONÓSTICO DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

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

SERVICIO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) continúa siendo una de las principales causas de ingreso hospitalario y, en comparación con décadas anteriores, los pacientes tienen una edad más avanzada, más comorbilidades y es más probable que estén en tratamiento antitrombótico. El objetivo de nuestro estudio es valorar si los pacientes de edad avanzada (≥ 65 años) vs. no edad avanzada (< 65 años) tienen distinto curso clínico y sus factores de riesgo.

Material y métodos

Estudio de cohortes prospectivo que recoge a todos aquellos pacientes con HDA tratados en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Se recogieron datos clínicos, bioquímicos, intervenciones y curso clínico: mortalidad aguda y eventos diferidos en 6 meses (mortalidad, cardiovasculares y hemorrágicos). Se utilizó SPSS para realizar el análisis estadístico. El análisis univariante se realizó mediante test χ^2 o T Student según lo apropiado. Se realizó análisis multivariante con el objetivo de encontrar factores de riesgo independientes de mortalidad aguda y diferida.

Resultados

Se incluyeron 519 pacientes, 279 ≥ 65 años y 240 < 65 años. La patología responsable del episodio en función de la edad se recoge en

la **Tabla 1**. Los pacientes ≥ 65 años presentaron mayor comorbilidad (82,1% vs. 37,1%, $p < 0,001$), consumo de antiagregantes (31,2% vs. 5,4% , $p < 0,001$) y anticoagulantes (26,9% vs. 5%, $p < 0,001$); y menor consumo de AINEs (16,1% vs. 30,8%, $p < 0,001$). No se encontraron diferencias en la necesidad de tratamiento endoscópico, quirúrgico o radiológico; número de concentrados de hemáties transfundidos y estancia hospitalaria.

En el curso clínico no hubo diferencias en tasa de resangrado y mortalidad aguda. Sí presentaron mayor tasa mortalidad diferida (15% vs. 7,7%, $p = 0,016$) (16,7% tuvo relación con la hemorragia), eventos cardiovasculares (14,8% vs. 2,9%, $p < 0,001$) y hemorrágicos (24,5% vs. 12,6%). Los resultados del análisis multivariante para mortalidad aguda y diferida se muestran en la **Tabla 1 y 2**.

	Mortalidad aguda		
	Sig.	OR	IC95%
Resangrado	<0,001	6,551	2,731 – 15,719
Antiagregantes	0,046	0,297	0,084 – 0,990
Hematemesis	0,030	2,750	1,105 – 6,846

Tabla 1

	Mortalidad diferida		
	Sig.	OR	IC95%
Albúmina	0,026	0,426	0,201 – 0,904
Creatinina	0,009	1,927	1,178 – 3,150

Tabla 2

Conclusiones

Los pacientes de edad avanzada son de una mayor complejidad en términos de comorbilidad y tratamiento antitrombótico. Sin embargo, éstos no presentan peor curso clínico en el episodio agudo (necesidad de transfusión, estancia hospitalaria, resangrado o mortalidad). De hecho, la toma de antiagregantes fue un factor protector independiente de mortalidad aguda (concordante con estudios previos). Así, debemos valorar cuidadosamente el riesgo/beneficio previo a suspender la medicación antiagregante.

Por el contrario, el curso clínico diferido es más pobre en términos de mortalidad, eventos cardiovasculares y hemorrágicos. La mayoría de la mortalidad aguda no guardó relación con la hemorragia. Esto apoya el hecho previamente documentado de que el episodio de hemorragia podría ser un factor de descompensación de pacientes ya previamente frágiles con repercusión en el pronóstico posterior. Los niveles bajos de albúmina y elevados de creatinina fueron factores predictores independiente de mortalidad diferida y hasta que dispongamos de más estudios que valoren los determinantes del peor pronóstico y nos ayuden a un mejor manejo, las cifras de albúmina y creatinina pueden ser de gran utilidad.

CO-17. ¿ES ÚTIL LA COLEDOCODUODENOSTOMÍA CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL GUIADA POR ECOENDOSCOPIA COMO TÉCNICA DE DRENAJE BILIAR EN LA OBSTRUCCIÓN POR NEOPLASIA DE CABEZA PANCREÁTICA?

SÁNCHEZ YAGÜE, A; GÓMEZ ESPEJO, SM; PUYA GAMARRO, M; LÓPEZ MUÑOZ, C; GONZÁLEZ CANÓNIGA, Á; SÁNCHEZ CANTOS, AM

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

La endoscopia ofrece una alternativa poco invasiva para el tratamiento paliativo de la obstrucción biliar por neoplasia de cabeza pancreática. Inicialmente se puede plantear una CPRE con colocación de prótesis, sin embargo, esta puede no ser viable por imposibilidad para la canulación o para alcanzar la papila. En estos casos mediante ecoendoscopia se puede realizar un rendez-vous si la papila es alcanzable o acceso y colocación de prótesis biliar por vía anterógrada si no lo es. La realización de una coledocoduodenostomía endoscópica presenta un alto riesgo de fuga biliar dada la duración de la técnica y falta de aposición luminal entre colédoco y duodeno. La utilización de un dispositivo de acceso y liberación de una prótesis metálica cubierta de aposición luminal (PMCAL) en un solo paso disminuye el tiempo de la técnica y el riesgo de fuga biliar asociado.

Material y métodos

Se incluyeron los casos de coledocoduodenostomía con PMCAL por obstrucción biliar secundaria a neoplasia pancreática realizados en nuestro centro en 2016 y 2017. Tras indicación de coledocoduodenostomía por imposibilidad de alcanzar la papila o de canular vía biliar se procedió a realizar drenaje guiado por endoscopia desde bulbo duodenal. Se utilizó un catéter de liberación con punta energizada (Hot AXIOS, Boston Scientific) mediante una técnica de punción a mano alzada. La liberación del extremo distal se hizo bajo control ecográfico y el proximal bajo control ecográfico o endoscópico.

Resultados

Se realizó el procedimiento en diez pacientes (3 hombres, 7 mujeres) en ocho de ellos por imposibilidad para alcanzar la papila por infiltración duodenal y en dos por imposibilidad para canular la vía biliar por CPRE. Se produjeron complicaciones durante la liberación en tres casos, aunque la liberación se completó satisfactoriamente en dos de ellos alcanzando un éxito técnico del 90% (9/10). En un

caso no fue posible liberar la prótesis en vía biliar y se derivó a la paciente a drenaje percutáneo. Se insertó una PMCAL de 8x8 mm en todos los casos. Se observaron complicaciones en tres casos, aunque solo en un caso estaban relacionadas con el procedimiento.

Conclusiones

La coledocoduodenostomía con colocación de PMCAL guiada por ecoendoscopia es una técnica útil para el drenaje de la vía biliar en pacientes con obstrucción de vía biliar por neoplasia de cabeza pancreática en los que la CPRE no sea posible. Sin embargo, se trata de una técnica exigente que requiere de experiencia en endoscopia intervencionista para el manejo de las complicaciones inmediatas.

CO-18. UTILIDAD DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA ESTABLECER CURACIÓN MUCOSA E HISTOLÓGICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA EN REMISIÓN CLÍNICA

CORREIA VARELA ALMEIDA, A; VÁZQUEZ MORÓN, JM; ELENA, GD; PALLARÉS MANRIQUE, H; TALAVERA FABUEL, A; BEJARANO GARCÍA, A

UGC INTERCENTROS APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA

Introducción

Actualmente la curación mucosa (CM) e histológica (CH) se han transformado en los objetivos del tratamiento de la colitis ulcerosa. Para evidenciar estos objetivos es precisa la realización de una colonoscopia, por eso la aparición de un biomarcador no invasivo, como calprotectina fecal (CF), puede ser útil para evidenciar de CM y CH de forma indirecta pero precisa. Nuestro objetivo es analizar la precisión diagnóstica de la CF para predecir CM y CH en la CU.

Material y métodos

Se trata de un estudio analítico, observacional y de validación de prueba diagnóstica realizado entre los meses de enero 2016 hasta octubre 2017 en en la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva). Se ha realizado colonoscopia con determinación de índice de Mayo (CM=Mayo 0), actividad histológica mediante índice de Nancy (CH=Nancy 0-1) y calprotectina fecal en pacientes con colitis ulcerosa en remisión clínica.

Características	Número
Promedio edad, años (rango)	52 (29-81)
Género	
Masculino, n (%)	36 (56)
Femenino, n (%)	28 (44)
Mediana tiempo de seguimiento, años (rango)	12 (3-38)
Localización, n (%)	
Proctitis	16 (25)
Colitis izquierda	33 (52)
Pancolitis	15 (23)
Medicación, n (%)	
Aminosalicilatos	48 (75)
Inmunomoduladores	8 (12,5)
Anti factor de necrosis tumoral	2 (3,2)
Ninguna	6 (9,3)
Mediana calprotectina fecal, mg/kg (rango)	45,7 (20-455)
Mediana proteína C-reactiva, mg/L (rango)	1.50 (0.1-20.1)
Actividad endoscópica, n (%)	
Mayo 0	54 (84,4)
Mayo 1	6 (9,3)
Mayo 2	4 (6,3)
Mayo 3	0 (0)
Actividad histológica, n (%)	
Nancy 0	42 (65,7)
Nancy 1	8 (12,5)
Nancy 2	10 (15,6)
Nancy 3	2 (3,1)
Nancy 4	2 (3,1)
Remisión endoscópica, n (%)	54 (84)
Remisión histológica, n (%)	50 (78)

Tabla 1

Características de los pacientes (N=64).

	Remisión mucosa	Remisión histológica
AUC:	0.79	0.73
Índex Youden	0.50	0.42
CF (mg/kg):	≤91,5	≤90,3
Sensibilidad (%)	80	78
Especificidad (%)	70	64

AUC: área bajo la curva

Tabla 2

Análisis ROC e índice de Youden de la CF en la predicción de la remisión mucosa y la remisión histológica.

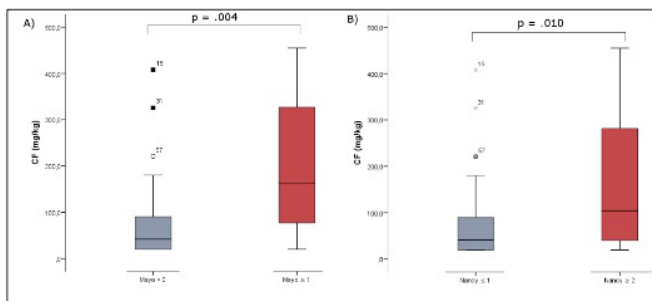


Figura 1

Niveles de CF estratificados según varios objetivos endoscópicos e histológicos analizados por diferentes índices: A) Subíndice endoscópico de Mayo (0 vs. ≥ 1); B) Índice de Nancy (≤ 1 vs. ≥ 2).

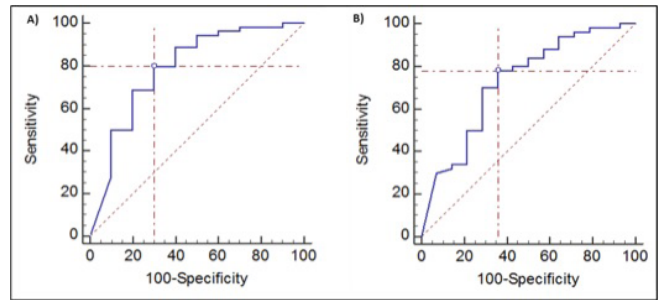


Figura 2

Curvas ROC de calprotectina fecal para establecer: A) remisión endoscópica; B) remisión histológica

Conclusiones

La calprotectina fecal es un biomarcador clínicamente relevante que ha demostrado capacidad para predecir ambas curación mucosa e histológica en los pacientes con colitis ulcerosa asintomáticos. Niveles de CF menores de 90,3 mg/Kg suponen haber alcanzado un óptimo objetivo de tratamiento correspondiendo este nivel a remisión histológica, según nuestro estudio, pudiendo de esta forma evitar la realización de estudios colposcópicos innecesarios.

CO-19. LA COMPRESIÓN DE LA SONDA M EN ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN NO AFECTA A RESULTADO NI CALIDAD DE LAS MEDICIONES OBTENIDAS

ESTÉVEZ ESCOBAR, M; VIÑOLO UBIÑA, C

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

Introducción

La elastografía de transición (ET) es una técnica indirecta para estimar la fibrosis del hígado mediante el análisis de la velocidad de transmisión de un estímulo mecánico a través del parénquima, útil también para identificar a pacientes con hipertensión portal clínicamente significativa, en múltiples tipos de hepatopatía.

A pesar de su excelente reproducibilidad, ha mostrado limitaciones en relación con la hepatopatía de base, como la congestión hepática o la hipertransaminasemia. Pero también ha mostrado limitaciones en cuanto a la metodología de su realización, tales como la interferencia del ayuno, el grosor del panículo adiposo o el espacio intercostal elegido. Solo una publicación estudia y evidencia la posible interferencia de la presión de sonda en el resultado de la elastografía, en concreto sobre “Shear Wave Elastography” y en modelo de hígado ex-vivo.

En el presente estudio, se analizan los resultados y la calidad de las estimaciones con elastografía empleando presión máxima y mínima admitidas por elastógrafo para comparar ambas.

Material y métodos

Se realizó ET en 200 pacientes de la consulta de Digestivo, realizando dos procedimientos en cada cual: uno con los disparos en el rango superior de presión permitido por la sonda (P-sup), y otro en el inferior (P-inf). Se empleó FibroScan modelo 402, con sonda M. Se consideraron válidos los estudios con IQR/med menor de 30% y con un índice de éxito de al menos 60%. Se compararon y analizaron los resultados.

Pacientes	(n, %)	200 (100%)
Sexo (h/m)	(n, %)	130 (65%) / 70 (35%)
Edad	(años \pm SD)	45,6 \pm 15,1
IMC	(kg/m ²)	25,4 (16,4-44,0)
Hepatopatía	(n, %)	
VHB		66 (33%)
Ninguna		54 (27%)
VHC		32 (16%)
EHNA		14 (7%)
Alcohol		13 (6,5%)
Otra hepatopatía		9 (4,5%)
Enf Colestásica		8 (4%)
H Autoinmune		4 (2%)
GPT*	(U/L)	22 (4-726)
Ayunas 4 horas	(n, %)	128 (64%)

*Mediana. Resto de valores, expresados en media aritmética.

Tabla 1

Características de los pacientes de la muestra

Resultados

Las características de los pacientes se reflejan en la (Tabla 1). Al analizar los resultados, no se obtuvieron diferencias entre las mediciones realizadas con P-sup y P-inf (Tabla 2). Al estratificar los resultados (14,5 kPa), se obtuvo un Índice de Concordancia de 95,34% ($k=0,89$) (Figura 1). Al medir la dispersión de los resultados en cada pareja de ET paciente a paciente, tampoco se obtuvieron diferencias en los kPa, el IQR/med, ni el porcentaje de disparos exitosos (Figuras 2 y 3).

Variable	Menor presión (n=193)	Mayor presión (n=200)	p
kPa	7,4 \pm 7,4	7,7 \pm 9,0	p=0,432
IQR/med	15,2 \pm 7,2	14,8 \pm 5,7	p=0,672
% Éxito	96,1 \pm 7,4	97,4 \pm 5,9	p=0,172

Tabla 2

Análisis bivariante de resultados según presión ejercida en la sonda.

	<7,2kPa	7,2-14,5kPa	>14,5kPa	Total
<7,2kPa	137	1	0	138
7,2-14,5kPa	5	33	2	40
>14,5kPa	3	4	15	22
Total	145	38	17	200

Índice Concordancia 95,34%; kappa 0,89

Figura 1

Análisis ROC e índice de Youden de la CF en la predicción de la remisión mucosa y la remisión histológica.

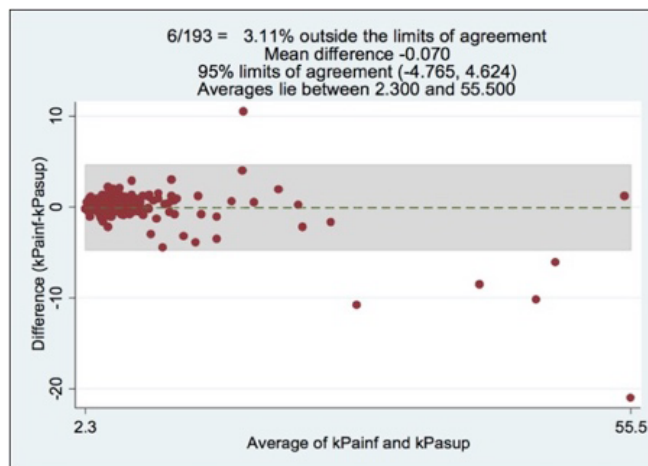


Figura 2

Gráfico de Bland-Altman de dispersión de resultados pareados (kPa).

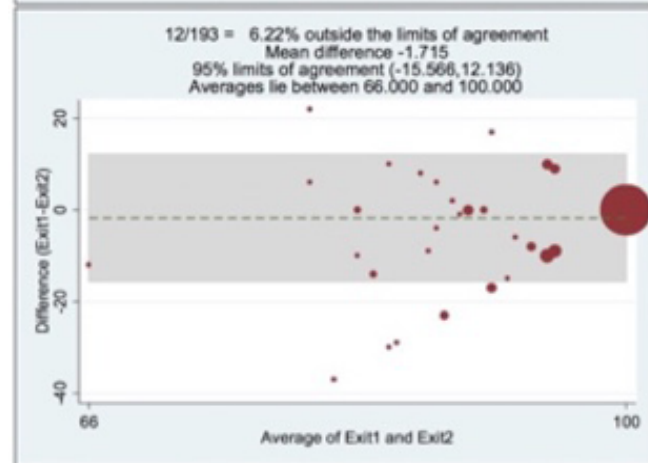
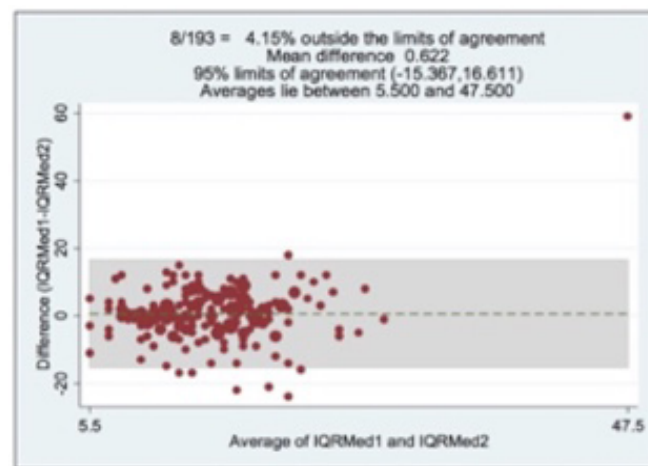


Figura 3

Gráfico de Bland-Altman de dispersión de IQR/med y porcentaje de éxito.

Conclusiones

La presión ejercida en la sonda M en la realización de ET no interfiere en los resultados ni en la calidad del procedimiento.

CO-20. MEJORA DE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON VIRUS C TRAS EL TRATAMIENTO CON AAD

MUÑOZ-HERNÁNDEZ, R¹; AMPUERO, J²; MILLÁN, R²; GATO, S¹; SÁNCHEZ-TORRIJOS, Y²; GALLEGU-DURÁN, R²; MONTERO-VALLEJO, R²; MAYA, D²; RICO, MC²; ROMERO-GOMEZ, M²

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

Introducción

Analizar el impacto de antivirales de acción directa (AAD) sobre el riesgo cardiovascular (RCV) de pacientes con hepatitis C y respuesta viral sostenida (RVS), al año de tratamiento.

Material y métodos

Estudio prospectivo incluyendo pacientes con VHC tratados con AAD (n=151). El RVC se evaluó en 3 niveles a) arteriosclerosis subclínica, mediante índice tobillo brazo (ITB); b) perfil lipídico completo; c) función endotelial, mediante flujimetría láser doppler y marcadores solubles en plasma de adhesión, estrés oxidativo y angiogénesis. Las evaluaciones se realizaron a nivel basal y al año de finalizar el tratamiento.

Resultados

Los pacientes (72,7% varones) tenían 54±10 años, el 40% eran cirróticos, con genotipo 1 el 71%. El 29% de los pacientes presentaba HTA, el 21% DM y el 8% dislipidemia. Seis pacientes fueron no respondedores y dos de ellos recidivaron. Un total de 114 pacientes con RVS finalizaron el estudio. Respecto a los datos antropométricos; el IMC y el perímetro abdominal se mantuvieron estables tras el tratamiento (26,8±3,8 vs. 27±3,9, p=ns), los valores de tensión arterial diastólica y sistólica no se vieron modificadas al alcanzar la RVS. El número de pacientes con ITB patológico (<0,9) disminuyó al año de finalizar el tratamiento (42,2% (n=38) vs. 36,6% (n=33)) aunque esto no alcanzó la significación. El perfil lipídico mostró un aumento significativo de CT (168,8±36,7 vs. 181,5±33,4 mg/dl; p<0,001), LDL (96,9±31,8 vs. 110,5±28,8 mg/dl; p<0,001), ApoB (84,3±26 vs 102,3±28,2 mg/dl; p<0,001) y de PCSK-9 (608,9±180,4 vs. 680,3±250,7 ng/ml; p<0,001). La función endotelial se evaluó mediante la flujimetría láser doppler y no se observaron diferencias significativas en cuanto al área de hiperemia reactiva post-isquemia, pero sí que vimos una disminución significativa de los niveles de VCAM (1.749,7±1.174,2 vs. 1.132,2±919,8 ng/ml; p<0,001) y E-selectina (61,6±21,8 vs. 43,5±3,9 ng/ml; p<0,001), mientras que los niveles de VEGF fueron estables. En cuanto a los parámetros de estrés oxidativo, vimos un aumento de los niveles de anticuerpos anti LDL oxidada al año de finalizar el tratamiento (370,6±206 vs. 464,7±255,1 U/l; p=0,007).

Conclusiones

Los nuevos antivirales consiguen restaurar el perfil lipídico y mejorar la función endotelial gracias a una disminución de moléculas de adhesión y estrés oxidativo al año de finalizar el tratamiento.

CO-21. USO DE MICROARNs COMO BIOMARCADORES NO INVASIVOS EN ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA POR DEPÓSITO DE GRASA NO ALCOHÓLICA

MONTERO-VALLEJO, R¹; GALLEGU-DURÁN, R¹; AMPUERO, J²; PASTOR-RAMÍREZ, H¹; MILLÁN, R¹; RICO, MC¹; GATO, S¹; MAYA, D¹; LIU, CH¹; GIL-GÓMEZ, A¹; MUÑOZ-HERNÁNDEZ, R¹; ROJAS, Á¹; ÁLVAREZ-AMOR, L³; MARTÍN-BERMUDO, F³; ROMERO-GÓMEZ, M²

¹LABORATORIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ³LABORATORIO ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

Evaluar el perfil diferencial de microARNs circulantes y exosomales en pacientes de EHGNA diagnosticados mediante biopsia hepática.

Material y métodos

Treinta y dos pacientes de EHGNA biopsiados fueron reclutados en este estudio, 27 (84,4%) con esteatohepatitis no alcohólica (NASH) y 5 con esteatosis simple (15,6%), nuestro grupo control. Se utilizó un array prediseñado que contiene los 84 microARNs más comunes en hígado (Qiagen) con el fin de discriminar el perfil diferencial de microARNs en EHGNA. Los microARNs circulantes fueron aislados de plasma usando el kit miRNeasy serum/plasma (Qiagen) y los microARNs exosomales fueron precipitados previamente en plasma usando ExoQuickTM después de una noche en incubación, y resuspendidos en PBS usando miRNeasy mini kit (Qiagen). Los microARNs candidatos seleccionados fueron además analizados por qRT-PCR (LightCycler Roche), usando U6 como gen housekeeping.

Resultados

Fue observado un incremento en los microARNs circulantes 224 y 200b (2,44±3,55; p=0,08 y 14,16±19,27; p=0,010, respectivamente, en esteatohepatitis frente a pacientes con esteatosis simple. Además, fue observada la misma tendencia en el perfil exosomal de ambos microARNs en Esteatohepatitis frente a Esteatosis Simple (2,75±3,09; p=0,039; 7,20±11,31; p=ns, respectivamente).

Las correlaciones fueron realizadas entre microARNs libres y exosomales en los mismos pacientes con el fin de detectar sus niveles de expresión en las diferentes situaciones. Ambos mostraron correlaciones estadísticamente significativas (miR-224: r=0,644; p=0,005 y miR-200b: r=0,729; p=0,005).

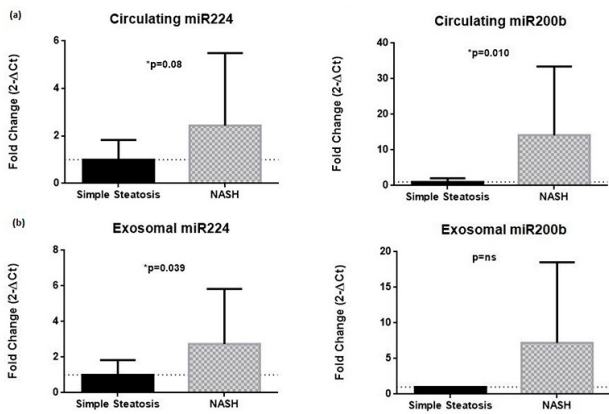


Figura 1 Incremento de miR-200b y miR-224 en NASH vs Esteatosis Simple en exosomas y circulantes en plasma. remisión mucosa y la remisión histológica.

Conclusiones

El microARN 224 y el microARN 200b muestran una clara tendencia tanto de forma circulante como en exosomas, encontrándose incrementados en esteatohepatitis vs. esteatosis simple. Además, podrían tener un gran potencial como biomarcadores no invasivos de transición entre las diferentes etapas o estadios de esta enfermedad.

CO-22. ENFERMEDAD ASOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

GARCÍA GARCÍA, AM¹; GARCÍA FERREIRA, AJ¹; COBOS RODRÍGUEZ, J¹; GARCÍA CORTÉS, M¹; ORTEGA ALONSO, A¹; GARCÍA BARRIONUEVO, A²; ANDRADE BELLIDO, RJ¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.
²UGC MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Introducción

La infección por Clostridium difficile (CD) es una causa importante de morbimortalidad, especialmente entre los pacientes hospitalizados. Se reporta la incidencia de esta infección en nuestro medio durante el año 2017 analizando diferentes variables.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de todos los casos de toxina CD positiva en 2017 en el área sanitaria del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. Se aplicó Inmunocromatografía Certest Biotec (GDH/Tox A/ Tox B) y, en casos dudosos (solo GDH+ o solo una toxina +), PCR GenXPert (Cepheid).

Resultados

De un total de 272 solicitudes llegadas a microbiología se analizaron 258, resultando positivos el 10% (26/258). El 69% (18/26) de los casos fueron mujeres. La edad media fue 60,07 años. El 92% (24/26) precisaron ingreso o prolongación del mismo. El 61% (16/26) tomaba inhibidores de la bomba de protones (IBP) y en el 65% (17/26) de los casos se identificó toma previa de ATBs, betalactámicos en el 82% de los casos (14/17). Tres pacientes estaban diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal. El 61% (16/26) de las infecciones fueron nosocomiales. En el 92% (24/26) el diagnóstico se realizó mediante inmunocromatografía, teniendo que determinar PCR en el 8%. Se realizó colonoscopia en el 23% (6/26) de los casos, siendo el hallazgo más frecuente una colitis inespecífica. El valor de PCR media fue 89,23 mg/L y el de neutrófilos absolutos 9454,4 x10⁹/L. El tratamiento instaurado fue: vancomicina oral 53,8% (14/26), metronidazol oral 34,6% (9/26), ambos en un caso, fidaxomicina en dos pacientes con recidiva y no hubo constancia de tratamiento en dos pacientes. La duración media del mismo fue 9,37 días. Hubo dos exitus, ambos sin relación aparente con la infección. Cinco pacientes presentaron recidiva clínica (una paciente presentó tres recidivas).

Conclusiones

La enfermedad asociada a CD (EACD) supone un problema de salud importante, especialmente en el ámbito hospitalario. La prevalencia de toma de IBP (61%) fue superior a la de la población española (8,5%), lo cual apoya los estudios que indican un mayor riesgo de EACD. Los ATB más frecuentemente implicados en nuestro medio fueron los betalactámicos. El índice de recidivas fue importante, por lo que se debe estar alerta sobre la reaparición de síntomas en estos pacientes. Por último, se recomienda extremar las medidas de prevención como el aislamiento de contacto durante la hospitalización.

CO-23. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 27 CASOS (2015-2017) DE FÍSTULA BILIAR POSTQUIRÚRGICA TRATADA ENDOSCÓPICAMENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

TENORIO GONZÁLEZ, E; VÁZQUEZ PEDREÑO, L; MARÍN GARCÍA, D; FLORES MORENO, H; BERLANGA CAÑETE, S; BRAVO ARANDA, AM; OCAÑA LEDESMA, A; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

Las fístulas biliares postoperatorias se desarrollan habitualmente en los primeros 7 días tras intervención. Se deben habitualmente a variantes anatómicas que dificultan su identificación y correcta disección intraquirúrgica y, en el trasplante hepático, a fenómenos de tensión e isquemia a nivel de sutura anastomótica.

Se deben sospechar en ausencia de mejoría clínica en postoperatorio (aumento del dolor, fiebre o incluso sepsis grave), o ante un empeoramiento analítico de pruebas de función hepática. Puede manifestarse además mediante la salida de bilis por drenaje percutáneo, si existe.

Nuestro objetivo es recoger y analizar la experiencia en un hospital de referencia y con un alto volumen de CPRE (>700 p/año) durante un período de tres años, comprendidos entre 2015-2017.

Material y métodos

La existencia de fuga biliar repercutió clínicamente en la mayoría de pacientes y, en todos los casos, en plazo máximo de un mes tras la cirugía.

La CPRE se realizó bajo sedación consciente: mediante guía hidrofílica 0,035 F (Boston Scientific) se procedió a canulación biliar selectiva, realizándose posteriormente esfinterotomía con acceso a árbol biliar. Tras colangiografía, se colocó prótesis biliar plástica 7 F. La resolución de la fuga biliar se logró en todos los pacientes. Sólo un caso presentó complicación atribuible al procedimiento.

Se programó CPRE de revisión en un plazo variable, como mínimo al mes de la colocación del stent, procediéndose a la retirada del mismo tras descartar mediante colangiografía de control extravasación de contraste y demostrando así la resolución de la fístula, además de descartar la presencia de coledocolitiasis residual.

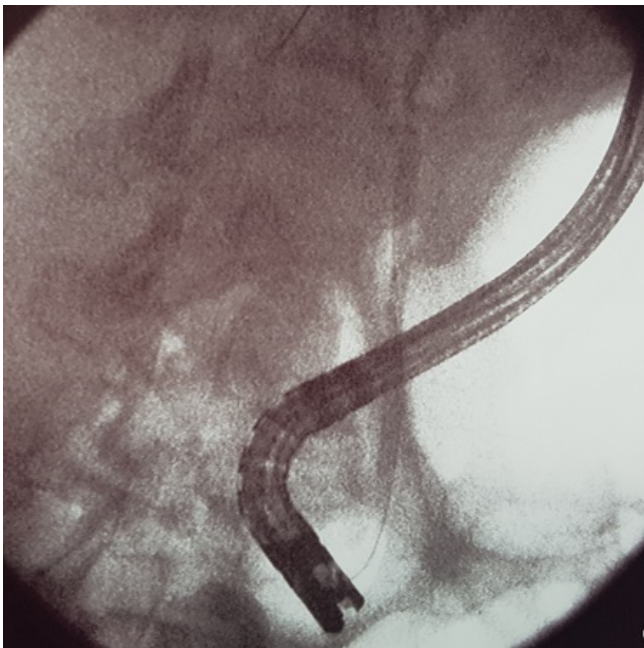


Figura 1
Fístula biliar.

Sexo	Masculino 15 (55%)	Femenino 12 (44%)	
Tipo de intervención	Colecistectomía	Trasplante	Hepatectomía
	17 (63%)	8 (30%)	-Derecha 1 (3.5%) -Izquierda 1 (3.5%)
Retirada de la prótesis	-4 meses: 2 (11 %) -2 meses: 4 (23 %) -1 mes: 11 (65%)	3 meses: 4 (50%) 2 meses: 3 (40%) 1 mes: 1 (10%)	4 meses
Complicaciones técnicas		Abscesos (1)	
Desarrollo estenosis posttratamiento (en 6 meses)		75 % (5 casos, uno simultáneo)	

Tabla 1
Resultados

Conclusiones

A la luz de los excelentes resultados técnicos y clínicos en el tratamiento de las fistulas biliares postquirúrgicas, la CPRE debe considerarse el gold standard frente al tratamiento percutáneo o quirúrgico, si posible.

En el trasplante hepático, es preciso destacar que, y debido principalmente al posterior desarrollo de estenosis, constituyen la mayor causa de morbilidad postrasplante, pudiendo derivar en retrasplante si no se consigue la resolución endoscópica completa.

CO-24. ANÁLISIS PROSPECTIVO DEL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEGÚN LA FUENTE DE SANGRADO

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

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

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como aquella que tiene su origen proximal al ligamento de Treitz y se divide en origen varicoso y no varicoso, siendo la causa más frecuente en este último grupo la úlcera péptica.

El objetivo de nuestro estudio es valorar las diferencias entre los pacientes con HDA no varicosa y varicosa (varices gástricas y esofágicas) y la utilidad de los distintas escalas pronósticas (AIMS65, Rockall y Glasgow-Blatchford (GBS)) para predecir la evolución.

Material y métodos

Presentamos un estudio de cohortes prospectivo que recoge a todos aquellos pacientes con HDA tratados en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Se recogieron datos clínicos, bioquímicos, intervenciones y resultados: mortalidad aguda y

diferida y eventos cardiovasculares (CV) y hemorrágicos diferidos (6 meses). Se calcularon los índices AIMS65, Rockall y GBS. Se utilizó SPSS para realizar el análisis estadístico. El análisis univariante se realizó mediante test χ^2 o T Student según lo indicado. Se calculó el área bajo la curva (AUROC) para cada escala pronóstica y evolución.

Resultados

Se incluyeron 529 pacientes, 103 HDA varices (19,5%) y 426 (80,5%) no varices. Los pacientes con HDA varicosa presentaron mayor hábito tabáquico (32% vs.17,1%; $p=0,001$), hábito alcohólico (39,8% vs.16,1%; $p<0,001$), presentación con hematemesis (87,4% vs. 44,2%, $p<0,001$), necesidad de tratamiento endoscópico (64,1% vs. 34,5%, $p<0,001$), tasa de resangrado (24,8% vs. 15,2%, $p=0,023$), estancia hospitalaria (11,75 vs. 8,29 días, $p=0,015$), mortalidad aguda (17,5% vs. 7,7%, $p=0,003$), mortalidad diferida (18,8% vs. 10,1%, $p=0,022$), eventos hemorrágicos diferidos (26,5% vs. 17,2%, $p=0,049$). En este grupo de pacientes fue menos frecuente el consumo de AINEs (11,7% vs. 25,6%, $p=0,003$), antiagregantes (15,5% vs. 25,8%, $p=0,028$) y anticoagulantes (4,9% vs. 19,5%, $p<0,001$). Además, presentaron menos comorbilidades asociadas (51,5 % vs. 64,1%, $p=0,018$); menor edad (60,90 vs 65,03, $p=0,011$) y cifras de albúmina (2,9 vs. 3,23, $p<0,001$).

Por el contrario, no se encontraron diferencias en el sexo, eventos cardiovasculares diferidos, cifras de creatinina, hemoglobina o INR al ingreso y necesidad de transfusión.

Los pacientes con HDA de origen varicoso tuvieron mayor puntuación en las distintas escalas pronósticas (AIMS65, Rockall y GBS) de modo significativo. Dichas escalas mostraron mejor capacidad predictiva de mortalidad aguda (AUROC: GBS 0,766 vs. 0,659; AIMS65 0,766 vs. 0,690; Rockall 0,799 vs. 0,546) y diferida para los pacientes con HDA no varicosa (AUROC: GBS 0,713 vs. 0,610; AIMS65 0,743 vs. 0,657; Rockall 0,745 vs. 0,475) (Figuras 1 y 2).

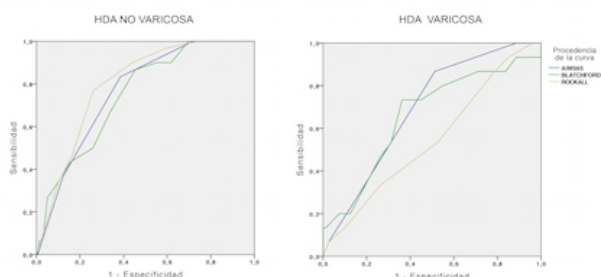


Figura 1 AUROC de las distintas escalas para mortalidad aguda.

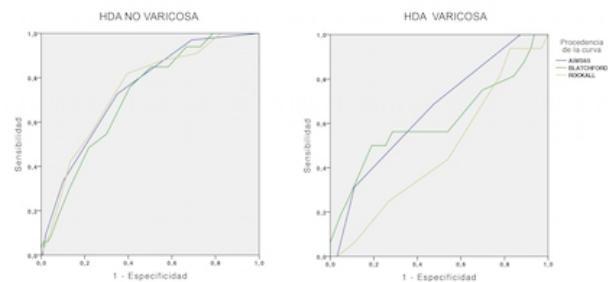


Figura 2 AUROC de las distintas escalas para mortalidad diferida (6 meses).

Conclusiones

Como podemos observar, los pacientes con HDA de origen varicoso y no varicoso son completamente distintos; presentando los pacientes del primer grupo un peor curso clínico con mayor necesidad de tratamiento endoscópico, mayor estancia hospitalaria, tasa de resangrado, mortalidad aguda y diferida.

Los pacientes con sangrado por varices presentaron mayor puntuación en las escalas pronósticas, sin embargo, la capacidad predictora de mortalidad aguda y diferida de todas ellas fue más pobre en estos pacientes (menor área bajo la curva), siendo la que mejor funciona y por lo tanto la que deberíamos emplear AIMS65.

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN IV

CO-25. DIVERTICULOTOMÍA PERORAL DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER CON LIGASURE TM BLUNT-TIP VS SB TYPE JR. VENTAJAS, INCONVENIENTES Y RESULTADOS EN NUESTRA EXPERIENCIA

GARCÍA FERNÁNDEZ, FJ; LEÓN MONTAÑÉS, R; RINCÓN GATICA, A; SOBRINO RODRÍGUEZ, S; LÓPEZ RUIZ, T; BOZADA GARCÍA, JM

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

Introducción

La crico-faringo miotomía endoscópica del divertículo de Zenker con el sistemas de corte-sellado vascular laparoscópico (LigasureTM) ha demostrado ser un método seguro y eficaz, pero no es material específico para endoscopia. Implantamos este tratamiento en el 2015, realizando 5 casos con magníficos resultados, pero con algunos inconvenientes técnicos importantes. Decidimos utilizar el disector endoscópico especialmente diseñado para el Zenker (SBType Jr) en el resto de pacientes, comparar resultados y evaluar ventajas e inconvenientes.

Material y métodos

Desde julio de 2015 a abril de 2017 se trataron los primeros 5 pacientes (4 mujeres y 1 hombre) con Ligasure, en quirófano bajo IOT, edad media 79±6 años, disfagia escala de Mellow grado 3 y uno grado 4. Desde septiembre de 2017 a septiembre de 2018 hemos tratado 13 pacientes (4 mujeres y 9 hombres) con disector SBType Jr, en quirófano 9 bajo IOT, edad media 72±11 años, disfagia grado 3.

Todos tenían estudio EGD y endoscopia oral previa y se utilizó el diverticuloscoPIO de Cook®. Fue preciso el uso del endoscopio ultrafino en el tratamiento con Ligasure y el endoscopio oral convencional para el resto de los tratamientos. Todos los pacientes recibieron profilaxis antibiótica.

Resultados

Comparando ambos grupos (Grupo A: Ligasure; Grupo B: SBType Jr).

- Duración del procedimiento Grupo A: 41±16; Grupo B: 36±15 minutos.
- Tamaño medio de divertículo: Grupo A: 4±1 cm (3-5 cm); Grupo B: 3±2 cm (7-1,5 cm).
- En todos los pacientes se colocaron una media de 2 clips hemostáticos.
- Alivio de la disfagia fue prácticamente inmediato en ambos grupos.
- Estancia hospitalaria Grupo A: 32±13; Grupo B: 33±19 horas.
- Complicaciones inmediatas: ninguna en el Grupo A; Grupo B: 1 enfisema subcutáneo leve que se resolvió en 48 horas, divertículo de 5 cm, alta en 72 horas. 1 sangrado a las 24 horas resuelto con tratamiento hemostático + clip, divertículo de 7 cm, alta en 72 horas.
- Complicaciones diferidas: Grupo A: vértigo periférico intenso limitante de un mes de duración. Grupo B: ninguna.
- Recidiva: Grupo A: 1 recidiva tratada con SB Type Jr. Grupo B: ninguna.
- Media de seguimiento: Grupo A: 9 meses (3-24 meses); Grupo B: 6 meses (2-13 meses).

Conclusiones

Ambos tratamientos son igualmente eficaces, breves y seguras. Aunque subjetivamente preferimos utilizar el disector específico SBType Jr ya que permite utilizar un endoscopio estándar, poder lavar o tratar posibles complicaciones sobre la marcha, evita la hiperextensión del cuello, se usa con unidad electroquirúrgica

estándar y permite controlar con mayor precisión el límite de disección.

CO-26. LIGADURA ENDOSCÓPICA CON BANDAS ELÁSTICAS. UNA TÉCNICA SEGURA DE FORMA AMBULATORIA.

RAMÍREZ RAPOSO, R; VIEJO ALMANZOR, A; CARNERERO RODRÍGUEZ, JA; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

Valorar la seguridad de la ligadura endoscópica con bandas elásticas (LEBE) de varices esofágicas en nuestro medio tras cambiar el protocolo de hospitalización durante 24 horas a régimen ambulatorio.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de los casos de LEBE programadas realizadas en pacientes cirróticos en nuestro centro entre 01/09/2012 - 30/07/2018. Se analiza la etiología de la cirrosis, clasificación Child-Pugh, número de sesiones, número de bandas/sesión, indicación de LEBE, régimen de realización de la técnica, e incidencia de hemorragia inmediata (<24 horas) y diferida (antes de la siguiente sesión).

En un segundo análisis, se segmentan los datos obtenidos en dos grupos (ingresados vs. ambulatorios), analizando la presencia de hemorragia inmediata y diferida.

Resultados

Se realizaron un total de 165 LEBE de forma programada en 67 pacientes. La indicación fue: 16% profilaxis primaria y 84% profilaxis secundaria. La etiología de la cirrosis fue alcohol 9%, VHC 32%, mixta 6% y otras 13%, con una clasificación Child-Pugh de A 51%, B 39% y C 10% (Figura 1).

Finalizan el protocolo de ligadura 56 pacientes (84%). De los otros 11 pacientes, 4 están en proceso, 3 perdieron seguimiento y 4 fueron exitus, tres no relacionados con HDA y uno secundario a HDA diferida.

El número medio de sesiones hasta la erradicación de las varices fue 3 (1-8), colocándose de media 3,7 bandas por sesión (1-6).

Posteriormente se extraen dos grupos de LEBE programadas, ingresados vs. ambulatorios, que son comparables en relación a las variables analizadas (Tabla 1). No se identificaron diferencias en cuanto a las HDA inmediatas, siendo éstas inexistentes en ambos grupos. Respecto a las HDA diferidas, se registraron 7 episodios (5,4%), entre los días 7 y 26 post-ligadura. Cuatro episodios fueron en el grupo ambulatorio frente a 3 en el de ingresados, sin diferencias significativas (p 0,429) (Figura 2).

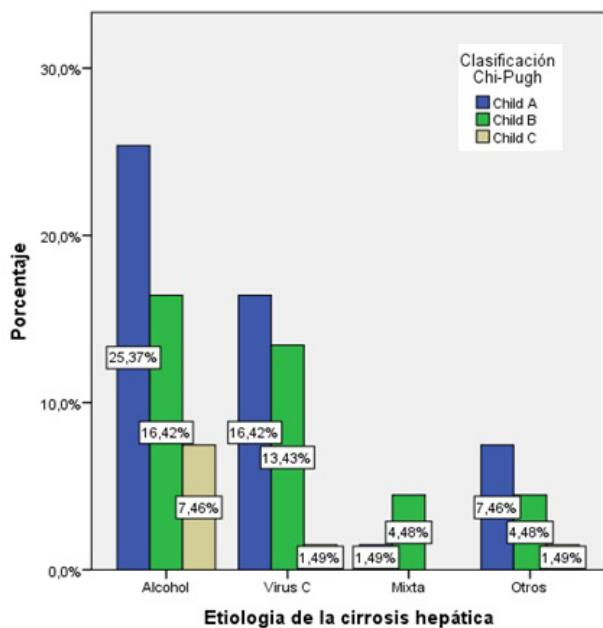


Figura 1
AUROC de las distintas escalas para mortalidad aguda.

Variables de interés	LEBE ambulatorio	LEBE con ingreso 24h	Diferencias entre grupos
Etiología	Alcohol	13	20
	Virus C	8	13
	Mixta	2	2
	Otros	5	4
Clasificación Child-Pugh	A	14	20
	B	12	14
	C	2	5
Indicación	Profilaxis 1ª	6	5
	Profilaxis 2ª	22	34
Número de sesiones media	2,89	3,11	P 0,331
Bandas por sesiones media	3,57	3,86	P 0,201
Finalización del protocolo de LEBE	22	34	P 0,348

Figura 2
AUROC de las distintas escalas para mortalidad aguda.

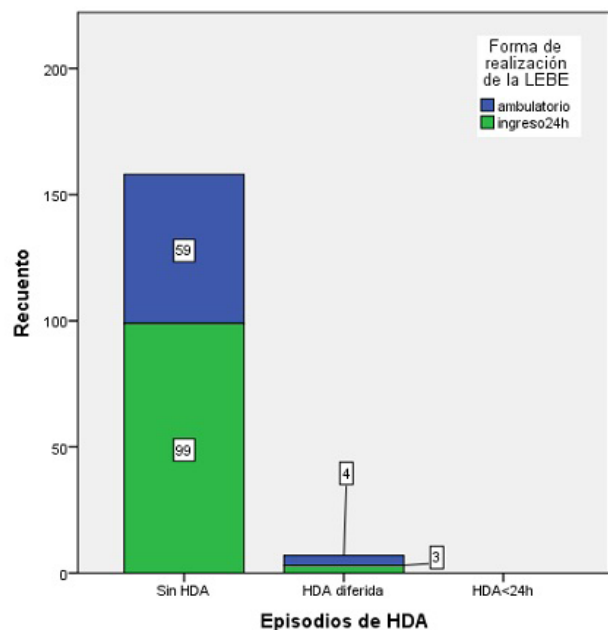


Figura 3
AUROC de las distintas escalas para mortalidad aguda.

Conclusiones

La LEBE de varices esofágicas es la técnica de elección en la profilaxis de la HDA por rotura de varices esofágicas, sin que esté estandarizado su régimen de realización. Clásicamente la realizamos con ingreso de 24 horas para vigilancia de la HDA inmediata. A la vista de los resultados, su realización de forma ambulatoria parece segura en nuestro medio. No se han identificado diferencias en las HDA frente a realizadas con ingreso de 24 horas, indistintamente de la etiología, la clasificación Child-Pugh o indicación. Además, se evitan ingresos innecesarios en paciente crónicos, mejorando tanto su satisfacción como la utilización de los recursos sanitarios disponibles.

CO-27. UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN DE NIVELES Y ANTICUERPOS ANTI-INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PRÁCTICA CLÍNICA

VALDÉS DELGADO, T¹; GUERRA VELOZ, MF¹; VILCHES ARENAS, Á²; MALDONADO PÉREZ, B¹; CASTRO LARIA, L¹; ARGÜELLES ARIAS, F¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²SERVICIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Los anti-TNF son el pilar en la terapia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sin embargo, un 20-30% de los pacientes tendrán un fallo primario, y un 30-40% un fallo secundario. La medición de niveles de fármaco y sus anticuerpos puede ayudar a personalizar el manejo posterior en estos pacientes. El objetivo de nuestro estudio es analizar la utilidad de la medición de niveles y anticuerpos de infliximab (IFX).

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional y prospectivo constituido por una cohorte de pacientes con EII en tratamiento con IFX entre julio 2016 a marzo 2018. Se realizaron entre 3-4 mediciones de los niveles valle del fármaco, en la mayoría de los casos se ajustó la terapia según el algoritmo del estudio TAXIT (rango terapéutico aceptado 3-7 µg/ml) y la clínica del paciente.

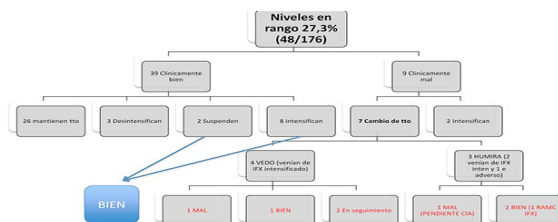


Figura 1
Algoritmo 1: Actitud terapéutica en pacientes con niveles en rango 27,5%

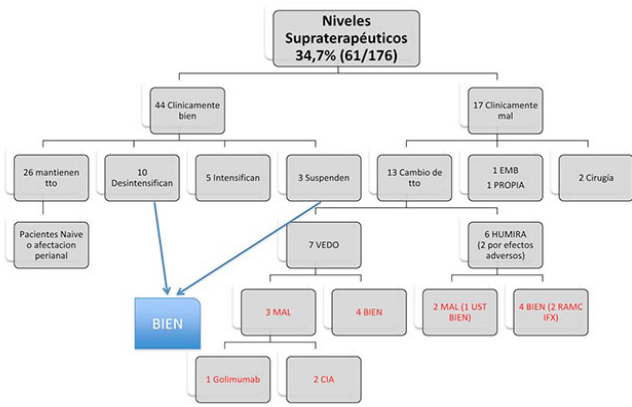


Figura 2 Algoritmo 2: Actitud terapéutica en pacientes con niveles supraterapéuticos 34,7%

En un 38,1% (67/176) los niveles estaban en rango infraterapéutico (1,1±0,9 µg/ml). De ellos, en 38 casos estaban en remisión clínica (14/38 continuaron con misma dosis de IFX), y en 53 pacientes se tomó alguna actitud terapéutica 10/53 intensificaron IFX, y 39/53 suspendieron IFX, 14 por curación mucosa y 20 cambiaron a otro tratamiento, 3/20 a vedolizumab, 9/20 a adalimumab, 3/20 ustekinumab y los 5/20 restantes se mantuvieron con inmunosupresores.

Conclusiones

La determinación de los niveles IFX añade a la práctica clínica habitual un parámetro objetivo para individualizar el ajuste de los tratamientos terapéuticos. En nuestro estudio en un 60% la actitud terapéutica ha estado guiada por los niveles.

CO-28. CARGA Y VARIABILIDAD EN EL MANEJO DE PACIENTES CON EHGNA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: HACIA CRITERIOS UNIFICADOS

PÉREZ PALACIOS, D; SÁNCHEZ-TORRIJOS, Y; AMPUERO, J; GALLEGO-DURÁN, R; PASTOR-RAMÍREZ, H; RATZIU, V; ROMERO-GÓMEZ, M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

Evaluar la prevalencia de la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) en la consulta ambulatoria de Enfermedades Digestivas y describir la utilización de los recursos de salud.

Material y métodos

Estudio prospectivo y observacional que incluyó a 403 pacientes atendidos en la consulta externa de Enfermedades Digestivas. Los pacientes con sospecha de enfermedad hepática fueron atendidos en tres meses al azar durante 2016. Analizamos la prevalencia general de EHGNA, la gravedad de la enfermedad, la heterogeneidad del diagnóstico final, el uso de los recursos de salud y sus respectivos costos.

Resultados

El principal motivo de consulta fue la hipertransaminasemia (42,9%, 173/403), seguido del anti-VHC positivo (28,5%, 115/403). EHGNA fue el diagnóstico definitivo en el 29,8% (120/403), de los cuales fueron remitidos por hipertransaminasemia el 69,2% (83/120) y debido a la esteatosis por ultrasonografía el 24,2% (29/120).

El manejo de pacientes con EHGNA incluyó perfil bioquímico en 116/120 (96,7%), ecografía abdominal en 106/120 (88,3%), serología viral en 95/120 (79,2%) y autoanticuerpos para descartar hepatitis autoinmune en 84/120 (70%). Sin embargo, la fibrosis por métodos no invasivos (elastometría, NAFLD Fibrosis Score o FIB-4) se evaluó en solo 15/120 (12,5%). En un análisis post-hoc, el 12,1% (17/120) tenían fibrosis avanzada por FIB-4. La ecografía hepática

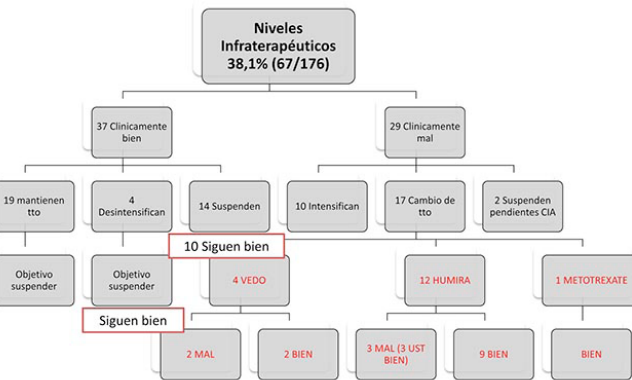


Figura 3 Algoritmo 2: Actitud terapéutica en pacientes con niveles infraterapéuticos 38,1%

Resultados

Se incluyeron 176 pacientes, un 57,4% (101/176) eran hombres con una edad media de 39,6±13,1 años. El 64,8% presentaban EC (101/176) y el 33,5% CU (59/176). El 63,6% (112/176) presentaban afectación perianal. En el 82,9% (146/176) se disponían de dos determinaciones.

En un 27,3% (48/176) los niveles estaban en rango terapéutico, media de 4,7±1,2 µg/ml. De ellos, 39 estaban en remisión clínica (26/39 continuaron con misma dosis de IFX) y en 22 pacientes se tomó alguna actitud terapéutica, 9/22 suspendieron IFX, 2 por curación mucosa y 5 cambiaron de tratamiento, 3/5 cambiando a vedolizumab y 2/5 a adalimumab.

En un 34,7% (61/176) los niveles estaban en rango supra-terapéutico (13,1±5 µg/ml). De estos, 43 estaban en remisión clínica (26/43 continuaron con misma dosis de IFX), y en 35 pacientes se tomó alguna actitud terapéutica 10/35 desintensificaron IFX, y 19/35 suspendieron IFX, 2 por curación mucosa y 13 cambiaron de tratamiento, 6/13 a vedolizumab, 5/13 a adalimumab, 1/13 a ustekinumab y 1/13 se mantuvo con azatioprina.

mostró hiperecogenicidad en 73/106 (65%) y características de enfermedad hepática crónica en 17/106 (15%). El tiempo promedio para el diagnóstico fue de 2,23±0,8 visitas. La terminología utilizada para definir el diagnóstico clínico fue heterogénea: a) esteatosis hepática 48,3% (58/120); b) esteatohepatitis no alcohólica 15% (18/120); c) hígado graso 15,8% (19/120); d) síndrome metabólico 13,3% (16/120); e) hepatopatía de origen mixto 7,5% (9/120). En 6 pacientes se indicó una intervención farmacológica, en 2 casos se realizó una biopsia hepática y 6 pacientes fueron remitidos a un especialista diferente. El costo promedio hasta el diagnóstico (incluidos analíticos, autoanticuerpos, serología viral y ecografía abdominal, con una media de 2,5 consultas) fue de 570,78€ por paciente, siendo el estudio más costoso el de anticuerpos antinucleares, con un gasto total en esta cohorte de 68.493,6€.

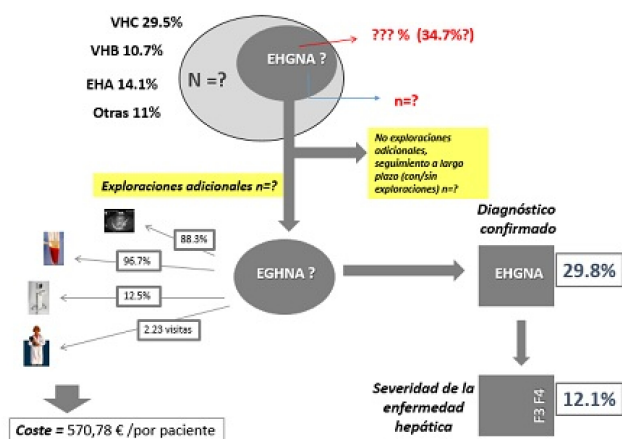


Figura 1 Prevalencia de la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) en la consulta ambulatoria de Enfermedades Digestivas.

Conclusiones

EGHNA es la causa más frecuente de hipertransaminasemia en la consulta de enfermedades hepáticas. Se detectó fibrosis hepática avanzada en 1 de cada 8 pacientes con hígado graso no alcohólico y debe explorarse de manera rutinaria mediante métodos no invasivos. Los programas educativos son obligatorios para mejorar la conciencia, el conocimiento y la gestión en el continuo cuidado de EGHNA.

CO-29. INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL EN EHGNA: ESTUDIO GENÉTICO Y FUNCIONAL DE FGF-21

GALLEGO-DURÁN, R¹; MARTÍN, F²; AMPUERO, J¹; DEL CAMPO, JA³; PASTOR-RAMÍREZ, H¹; PAREJA, MJ⁴; GIL-GÓMEZ, A¹; ÁLVAREZ-AMOR, L²; MONTERO-VALLEJO, R¹; RICO, MC¹; MILLÁN, R¹; ROJAS, A¹; MUÑOZ, R¹; MAYA, D¹; GATO, S¹; ARIAS-LOSTE, MT⁵; ABAD, J¹; CALLEJA, JL¹; ANDRADE, R⁶; CRESPO, J⁵; GARCÍA-MONZÓN, C⁷; ROMERO-GÓMEZ, M¹

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

ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA ³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. ⁴DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ⁵UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER ⁶UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA, MADRID

Introducción

Evaluar el papel de FGF21 en la enfermedad hepática por depósito de grasa no alcohólica (EGHNA).

Material y métodos

Este estudio incluyó:

(i) Evaluación de la expresión de FGF21 en hígado de pacientes (n=20, 10/20 NASH, 10/20 esteatosis simple) y en células mononucleares de sangre periférica (PBMC) (n=30).

(ii) Evaluación de FGF21 circulante en suero de 38 pacientes (n=38, 19/38 NASH, 19/38 esteatosis simple).

(iii) Análisis de un polimorfismo de nucleótido simple (SNP) localizado en el gen FGF21 (rs838133) en 225 pacientes, así como del SNP localizado en PNPLA3 (rs838409). La evaluación de daño hepático se realizó mediante Kleiner, analizando la fibrosis y el NAS score. La fibrosis significativa (F2- F3-F4) se evaluó de forma semicuantitativa.

(iv) Evaluación de acumulación intrahepática de fgf21 por inmunohistoquímica en un modelo de ratón C57BL/6J con dieta rica en grasa y deficiente en metionina y colina (HFD-MCD).

Resultados

(i) La expresión hepática de FGF21 se encontró sobre-expresada en NASH (3,45±4,0) vs esteatosis simple (0,63±0,90). Además, estaba asociada al índice de masa corporal (r=0,75; p=0,004) y a los valores de HOMA-IR (r=0,79, p=0,001). No se detectaron productos de PCR en PBMC.

(ii) Los pacientes con NASH (2,17±0,77 vs. 1,55±0,79; p=0,025) y degeneración balonzante (2,30±0,71 vs. 1,69±0,76; p=0,045) mostraron niveles incrementados de FGF21 en suero. Los niveles de FGF21 correlacionaron significativamente con la puntuación NAS Score (r=0,364, n=37, p=0,027). Ningún paciente presentó niveles de FGF21 por debajo del límite de cuantificación.

(iii) Tras el estudio multivariado, las variables asociadas de manera independiente con la fibrosis significativa fueron: Alelo A del SNP rs838133 de FGF21 [OR 3,91 (IC95% 1,09-14,06); p=0,006]; edad [OR 1,07 (IC95% 1,03-1,11); p=0,001]; diabetes mellitus tipo 2 [OR 4,08 (IC95% 1,51-10,97); p=0,005] y finalmente la ALT [OR 1,03

[IC95% 1,01-1,04]; p=0,000]. El AUROC obtenida para la predicción de fibrosis significativa fue de 0,89 [IC 95% CI 0,85-0,95].

(iv) Los niveles de expresión proteicos de fgf21 analizados por inmunohistoquímica se encontraron incrementados en hígados de ratones HFD-MCD vs controles (p<0,001).

Conclusiones

La expresión del gen de FGF21, tanto a nivel hepático como circulante, se encontró incrementada en pacientes con NASH. Ser portador del genotipo AA de FGF21 confiere susceptibilidad al desarrollo de fibrosis significativa, así como portar el genotipo GG de PNPLA3 al desarrollo de NASH. En el modelo animal la expresión de extractos proteicos de fgf21 se asoció a la presencia de lesión hepática. Agradecimientos: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PC-0148-2016-0148) e Instituto de Salud Carlos III (PI16/01842).

CO-30. UTILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN EL ESTUDIO DE INTESTINO DELGADO EN EL ÚLTIMO AÑO EN NUESTRO HOSPITAL

ORTEGA-SUAZO, EJ; ABELLÁN-ALFOCEA, P; MARTIN-RODRIGUEZ, MM; FERNÁNDEZ-CANO, MC; RODRÍGUEZ-SICILIA, MJ; SÁNCHEZ-CAPILLA, D

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

Introducción

La cápsula endoscópica (CE) es un método útil en la identificación de patologías de intestino delgado (ID). Sus principales indicaciones son: sangrado de ID, enfermedad de Crohn (EC), tumores, dolor abdominal incierto, enfermedad celiaca, etc. Con nuestro estudio describimos los principales hallazgos encontrados, su utilidad en términos de si estos y su tratamiento específico, modifican la evolución de la enfermedad.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo que analiza las CE realizadas en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves entre el 01/01/17 al 01/01/18. Se obtuvieron datos demográficos como edad y sexo así como comorbilidades, tratamiento domiciliario, endoscopia digestiva alta/baja (EDA/EDB) y pruebas de imagen previas, indicaciones, hallazgos, tratamientos recibidos y complicaciones. Además determinamos qué porcentaje presentaba posible sangrado oculto (anemia ferropénica) vs. manifiesto (melenas/hematoquecia), y quienes de ellos sangrado agudo durante la prueba.

Resultados

N=59, 30,5% hombres. Edad media: 53 años. Comorbilidades más frecuentes: HTA (40,7%), DMII (28,8%) y Cardiopatía (n=15, 25,4%),

12 de ellos presentaban angiodisplasias. Tratamiento domiciliario: antiagregantes (11,9%), anticoagulantes (8,5%), AINES de forma continua (3,4%). La mayoría (86,4%) se realizó EDA/EDB previamente. Principales indicaciones: anemia ferropénica (39%), sospecha de EC (22%) y melenas/hematoquecia (16%). Hallazgo más frecuente: lesión inflamatoria (35,5%) y angiodisplasias (27,1%), 2 pacientes presentaron sangrado activo sin objetivar la causa. De los 59 pacientes, 8 presentaban lesiones con datos de sangrado agudo durante la prueba. De los 10 pacientes con sangrado manifiesto, 6 presentaban sangrado intestinal agudo y 7, lesiones que podían explicar la clínica. De los 23, con sangrado oculto, sólo 1 presentaba sangrado intestinal agudo y 15, lesiones que podían explicar dicha clínica. Se confirmó EC en 4 de los 13 pacientes con sospecha. Complicaciones: 1 paciente retención de la cápsula en cavidad gástrica y otro obstrucción intestinal que resolvió. El 30,5%, recibió tratamiento específico.

Número de pacientes	59
Sexo	Mujeres: 41 (69.5%). Hombres: 18 (30.5%)
Edad (media:±DS)	53 años±21.6
Comorbilidades	Cardiopatía: 15 (25.4%), Enfermedad renal crónica: 4 (6.8%), HTA: 24 (40.7%), DM II: 17 (28.8%)
Tratamiento domiciliario	Antiagregantes: 7 (11.9%), Anticoagulantes: 5 (8.5%), AINES: 2 (3.4%)
Endoscopia previa	EDA: 2 (3.4%), EDB: 2 (3.4%), EDA + EDB: 51 (86.4%)
Pruebas de imagen previas (Ecografía, TAC, RMN, Tránsito intestinal, PET-TAC, Angiografía.)	Ecografía abdominal: 20 (33.9%), Tránsito intestinal: 2 (3.4%), PET-TAC: 1 (1.7%), 2 pruebas de imagen: 8 (13.6%), 3 pruebas de imagen: 5 (8.5%), Ninguna: 23 (39%)
Indicaciones de la CE	Anemia ferropénica: 23 (39%) Melenas / Hematoquecia: 10 (16%) Sospecha de Enfermedad inflamatoria intestinal: 13 (22%) Dolor abdominal: 8 (13.6%) Diarrea crónica: 1 (1.7%) Síndrome constitucional: 4 (6.8%)
Hallazgos	Angiodisplasias:16 (27.1%) Pólipos: 3 (5.1%) Lesión inflamatoria: 21 (35.5%) Atrofia vellositaria: 3 (5.1%) Divertículo: 1 (1.7%) Lesión tumoral: 1 (1.7%) Sangrado activo sin objetivar causa: 2 (3.4%) Insatisfactoria: 2 (3.4%) Normal: 10 (16.9%)
Sangrado activo durante la prueba	8 (13.6%)
Tiempo de llegada al píloro (media:±DS)	35.6 ± 36.1
Tiempo de llegada al ciego (media:±DS)	333.58 ± 121.4
Tratamiento	Coagulación con argón: 5 (8.5%), Talidomida: 1 (1.7%), Mesalazina/corticoides: 7 (11.9%), Cirugía: 2 (3.4%), Embolización arterial: 1 (1.7%), Dieta sin gluten: 2 (3.4%), Otros: 5 (8.5%), Ninguno: 36 (61%)

Figura 1 Características basales de los pacientes y resultados.

Sospecha de sangrado	Presencia de sangrado intestinal activo	Ausencia de sangrado intestinal activo
Oculto (n=23)	1	22
Manifiesto (n=10)	6	4

Figura 2 Sangrado digestivo activo.

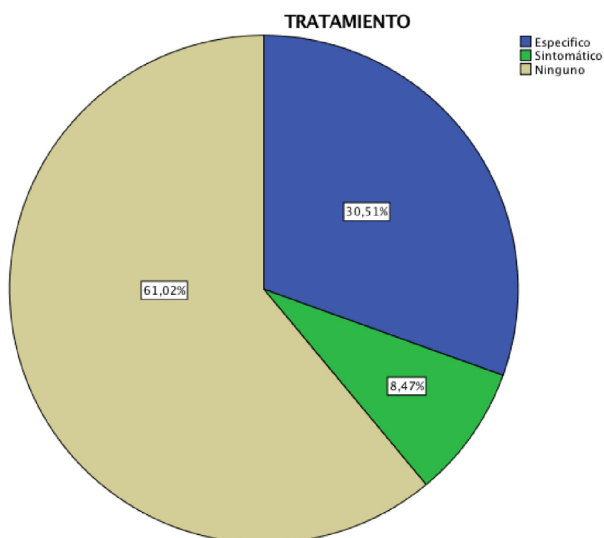


Figura 3 Tratamiento recibido.

Conclusiones

En nuestro estudio tanto en el sangrado oculto como manifiesto, el número de pacientes a los que se detectó una posible lesión causante fue considerable; independientemente si presentaba o no sangrado activo en ese momento. La CE motivó en aproximadamente un tercio de los pacientes a tratamiento específico, consiguiendo detectar lesiones en casi el 80%, modificando por tanto la conducta terapéutica. En el caso de anemia ferropénica con CE y resto de pruebas normales, nos ayuda a profundizar en el estudio de causas no digestivas y actuar en consecuencia. No olvidar la utilidad en el diagnóstico y seguimiento de otras enfermedades (EC, celiaquía, etc). Debido a esto y por su seguridad y no invasividad es una herramienta importante en el estudio de las patologías del ID.

CO-31. MANEJO CONSERVADOR DE COLECISTITIS AGUDA POR SOSPECHA DE COLEDOCOLITIASIS CONCOMITANTE: PUNTO DE CORTE DE BILIRRUBINA TOTAL AL INGRESO COMO PREDICTOR DE COLEDOCOLITIASIS E ÍNDICE DE REINGRESOS POR COMPLICACIONES BILIARES EN PACIENTES NO INTERVENIDOS

CADENA HERRERA, ML; LARA ROMERO, C; BELVIS JIMÉNEZ, M; ROMERO VÁZQUEZ, J; CORDERO RUÍZ, P; BELLIDO MUÑOZ, F; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Identificar el punto de corte de bilirrubina total al ingreso como predictor de la presencia de coledocolitiasis concomitante en pacientes con colecistitis aguda manejada conservadoramente, así como evaluar la tasa de reingresos por complicaciones biliares en estos pacientes.

Material y métodos

Se recogieron retrospectivamente los datos del periodo entre junio de 2015 a octubre de 2017 de pacientes admitidos con diagnóstico de colecistitis aguda según criterios de la Guía de Tokyo y sospecha de alto riesgo de coledocolitiasis de la American Association for Gastroenterology-ASGE: coledocolitiasis en ecografía, bilirrubina >4 mg/dL, bilirrubina >1,8 mg/dL con dilatación de la vía biliar y/o presencia de colangitis. Se excluyen menores de 18 años, estenosis de vía biliar, hepatopatía con pruebas de función hepática alteradas, cirugía hepatobiliar previa, gastrectomía y colecistostomía.

Resultados

Se incluyeron 88 pacientes en el estudio. La colecistectomía fue postergada en 64 pacientes (72,2%), se desestimó la intervención en 19 (21%) y sólo cinco (5,7%) se intervinieron en el episodio agudo. La presencia de coledocolitiasis se confirmó en 39,8% de los casos, sea mediante la visualización ecográfica o con colangiRMN (Tabla 1). En pacientes con vía biliar normal en ecografía, los valores de bilirrubina al ingreso y durante los tres primeros días fueron significativamente más elevados cuando se asociaba a coledocolitiasis. El corte del valor de bilirrubina al ingreso capaz de predecir la presencia de coledocolitiasis en estos pacientes fue de 7,1 mg/dL (sensibilidad 80%, especificidad 81,6%), OR 1,8 [(1,1-2,9); p=0,14] y AUC=0,87 [(0,75-0,98), p=0,008] (Tabla 2). La mediana de estancia hospitalaria fue de 9,5 días (IC 95% 8,77-14,28) y la mediana de tiempo entre el episodio y la colecistectomía programada, de 68 días (IC 95% 59,29-109,22) para los 44 pacientes intervenidos, 20 todavía estaban en espera a los 3 meses del ingreso. La tasa de reingresos por complicaciones biliares (nuevo episodio de colecistitis aguda, colangitis o pancreatitis aguda biliar) en los pacientes no intervenidos fue del 24,1%.

Población	N	%.
Sexo		
Hombres	52	59.1
Mujeres	36	40.9
Unidad de ingreso		
Cirugía	8	9.1
Digestivo	67	76.1
Otras	13	14.8
Hallazgos ecográficos al ingreso		
Vía biliar normal	43	48.9
Dilatación de colédoco	28	31.8
Evidencia de coledocolitiasis	17	19.3
ASA		
I	15	17
II	28	31.8
III	33	37.5
IV	12	13.6
Colecistectomía		
Urgente	5	5.7
Reglada	64	72.7
Desestimada	19	21.6
Reingreso por complicaciones biliares en tres meses		
Si	20/83	24.1
No	58/83	65.9
Cirugía urgente en reingreso		
Si	3	3.4
No	10	11.4
Total	88	100

Tabla 1

		Confirma coledocolitiasis				Descarta coledocolitiasis				(p)
		n	Min/máx	Me	p25-p75	n	Min-máx	Me	p25-p75	
Dilatación de vía biliar extrahepática	Bilirrubina T. Ingreso	13	2-8.8	3.6	4-7	15	2-10	5.2	4.7	0.363
	Bilirrubina T. Máxima		2.5-15.5	4.1	2.9-7.8		3-10	5.2	4.1-7.6	0.44
Vía biliar extrahepática normal	Bilirrubina T. Ingreso	5	6.5-10.8	7.2	6.8-10.7	28	4-12	5.1	4.3-6.6	0.005
	Bilirrubina T. Máxima		6.5-10.8	9.6	6.9-10.6		4-12	5.53	4.6-6.8	0.005

Tabla 2

Resultados: puntos de corte de bilirrubina.

Conclusiones

En la mayoría de pacientes ingresados con colecistitis aguda se postergó la colecistectomía ante la sospecha de coledocolitiasis concomitante; sin embargo, en menos del 40% de los casos llegó a confirmarse. Esto ha demostrado una tasa de reingresos por complicaciones biliares mayor al 20% en los pacientes tratados de forma conservadora.

El valor de bilirrubina al ingreso identificado como predictor de coledocolitiasis en aquellos pacientes con vía biliar normal en la ecografía, que resultan los más conflictivos en cuanto al manejo, fue mayor que el establecido en las guías de la ASGE.

CO-32. ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI CON CUÁDRUPLE TERAPIA CON BISMUTO EN NUESTRO MEDIO (PYLERA®): EFICACIA, SEGURIDAD Y TERAPIA DE RESCATE TRAS FALLOS DEL TRATAMIENTO

VALDÉS DELGADO, T; MORENO MÁRQUEZ, C; GÓMEZ RODRÍGUEZ, JB; CASTRO LARIA, L; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Recientemente se han dado cambios en los esquemas de tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*, recomendándose en la actualidad las cuádruples terapias desde la primera línea de tratamiento, para mejorar la eficacia de la erradicación.

Objetivos

Analizar los resultados del tratamiento con cuádruple terapia con bismuto (Pylera®) en nuestro medio.

Material y métodos

Se ha recogido de forma prospectiva desde febrero 2016 a febrero 2018 todos los pacientes tratados de forma consecutiva con Pylera® en consultas de Digestivo. Se han incluido 195 pacientes que habían completado todas las visitas de seguimiento.

El principal diagnóstico endoscópico fue de dispepsia funcional (79%), úlcera péptica (7,1%), anemia crónica (6,2%) y otros (7,7%).

Las principales características epidemiológicas se reflejan en la Tabla 1. Se han analizado: la eficacia global, el cumplimiento y la tolerancia al tratamiento (aparición de efectos secundarios), así como la terapia de rescate utilizada en los fallos erradicadores de Pylera®.

Nombre	Pie	Tipo	Previsualizar																					
Tabla 1	Características de los pacientes (n=195)	Tabla	<table border="1"> <tr> <td>Sexo</td> <td>126 Mujeres</td> <td>64,60%</td> </tr> <tr> <td>Edad</td> <td>50 +/- 15 años</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fumadores</td> <td>20</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>1ª Línea de tratamiento</td> <td>150</td> <td>76,90%</td> </tr> <tr> <td>2ª Línea de tratamiento</td> <td>30</td> <td>15,40%</td> </tr> <tr> <td>3ª Línea de tratamiento</td> <td>12</td> <td>6,20%</td> </tr> <tr> <td>4ª Línea de tratamiento</td> <td>3</td> <td>01,50%</td> </tr> </table>	Sexo	126 Mujeres	64,60%	Edad	50 +/- 15 años		Fumadores	20	10%	1ª Línea de tratamiento	150	76,90%	2ª Línea de tratamiento	30	15,40%	3ª Línea de tratamiento	12	6,20%	4ª Línea de tratamiento	3	01,50%
Sexo	126 Mujeres	64,60%																						
Edad	50 +/- 15 años																							
Fumadores	20	10%																						
1ª Línea de tratamiento	150	76,90%																						
2ª Línea de tratamiento	30	15,40%																						
3ª Línea de tratamiento	12	6,20%																						
4ª Línea de tratamiento	3	01,50%																						

Tabla 1

Características epidemiológicas.

Resultados

La eficacia erradicadora global de la terapia fue del 94,4% de los casos (n=184/195). Según la línea de tratamiento el éxito en primera línea fue del 96,5%, en segunda fue del 90%, en tercera 83% y en cuarta 66%. 11 pacientes no erradicaron: 2 abandonaron el tratamiento y 9 completaron (5 en primera línea, 1 en segunda, 2 en tercera y 1 en cuarta). En ellos se usaron terapias con quinolonas: cuádruples con levofloxacino y bismuto o triples con moxifloxacino como terapia erradicadora de rescate de forma satisfactoria.

La tolerancia del tratamiento fue buena, excepto en 5 pacientes (2,6%) refirieron no tolerarlo adecuadamente. La eficacia fue del 92,9% en pacientes con buena tolerancia, del 6% sí era regular y del 1,1% sí era mala (p=0,002).

La frecuencia de falta de cumplimiento completo de la terapia fue del 2,1% (4 pacientes). El éxito erradicador fue del 98,9% sí se completó el tratamiento comparado con el 1,1% sí se abandonaba antes de terminar (p=0,005).

Un 30% de pacientes presentaron efectos adversos (Tabla 2), predominando las náuseas y la diarrea.

Conclusiones

Según nuestros resultados la terapia cuádruple con bismuto es eficaz y segura con un 94,4% de tasa de éxito. La eficacia del tratamiento se asoció a un cumplimiento completo y buena tolerancia al mismo. La mayoría de los efectos secundarios son leves y no obligaron a suspender el tratamiento. La terapia de rescate óptima ante los fallos de la misma son regímenes con quinolonas de tercera generación.

COMUNICACIONES PÓSTER ÁREA ENDOSCOPIA

CP-001. ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA COMO TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA EN EL ESÓFAGO DE BARRETT. EXPERIENCIA LOCAL.

BELVIS JIMÉNEZ, M; GUERRA VELOZ, MF; CHAARO, D; HERGUETA, P; CAUNEDO, A; RODRIGUEZ-TÉLLEZ, M

DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El esófago de Barrett (EB) es el resultado de la lesión producida por la exposición crónica del epitelio del esófago al reflujo gastroesofágico, reemplazándose el epitelio escamoso estratificado que normalmente se encuentra en el esófago distal por un epitelio columnar metaplásico. Esto supone un factor de riesgo

para el desarrollo de adenocarcinoma esofágico. El objetivo del tratamiento con ablación por radiofrecuencia (RFA) es destruir el epitelio metaplásico que haya desarrollado displasia en la evolución con corriente eléctrica y estimular la reaparición del epitelio plano estratificado del esófago distal.

Objetivo

Analizar la eficacia del tratamiento con HALO en pacientes con EB y displasia remitidos a la Unidad de Endoscopias.

Material y métodos

Realizamos un estudio descriptivo en el que incluimos a todos los pacientes con EB con displasia tratados mediante RFA desde junio 2011 hasta octubre de 2018 en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

Resultados

Desde el 2011, se han tratado con RFA un total de 25 pacientes en nuestro centro, la mayoría de ellos varones (24/25), con una media de edad de 58 años (rango 41-84 años). La indicación de la realización del procedimiento fue: displasia de bajo grado (DBG) en el 80% (20/25), y displasia de alto grado (DAG) en el 20% (5/25). La longitud del EB osciló entre 2 y 14 cm (media 7 cm).

21 pacientes fueron tratados inicialmente con catéter circunferencial (HALO/Barxx 360º) y 4 con catéter focal (HALO/Barxx-90). Se realizó una media de 2 sesiones, con un máximo de 3 sesiones en cuatro pacientes. La endoscopia de control se realizó 12 semanas post-RFA.

Paciente	Sexo	Edad	Clasificación de Praga	Número sesiones	Tipo RFA	Indicación RFA	Control Histológico
1	H	55	C3M3	2	Halo 360 + 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
2	H	64	C4M5	3	Halo 360 + 90	DAG	no metaplasia, ni displasia
3	H	66	C1M2	2	Halo 360 + 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
4	H	62	C5M7	2	Halo 360 + 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
5	H	61	C2M5	1	Halo 360	DAG	Lesiones sobrelevadas/DAG
6	H	64	C2M4	1	Halo 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
7	H	68	C0M3	1	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
8	H	70	C3M4	3	Halo 90	DAG	EB con DBG
9	H	52	C3M5	2	Halo 360 + 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
10	H	41	C2M4	1	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
11	H	57	C3M5	3	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
12	H	43	C2M7	2	Halo 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
13	H	64	C11M11	3	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
14	H	84	C12M13	1	Halo 360	DAG	no metaplasia, ni displasia
15	H	55	C4M7	1	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
16	H	42	C10M10	2	Halo 360	DBG	EB sin displasia
17	H	55	C7M10	1	Halo 360	DBG	EB con DAG
18	H	75	C5M8	1	Halo 360	DBG	EB con DBG
19	H	41	C4M7	1	Halo 360	DBG	
20	H	51	C13M14	1	Halo 360	DBG	EB con DBG
21	H	50	C1M2	1	Halo 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
22	M	59	C4M8	1	Halo 360	DBG	
23	H	58	C8M8	1	Halo 360	DBG	extensa metaplasia intestinal
24	H	51	C4M6	1	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
25	H	70	C1M13	1	Halo 360	DAG	no metaplasia, ni displasia

Tabla 1
Pacientes HALO.

- 8 pacientes presentaron respuesta completa tras la primera RF, 6 tras la 2 RF, 3 tras la 3 RF.
- 2 pacientes tienen pendiente la endoscopia de control
- 4 pacientes presentan pobre respuesta (3 pacientes fueron derivados a cirugía: 1 persistencia DAG, 2 persistencia EB sin displasia con RGE severo; 1 paciente con persistencia DBG fue exitus por otra causa).
- 2 pacientes, uno con persistencia DBG y otro EB sin displasia están pendientes una segunda RF.

Tasa respuesta completa 17/22 = 77,3%.

Tasa de respuesta completa o parcial 21/23 = 91%.

No se observaron complicaciones inmediatas durante el procedimiento. Como complicación tardía sólo hubo una estenosis que se resolvió con dilataciones endoscópicas periódicas.

Conclusiones

La ablación por radiofrecuencia es una técnica segura y eficaz en pacientes con EB que presentan algún tipo de displasia, lográndose respuesta completa en la mayoría de los pacientes.

CP-002. ABORDAJE SELECTIVO DE LA VÍA BILIAR MEDIANTE CPRE EN CASOS DE PSEUDOQUISTES COMPLICADOS CON ICTERICIA OBSTRUCTIVA

LOPEZ-TOBARUELA, JM; VADILLO-CALLES, F; MARTÍNEZ-CARA, JG; ORTEGA-SUAZO, EJ; HERRADOR-PAREDES, M; ABELLÁN-ALFOCEA, P; FERNANDEZ-FERNANDEZ, E; LIBRERO-JIMÉNEZ, M; REDONDO-CEREZO, E

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

Introducción

La pancreatitis consiste en una inflamación de la glándula pancreática, que según su patogenia y duración se clasifica en aguda o crónica. Durante el curso de la enfermedad, hasta un 10% de pacientes desarrollan complicaciones locales, como la necrosis pancreática o el pseudoquiste pancreático. El pseudoquiste es una colección líquida periglandular, encapsulada, con pared bien definida y mínima o nula necrosis en su interior. En algunos casos, estas colecciones pueden causar obstrucción biliar por compresión externa, produciendo dolor abdominal, pérdida de peso e ictericia.

Caso clínico

Se presentan dos casos de estenosis de la vía biliar por pseudoquistes pancreáticos:

En primer lugar, varón de 55 años con pancreatitis aguda 7 meses antes que comienza con molestias en hemiabdomen superior de menor intensidad respecto a episodio previo, ictericia, acolia, prurito y pérdida de 20 Kg de peso. Analíticamente destaca bilirrubina total (BT) de 40 mg/dL y marcada citolisis y colestasis. En colangio-RMN y USE, se aprecian varias colecciones sugerentes de

pseudoquistes, sin evidencia de litiasis en la vía biliar y con signos de compresión extrínseca a nivel de colédoco distal. Se realiza CPRE con colocación de prótesis metálica totalmente recubierta. 48 horas después presenta importante mejoría sintomática y bioquímica.

En segundo lugar, varón de 51 años que acude a Urgencias por dolor abdominal, vómitos y coluria. Analíticamente destaca BT10 mg/dL, amilasa 1.656 mg/dL y aumento de enzimas de colestasis. En ecografía abdominal, TC y USE se evidencian colelitiasis, hallazgos compatibles con pancreatitis aguda y formación quística en cabeza pancreática de 3x4 cm que comprime vía biliar. El episodio se resuelve con tratamiento médico pero tres meses después reingresa por nuevo episodio de pancreatitis aguda con persistencia de la colección, realizándose CPRE con colocación de prótesis plástica en colédoco, permaneciendo desde entonces asintomático.



Figura 1

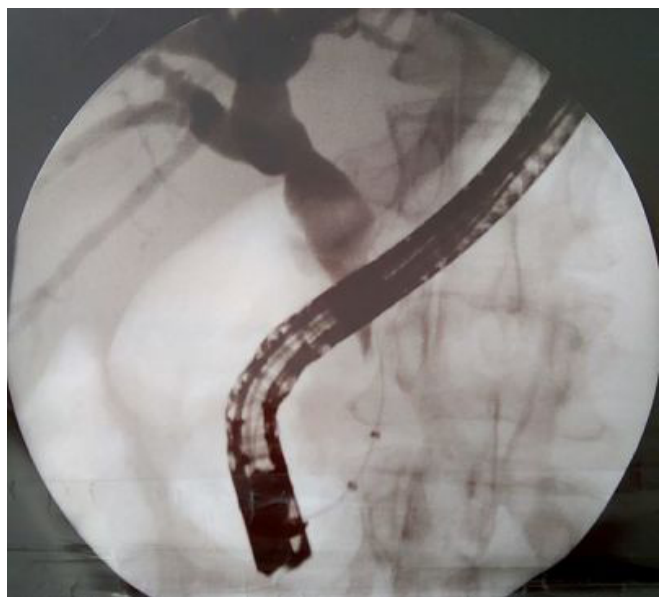


Figura 2

Discusión

Los datos clínicos en un paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda o crónica que sugieren complicación (neoplasias, pseudoquistes pancreáticos, necrosis, compresión de la vía biliar etc.) son dolor abdominal, saciedad precoz, pérdida de peso y, sobre todo, ictericia. Debemos realizar una prueba de imagen abdominal para confirmar la sospecha clínica.

En el caso del pseudoquiste pancreático complicado, además del drenaje de la colección guiado por ecoendoscopia, la CPRE con esfinterotomía y colocación de prótesis biliar pueden ser suficientes cuando la ictericia obstructiva es la única complicación derivada de la colección.

CP-003. ABSCESO HEPÁTICO SECUNDARIO A BACTERIEMIA TRAS DILATACIÓN Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS ESOFÁGICA

LÓPEZ-TOBARUELA, JM; VALVERDE-LOPEZ, F; LOPEZ-HIERRO RUIZ, M; ABELLÁN-ALFOCEA, P; FERNÁNDEZ-CANO, MC; VADILLO-CALLES, F; FERNANDEZ-FERNANDEZ, E; ORTEGA-SUAZO, EJ; HERRADOR-PAREDES, M; REDONDO-CEREZO, E

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

Introducción

El absceso hepático es una inflamación purulenta, más o menos circunscrita, del parénquima hepático. Aparece frecuentemente en relación a cuadros de peritonitis aguda, por diseminación a través de la circulación portal de contenido intestinal o bien por extensión directa en una infección biliar. En otros casos, pueden desarrollarse por heridas quirúrgicas o penetrantes, así como diseminación hematogena vía arterial en el contexto de una bacteriemia, normalmente debida a un cuadro séptico, si bien existen otras causas menos frecuentes de bacteriemia que también debemos tener en cuenta.

Caso clínico

Paciente de 58 años con antecedente de ingesta de cáusticos en la infancia, que requirió dilataciones de esófago durante años y que a los 55 es diagnosticada de carcinoma epidermoide de esófago, siendo tratado con QT + RT concomitante. Posteriormente desarrolla una estenosis actínica con mala respuesta a dilataciones endoscópicas sucesivas, por lo que se decide colocación de prótesis esofágica biodegradable. Dos semanas después acude a Urgencias por dolor abdominal centrotorácico/epigástrico de 24 horas de evolución, irradiado a hipocondrio derecho, con fiebre de hasta 39°C, refiriendo haber presentado febrícula desde el día siguiente al alta. Radiografía de tórax y sedimento de orina sin alteraciones.

Analíticamente, destaca leucocitosis de 13.630 con neutrofilia del 80%, así como leve elevación de enzimas de citolisis y colestasis y PCR de 209 (normal: ≤ 5). Se realiza TAC abdominal, informado como

“hepatomegalia a expensas de lóbulo izquierdo. En la transición entre los segmentos 5 y 8, lesión focal hipodensa de 3,3x3,3x3,7 cm, de componente predominantemente líquido con realce progresivo de algunos septos intralesionales, sugerente de absceso hepático”. Se coloca drenaje pigtail guiado por ecografía y se envían muestras a Microbiología, aislándose en el cultivo un *Streptococcus intermedius*, que se trató en primer lugar con meropenem intravenoso, desescalándose posteriormente a levofloxacino oral.

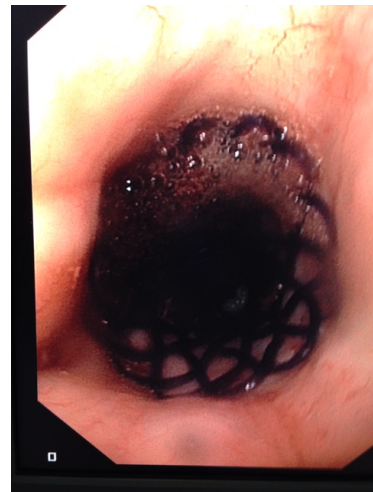


Figura 1

Tratamiento recibido.



Figura 2

Tratamiento recibido.

Discusión

Los procedimientos endoscópicos son causa reconocida de bacteriemia transitoria, especialmente frecuentes tras la esclerosis de varices y la dilatación de estenosis esofágicas. Se han descrito casos de endocarditis bacteriana, abscesos cerebrales y meningitis, pero es difícil encontrar casos comunicados sobre abscesos hepáticos. En nuestro caso, la relación causa-efecto y la no existencia de otro foco dan fuerza a esta relación. Los pacientes inmunocomprometidos,

así como los cirróticos, pueden beneficiarse de profilaxis antibiótica cuando se someten a procedimientos endoscópicos considerados de alto riesgo.

CP-004. BALL-VALVE POLYP SYNDROME RESUELTO MEDIANTE POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA

CARNERERO RODRÍGUEZ, JA; GONZÁLEZ LÓPEZ, C; CAMACHO MONTAÑO, LM; LEAL TÉLLEZ, J; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC Aparato Digestivo. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción

El síndrome del pólipo gástrico con efecto valvular consiste en el prolapsos de un pólipo gástrico pediculado a través del píloro hacia el bulbo duodenal, provocando una obstrucción al vaciamiento gástrico. Descrito por primera vez por Hoobs y Cohen en 1946, se trata de una entidad rara pero de gran importancia clínica ya que puede derivar en cuadros de abdomen agudo.

Caso clínico

Mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia y antiagregada de forma preventiva. En analítica de control se objetiva anemia de perfil ferropénico siendo derivada a digestivo para completar estudio.

A la anamnesis dirigida la paciente refiere sensación de plenitud postprandial y pérdida de apetito en los últimos meses. Se programa estudio endoscópico con colonoscopia inicial normal. En la endoscopia digestiva alta se observa un pólipo gástrico antral multinodular de unos 3 centímetros prolapsado a través de un amplio pedículo hacia el bulbo duodenal. Con la insuflación y distensión a nivel prepilórico se consigue su retracción hacia cámara gástrica (**Figura 1**). Se realiza polipectomía endoscópica mediante asa de alambre con corriente mixta de coagulación y corte (**Figura 2**) previa inyección de adrenalina 1:10.000 en la base del pedículo. Tras la polipectomía se produjo un sangrado arterial sobre la escara que se controló mediante la colocación de dos hemoclips (**Figura 3**). Se recuperó la lesión para estudio anatomopatológico (**Figura 4**) con resultado de pólipo hiperplásico. Actualmente la paciente se encuentra asintomática con valores de hemoglobina dentro de la normalidad.

Discusión

El "ball-valve polyp syndrome" se manifiesta habitualmente con clínica de obstrucción intermitente al vaciamiento gástrico.

La endoscopia nos permite su diagnóstico, siendo característico visualizar el píloro ocupado por el pedículo del pólipo gástrico proyectado hacia el bulbo duodenal (signo del anillo de la bufanda o "scarf-ring sign"). Así mismo es frecuente la retracción espontánea del pólipo hacia cámara gástrica tras la insuflación. La polipectomía endoscópica es la técnica de elección para su manejo terapéutico. El estudio histológico suele corresponder con pólipos



Figura 1



Figura 2



Figura 3

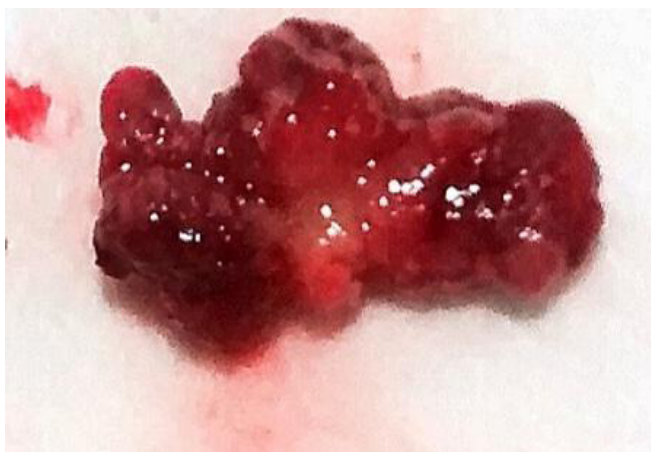


Figura 4

hiperplásicos, pólipo fibroides inflamatorios (tumor de Vanek) y lipomas, existiendo casos descritos de adenocarcinoma.

CP-005. CAUSA INFRECIENTE Y GRAVE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: FÍSTULA AORTOENTÉRICA

RUIZ RODRIGUEZ, AJ¹; AGUDO MONTORE, M²; DÍAZ ALCÁZAR, MM¹; ROA COLOMO, A¹; VIDAL VÍLCHEZ, B¹; GARCÍA MÁRQUEZ, J¹; ZUÑIGA DE MORA FIGUEROA, B¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ²SERVICIO CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La fístula aortoentérica es una patología infrecuente que se produce por una comunicación entre la arteria aorta y una parte del tracto gastrointestinal, generalmente la tercera o cuarta porción del duodeno.

Caso clínico

Varón de 53 años con antecedentes de paraplejía tras lesión medular traumática, colecistectomizado e intervenido de rotura de aneurisma de aorta abdominal contenida por retroperitoneo hace 1 mes con colocación de prótesis de Dacron que acude derivado a hospital de referencia de Cirugía Vasculard para drenaje de colección periprotésica. En su estancia en planta, comienza con episodio de melenas con inestabilidad hemodinámica y requerimiento de perfusión de Noradrenalina y transfusión de 3 hemoconcentrados de hematíes. Se realiza angiotomografía computarizada (angio-TC) urgente sin encontrar nuevos hallazgos. Se realiza gastroscopia urgente en UCI con la visualización a unos 10 cm tras agotar tubo de gastroscopio de lesión sangrante. Con duodenoscopia (Figura 1) se observa lesión con vaso visible Forrest IIa en tercera porción duodenal con presencia de sangrado activo que se limita mediante la aplicación de 3 hemoclips e inyección de adrenalina.

Tras 12 horas sin nuevos signos de sangrado, el paciente presenta nueva HDA en la que se realiza nuevo angio-TC urgente (Figuras 2 y 3) con los hallazgos de fístula aortoentérica y rotura contenida de pseudoaneurisma de aorta infrarrenal. Se realiza cirugía de urgencia con ligadura aórtica con explante con bypass aorto-aórtico y bypass axilo derecho-bifemoral, además de hemotransfusión de 8 concentrados de hematíes, con estancia posterior en UCI y paso a planta tras 10 días, con mejoría progresiva del cuadro clínico hasta su resolución.

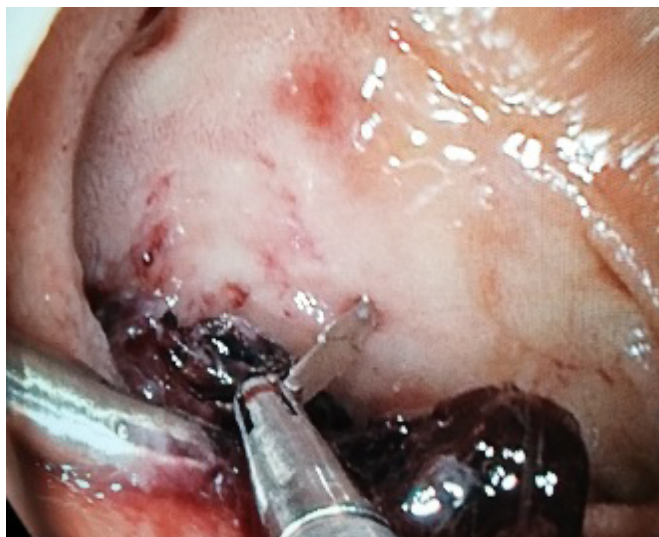


Figura 1

Imagen de duodenoscopia en el que se observa la lesión con vaso visible Forrest IIa en tercera porción duodenal.



Figura 2

Corte angio-TC

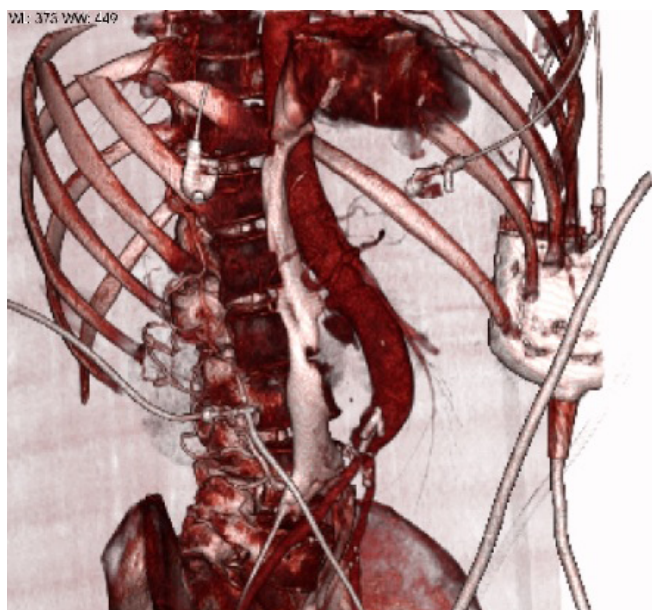


Figura 3

Reconstrucción 3D angio-TC

Discusión

Las fístulas aorto entéricas son potencialmente mortales. Se clasifican según su etiología en primaria, cuando se produce por erosión intestinal de un aneurisma aórtico o secundaria cuando está relacionado con una complicación en la instrumentación de un aneurisma abdominal.

Clínicamente aparece dolor abdominal o lumbar y datos de hemorragia digestiva alta, en forma de melenas, junto a irritación peritoneal.

El diagnóstico se basa en una prueba de imagen, generalmente el angio-TC abdominal, en el que se observará la fuga de contraste, junto a una endoscopia digestiva alta que permita descartar otras causas de sangrado digestivo. El tratamiento es quirúrgico.

En este caso clínico, se trata de una fístula aortoentérica secundaria a instrumentación. Dichas fístulas se pueden presentar en un periodo que discurre entre los 2 días y los 15 años posteriores, siendo más frecuente entre los 2 y 6 años postintervención, lo que hace a este caso más infrecuente, ya que se presentó al mes del procedimiento quirúrgico.

CP-006. COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DUODENAL CON RENDEZ-VOUS COLECISTOGÁSTRICO EN PACIENTE CON ESTENOSIS DUODENAL POR ADENOCARCINOMA DE CABEZA DE PÁNCREAS INFILTRANTE

GARCÍA GARCÍA, AM¹; COBOS RODRÍGUEZ, J¹; PINAZO BANDERA, JM¹; ZARCA DÍAZ DE LA ESPINA, MA²; GARCÍA TRUJILLO, I²; ALCAÍN MARTÍNEZ, G¹; LAVÍN CASTEJÓN, I¹; ANDRADE BELLIDO, RJ¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ²UGC RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Introducción

El adenocarcinoma es la neoplasia maligna más frecuente de páncreas, con un pronóstico infausto debido a que la gran mayoría de los casos se presentan en estadios avanzados, por lo que no son candidatos a la cirugía, siendo esta la única modalidad potencialmente curativa. El 70% se localizan a nivel de cabeza del páncreas. Estos pueden producir ictericia por afectación de la vía biliar y obstrucción intestinal por infiltración duodenal.

Caso clínico

Varón de 67 años que consulta por ictericia y pérdida de unos 7 Kg de peso. En urgencias se objetiva una bilirrubina de 15,4 mg/dL a expensas de su fracción directa. Se realizan ECO y TC de abdomen que informan de la presencia de una masa en cabeza de páncreas de unos 4 cm que produce dilatación de la vía biliar así como infiltración del marco duodenal junto con incontables lesiones ocupantes de espacio hepáticas sugestivas de metástasis (MTS).

Se intenta drenar la vía biliar mediante CPRE pero la infiltración duodenal produce una estenosis infranqueable con el endoscopio que impide incluso el paso de una guía. Se contacta con radiología vascular para intentar un drenaje por CPTH pero las múltiples MTS impiden una punción segura por lo que se opta por realizar una colecistostomía (Figura 1). Posteriormente, vía transcolecístico, se logra posicionar una prótesis no recubierta autoexpandible tipo Wallstent 10x90 mm desde hepático común hasta yeyuno. En un tercer tiempo se pasa una guía a través de la colecistostomía que atraviesa la prótesis en su salida de vía biliar y se libera retrógradamente en bulbo (Figura 2). Se utiliza dicha guía para, mediante endoscopia, dilatar hasta 12 mm y finalmente colocar una prótesis duodenal Wallflex 22x90 mm (Figura 3).

Con esto, el paciente logra despigmentarse y es dado de alta tolerando dieta vía oral (Figura 4).



Figura 1

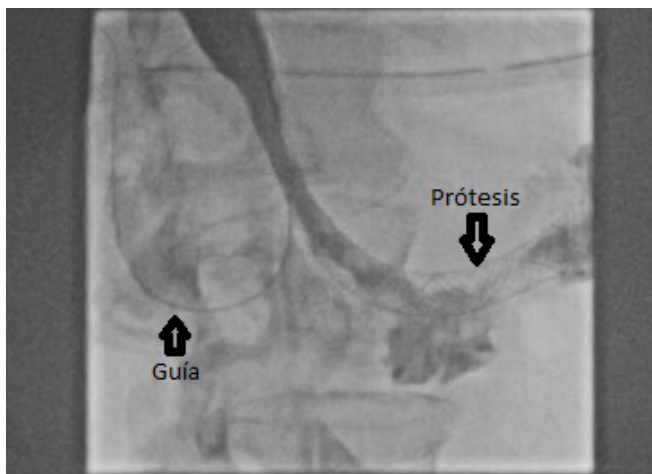


Figura 2

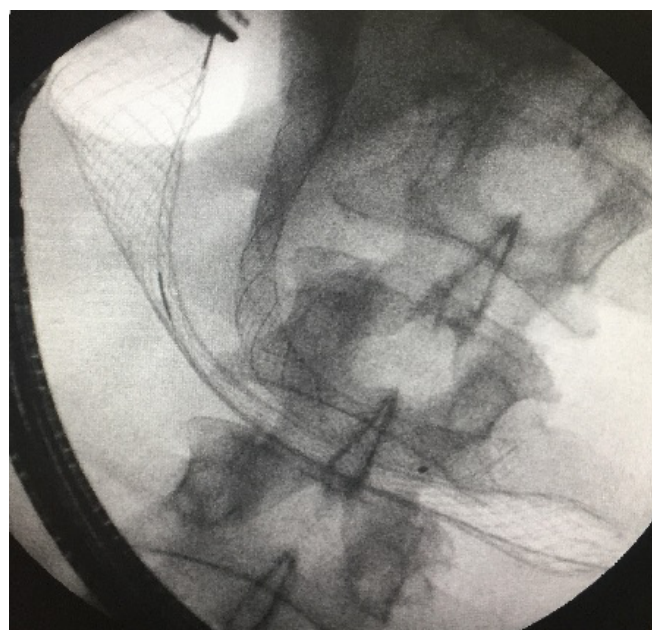


Figura 3



Figura 4

Discusión

El drenaje biliar no siempre es factible vía endoscópica ni mediante CPTH convencional por lo que, en casos seleccionados, el abordaje de la vía biliar transcolecístico puede ser una opción a valorar. En caso de que exista una obstrucción intestinal por infiltración, esta vía permite a su vez o bien la colocación de una prótesis duodenal o al menos el paso de una guía que pueda ser utilizada posteriormente por el endoscopista.

CP-007. COMPLICACIÓN GRAVE E INUSUAL TRAS COLONOSCOPIA

MORENO MÁRQUEZ, C; GUERRA VELOZ, F; QUEZADA PACHECO, R; HERGUETA DELGADO, P; ROMERO CASTRO, R; CAUNEDO ÁLVAREZ, A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La colonoscopia es un procedimiento seguro considerado el gold standard para el diagnóstico de neoplasias de colon y otras patologías. Las complicaciones más frecuentes son la hemorragia y la perforación, pero existen otras excepcionales como la ruptura esplénica.

Caso clínico

Mujer de 58 años con antecedente de adenocarcinoma de recto-sigma intervenido mediante resección anterior baja y quimiorradioterapia adyuvante un año antes. Se realiza colonoscopia de control con una escala de Boston 8/9 y es dada de alta asintomática. Seis horas después ingresa por dolor abdominal súbito en flanco izquierdo, inestabilidad hemodinámica (TA 70/50, FC 110 lpm) y hemoglobina 5.9gr/dl. Se solicita TC abdominal apreciándose gran hematoma (14,5x13,5x11 cm) y laceración esplénica con sangrado activo. Se realiza laparotomía emergente

Discusión

La rotura esplénica es una complicación excepcional de la colonoscopia, cuya incidencia roza el 0,001%. Entre las posibles causas se postulan la tracción del ligamento esplenocólico, un colon tortuoso, formación de bucles, mala preparación intestinal e incluso la sedación profunda por disminuir la capacidad reactiva al dolor.

El síntoma más común es el dolor abdominal, presente en un 94,6% de los casos. La técnica diagnóstica de elección es el TC de abdomen que permite evaluar el daño a nivel esplénico, lo que orientará hacia un tratamiento conservador o quirúrgico. Son indicaciones de cirugía la cantidad de hemoperitoneo, sangrado activo y lesiones vasculares contenidas.



Figura 1
Colonoscopia de control completa.



Figura 2
TC de abdomen urgente.

CP-008. DIAGNÓSTICO POR COLONOSCOPIA DE APENDICITIS AGUDA ATÍPICA

ABELLÁN ALFOCEA, P; FERNÁNDEZ CANO, C; CABELLO TAPIA, MJ; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, E; MARTÍNEZ CARA, JG; REDONDO CEREZO, E

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

Introducción

La apendicitis aguda es una causa frecuente de abdomen agudo. El diagnóstico endoscópico de esta entidad es inusual, y los pocos casos descritos corresponden a presentaciones atípicas en las cuales las pruebas de imagen o la clínica no fueron concluyentes.

Caso clínico

Presentamos un caso de apendicitis aguda diagnosticada por colonoscopia, se trata de una mujer de 69 años que presenta episodio de rectorragia autolimitada, sin asociar dolor abdominal, fiebre, leucocitosis ni otros reactantes de fase aguda elevados. Se solicita endoscopia digestiva baja en la que se explora hasta ciego, identificando válvula ileocecal de aspecto normal. Se aprecia ostium apendicular edematoso, que protruye en ciego, con pus emergiendo del orificio, sugerente de apendicitis aguda. Resto de colon sin alteraciones.

Tras realizar colonoscopia se solicita ecografía abdominal, donde visualizamos engrosamiento apendicular de hasta 12-13 mm con hiperemia de su pared, base retrocecal y signos inflamatorios periapendiculares compatible con apendicitis aguda evolucionada, tras el diagnóstico la paciente es apendicectomizada sin complicaciones.



Figura 1
Visión endoscópica de apendicitis aguda.



Figura 2
Ostium apendicular edematoso y protruyendo hacia la luz intestinal.

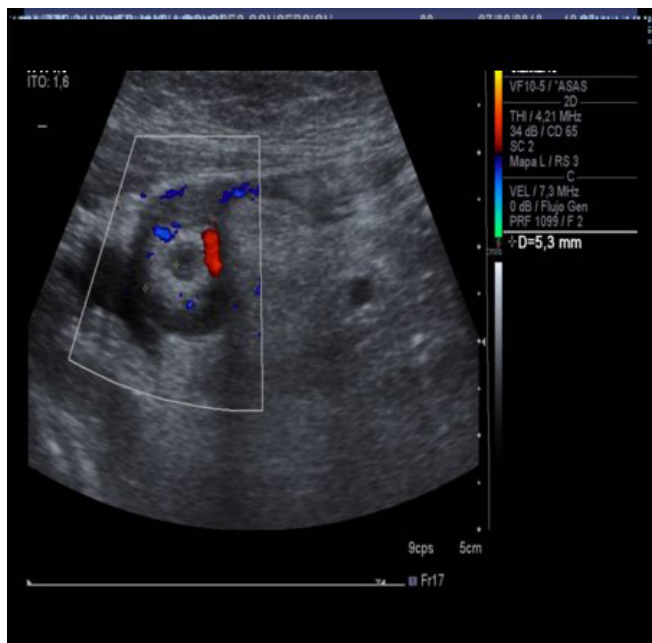


Figura 3 Imagen ecográfica de apendicitis aguda.



Figura 4 Engrosamiento apendicular, con hiperemia de su pared y cambios inflamatorios periapendiculares.

Discusión

La colonoscopia no forma parte de las técnicas diagnósticas de la apendicitis aguda, incluso en algunas ocasiones la exploración podría complicar el proceso, los casos descritos en la literatura suelen corresponder con presentaciones atípicas. Por otra parte algunos autores postulan el papel de la colonoscopia en el

tratamiento de esta entidad ya que se han descrito varios casos de drenaje o de extracción endoscópica de fecalitos impactados. Aun así son muy pocos los casos publicados sobre estas técnicas, y actualmente la colonoscopia no tiene un papel establecido en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda.

CP-009. DRENAJE ENDOSCÓPICO TRANSPAPILAR: OPCIÓN TERAPÉUTICA EN LA COLECISTITIS AGUDA EN PACIENTES CON ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; MARÍN GARCÍA, D; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; OCAÑA LEDESMA, A; BRAVO ARANDA, AM; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

El tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda es de primera elección mediante la realización de colecistectomía. Sin embargo, existe un grupo determinado de pacientes donde debido a sus comorbilidades presentan un alto riesgo quirúrgico, teniendo que optar por otros procedimientos, entre los que se encuentran la colecistostomía percutánea y el drenaje endoscópico de la vesícula biliar.

Caso clínico

Mujer de 86 años, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, con antecedente de HTA y FA anticoagulada con dabigatrán, ingresa por cuadro de dolor a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho de 4 días de evolución con fiebre. En analítica presenta alteración del perfil hepático con bilirrubina de 3,4 a expensas de directa. En ecografía de abdomen urgente datos de colecistitis aguda litiasica con colédoco dilatado de 10 mm, confirmándose mediante Colangio-RMN la presencia de coledocolitiasis distal.

Valorada por Cirugía General no es subsidiaria de colecistectomía por alto riesgo quirúrgico. Se realiza CPRE con esfinterotomía amplia en estrella, presentando durante el procedimiento imposibilidad para extracción del cálculo del colédoco con el balón de Fogarty y cesta de litotricia, por lo que se decide colocación de doble prótesis biliar plástica: una de 7 cm x 8,5 F en cístico (Figuras 1 y 2) por presentar datos de colecistitis aguda y otra de 7 cm x 10 F en colédoco (Figuras 3 y 4) por la persistencia de la coledocolitiasis. Sin complicaciones inmediatas y con buena evolución tras el procedimiento.

Discusión

El drenaje endoscópico de la vesícula biliar es una opción a tener en cuenta en aquellos pacientes con imposibilidad para el tratamiento quirúrgico por comorbilidades o para el drenaje percutáneo por difícil acceso o riesgo de sangrado, evitando así la necesidad de drenajes externos con las molestias que conllevan para el paciente, y equivaldría a una colecistostomía interna. Se han descrito casos en los que han usado este procedimiento como método puente a

un tratamiento definitivo en pacientes críticamente enfermos con múltiples comorbilidades.

Tienen la ventaja de que en caso de que dejasen de funcionar podría llevarse a cabo una CPRE con recambio de la prótesis. Su utilidad radica en que impiden que los cálculos se impacten en el cístico y causen síntomas, y permiten un drenaje por capilaridad. Como complicaciones del procedimiento, se han descrito casos de perforación del cístico.

Por tanto, el drenaje transpapilar de la vesícula biliar podría plantearse como opción terapéutica en la colecistitis aguda en pacientes con alto riesgo quirúrgico.

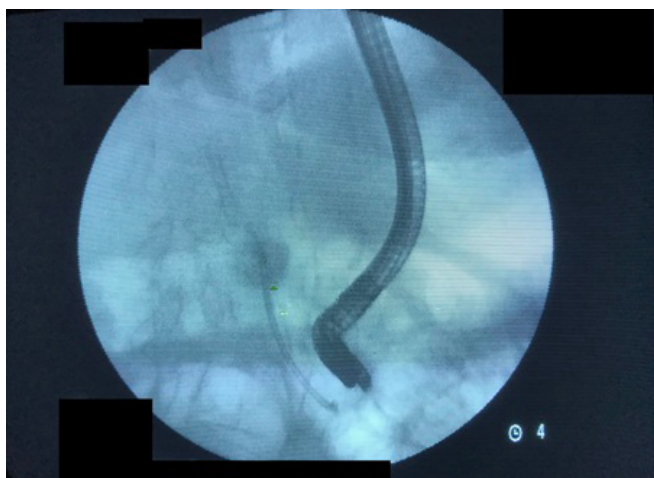


Figura 1 Protésis transpapilar en cístico.

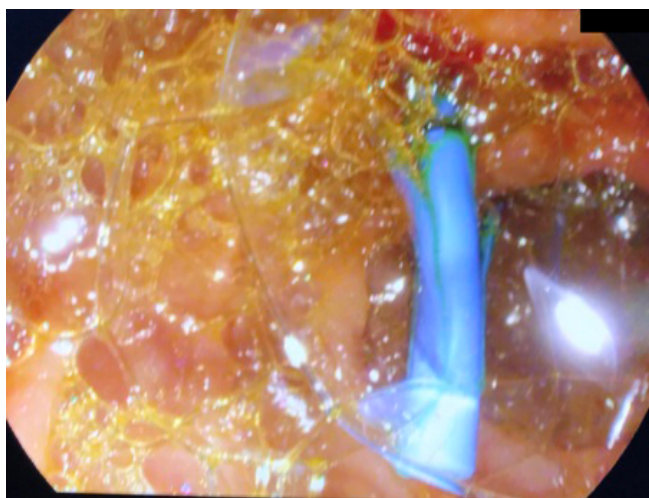


Figura 2 Extremo distal de protésis transpapilar en cístico.

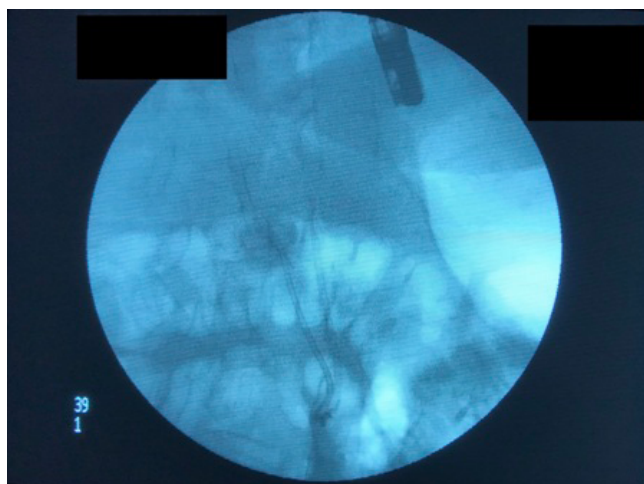


Figura 3 Imagen bajo control radiológico de doble protésis biliar: la de la izquierda con colocación en cístico y la de la derecha con colocación en colédoco.

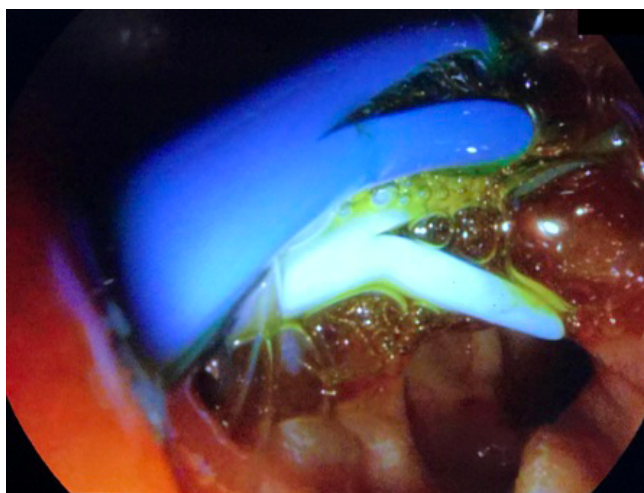


Figura 4 Imagen de los extremos distal de las dos protésis plásticas.

CP-010. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA COLANGIOSCOPIA DIGITAL DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA (SPYGLASS DS) EN PATOLOGÍA BILIAR: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

MERINO GALLEGO, E; VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, JA; MOLINA VILLALBA, C; GALLEGO ROJO, FJ

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

Introducción

La colangioscopia digital de un solo operador es una técnica que permite la visualización de la vía biliar, valorando de forma directa

las estenosis biliares; así como, la extracción mediante litotricia con láser de coledocolitiasis de difícil extracción refractarias a CPRE convencional (10-15%). El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de la colangiografía en el diagnóstico de estenosis biliares indeterminadas, así como, en el tratamiento de coledocolitiasis refractarias a tratamiento convencional.

Material y métodos

Se realizó un análisis retrospectivo en el que se incluyeron 26 pacientes sometidos a colangiografía digital con el sistema SPYGLASS DS de Boston Scientific realizadas en la Unidad de Endoscopias del hospital de Poniente por un solo endoscopista experto y bajo sedación profunda guiada por Anestesia desde enero de 2014 hasta agosto de 2018.

Resultados

La colangiografía fue llevada a cabo en 14 mujeres y 12 varones con una edad media de 71,42 años. La principal indicación del procedimiento fue la estenosis biliar de causa indeterminada (65,4%), seguida de la coledocolitiasis (34,6%) (Figura 1).

De los 9 pacientes con coledocolitiasis, todos habían sido sometidos a CPRE previamente (esfinterotomía en 8, colocación de prótesis endoscópica biliar en 7 y esfinteroplastia con balón en 1). Se consiguió extracción total de litiasis en un paciente y parcial en 8, los cuales fueron sometidos a litotricia láser. El tamaño medio de las litiasis fue de 14,77 mm. Sólo un paciente presentó complicación relacionada con el procedimiento (hemorragia leve tratada con esclerosis satisfactoriamente). Se produjo éxito técnico en el 87,5% de los casos, siendo el único paciente no respondedor sometido a litotricia mecánica y esfinteroplastia en un segundo tiempo.

De los 17 pacientes con estenosis biliar, el diagnóstico visual colangiográfico reveló: aspecto benigno en 7 pacientes, maligno en 7 y mucosa normal en 3 (Figura 2). Se tomaron biopsias en el 30,77% de los casos (número medio de 5,12 muestras). El diagnóstico histológico no mostró malignidad en ningún caso.

El diagnóstico definitivo fue llevado por colangiografía en 13 pacientes (Figura 3). El diagnóstico visual por colangiografía fue acertado en el 64,7% de los casos (11 pacientes).

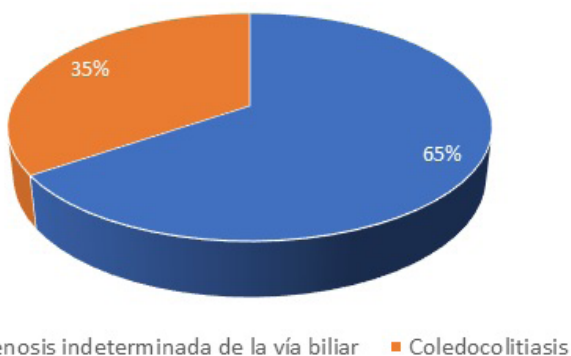


Figura 1 Indicación de colangiografía.

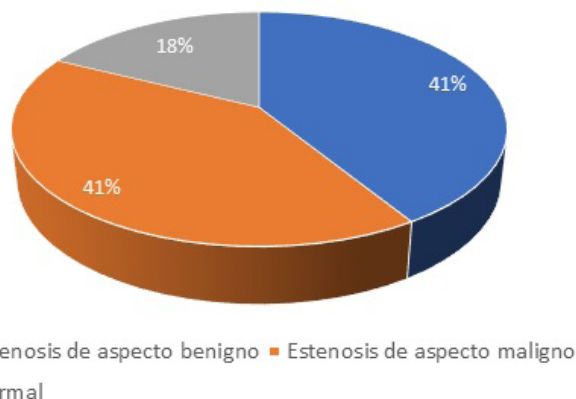


Figura 2 Diagnóstico visual por colangiografía.

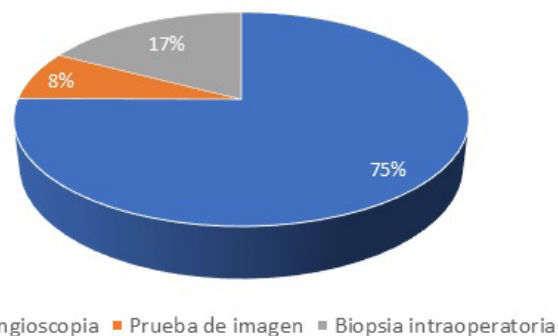


Figura 3 Método de diagnóstico definitivo.

Conclusiones

En nuestro estudio, la colangiografía terapéutica es una opción eficaz y segura en el manejo de coledocolitiasis refractarias a tratamiento convencional, sobre todo en aquellas de gran tamaño.

En cuanto a la colangiografía como procedimiento diagnóstico en estenosis biliares, resulta una técnica segura siendo útil el diagnóstico visual a través de la imagen endoscópica.

CP-011. ENDOPRÓTESIS ESOFÁGICA O COLÓNICA COMO TRATAMIENTO PALIATIVO ONCOLÓGICO

MORENO MORALED A, I; DELGADO MAROTO, A; GÁLVEZ MIRAS, A; ANGUITA MONTES, F; HALLOUCH TOUTOUH, S; IGLESIAS, E; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; LÓPEZ GONZÁLEZ, J; BARRIENTOS DELGADO, A; AMADO VILLANUEVA, PP; VEGA SÁENZ, JL

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El uso de endoprótesis gastrointestinales forma parte del tratamiento paliativo en pacientes con obstrucción gastrointestinal mecánica sintomática de origen neoplásico en los que se ha desestimado tratamiento quirúrgico. Presentamos la experiencia en nuestro centro en cuanto al implante y seguimiento de las prótesis esofágicas y colónicas.

Material y métodos

Revisión de carácter retrospectivo en el que incluimos 36 pacientes en los que se colocó prótesis, tanto esofágica como colónica, en nuestro hospital (C.H. Torrecárdenas) por vía endoscópica, en un periodo comprendido entre enero de 2015 y septiembre de 2018, obteniendo los datos de nuestra base informática Diraya Clínico.

Resultados

se colocaron un total de 36 prótesis: 23 prótesis esofágicas y 13 prótesis de colon.

Dentro de las prótesis de esófago, se colocaron 4 en mujeres y 19 en hombres, con una media de edad de 70 años (rango 52-87 años). Se emplearon prótesis totalmente recubiertas en 6 pacientes (26%). En el resto de pacientes se emplearon prótesis parcialmente recubiertas (74%).

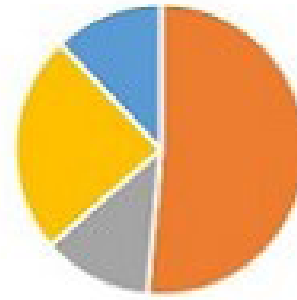
En la mayoría, la indicación era carcinoma estenosante de esófago con fin paliativo (83%). En el resto (17%), la indicación fue el cierre de una fístula traqueoesofágica y gastrogástrica, el cierre de fuga de anastomosis esofagogastrica y compresión extrínseca por adenocarcinoma de pulmón.

Dentro de las complicaciones caben destacar las derivadas de la infiltración tumoral en 2 pacientes (8,6%), infecciones respiratorias secundarias a fístula esófago-traqueal en 4 pacientes (17%), perforación esofágica con mediastinitis posterior en un paciente (4%), hemorragia con hematemesis en 2 pacientes (8%), fallo en el cierre de fístula a pesar de prótesis funcionante en un paciente (4%) y ERGE en un paciente (4%).

En cuanto a las prótesis de colon, se colocaron 5 en Mujeres y 8 en hombres, con una media de edad de 68 años (rango 43-86 años). En todos los pacientes se emplearon prótesis metálicas no recubiertas (100%). La indicación principal fue adenocarcinoma de recto-sigma estenosante estadio IV (61,5%) como tratamiento paliativo. Como terapia puente a la Cirugía se empleó en 4 pacientes (30%). Dentro de las complicaciones cabe destacar la migración de la prótesis en 2 pacientes (15%) y la perforación en un paciente (7%).

Conclusiones

El uso de prótesis enterales con fin paliativo logra restablecer el tránsito gastrointestinal, mitigar los síntomas y suministrar apoyo nutricional en pacientes con enfermedad neoplásica avanzada. Las causas de fracaso posterior a la colocación de la prótesis se deben principalmente a la migración, progresión de la enfermedad y complicaciones del procedimiento.



- Infiltración tumoral
- Infecciones respiratorias
- Perforación esofágica
- HDA
- Fallo cierre fístula con prótesis normofuncionante
- ERGE

Figura 1

Complicaciones prótesis esofágicas.

CP-012. ENTEROPATÍA POR OLMESARTÁN

CABELLO FERNÁNDEZ, A; SENDRA FERNÁNDEZ, C; PEDRAJAS CRESPO, C; LEÓN LUQUE, M; BEJARANO GARCÍA, A

SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA

Introducción

Los antagonistas de los receptores de angiotensina II se utilizan para el tratamiento de la hipertensión arterial, la enfermedad renal crónica y la insuficiencia cardíaca. Son normalmente bien tolerados y los efectos adversos más comunes son hipotensión, disminución del filtrado glomerular, hiperpotasemia y tos.

Caso clínico

Mujer de 65 años hipertensa y dislipémica, en tratamiento con olmesartán 40 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg. Ingresó por diarrea de tres semanas de evolución, dolor abdominal y vómitos. Exploración abdominal normal. Análítica con leucocitosis y deterioro de la función renal.

Se solicitó examen de heces, colonoscopia y tomografía axial computarizada abdominal, que resultaron normales. Tras 14 días de ingreso no existía mejoría clínico-analítica, revisamos la medicación y el único fármaco que podía producir diarrea de los que tomaba, el olmesartán, había sido sustituido a su ingreso. Solicitamos entonces entero-resonancia magnética que fue normal. La paciente tras 18 días de ingreso, comentó seguir tomando el

olmesartán. Se suspendió y se realizó una endoscopia oral con biopsias de duodeno con estudio compatible con linfocitosis intraepitelial (Figura 2), intenso infiltrado inflamatorio mixto, linfoplasmocitario y polimorfonuclear con imágenes de criptitis y presencia de eosinófilos (Figura 1). Los hallazgos histológicos y la desaparición de los síntomas tras su retirada confirmaron la sospecha de enteropatía asociada a olmesartán.

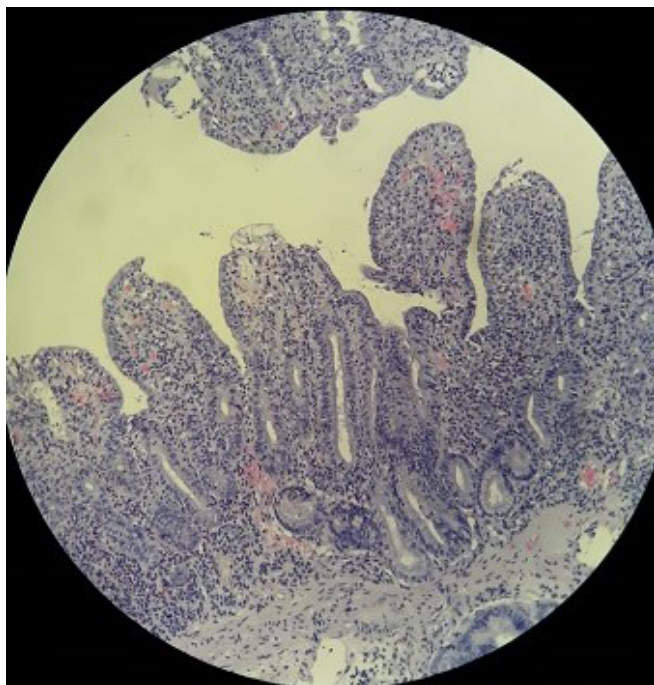


Figura 1
Biopsia duodenal donde se aprecia intenso infiltrado inflamatorio mixto, linfoplasmocitario y polimorfonuclear con imágenes de criptitis y presencia de eosinófilos.

Discusión

La asociación entre olmesartán y enteropatía fue reconocida en 2013. Su mecanismo de acción es desconocido. La clínica se basa en diarrea crónica y pérdida de peso meses o años tras inicio del fármaco. El diagnóstico se apoya en clínica compatible, hallazgos histológicos concordantes (atrofia vellositaria, inflamación mucosa con incremento de linfocitos intraepiteliales, criptitis), presencia de HLA DQ2, DQ8 positivo (68% de los casos), anticuerpos antitransglutaminasa negativos y resolución clínica e histológica tras la retirada del fármaco. No se produce mejoría si retiramos el gluten de la dieta, a diferencia de lo que ocurre en la celiaquía, principal diagnóstico diferencial. En el caso que presentamos, la clínica e histología eran compatibles, y la paciente quedó asintomática tras la retirada del fármaco. No obstante, fue preciso la realización de múltiples pruebas complementarias y una larga estancia hospitalaria debido a que la paciente continuó tomando el fármaco a pesar de su retirada. Existen otros fármacos que pueden producir una enteropatía similar, como son la azatioprina y el micofenolato. Deberíamos siempre tener en cuenta la importancia de revisar la medicación del paciente, ya que el reconocimiento precoz de esta patología podría ahorrar multitud de pruebas innecesarias.

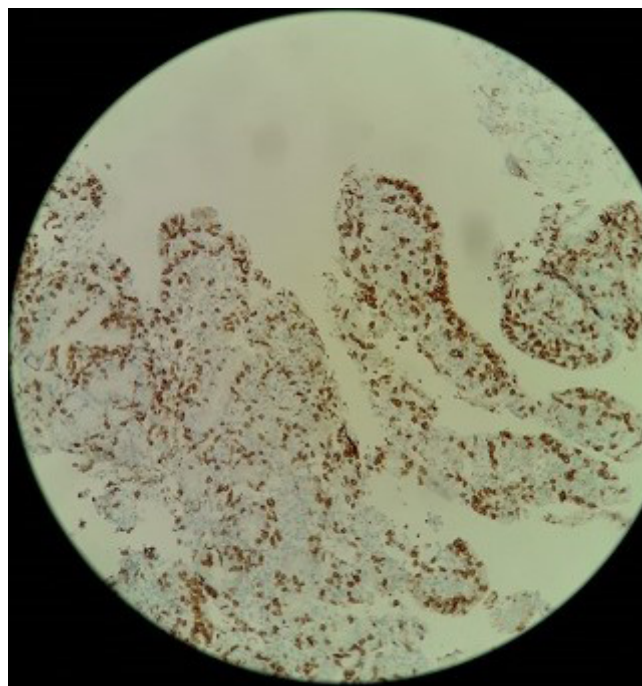


Figura 2
Biopsia duodenal: Tinción CD8 para observar la linfocitosis intraepitelial.

CP-013. ESTUDIO SOBRE POSIBLES VARIABLES PREDICTORAS DE COLEDocolITIASIS EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA EN NUESTRO MEDIO

PUYA GAMARRO, M¹; ARIAS ROMANO, A²; GARCÍA GAVILÁN, MC¹; SÁNCHEZ YAGÜE, A¹; RIVERA IRIGOIN, R¹; SÁNCHEZ CANTOS, A¹; PÉREZ AISA, Á¹

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

Introducción

En pacientes con colecistitis aguda no suele alterarse el perfil hepático, pero puede observarse una colestasis y/o hipertransaminasemia leve. Estas alteraciones pueden ser signo de una coledocolitiasis concomitante, que es preciso descartar, dado el diferente manejo terapéutico. En 2010, la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) publicó una guía clínica definiendo predictores clínicos y categorías de riesgo de coledocolitiasis, posteriormente validados en una cohorte prospectiva en 2013 por Korson *et al.* (Figura 1).

Nuestros objetivos fueron analizar pacientes diagnosticados de colecistitis aguda con sospecha de coledocolitiasis en nuestro medio en 2016, evaluando el rendimiento de los criterios propuestos por la ASGE.

Material y métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes diagnosticados de colecistitis aguda con sospecha de coledocolitiasis en nuestro medio en 2016. Utilizamos medidas de tendencia central, dispersión y posición para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. Para evaluar diferencias según la presencia de coledocolitiasis respecto al resto de variables, se utilizó el test exacto de Fisher para variables cualitativas, y test de U de Mann-Whitney para las cuantitativas.

Clasificación	Predictor
Muy fuertes	Clínica de colangitis
	Bilirrubina total > 4mg/dl
	Litiasis en la VBP por ecografía
Fuertes	Bilirrubina total 1,8 - 4,0 mg/dl
	Dilatación de la VBP por ecografía
Moderado	Laboratorio hepático alterado
	Edad > 55 años
	Clínica de pancreatitis biliar

Figura 1

Predictores clínicos de coledocolitiasis - ASGE 2010

Resultados

Analizamos 136 pacientes, incluyendo finalmente 55, 28 con coledocolitiasis (grupo 1) y 27 sin coledocolitiasis (grupo 2). La mediana de edad fue 77 años en el grupo 1 y 71 en el 2. El dolor fue el síntoma más frecuente, sin diferencias en la presencia de ictericia y coluria entre grupos. Las diferencias en los parámetros bioquímicos, se muestran en la **Tabla 1**. En el análisis bivariado, la dilatación de la vía biliar intrahepática (dilatada en el 81,8% del grupo 1 vs 18,2% del grupo 2) (**Figura 2**), la dilatación del colédoco (>7 mm en el 74% del grupo 1 vs. 26% grupo 2) (**Figura 3**) y la presencia de cálculos en la ecografía (100% de correlación), detectados en el 46,4% de pacientes con esta técnica, se asociaron con la presencia de coledocolitiasis en la CPRE (p<0,05).

El rendimiento de las categorías de riesgo alto e intermedio fue 69,6% y 41,7% respectivamente con una asociación lineal progresiva (**Figura 4**).

Conclusiones

En el diagnóstico de coledocolitiasis en pacientes con colecistitis aguda, el rendimiento de los predictores propuestos por la ASGE, especialmente, la dilatación de la vía biliar intra/extrahepática y la presencia de cálculos en la ecografía, así como las categorías de riesgo, es aceptable en nuestro medio según los estándares propuestos; sin embargo, la inclusión de algún criterio más, por ejemplo otras variables bioquímicas, podría mejorar el rendimiento de las categorías de riesgo alto e intermedio.

	Pacientes con coledocolitiasis	Pacientes sin coledocolitiasis
Bilirrubina total (mg/dl)	3,15 ±2,17	2,73 ±2,34
Bilirrubina directa (mg/dl)	3,3 ±2,22	2,92 ±1,85
Fosfatasa alcalina (U/L)	264,5 ±154,7	239,2 ±156,8
GGT (U/L)	456,4 ±339,5	378,9 ±297,02
GPT (U/L)	262,6 ±354,6	129,11 ±129,7
GOT (U/L)	279,2 ±342,2	142,26 ±126

Tabla 1

Parámetros bioquímicos (media ±desviación típica) de pacientes con/sin coledocolitiasis.

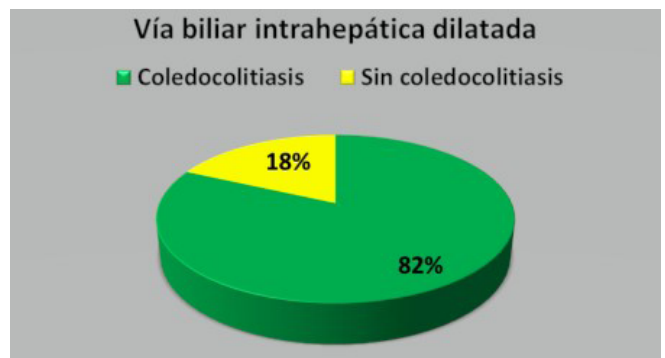


Figura 2

Vía biliar intrahepática dilatada.

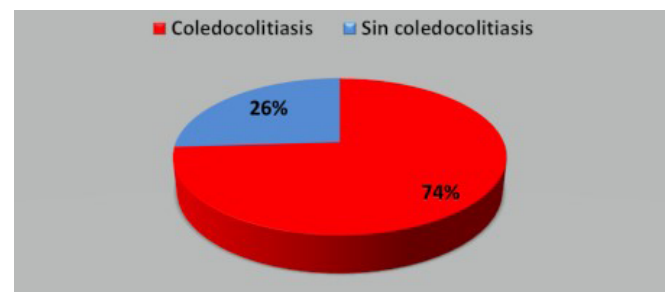


Figura 3

Colédoco >7mm

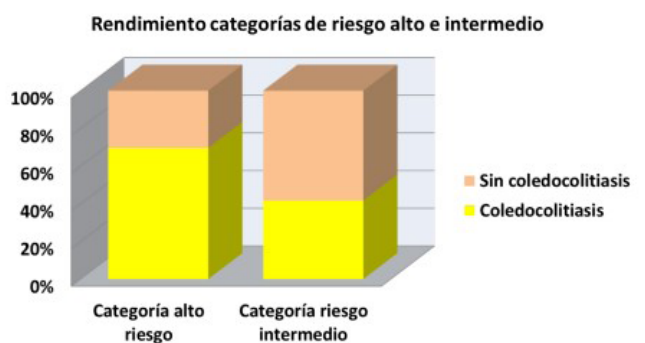


Figura 4

CP-014. EXPERIENCIA EN DRENAJE ECOENDOSCÓPICO DE COLECCIONES PANCREÁTICAS MEDIANTE COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA

GARCÍA ORTIZ, JM; SOLÁ FERNÁNDEZ, A; RINCÓN GATICA, A; MARTÍNEZ SIERRA, C; LEÓN MONTAÑÉS, R; GARCÍA FERNÁNDEZ, FJ

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

Describir y analizar los resultados técnicos y clínicos de 22 procedimientos de drenaje de colecciones pancreáticas realizados en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla mediante la colocación guiada por ecoendoscopia de prótesis metálicas de aposición luminal (PMAL), que constituye actualmente el tratamiento de elección en esta patología.

Material y métodos

Se recogieron los datos demográficos y clínicos de todos los pacientes a los que se realizó el procedimiento en nuestro centro entre marzo de 2017 y septiembre de 2018, así como la indicación de drenaje y tipo de colección, el tipo de prótesis utilizada y su lugar anatómico de colocación, la utilización de profilaxis antibiótica, las tasas de éxito técnico y clínico y la aparición de efectos adversos atribuibles al procedimiento.

Resultados

Se realizó el procedimiento en 22 pacientes de los cuales un 67,3% fueron varones, con una edad media de 52,5 años. En el 72% de los casos se encontraban hospitalizados en planta convencional, un 9,1% en Unidad de Cuidados Intensivos, y en un 18,2% se realizó de forma ambulatoria. La etiología predominante fue de origen biliar (66,3%), seguida de la alcohólica (18,2%). Las indicaciones de drenaje más frecuentes fueron sepsis (50%), retencionismo gástrico (45,5%) y dolor (40,9%). De las 22 colecciones drenadas, 15 (68,2%) eran necrosis pancreáticas encapsuladas, mientras que 5 (22,7%) eran pseudoquistes. Además, se drenaron una colección posquirúrgica y un absceso tras perforación post-CPRE.

En la gran mayoría de los casos (95,5%) se utilizaron prótesis Hot Axios totalmente recubiertas de 15x10 mm, colocadas por vía transgástrica (95,5% desde cuerpo gástrico), siendo necesaria la dilatación endoscópica del stent en uno de los procedimientos. En todos se realizó bajo anestesia general y con profilaxis antibiótica pautaada. En el caso de las necrosis encapsuladas, se realizaron una media de 4,7 necrosectomías endoscópicas.

La tasa de éxito técnico fue del 100%. La tasa de éxito clínico (resolución de la colección y sus complicaciones) fue del 95,5%, dado que en uno de los casos el paciente requirió cirugía a pesar del drenaje endoscópico. Se identificaron cinco eventos adversos en tres pacientes: una hemorragia grave controlada mediante radioembolización, dos casos de sepsis con buena evolución

con antibioterapia, y dos migraciones de las prótesis resueltas en el mismo procedimiento. En ningún caso se necesitó retirar precozmente la prótesis.

Sexo (% varones)	67.3%
Edad media (años)	52.5
Indicación de drenaje	
- Sepsis	50.5%
- Retencionismo	45.5%
- Dolor	40.9%
Tipo de colección	
- WON	68.2%
- PQ	22.7%
- Colección post-quirúrgica	4.5%
- Absceso post-perforación	4.5%
Número de necrosectomías (media)	4.7
Tasa éxito técnico	100%
Tasa éxito clínico	95.5%

Tabla 1

Eventos adversos	
Hemorragia grave	1
Sepsis	2
Migración	2

Tabla 2

Efectos adversos

Conclusiones

En nuestra experiencia, el drenaje ecoendoscópico de colecciones pancreáticas mediante PMAL es seguro y eficaz, y debe considerarse de elección frente a otros abordajes siempre que sea posible.

CP-015. EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN DUODENO QUE IMPRONTA HÍGADO

DÍAZ ALCÁZAR, MM¹; CERVILLA SÁEZ DE TEJADA, E¹; ROA COLOMO, A¹; LÓPEZ DE HIERRO RUIZ, M²; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ¹; VIDAL VÍLCHEZ, B¹; GARCÍA MÁRQUEZ, J¹; ZÚÑIGA DE MORA-FIGUEROA, B¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

La extracción de cuerpos extraños, incluyendo la impactación de bolos alimentarios, constituye la segunda causa más frecuente de endoscopia urgente tras la hemorragia digestiva. El riesgo asociado a la presencia de un cuerpo extraño varía mucho en función de sus características y del punto donde quede alojado el objeto. El 80-90% atravesará todo el tubo digestivo sin ocasionar problemas. Pero en aquellos con bordes cortantes o punzantes, de gran tamaño o de contenido tóxico, el riesgo aumenta por la mayor probabilidad de complicaciones.

Caso clínico

Paciente varón de 68 años que consulta por epigastralgia de tres días de evolución que ha ido aumentando de intensidad y se ha asociado a fiebre de hasta 38,7°. A la exploración destaca abdomen sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente, leucocitosis (12.870 / μ L) con elevación de proteína C reactiva (194 mg/dL). Se solicita tomografía computarizada (TC) abdominal que objetiva imagen lineal, hiperdensa, que se extiende desde la luz de duodeno y atraviesa su pared, en relación con cuerpo extraño, y que ocasiona discreto engrosamiento de pared duodenal con leve aumento de atenuación de la grasa periduodenal, e impronta pared inferior hepática. Se decide endoscopia urgente para valoración, objetivando espina de pescado enclavada en duodeno que se extrae endoscópicamente con pinza. Posteriormente el paciente evoluciona adecuadamente, sin signos de perforación y tolerancia progresiva.

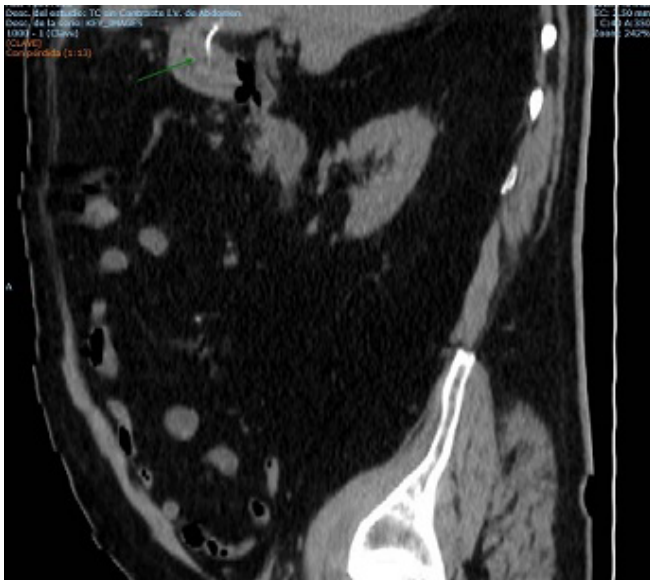


Figura 1 Corte TC abdominal donde se observa cuerpo extraño en duodeno que impronta pared inferior hepática.



Figura 2 Imagen de la esofagogastroduodenoscopia donde se objetiva cuerpo extraño en duodeno.



Figura 3 Cuerpo extraño extraído.

Discusión

La extracción de un cuerpo extraño implica un riesgo de complicaciones elevado. Hay riesgo de perforación, hemorragia o broncoaspiración, por lo que se precisa de personal capacitado y medios fiables que permitan la extracción con seguridad. Las características del cuerpo extraño y el tiempo de enclavamiento son factores importantes a considerar. La presencia de un objeto afilado o punzante es una emergencia endoscópica. Cuando el cuerpo extraño está enclavado en la mucosa se debe intentar desenclavarlo con cuidado, habitualmente con una pinza con dientes, para después asirlo firmemente y retirarlo con cuidado.

Es más frecuente la impactación de los cuerpos extraños en esófago, pero en ocasiones pueden alojarse más distales. Cuando un cuerpo extraño llega a intestino delgado, usualmente atraviesa el tracto gastrointestinal sin problemas, pero en ocasiones, como en el caso del paciente, pueden quedarse alojados en duodeno.

CP-016. EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO PUNZANTE Y DE GRAN TAMAÑO IMPACTADO EN PÍLORO DE LACTANTE DE SEIS MESES

ROA COLOMO, A; RUIZ ESCOLANO, E; DÍAZ ALCÁZAR, MM; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; VIDAL VÍLCHEZ, B; GARCÍA MÁRQUEZ, J; SOUSA DOMÍNGUEZ, FL

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

Con el término “*cuerpos extraños digestivos*” nos referimos a aquella situación en la que un objeto diferente a un alimento, una parte no comestible de él o incluso un alimento normal (detenido anómalamente), se encuentra en el tubo digestivo.

Los cuerpos extraños son una situación frecuente y constituyen la segunda causa de urgencia endoscópica. Son especialmente habituales en niños (de forma involuntaria) y en adultos cuando concurren factores de riesgo.

Caso clínico

Lactante varón de seis meses de edad que acude a Urgencias por ingesta de cruz de Caravaca. Se encuentra estable hemodinámicamente y asintomático, sin disnea ni sialorrea. Exploración física normal. Se realiza radiografía abdominal en la que se observa el cuerpo extraño en estómago (Figura 1). Al tratarse de un cuerpo extraño punzante y de gran tamaño, se indica endoscopia digestiva alta urgente en quirófano bajo anestesia general.

Se introduce endoscopio de adulto previa rectificación del cuello del paciente para evitar la compresión del tubo endotraqueal que dificulta el paso del endoscopio. Con una suave presión se avanza hasta el estómago donde se identifica la cruz de Caravaca de 2,5 cm enclavada en el píloro (Figura 2). Se extrae con cesta de Roth Net sin complicaciones inmediatas (Figura 3).

El paciente recibe el alta hospitalaria al día siguiente sin incidencias.

Discusión

El riesgo que conlleva un cuerpo extraño varía en función de sus características y del lugar donde queda alojado. Los cuerpos extraños gástricos generalmente atravesarán el resto del tubo digestivo sin complicaciones, salvo excepciones: si son cortantes/punzantes existe el riesgo de lesionar la pared y si son grandes, aunque sean romos, pueden impactarse y no progresar, lesionando la mucosa u obstruyendo la luz. Es fundamental la prudencia antes y durante la endoscopia, y llevar a cabo una técnica cuidadosa. El

endoscopista ha de sopesar su experiencia y capacidad de extraer el cuerpo extraño concreto.

En el caso que nos ocupa ambas características (objeto punzante y de gran tamaño para un lactante de seis meses) indicaban su extracción urgente. Nos recuerda que a pesar de su frecuencia, nunca se debe banalizar esta situación y debemos considerar las posibles complicaciones.



Figura 1 Radiografía en la que se observa cruz de Caravaca situada en estómago.



Figura 2 Imagen endoscópica de cruz de Caravaca impactada en píloro.



Figura 3 Cruz de Caravaca de 2.5 cm tras extracción mediante cesta Roth Net.

CP-017. GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: COMPLICACIONES Y SUPERVIVENCIA EN EL ÁREA HOSPITALARIA DEL PONIENTE ALMERIENSE

MOLINA VILLALBA, C; VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, JA ; MARTÍNEZ AMATE, E; GALLEGRO ROJO, FJ

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

Introducción

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es un método de soporte nutricional indicado en pacientes con desnutrición e imposibilidad para la ingesta oral con una supervivencia estimada superior a dos meses. Actualmente, a pesar de que su utilidad en la demencia avanzada es discutida, supone una de las indicaciones más frecuentes. En general, se considera una técnica segura pero no exenta de complicaciones, que pueden ser graves e incluso mortales.

El objetivo del estudio fue describir la tasa de complicaciones y la supervivencia a corto y largo plazo tras la colocación de una PEG, así como analizar los factores asociados a una menor supervivencia.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes sometidos a PEG en el Hospital de Poniente desde 2011 hasta 2017.

Resultados

Se analizaron 66 pacientes. En el 81,82% la indicación de PEG fue por causa neurológica frente a un 13,64% en los que fue por causa neoplásica (Tabla 1), siendo las indicaciones más frecuentes la demencia avanzada y el cáncer de laringe, respectivamente (Figura 1). El 75,76% de los pacientes presentaron complicaciones (Figura 2), siendo la neumonía broncoaspirativa la más frecuente. El 24,24% fallecieron como consecuencia de la complicación.

Del total de pacientes, 36 vivieron más de 6 meses tras la colocación de la PEG, mientras que 30 fallecieron antes de los 6 meses. La probabilidad de supervivencia a los 6 meses en los pacientes con

causa neoplásica fue del 15,65%, frente al 37,5% en los pacientes con causa neurológica (Figura 3). La supervivencia a los 12 meses de los pacientes que vivieron más de 6 meses con PEG causa neurológica fue del 84,8%, siendo del 100% en los pacientes con causa oncológica (Tabla 2). La duración media con PEG hasta el fallecimiento fue de 16,2 (±21,67) meses.

El tener un cuidador familiar y el manejo invasivo de las complicaciones se asociaron a una mayor supervivencia (p<0,05).

Edad, media (DE) años	72,98 (14,06)
Mujeres, n (%)	30 (45%)
Cuidador familiar, n (%)	47 (71%)
Diabetes, n (%)	25 (37,88%)
Enfermedad cardiovascular, n (%)	13 (19,7%)
Antecedentes de neoplasia, n (%)	18 (27,27%)
Deterioro cognitivo, n (%)	45 (68,2%)
Antiagregantes, n (%)	21 (31,82%)
Anticoagulantes, n (%)	18 (27,27%)
Sonda nasogástrica previa, n (%)	40 (60,61%)
Voluntades vitales anticipadas, n (%)	0 (0%)
Consentimiento informado firmado por representante legal, n (%)	43 (65%)
Indicación, n (%):	
Neurológica	54 (81,82%)
Neoplásica	9 (13,64%)
Otras	3 (4,55%)
Temporalidad, n (%):	
Definitiva	63 (95%)
Temporal	3 (5%)
Complicaciones, n (%)	50 (75,76%)
Técnica, n (%):	
Tracción	61 (92,42%)
Gastropexias	5 (7,58%)
Sedación, n (%)	59 (89,39%)

Tabla 1 Características basales del total de pacientes con PEG

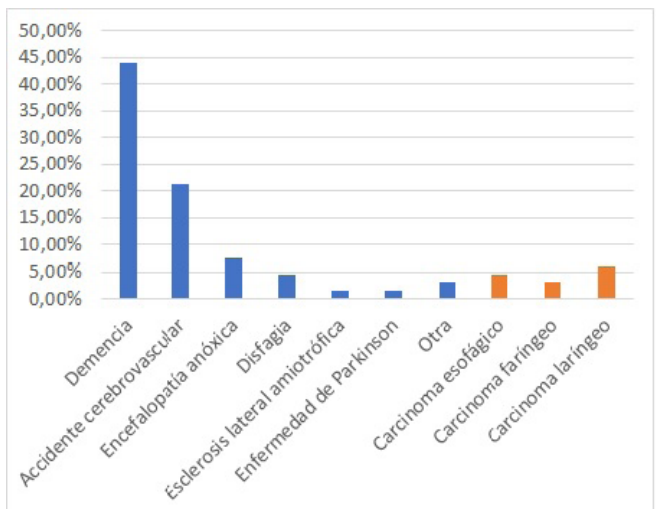


Figura 1 Indicaciones de PEG.

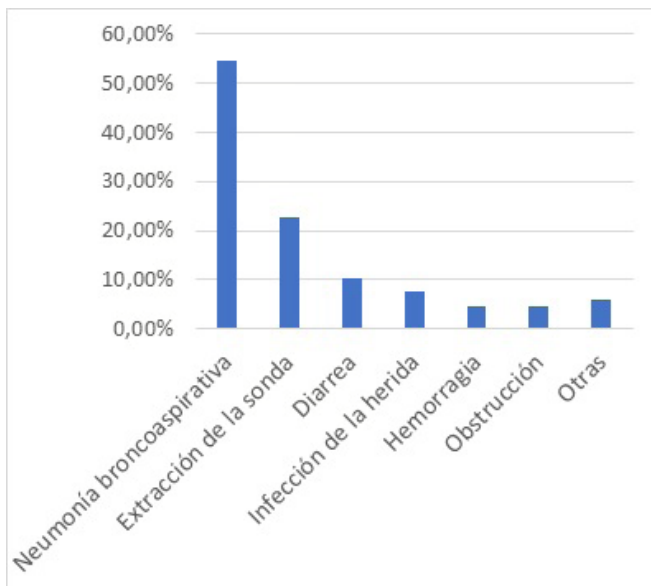


Figura 2
Complicaciones secundarias a PEG.

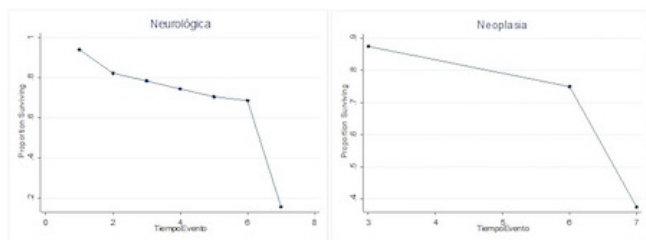


Figura 3
Curvas de supervivencia Kaplan-Meier en pacientes con PEG por patología neurológica y neoplásica hasta los 6 meses.

VARIABLES	Indicación neurológica (n= 53)	Indicación neoplásica (n= 3)
Edad, media (DE) años	72,66 (16,22)	62,66 (2,52)
Mujeres, n (%)	19 (59,38%)	0 (0%)
Cuidador familiar, n (%)	26 (81,25%)	3 (100%)
Diabetes, n (%)	10 (31,25%)	1 (33%)
Enfermedad cardiovascular, n (%)	9 (16,98%)	1 (33%)
Antecedentes de neoplasia, n (%)	3 (9%)	3 (100%)
Deterioro cognitivo, n (%)	29 (90,63%)	0 (0%)
Antiagregantes, n (%)	10 (31,25%)	1 (33%)
Anticoagulantes, n (%)	7 (21,88%)	1 (33%)
Sonda nasogástrica previa, n (%)	22 (69%)	2 (66,67%)
Consentimiento informado firmado por representante legal, n (%)	25 (80%)	0 (0%)
Duración PEG, media (DE) meses	29,09 (24,22)	18,5 (2,12)
Complicaciones, n (%)	27 (84%)	3 (100%)
Técnica, n (%):		
Tracción	32 (100%)	2 (66,67%)
Gastropexias	0 (0%)	1 (33,33%)
Sedación, n (%)	28 (87%)	3 (100%)
Supervivencia (> 6 meses), n (%):		
12 meses	27 (84,38%)	3 (100%)
24 meses	13 (50%)	0 (0%)

Tabla 2
Características basales por estratos según indicación.

Conclusiones

La demencia avanzada continúa siendo una de las principales indicaciones de PEG en nuestro medio, observándose una menor supervivencia en los pacientes con indicación neurológica frente a los pacientes con indicación neoplásica. Los pacientes con PEG presentaron una alta tasa de complicaciones, siendo la más frecuente la neumonía broncoaspirativa. Hasta un cuarto de los pacientes fallecieron como consecuencia de la complicación. Recibir cuidados por parte de un familiar y el abordaje invasivo de las complicaciones se asocian con una mayor supervivencia.

CP-018. GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA ENDOSCÓPICA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

RAMÍREZ RAPOSO, R; ABRALDES BECHIARELLI, A; VIEJO ALMANZOR, A; RODRÍGUEZ RAMOS, C; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

Valorar las indicaciones, técnica de colocación y seguridad de las sondas de gastrostomía percutánea endoscópica (PEG).

Material y métodos

Análisis retrospectivo observacional de las sondas PEG de alimentación indicadas en nuestro centro entre 01/01/2016 - 30/06/2018. Se analiza la edad, sexo, enfermedad de base, técnica endoscópica, número de recambios, tiempo de evolución hasta la retirada o exitus así como sus complicaciones.

Resultados

Se indicaron un total de 71 PEG de primera vez en el periodo analizado, 48% hombres y 52% mujeres. Edad media 66,8±13,8 años. Las principales indicaciones (**Figura 1**) fueron: demencia (21%), tumores de cabeza y cuello (17%), ICTUS (15%), enfermedades desmielinizantes (14%), Hemorragia subaracnoidea (7%), neumonía aspirativa (7%), TCE (5,6%) y otras. En un 12,7% de los casos la sonda fue transitoria (duración media 8,2±7 meses), siendo el 77% de ellos pacientes con ICTUS y recuperación posterior, TCE y HSA.

El 36,6% de los pacientes fallecieron durante el seguimiento, con un tiempo medio hasta el exitus de 9,4±8,3 meses. De ellos, el 30% fallecieron antes de 6 meses y el 15% antes de tres. El 50,7% de los pacientes mantienen la sonda PEG al cierre del estudio (media de seguimiento 18±10 meses). La técnica endoscópica de colocación fue por tracción en el 84,5% de los casos y gastropexia con pulsión en el 15,5%, de los cuales el 90,1% de ellos fueron en pacientes con tumores de cabeza y cuello.

Las sondas más utilizadas en la técnica de tracción como primera PEG fueron las de 22 Fr (69%), y en las gastropexias las de 18 Fr (100%). La duración media de las sondas fue de 7 meses, habiéndose realizado de media por paciente 1,3±1,7 recambios. Se

registraron complicaciones asociadas a la técnica en el 16,9% de los casos: desgarros mucosos (7%), sangrados del punto de punción (4,2%) y neumoperitoneo sintomático (4,2%). Todas fueron leves, tratándose con hemoclips y/o tracción de la sonda. (Figura 2 y 3).

Un 38% presentaron complicaciones tardías: salida accidental/arrancamiento del balón (21%), infección periostomal (16,9%), sangrado periostomal (12,7%) y otras (4,2%). En ningún caso implicó la retirada de la sonda (Figura 4).

Se registró un exitus en relación a rotura traumática de la fístula gastro-cutánea con peritonitis posterior.

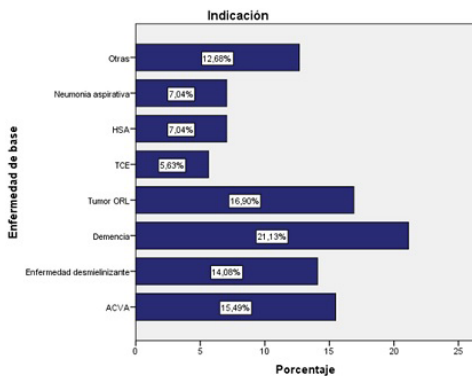


Figura 1 Indicaciones de sonda PEG.

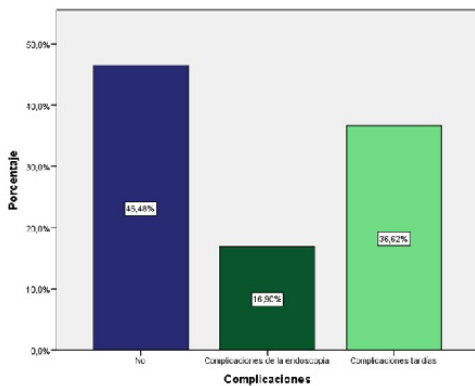


Figura 2

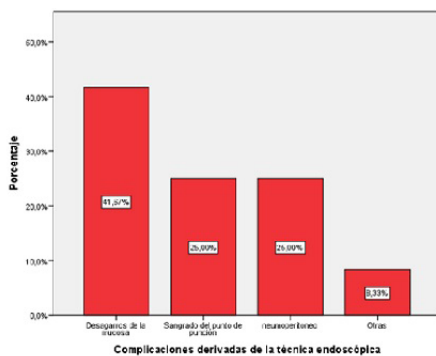


Figura 3

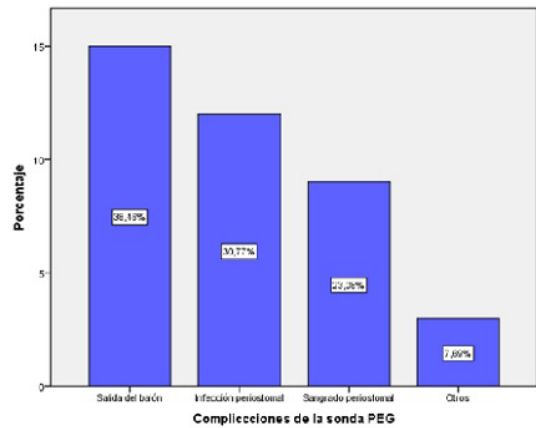


Figura 4 Complicaciones tardías.

Conclusiones

La colocación de sondas PEG de alimentación es una técnica segura en nuestro medio, sin diferencias en la técnica y cuyas complicaciones suelen ser leves. No obstante, dados los riesgos potenciales debemos realizar una adecuada indicación, sin olvidarnos de otros métodos de nutrición en aquellos pacientes especialmente frágiles.

CP-019. HALLAZGO ENDOSCÓPICO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS MÚLTIPLES. EL PAPEL CLAVE DEL GASTROENTERÓLOGO PARA EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD SISTÉMICA.

GONZÁLEZ AMORES, Y; CASADO BERNABEU, A; ROMERO RODRÍGUEZ, E

CONSULTA APARATO DIGESTIVO. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR, ALGECIRAS

Introducción

La gastritis atrófica autoinmune puede predisponer a la aparición de tumores neuroendocrinos gástricos. Como gastroenterólogos debemos saber que esta entidad puede estar en asociación con otras como el hipotiroidismo y la diabetes o en el seno de un síndrome poliglandular autoinmune.

Caso clínico

Mujer 45 años con DM tipo 2, obesidad e hipotiroidismo autoinmune. En tratamiento con eutirox e insulina desde el inicio del diagnóstico de diabetes a los 23 años. Se solicita gastroscopia previo a cirugía bariátrica.

Gastroscopia: numerosas lesiones sésiles de diferente tamaño en todo el cuerpo y fundus gástrico (Figura 1 y 2), la de mayor tamaño en curvatura mayor de 3 cm. Las biopsias antrales mostraban gastritis

atrófica con metaplasia y leve displasia sin *Helicobacter pylori*. Las biopsias de las lesiones demostraron tumores neuroendocrinos.

Las pruebas de imagen (TC, RMN, octreoscan y ecoendoscopia) muestran múltiples lesiones gástricas y adenopatías perigástricas en pared anterior cercana a la lesión de mayor tamaño, captantes en octreoscan (Figura 3). Las analíticas muestran anticuerpos anticélulas parietales a títulos altos, cromogranina A 1.209 y gastrina >1.000.



Figura 1

Gastroscopia: visión directa. Se aprecian en curvatura mayor varias lesiones, la mayor de varios cm. Se tomaron múltiples biopsias, compatibles con tumores neuroendocrinos.

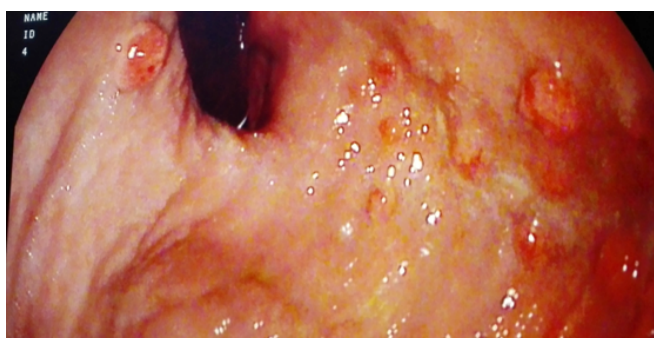


Figura 2

Gastroscopia: en retroversión estas lesiones también estaban presentes en cuerpo alto y fundus gástrico.



Figura 3

Octreoscan: captación gástrica del marcador, también a nivel perihepático izquierdo. En TAC y Ecoendoscopia esta captación extragástrica se correspondía con una adenopatía patológica.

Discusión

La asociación de diferentes entidades autoinmunes es algo habitual. La asociación entre hipotiroidismo y diabetes con gastritis atrófica está bien establecida. Al diagnóstico la paciente ya había desarrollado múltiples tumores neuroendocrinos. Cuando alcanzan este número y tamaño no es inusual una gastrina >1.000, si bien era importante descartar un gastrinoma. A pesar de que fuera negativo, está pendiente de un estudio genético para descartar MEN1.

Inicialmente se clasificó como DM tipo 2 por obesidad, pero revisando la historia clínica al inicio se clasificó de DM tipo 1 (cuadra más con la edad de presentación, la necesidad de insulina desde el inicio y la posterior asociación con hipotiroidismo y la gastritis autoinmune).

Probablemente la paciente presenta un síndrome poliglandular autoinmune (SPG) no sospechado hasta los hallazgos endoscópicos. Dada la localización, número de las lesiones y la edad de la paciente se decidió gastrectomía total y posterior seguimiento y estudio por endocrinología.

CP-020. HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO: COMPLICACIÓN INFRECUENTE TRAS CPRE

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; MARÍN GARCÍA, D; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; OCAÑA LEDESMA, A; BRAVO ARANDA, AM; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica de vital importancia para el manejo de la patología biliopancreática, que presenta una tasa de complicaciones entre el 2-10%.

Caso clínico

Mujer de 81 años, con antecedente de infarto agudo de miocardio complicado con parada cardiorrespiratoria y fibrilación auricular en tratamiento con Adiro® 100 mg y Apixabán®. Ingreso previo por colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis resuelta mediante CPRE con esfinterotomía y limpieza biliar. Ingresa actualmente por cuadro de dolor en epigastrio e hipocondrio derecho asociando fiebre. En control analítico existe alteración del perfil hepático con bilirrubina total de 3,3 a expensas de directa, y en ecografía abdomen urgente presenta colédoco dilatado de 21 mm con coledocolitiasis. Se pauta tratamiento antibiótico empírico y se programa para realización de CPRE. Se contacta previamente con Cardiología, que dado los antecedentes recomienda no suspender Adiro® 100 mg por alto riesgo cardiovascular. Se realiza CPRE con ampliación de esfinterotomía previa, extrayéndose con balón de Fogarty 10-12 cálculos, sin complicaciones inmediatas.

Tras la prueba la paciente presenta dolor abdominal y anemia por lo que se realiza TC abdominal que muestra hematoma subcapsular hepático sin signos de hemorragia activa y neumoperitoneo (Figuras 1-3). De acuerdo con Cirugía General y Radiología Vascul, se decide tratamiento conservador con buena evolución clínica.



Figura 1
TC abdomen con contraste con imagen de hematoma subcapsular hepático de 54 mm.



Figura 2
TC abdomen con contraste con imagen en corte coronal del hematoma subcapsular hepático.



Figura 3
TC abdomen con contraste con imagen de hematoma subcapsular en su porción caudal.

Discusión

La complicación hemorrágica más frecuente tras CPRE es la hemorragia post-esfinterotomía (1%), siendo muy infrecuente la aparición de un hematoma subcapsular hepático y existiendo muy pocos casos descritos en la literatura.

Se desconoce su etiopatogenia, existiendo dos hipótesis al respecto. La primera, y la principal, sugiere que puede estar en relación con que el paso de la guía produce una perforación en la vía biliar y un daño del parénquima hepático, con rotura de vasos sanguíneos. La segunda hipótesis postula que el daño hepático sería secundario a la tracción ejercida con el balón de Fogarty sobre la vía biliar o por el propio endoscopio.

Los síntomas suelen aparecer en las primeras 48 horas, siendo el principal el dolor abdominal, pudiendo también presentar anemia y fiebre.

El diagnóstico se realiza mediante TC y el tratamiento debe individualizarse según el paciente. Habitualmente se prefiere un manejo conservador asociando antibioterapia por el alto riesgo de infección. En caso de inestabilidad hemodinámica o complicaciones asociadas (30% de los casos) se optaría por tratamiento quirúrgico, siendo también útil la realización de una arteriografía con embolización del vaso sangrante si se objetiva.

CP-021. IMPORTANCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO, SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS

GÓMEZ TORRES, K; MARTÍNEZ AMATE, E; GALLEGU ROJO, F

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

Introducción

El síndrome de Peutz Jeghers (SPJ) pertenece al grupo de poliposis digestivas hamartomatosas que se caracteriza por lesiones mucocutáneas hiperpigmentadas, pólipos hamartomatosos en el tracto gastrointestinal y un riesgo incrementado de neoplasias.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 28 años con antecedente de orquiectomía izquierda por neoplasia testicular (marcadores tumorales negativos); resección de pólipo hamartomatoso por invaginación de intestino delgado, y resección de un segmento de íleon por nueva invaginación intestinal debido a lesión polipoidea hamartomatosas con histología de adenocarcinoma polipoide ulcerado moderadamente diferenciado. Como antecedente familiar, carcinoma colorrectal en abuelo.

Llega a nuestro servicio para estudio endoscópico de imagen compatible con invaginación, probablemente en yeyuno medio, observada en RMN abdominal. Se rescata del examen físico efélides

en labio inferior y mucosa oral. Se solicita estudio endoscópico completo.

En la EDA se observaron micropólipos de aspecto hamartomatoso en cuerpo y fundus gástrico y hamartoma-adenoma de papila (Figuras 1 y 2); en la EDB 4 pólipos de probable naturaleza hamartomatosa en colon (dos >1cm, realizándose polipectomía con asa de diatermia) y varios micropólipos en íleon terminal (Figuras 3 y 4). En la cápsula endoscópica se hallaron múltiples pólipos yeyuno-ileales subcentimétricos y 2 pólipos de 2 cm en yeyuno e íleon que se resecaron por enteroscopia de doble balón (Figuras 5 y 6). Los resultados anatomopatológicos identificaron pólipos hamartomatosos en colon y yeyuno, con lo cual se pudo confirmar el diagnóstico de SPJ. Desde entonces está en seguimiento por nuestro servicio con revisiones endoscópicas periódicas y no ha presentado nuevas complicaciones.



Figura 1
Micropólipos de aspecto hamartomatoso en cuerpo y fundus.



Figura 2
Papila engrosada, sospecha hamartoma-adenoma de papila.



Figura 3
Pólipo de probable naturaleza hamartomatosa en colon.



Figura 4
Polipectomía con asa de diatermia.

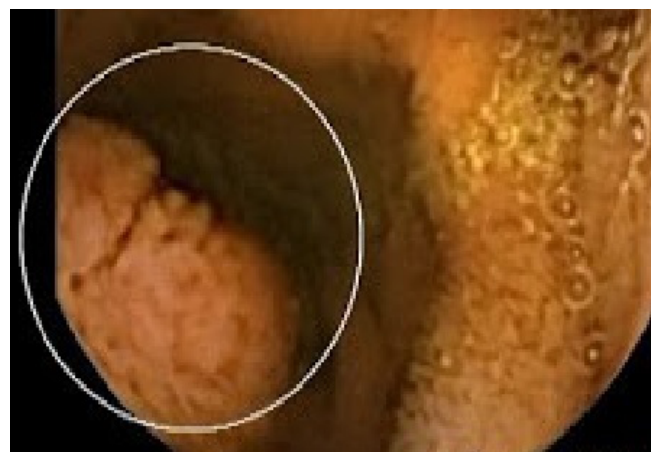


Figura 5
Pólipo hamartomatoso en yeyuno medio.



Figura 6
Pólipo hamartomatoso en ileon proximal.

Discusión

El SPJ es una condición poco frecuente, de herencia autosómica dominante, existiendo además casos de novo, que si no se sospecha permanece sin diagnóstico hasta manifestarse por una de sus complicaciones: invaginación intestinal, obstrucción o hemorragia digestiva.

Los pólipos hamartomatosos suelen ubicarse en intestino delgado, especialmente yeyuno, aunque también pueden presentarse en colon y estómago. Por ello, la cápsula endoscópica y la enteroscopia constituyen procedimientos de especial relevancia en el diagnóstico de esta patología.

Estos pacientes tienen mayor riesgo de neoplasias gastrointestinales y extraintestinales por un mecanismo todavía desconocido, no descartándose que algunas se deban a una progresión de hamartoma-adenoma-carcinoma.

Es importante reconocer este cuadro para implementar medidas de vigilancia endoscópica oportunas que permitan la identificación temprana de pólipos. Asimismo, el manejo endoscópico permite reseca pólipos grandes (>1-1,5 cm) con el fin de reducir sus complicaciones mecánicas y el riesgo de cáncer, al identificar malignidad en estadios tempranos, mejorando de esta manera el pronóstico en estos pacientes.

CP-022. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO ANTE PRESENTACIONES INUSUALES DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS: SÍFILIS GÁSTRICA Y ANORRECTAL

PUYA GAMARRO, M¹; ARIAS ROMANO, AJ²; MÉNDEZ SÁNCHEZ, IM¹; GÁLVEZ FERNÁNDEZ, R¹; SÁNCHEZ YAGÜE, A¹; GRANADOS PACHECO, F³; PEREDA SALGUERO, T³; SÁNCHEZ CANTOS, AM¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²UNIDAD CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ³UNIDAD ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

En la última década la incidencia de sífilis ha aumentado, constituyendo un problema de salud pública en nuestro medio. En pacientes coinfectados VIH-sífilis observamos manifestaciones atípicas y raras como la afectación gástrica y anorrectal.

Caso clínico

Caso 1: varón de 45 años ingresado por epigastralgia. Como antecedentes, infección VIH A1 y sífilis con afectación genital en 2010 tratada. Solicitamos gastroscopia apreciando mucosa del fundus, cuerpo y antro (zona prepilórica conservada) discrómica y friable espontáneamente, con aspecto infiltrativo (Figura 1), que biopsiamos. El resultado histológico reveló gastritis crónica activa y espiroquetas detectadas con inmunotinción con anticuerpo antitreponema, compatible con sífilis gástrica (Figuras 2 y 3). Iniciamos tratamiento con penicilina G sódica 4 millones/4 horas endovenoso 10 días con evolución satisfactoria.

Caso 2: varón de 35 años de edad, con infección VIH estadio A1, que consultó por rectorragia. Solicitamos rectosigmoidoscopia, observando desde margen anal hasta unos 7-8 cm, úlcera rectal solitaria, con pérdida de sustancia, que ocupaba 1/3 de la circunferencia, con bordes elevados y centro cubierto de fibrina, tomándose muestras. El resultado histológico fue de ulceración, tejido de granulación y denso infiltrado inflamatorio predominante plasmocitario. Con la técnica de inmunohistoquímica se identificaron estructuras sugestivas de Treponema (Figura 4). Se realizó tratamiento con penicilina con evolución favorable.

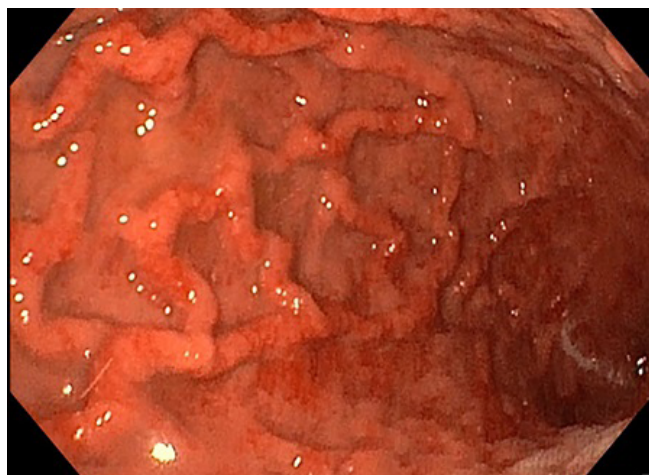


Figura 1
Imagen endoscópica que muestra mucosa gástrica discrómica, friable espontáneamente.

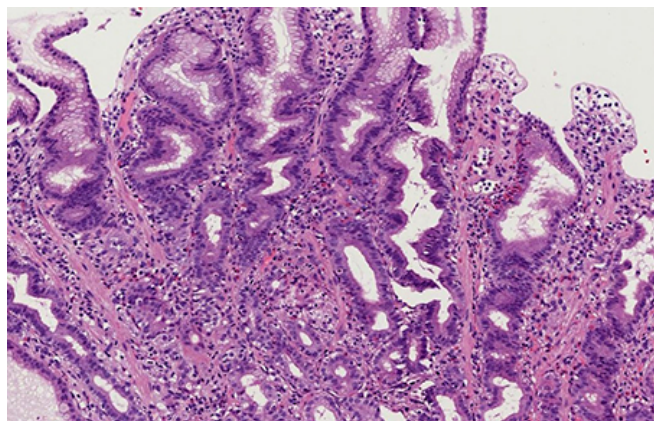


Figura 2 Hematoxilina-eosina: mucosa gástrica con hiperplasia foveolar e infiltrado inflamatorio agudo, con numerosos eosinófilos.

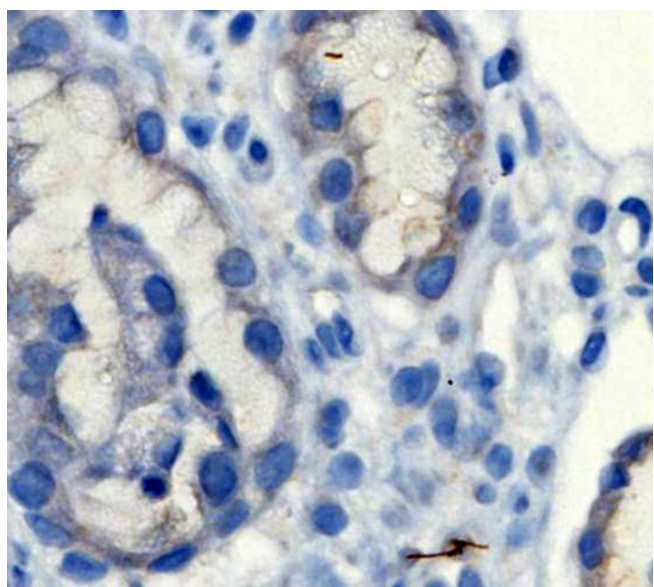


Figura 3 Presencia de espiroquetas en la mucosa gástrica, puestos de manifiesto con la técnica de inmunohistoquímica (anticuerpo antitreponema).

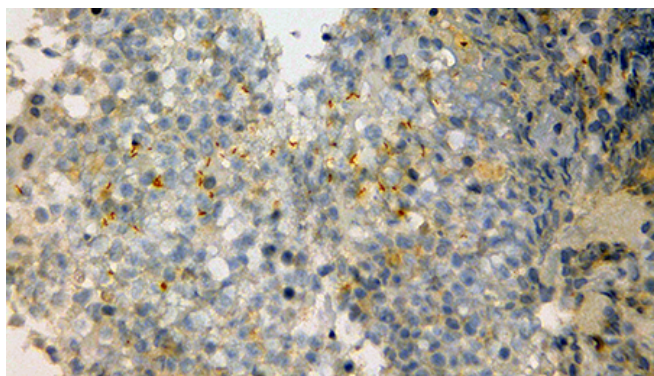


Figura 4 Presencia de espiroquetas en la mucosa colónica puestas de manifiesto con inmunohistoquímica.

Discusión

La sífilis es una enfermedad sistémica. La afectación gástrica está descrita en <1% de pacientes. Su prevalencia está infraestimada dada la dificultad diagnóstica a nivel clínico, endoscópico e histológico. Endoscópicamente, son lesiones friables espontáneamente, típicamente antrales, interrumpiéndose en píloro.

La sífilis anorrectal es también una entidad infrecuente. La característica más constante es la ulceración. La ubicación en la pared anterior es típica de la sífilis primaria anorrectal.

El diagnóstico diferencial debe incluir enfermedades inflamatorias intestinales, proctitis de otra etiología, pólipos, úlcera rectal solitaria, linfomas, linfogranulomas venéreos, tuberculosis y cáncer rectal.

El tratamiento habitual se realiza con penicilina benzatina.

CP-023. LA POEM COMO TRATAMIENTO PARA LA OBSTRUCCIÓN FUNCIONAL DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

VALDÉS DELGADO, T; GUERRA VELOZ, MF; ALBÉNIZ ARBIZU, E; JIMÉNEZ GARCÍA, A; HERGUETA DELGADO, P; RODRÍGUEZ TÉLLEZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La obstrucción funcional de la Unión Esofagogástrica (UEG) se define por una presión de relajación integrada (PRI) del esfínter esofágico inferior (EII) por encima del límite de la normalidad pero sin cumplir los criterios diagnósticos de acalasia. En este trastorno la peristalsis está conservada.

Caso clínico

Mujer de 58 años en seguimiento en consultas de digestivo por disfagia intensa de 15 años de evolución sin ningún otro síntoma asociado. En la gastroscopia no se apreciaron lesiones en todos los tramos de la mucosa esofágica y gástrica explorados, pero a nivel del EII se objetivó cierta resistencia al paso del endoscopio (**Figura 1**), sin lesiones macroscópicas adyacentes a dicha zona. Se realizó posteriormente ecoendoscopia para asegurar la ausencia de organicidad, con resultado de esta normal.

En la manometría de alta resolución se objetivó aumento de la PRI con valores muy por encima de la normalidad y peristalsis esofágica conservada, confirmando el diagnóstico de Obstrucción funcional de la UEG. También se realizó como prueba complementaria a la manometría el estudio baritado, apoyando dicho diagnóstico (**Figura 2**).

Finalmente la paciente se intervino mediante miotomía esofágica por vía oral (POEM) (Figura 3) con resultados excelentes en tres años de seguimiento (Figura 4). Actualmente no presenta disfagia, el único síntoma que presenta es reflujo gastroesofágico.

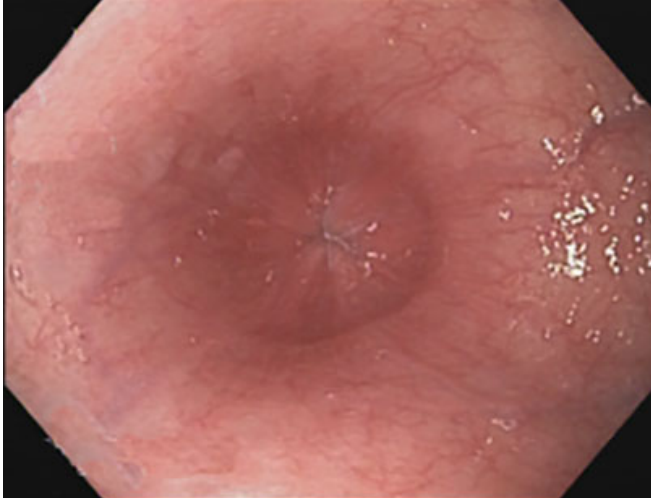


Figura 1
Gastroscopia: resistencia al paso del endoscopio en el EEI.

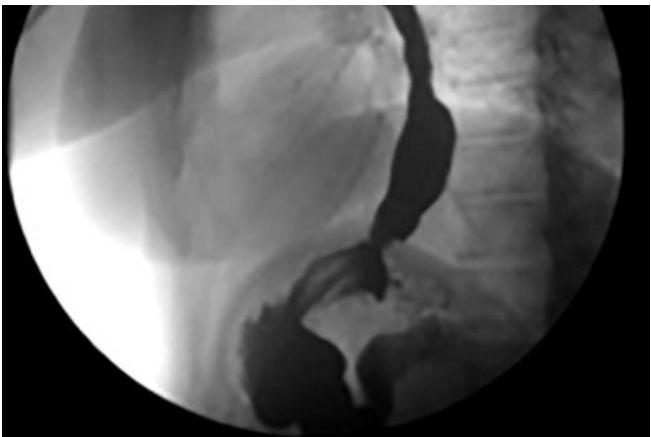


Figura 2
Estudio Baritado: dilatación tercio distal del esófago con cierta dificultad del paso del contraste por la UEG.

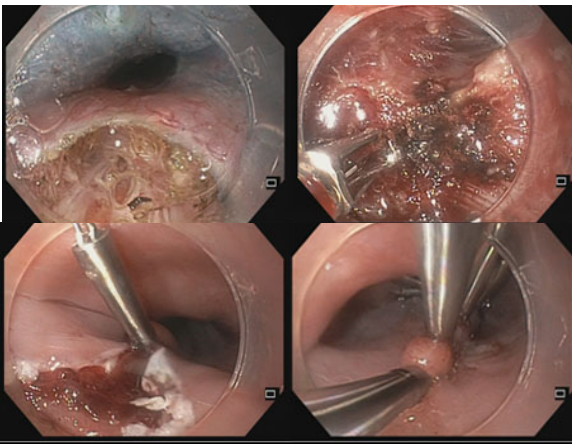


Figura 3
Gastroscopia: miotomía endoscópica por vía oral (POEM)



Figura 4
Gastroscopia: cicatriz de la POEM en gastroscopia de control a los 3 años.

Discusión

La obstrucción funcional de la UEG es considerada una variante de la acalasia, ya que la alteración primaria es similar: la relajación incompleta del EEI. Por ello, se ha propuesto que el tratamiento de ambos trastornos debe ser similar, con el objetivo de disminuir la presión del EEI.

Actualmente la POEM está considerada una terapia efectiva (control de síntomas) para la acalasia en el seguimiento a corto y mediano plazo con resultados comparables a la miotomía de Heller y las dilataciones endoscópicas para la mejoría de los síntomas.

Hasta la fecha, son numerosos los estudios que avalan los resultados excelentes de la POEM, resolviendo en la mayoría de los casos la sintomatología presentada a corto-medio plazo (hasta 4 años de experiencia), aunque se necesitan más estudios que corroboren su eficacia en el control de síntomas a largo plazo.

CP-024. MANEJO DE ESTENOSIS BENIGNAS GASTROINTESTINALES MEDIANTE PRÓTESIS METÁLICAS DE APOSICIÓN LUMINAL: NUESTRA EXPERIENCIA

SORIA LÓPEZ, E; SÁNCHEZ YAGÜE, A; PUYA GAMARRO, M; RIVERA IRIGOIN, R; SÁNCHEZ CANTOS, AM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

Las prótesis metálicas de aposición luminal (LAMS: lumen-approximating metal stent) han sido diseñadas inicialmente para drenajes transmurales de colecciones y derivaciones biliopancreáticas, pero su empleo como prótesis endoluminal está creciendo como parte del manejo de estenosis benignas del tubo digestivo,

principalmente anastomóticas, ya que permiten una dilatación progresiva y duradera, gracias a la existencia de extremos elevados que se adaptan al lumen y a su mayor calibre, con menores tasas de oclusión y de migración que los stents plásticos y metálicos autoexpandibles. El objetivo de nuestro estudio es analizar la efectividad de las prótesis de aposición luminal en esta indicación.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con colocación endoluminal de LAMS en nuestro hospital, considerando variables demográficas, tipo de intervención quirúrgica y técnicas endoscópicas previas, así como la indicación de la prótesis y sus resultados técnico y clínico.

Resultados

Desde julio de 2016 hasta julio de 2018 se han colocado 8 LAMS endoluminales en nuestro centro (Tabla 1). 75% varones. Edad media de 62,3 años. El 50% (4/8) se sometió a terapéutica endoscópica previa (dilatación con balón, con una media de dos sesiones). Se colocaron LAMS de 14x10 mm (Hanaro-Izasa) en las estenosis de anastomosis colorrectal; LAMS de 15x10 mm (Axios-Boston Scientific) en estenosis esofágica y 1 anastomosis esófago-yeyunal; y LAMS de 16x40 mm (Hanaro-Izasa) en estenosis anastomosis gastro-yeyunal y 1 esófago-yeyunal.

Éxito técnico del 100% (8/8), aunque una de 14x10 mm hubo que recuperarla y reenvainarla para su liberación en dos ocasiones. Sin complicaciones durante la prueba ni posteriores asociadas a la técnica. El éxito clínico (permitir tránsito) se alcanzó en 6/7 pacientes (85%), siendo la causa de fracaso la migración precoz sin llegar a dilatar (colorrectal). En caso de la esofágica no se pudo comprobar el éxito por fallecimiento precoz por enfermedad de base. En un paciente hubo que retirar la prótesis a la semana por mala tolerancia con empeoramiento del reflujo biliar (esófago-yeyunal).

No hubo recurrencia de estenosis tras el éxito, aunque una prótesis se obstruyó por crecimiento neoplásico intraluminal, precisando recambio. Migraron tres prótesis, dos de ellas tras éxito y una en fracaso por migración precoz.

PATOLOGÍA	CIRUGÍA	ANASTOMOSIS
Adenoca. Gástrico estadio IIIA	Gastrectomía subtotal	Gastro-yeyunal
Adenoca. Gástrico estadio IV	Gastrectomía total con Y Roux	Esofago-yeyunal
Adenoca. Sigma estadio II	Resección alta de recto	Colo-rectal
Adenoca. Recto medio estadio IIIA	Resección baja de recto	Colo-rectal
Compresión extrínseca esofágica por fibrosis mediastínica	-	-
Diverticulitis aguda perforada	Sigmoidectomía	Colo-rectal
Diverticulitis aguda perforada	Sigmoidectomía	Colo-rectal
Adenoca. Gástrico estadio IIIB	Gastrectomía total con Y Roux	Esofago - yeyunal

Tabla 1

Conclusiones

La colocación de LAMS en estenosis del tubo digestivo es técnicamente sencillo y seguro, siendo una opción a tener en cuenta en el arsenal terapéutico para paliar estenosis cortas, fundamentalmente anastomóticas.

CP-025. MANEJO ENDOSCÓPICO DE VÓLVULO GÁSTRICO SECUNDARIO A MALROTACIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

FLORES MORENO, H; LOPEZ ORTEGA, S; TENORIO GONZÁLEZ, E; RICO CANO, A; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La malrotación intestinal es la rotación anormal del intestino debido a defectos anatómicos por interrupción de cualquier estadio de rotación normal del intestinal. Es una patología más reconocida en la infancia, donde el 90% de los casos son diagnosticados en el primer año de vida. Existen formas sintomáticas que se manifiesta con dolor abdominal agudo o crónico, vómitos biliosos, disminución de peso, estreñimiento, sangrado digestivo, etc. En el primer año de vida suele presentarse como vómitos biliosos y distensión abdominal, asociado a vólvulos. Existen formas asintomáticas en la que el hallazgo es incidental al estudiar otro tipo de patología gastrointestinal.

Caso clínico

Varón de 16 años, sin antecedentes de interés que acude a urgencias por vómitos y dolor abdominal súbito en hemiabdomen superior tras leve trasgresión dietética. A la exploración destaca dolor intenso en epigastrio e hipocondrio izquierdo, así como defensa e irritación peritoneal. Análítica urgente sin alteraciones destacables. Se realiza Radiografía de abdomen (Figura 1) que muestra gran dilatación de cámara gástrica y TC de abdomen urgente (Figura 2) donde se observa una gran dilatación de cámara gástrica con contenido en su interior secundario a la existencia de una malrotación intestinal congénita con volvulación gástrica asociada. En la imagen podemos observar como el duodeno no cruza línea media y la vena mesentérica superior describe un giro sobre su propio eje. Tras estos hallazgos se posiciona sonda nasogástrica (SNG) evacuadora con leve mejoría de la sintomatología, continuando el paciente con vómitos de repetición.

Se decide realizar endoscopia urgente bajo intubación orotraqueal, visualizando fruncimiento de pliegues a nivel esofágico inferior que se sobrepasa con leve presión del endoscopio, accediendo a cámara gástrica que no permite realizar retroversión y notando cierta dificultad de paso a nivel antral. Avanzamos endoscopio con insuflación máxima hasta segunda porción duodenal. En retirada conseguimos realizar retroversión sin dificultad visualizando estómago con morfología normal sin volvulación. Tras la endoscopia el paciente evoluciona de forma favorable, tolerando vía oral sin problema pudiendo ser alta domiciliaria en las horas siguientes.

Discusión

El vólvulo gástrico es una patología rara pero muy importante conocer su existencia ya que un diagnóstico correcto y precoz va a determinar el pronóstico del paciente. Habitualmente el tratamiento del vólvulo agudo requiere una laparotomía de urgencias, sin embargo desde 1995, tras la descripción por Tsang

et al. de varios casos tratados endoscópicamente es importante intentar esta maniobra siempre que sea posible para evitar una cirugía abdominal.



Figura 1
RX de abdomen que muestra gran dilatación de cámara gástrica.

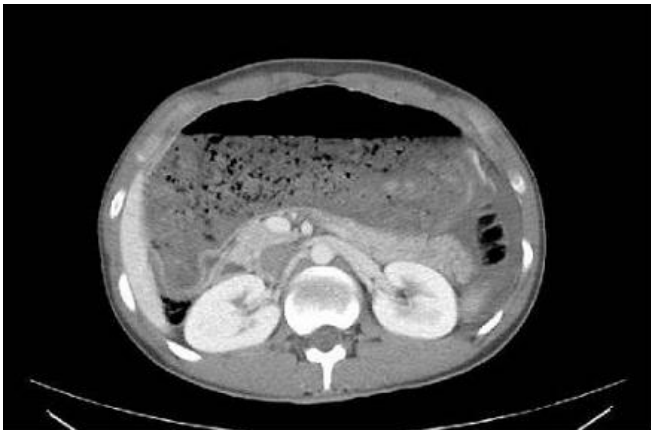


Figura 2
TC de abdomen que muestra gran dilatación de cámara gástrica.

CP-026. METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA OVÁRICO EN COLON. HALLAZGO INFRECLENTE.

ROMERO MORENO, S¹; AYUSO CARRASCO, CAB²; DE VICENTE ORTEGA, A¹; DEL CASTILLO CODES, MI¹; CASTILLO MOLINA, L¹; OJEDA HINOJOSA, M¹; MARTÍNEZ GARCÍA, R¹; JIMÉNEZ ROSALES, R²; TERCERO LOZANO, M¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

El cáncer de ovario se considera la segunda neoplasia del aparato genital femenino en frecuencia, tras el cáncer de endometrio. Sin embargo es la principal causa de mortalidad por cáncer ginecológico. El adenocarcinoma seroso es el tipo histológico más frecuente.

Caso clínico

Mujer de 66 años con antecedentes familiares de cáncer de colon, próstata y metastásico de origen no filiado. Fue intervenida de carcinoma seroso de ovario y recibió quimioterapia adyuvante.

A los tres años presenta cuadro de dolor en fosa iliaca izquierda, dificultad evacuadora y tendencia al estreñimiento. En la analítica sólo destaca una anemia leve y los marcadores tumorales eran normales.

Se realizó colonoscopia completa, detectando una lesión polipoidea en sigma, de aspecto submucoso, centro umbilicado y ulcerado de 18 mm (**Figura 1**).

El estudio anatomopatológico de la biopsia, muestra una mucosa de tipo intestinal y escara fibrino necrótica con escasos nidos celulares intensamente atípicos con carácter carcinomatoso, compatible con un posible origen ovárico (**Figuras 2 y 3**).

En el TC se observa una lesión polipoidea en sigma de 1,8x1,5 cm con base de implantación de aproximadamente 16 mm (**Figura 4**).

Se realizó sigmoidectomía. En la pieza reseca se observa infiltración metastásica por carcinoma pobremente diferenciado, de patrón sólido y papilar, de origen primario ginecológico, inmunofenotípicamente compatible con adenocarcinoma seroso, de 1,6 cm que ulcera la mucosa y afecta toda la pared alcanzando el tejido adiposo subseroso.



Figura 1
Colonoscopia: lesión polipoidea en sigma de aspecto submucoso, centro umbilical y ulcerado de 18 mm.

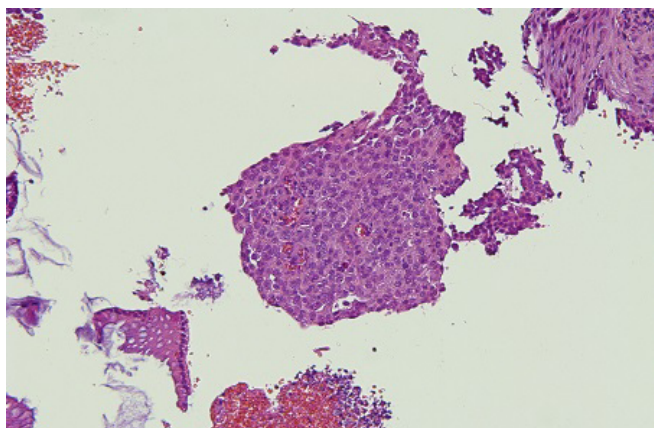


Figura 2

Anatomía patológica: mucosa de tipo intestinal y escara fibrino-neurótica con escasos nidos celulares intensamente atípicos con carácter carcinomatoso, compatible con un posible origen ovárico.

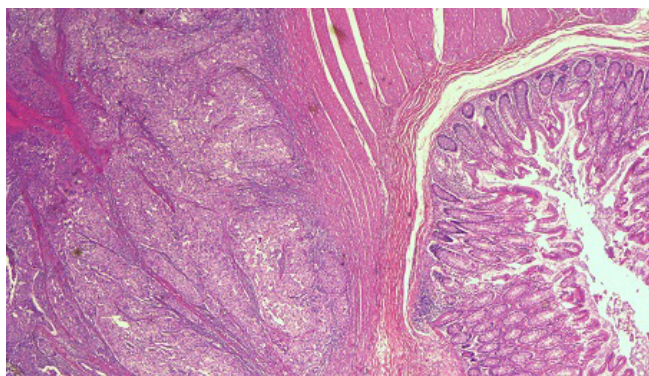


Figura 3

Anatomía patológica: mucosa de tipo intestinal y escara fibrino-neurótica con escasos nidos celulares intensamente atípicos con carácter carcinomatoso, compatible con un posible origen ovárico.



Figura 4

TAC abdominal: lesión polipoidea en sigma de 1,8x1,5 cm con base de implantación de aprox 16 mm.

Discusión

Las metástasis de tumores digestivos a ovario son frecuentes, pero en el caso que presentamos el tumor primario se encontraba localizado en ovario. Es el pulmón e hígado los órganos donde se producen metástasis con mayor frecuencia, siendo la metástasis a colon una localización rara.

CP-027. MUCOSA GÁSTRICA ECTÓPICA DUODENAL: UN HALLAZGO INUSUAL

ROA COLOMO, A; CERVILLA SÁEZ DE TEJADA, E; DÍAZ ALCÁZAR, MM; DIÉGUEZ CASTILLO, C; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; MARTÍNEZ TIRADO, P

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La mucosa gástrica heterotópica o ectópica es la presencia de mucosa gástrica fuera del estómago. Es una patología no neoplásica que ha sido descrita en esófago, duodeno, colon y en el divertículo de Meckel.

Caso clínico

Varón de 44 años con antecedentes personales de funduplicatura laparoscópica por reflujo gastroesofágico (ERGE), se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) de revisión posteriormente a la cirugía que visualiza en estómago por retrovisión un pliegue gástrico que rodea subcardias abrazando el endoscopio adecuadamente, sugestivo de funduplicatura y el resto de cámara gástrica sin lesiones. En duodeno, en cara anterior y posterior del bulbo, tras pasar el píloro, se observan dos lesiones de bordes indefinidos y aspecto adenomatoso que se biopsian, sugestivos de mucosa gástrica ectópica (Figuras 1 y 2). Segunda porción duodenal sin lesiones. El diagnóstico anatomopatológico confirma la presencia de células parietales gástricas. El paciente se encuentra asintomático y la exploración física es normal. Seis meses después del hallazgo, se ha realizado una EDA de control con biopsias en la que no se objetivan cambios.

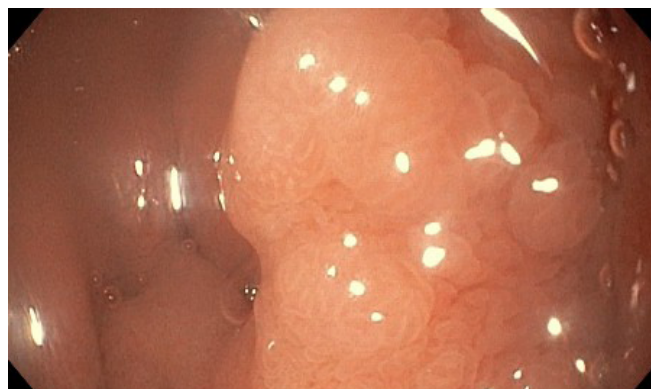


Figura 1

Imagen endoscópica de mucosa gástrica ectópica en bulbo duodenal. Se observa lesión polipoide de aspecto adenomatoso de 2 cm aproximadamente.

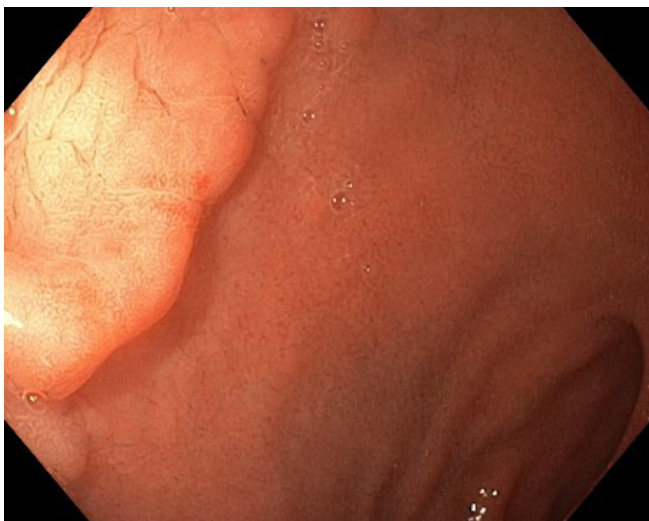


Figura 2 Imagen endoscópica de mucosa gástrica ectópica en bulbo duodenal. A la izquierda de la imagen se observa la lesión, con mucosa de aspecto gástrico que difiere de la mucosa duodenal normal que la rodea.

Discusión

Es un hallazgo infrecuente (0,5-2% de la patología duodenal), sin predominio de género y con una edad media de 54 años. Se considera una lesión congénita por un error en la diferenciación del endodermo durante la embriogénesis. Generalmente, es un hallazgo inesperado y diagnosticado en pacientes mayores de 35-40 años que se someten a una EDA por síntomas dispépticos. Otros autores, sospechan que los estados de hipergastrinemia pueden favorecer su desarrollo, pacientes con síndrome de Zollinger Ellison o con uso prolongado de inhibidores de bomba de protones (como en nuestro caso). El aspecto endoscópico más frecuente de la mucosa gástrica ectópica es el de pólipos únicos o múltiples. También hay casos descritos como eritema, mucosa irregular y ocasionalmente, puede simular una lesión neoplásica. La localización más frecuente es el bulbo duodenal e histológicamente, se caracteriza por la presencia de células gástricas foveolares, células gástricas parietales y células principales en la mucosa duodenal. No se ha identificado displasia en ningún caso, lo que confirma la naturaleza benigna de la lesión. Tampoco se relaciona con la infección por *Helicobacter pylori*. Es importante realizar diagnóstico diferencial con la bulboduodenitis péptica y la enfermedad de Crohn, en las que no existen células parietales en la biopsia. Concluimos que la mucosa ectópica gástrica duodenal es una entidad infrecuente y de comportamiento benigno, en la que es fundamental la identificación de células parietales gástricas para su diagnóstico.

CP-028. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE STENTS COLÓNICOS EN OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MALIGNA

PUYA GAMARRO, M; SORIA LÓPEZ, E; ARIAS ROMANO, AJ; SÁNCHEZ YAGÜE, A; RIVERA IRIGOIN, R; SÁNCHEZ CANTOS, AM

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

El 20% de los cánceres colorrectales (CCR) desarrollan obstrucción intestinal, diagnosticándose en estadios avanzados. En estos casos, la endoprótesis colónica puede ser, una opción paliativa, o puente hacia una cirugía programada en pacientes seleccionados (ASA \geq III o $>$ 70 años), evitando la intervención urgente y permitiendo un estudio preoperatorio y una cirugía programada más segura.

Nuestros objetivos fueron analizar las indicaciones de endoprótesis colónica en obstrucción intestinal maligna, resultados y complicaciones.

Material y métodos

Análisis descriptivo-retrospectivo de pacientes con colocación de endoprótesis en nuestro medio entre 2013 y 2016.

Resultados

Analizamos 55 pacientes, edad media 68 años, 58,2% varones. Las comorbilidades más frecuentes fueron metabólicas (36,4%) y cardíacas (23%). El motivo de consulta más frecuente fue la ausencia de tránsito en el 60% de pacientes (Figura 1).

Empleamos TC como prueba diagnóstica en el 72,7% y colonoscopia en el 21,8%. Etiología: 51 CCR, 2 estenosis anastomosis, 1 sarcoma endometrial, 1 adenocarcinoma pancreático (Figura 2). Pacientes con CCR: 29 endoprótesis paliativas (28 CCR metastásico) y 22 como puente a cirugía. La prótesis metálica no recubierta se colocó mediante colonoscopia guiada por fluoroscopia. Éxito técnico 96,4% y clínico 92,7%. Hubo 7 migraciones, resolviéndose 5 mediante reemplazo o técnica "prótesis sobre prótesis". La mortalidad atribuida a la prótesis fue del 1,8%. La supervivencia en pacientes paliativos fue 3-12 meses.

En el grupo puente, el tiempo medio de prótesis a cirugía fue 2 semanas (62% abordaje laparoscópico, técnica más empleada hemicolectomía izquierda), sin estoma de protección en el 74%. 6 presentaron complicaciones postquirúrgicas (3 infección herida quirúrgica y 1 reintervención por dehiscencia anastomótica). El estadio postoperatorio fue predominantemente T3N0M0, con afectación ganglionar en 5 pacientes. Los ganglios resecaos de media fueron 22, con márgenes libres en todos los casos. 4 pacientes presentaron recidiva local y 3 metástasis a distancia tras cirugía.

Conclusiones

En pacientes con CCR izquierdo no resecao, la endoprótesis colónica es una opción eficaz y segura, mejorando la calidad de vida. Como método puente a cirugía, en pacientes seleccionados (ASA \geq III o $>$ 70 años), permite el estudio preoperatorio y una resección oncológica adecuada, con baja tasa de complicaciones, resultados acordes con la literatura.

Motivo de consulta

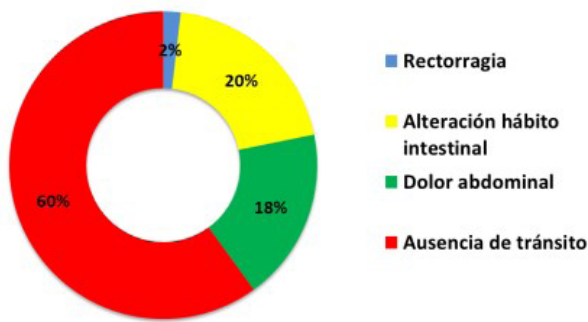


Figura 1

Imagen endoscópica de mucosa gástrica ectópica en bulbo duodenal. Se observa lesión polipoide de aspecto adenomatoso de 2 cm aproximadamente.

Indicación de prótesis

- obstrucción intestinal por neoplasias no colónicas
- estenosis anastomosis
- Intención paliativa en obstrucción intestinal por CCR no resecable
- Puente a cirugía en obstrucción intestinal por CCR

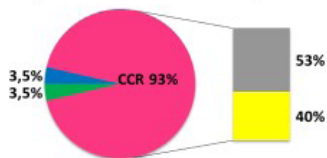


Figura 2

Imagen endoscópica de mucosa gástrica ectópica en bulbo duodenal. Se observa lesión polipoide de aspecto adenomatoso de 2 cm aproximadamente.

CP-029. PAPEL DE LA ECOENDOSCOPIA FUERA DEL CAMPO DE LA GASTROENTEROLOGÍA

VADILLO CALLES, F; FERNÁNDEZ CANO, MC; MARTÍNEZ CARA, JG; FERNANDEZ FERNANDEZ, E; HERRADOR PAREDES, M; REDONDO CEREZO, E

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

Introducción

La ecoendoscopia es una prueba accesible, con escasas complicaciones y con multitud de aplicaciones, no solo a nivel pancreático-biliar. Permite realizar una evaluación del mediastino, estaciones ganglionares y alguna localización pulmonar, así como la obtención de material para estudio anatomopatológico cuando ésta es posible.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 42 años con antecedentes de carcinoma de células claras de ovario intervenida en 2015 mediante histerectomía total con doble anexectomía y tratamiento quimioterápico posterior con Taxol-Carboplatino x 6 ciclos, en seguimiento por Oncología Médica. Se realiza PET-TAC de control donde se objetiva una masa hipermetabólica en mediastino posterior y en hueso ilíaco izquierdo. Se nos remite para valoración de ecoendoscopia y punción de la lesión mediastínica.

La exploración se realiza con equipo lineal. A unos 32 cm de arcada dentaria, a nivel paraaórtico, se objetiva una masa heterogénea de unos 35 x 22 mm de bordes mal definidos y con centro anecoico, probablemente necrótico, sobre la que se realizan dos pases de PAAF con aguja de 25G con obtención de material para estudio citológico.

El estudio anatomopatológico confirma la presencia de adenocarcinoma compatible con origen ovárico. La paciente finalmente ingresa en Oncología Médica para reevaluación de nuevo esquema de tratamiento.

Discusión

El papel de la ecoendoscopia no se limita únicamente al campo de la gastroenterología, puesto que con esta técnica podemos obtener material para diagnóstico diferencial de lesiones en diferentes localizaciones, como se presenta en este caso, donde dicha técnica fue clave para el diagnóstico de una recidiva de un cáncer de origen ginecológico.

CP-030. PERFORACIÓN ESPONTÁNEA DE ÍLEON PRETERMINAL TRAS COLONOSCOPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

FLORES MORENO, H; RICO CANO, A; TENORIO GONZÁLEZ, E; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La perforación del colon como complicación de una colonoscopia es poco frecuente aunque grave. La tasa de perforación se han calculado entre el 0,03-0,9% en colonoscopias diagnósticas y puede alcanzar el 3% si se realiza con fines terapéuticos. A continuación se expone el caso de una perforación espontánea de íleon preterminal en una colonoscopia sin ileoscopia.

Caso clínico

Varón de 65 años sin antecedentes de interés. Se realiza colonoscopia diagnóstica bajo sedación profunda y con insuflación de aire, hasta fondo cecal, con hallazgo de divertículos en sigma y dos pólipos sésiles. Uno de ellos en fondo cecal junto a fosita apendicular de 10 mm, resecado con asa de diatermia previa infiltración de adrenalina

1/100.000 y posicionamiento de dos hemoclip en la base. El otro otro pólipo de 7 mm, situado en ángulo hepático extirpado de la misma forma y con colocación de un hemoclip de forma preventiva. No se observan complicaciones inmediatas al procedimiento. A las 24 horas el paciente acude a urgencias con dolor abdominal en fosa iliaca derecha que ha ido en aumento de forma progresiva. En analítica de urgencias se observa leucocitosis con desviación izquierda. Se realiza TC de abdomen urgente que muestra burbujas aéreas extraluminales compatibles con perforación intestinal (Figura 1) y líquido libre con engrosamiento parietal de asas de delgado que sugiere peritonitis. Se realiza laparotomía evidenciando perforación de íleon preterminal a 60 cm de la válvula ileocecal. Se revisa colon que presenta pared íntegra y sin signos de fuga. La evolución del paciente es favorable tras la cirugía.

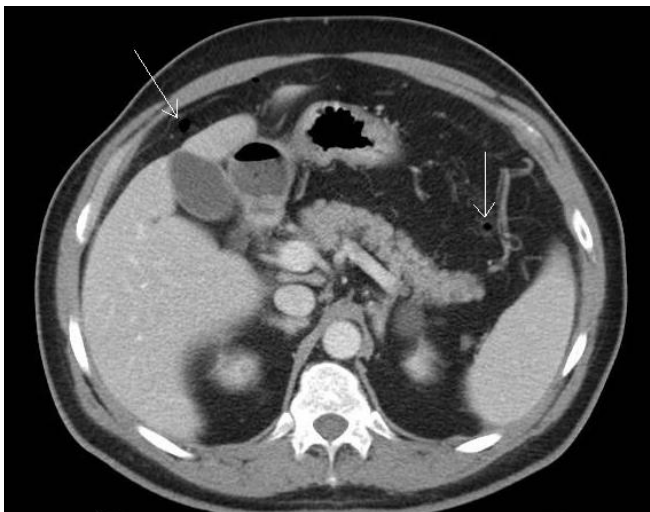


Figura 1 Burbujas aéreas extraluminales compatibles con perforación intestinal

Discusión

La perforación del íleon preterminal es una complicación extraña, que podría estar en relación al tiempo prolongado de la exploración y al uso de aire convencional. Es importante que los pacientes estén informados acerca de las posibles complicaciones y los síntomas de alarma tras una colonoscopia, y así acudir al servicio de urgencias para una atención precoz.

CP-031. RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO TRAS EL USO DE PRÓTESIS PUENTE A LA CIRUGÍA VS. CIRUGÍA URGENTE EN LA NEOPLASIA OBSTRUCTIVA DE COLON IZQUIERDO

LARA ROMERO, C¹; LAVIN CASTEJON, I¹;
 CAUNEDO ÁLVAREZ, Á²; HERGUETA DELGADO, P²;
 ANDRADE BELLIDO, R¹; ALCAÍN MARTÍNEZ, G¹

¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA ²DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El cáncer colorrectal debuta con obstrucción hasta en un 10-30% de los pacientes. Esta situación requiere una actuación urgente que clásicamente ha sido la cirugía. Las prótesis metálicas autoexpansibles permiten una descompresión colónica y la realización de una cirugía programada. La preocupación por los resultados oncológicos a largo plazo respecto a una u otra técnica sigue siendo tema de debate.

El objetivo de nuestro estudio es comparar los resultados oncológicos a largo plazo en pacientes con obstrucción maligna de colon izquierdo potencialmente curables que fueron tratados con prótesis puente a cirugía (PPC) y los que fueron tratados con cirugía urgente (CU).

Material y métodos

Se revisaron de forma retrospectiva los pacientes con obstrucción maligna de colon izquierdo y recto superior en el periodo comprendido entre enero de 2006 y mayo de 2012 en el Hospital Virgen de la Victoria (Málaga) y el Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

Se excluyeron a los pacientes con perforación al diagnóstico, neoplasias obstructivas de colon derecho o transversal y de recto medio o inferior, así como a los pacientes con enfermedad metastásica independientemente de la reseccabilidad de las metástasis. Se revisaron los registros médicos de al menos 5 años de seguimiento de todos los pacientes.

Tras aplicar criterios de exclusión, se incluyeron 71 pacientes en el grupo de prótesis puente a cirugía (PPC) y 66 en el grupo de Cirugía Urgente (CU).

Se compararon en primer lugar los grupos entre ambos hospitales, obteniendo una muestra homogénea para su análisis.

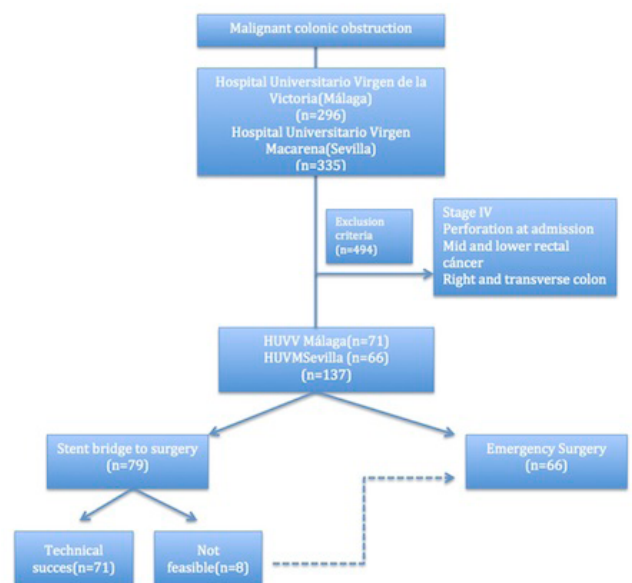


Figura 1 Diagrama de diseño del estudio

Resultados

Tras aplicar criterios de exclusión, se incluyeron 71 pacientes en el grupo de prótesis puente a cirugía (PPC) y 66 en el grupo de Cirugía Urgente (CU). Se compararon en primer lugar los grupos entre ambos hospitales, obteniendo una muestra homogénea para su análisis.

Los resultados perioperatorios se muestran en la **Tabla 1**. Los datos oncológicos se muestran en la **Tabla 2**.

La tasa de supervivencia libre de recurrencia (SLR) a 5 años era comparable entre ambos grupos (75,3% vs. 59,8%, $P=0,220$) (**Figura 2**). En el análisis por subgrupos ajustando por estadios de la AJCC observamos una mayor SLR a los 5 años en aquellos pacientes en estadio III a los que se le practicaba prótesis PPC (69,7% vs. 30%, $p=0,004$) (**Figura 3**). El análisis multivariante se muestra en la **Tabla 3**.

	Prótesis Puente (n=71)	Cirugía Urgente(n=66)	p
Primary anastomosis	59(83.1)	30(45.5)	<0,005
Stoma at discharge	12(16.9)	36(54,5)	<0,005
Median time(d) from admission to emergency procedure(p25-p75)	1(0-4)	0(0-4)	0,310
Median time(d) hospitalization(p25-p75)	20(11-27)	15(10-24)	0,140
Postsurgical complications rate	11(15.5)	19(28.8)	0,060
Postoperative complications type			0,688
Postoperative sepsis	7(63.6)	10(52.6)	
Anastomosis leak	3(27.3)	5(26.3)	
Paralytic ileus	1(9.1)	4(21.1)	
Reintervention rate	2(2.8)	9(13.8%)	0,018
In-hospital 30-days mortality	5(7,0)	5(7.6)	0,905

Tabla 1
Resultados perioperatorios.

	Prótesis Puente(n=71) n(%)	Cirugía Urgente(n=66) n(%)	P
Sex			0.110
Female	28(39.4)	36(54.5)	
Male	43(60.6)	30(45.5)	
Median age	69(61-77)	73.5(62.5-81)	0.077
ASA Score			0.630
I	14(19.7)	10(15.2)	
II	27(38.0)	22(33.3)	
III	28(39.4)	30(45.5)	
IV	2(2.8)	4(6.1)	
Median follow-up(months)	60(0.06-240)	34(0.03-123)	0.053
Tumour location			0.241
Left colon	23(32.4)	23(34.8)	
Sigmoid colon	32(45.1)	36(54.5)	
Rectosigmoid union	4(5.6)	3(4.5)	
Upper rectum	12(16.9)	4(6.1)	
Tumour median lenght(min;max)	5(2-10)	4(2-10)	0.005
pT-Stage			0.276
T1-2	8(11.3)	14(21.2)	
T3p	43(63.4)	36(54.5)	
T4p	18(25.4)	16(24.2)	
pN-Stage			0.660
N0	40(56.3)	36(54.5)	
N1	19(26.8)	15(22.7)	
N2	12(16.9)	15(22.7)	
Pathologic AJCC Stage			0.430
I	6(8.5)	10(15.2)	
II	34(47.9)	27(40.9)	
III	31(43.7)	29(43.9)	
QT rate	37(52,1)	32(48,5)	0.800
RT rate	11(15,5)	4(6,1)	0.135
Pathologic Diferenciation			0.011
Well	38(53,5)	32(48,5)	
Moderately	31(43,7)	22(33,3)	
Poorly	2(2,8)	12(18,2)	
Median CEA	3,2(2.12-6.16)	2,6(1.2-6.75)	0.293
Resected nodes	14(8-18)	10.5(7-17)	0.157
Methastasic nodes	0(0-2)	0(0-3)	0.486

Tabla 2
Resultados perioperatorios.

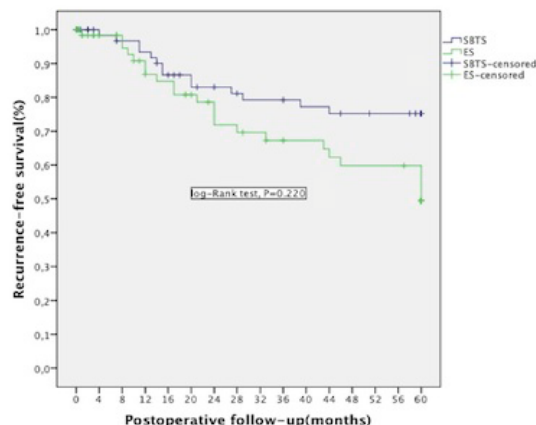


Figura 1
Curva Kaplan Meyer de la supervivencia libre de recurrencia en ambos grupos.

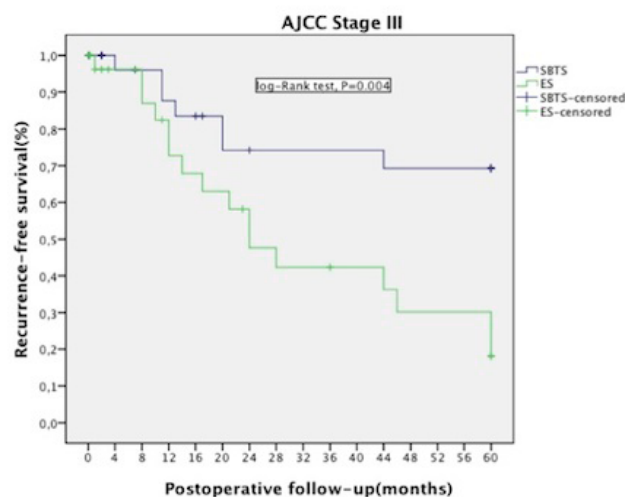


Figura 2
Curva Kaplan Meyer de supervivencia libre de recurrencia para el estadio III dela AJCC.

	HR	IC 95%	p
Prótesis Puente	1		
Cirugía Urgente	2,26	1,16-4,40	0,017
AJCC estadio I o II	1		
AJCC estadio III	2,18	1,07-4,44	0,032
Quimioterapia no	1		
Quimioterapia si	2,79	1,16-6,71	0,022

Tabla 3
Análisis multivariante según factores de riesgo para recurrencia.

Conclusiones

Nuestro estudio muestra mejores resultados quirúrgicos en grupo de PPC sin repercutir en la supervivencia a largo plazo. De hecho, los pacientes del grupo PPC con estadio patológico III AJCC mostraron mejores tasas de supervivencia libre de recurrencia que los del grupo de CU.

CP-032. REVISIÓN DEL MANEJO ENDOSCÓPICO DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS GÁSTRICOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS.

ROA COLOMO, A; MARTÍN-LAGOS MALDONADO, A; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; DÍAZ ALCÁZAR, MM; VIDAL VÍLCHEZ, B; GARCÍA MÁRQUEZ, J; MARTÍN RUIZ, JL; CERVILLA SÁEZ DE TEJADA, E

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

Los tumores neuroendocrinos (TNE) son neoplasias epiteliales con diferenciación neuroendocrina (producción de neuropéptidos, neuromoduladores o neurotransmisores). Es un grupo heterogéneo, ya que pueden surgir en diferentes localizaciones debido a que estas células se distribuyen en la etapa embrionaria por todo el organismo.

En este trabajo, se ha revisado el manejo de los TNE gástricos a partir de dos casos clínicos.

Caso clínico

Caso 1: mujer de 75 años remitida desde Hematología por anemia megaloblástica con anticuerpos anti células parietales y anti factor intrínseco positivos. En gastroscopia se observa en estómago antro y cuerpo eritematosos con punteado petequeal y pólipo sésil de 2 mm en cuerpo que se extirpa con pinza de biopsia. La anatomía patológica describe gastritis crónica con metaplasia intestinal y neoplasia neuroendocrina bien diferenciada: cromogranina A(+) y Ki-67 <1%. *Helicobacter pylori* negativo.

Caso 2: varón de 73 años con anemia megaloblástica con anticuerpos anti células parietales y anti factor intrínseco positivos. En la gastroscopia presenta la mucosa del fundus edematosa, con patrón reticular y friable a la toma de biopsias. Cuerpo y antro con mucosa eritematosa y punteado petequeal. En la anatomía patológica describen gastritis crónica con metaplasia intestinal. *Helicobacter pylori* negativo. Microcarcinoide (0,54 mm): cromogranina A(+), sinaptofisina (+), Ki-67 <1%.

Ambos pacientes se encuentran en seguimiento mediante controles endoscópicos periódicos.

Discusión

Los TNE tienen una incidencia de 5,25 casos por 100.000 habitantes. La prevalencia está aumentando, dado su lento crecimiento y elevada tasa de supervivencia. La mayoría son

tumores esporádicos, aunque también existen síndromes hereditarios como las neoplasias endocrinas múltiples (MEN). Los tumores neuroendocrinos gástricos (TNEG), anteriormente llamados carcinoides, se originan en las células enterocromafin-like (ECL) del cuerpo gástrico que producen la histamina que regula la secreción gástrica del ácido. Representan el 8,7% de todos los TNE del tracto gastrointestinal. Se asocian a enfermedades asociadas a hipergastrinemia e hiperplasia de células G como la gastritis crónica atrófica y la anemia perniciosa, por lo que en la mayoría de los casos, se diagnostican de forma incidental en una gastroscopia rutinaria, estando situados el 75,8% en el cuerpo y el 20,6% en el fundus gástrico. El análisis anatomopatológico resulta fundamental, siendo necesario realizar inmunohistoquímica con cromogranina A, sinaptofisina y determinación del índice de proliferación Ki-67 ya que si este último es inferior al 2% el pronóstico es excelente.

En las Figuras 1 y 2 se resume la actitud diagnóstico-terapéutica y el seguimiento que se debe realizar a los pacientes.

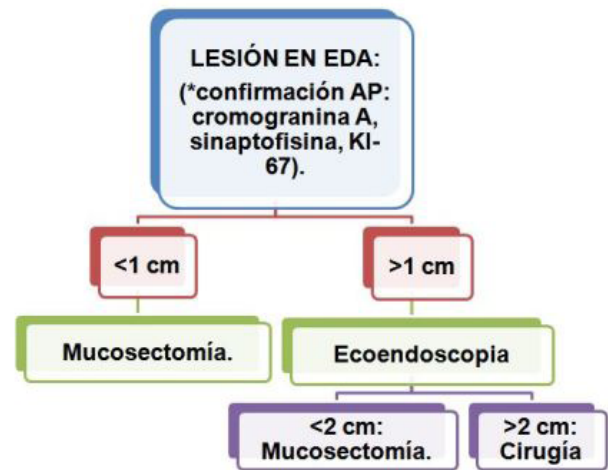


Figura 1

Actitud diagnóstico-terapéutica en el manejo de los TNEG.



Figura 2

Seguimiento de pacientes con TNEG.

CP-033. SARCOMA DE KAPOSI GASTRODUODENAL EN PACIENTE RECIENTEMENTE DIAGNOSTICADO DE INFECCIÓN VIH

SAN JUAN LÓPEZ, C; ANGUITA MONTES, F; GÁLVEZ MIRAS, A; HALLOUCH TOUTOUH, S; LÓPEZ GONZÁLEZ, J; LAZARO SÁEZ, M; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor de origen vascular asociado a pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) por su estado de inmunosupresión. Suele manifestarse en forma de pequeñas lesiones cutáneas violáceas, aunque puede afectar a mucosas, vísceras y al sistema linfático.

El SK gastrointestinal con frecuencia tiene un curso clínico silente, aunque puede ser causa de dolor abdominal, sangrado digestivo u obstrucción intestinal. De forma endoscópica puede presentarse como nódulos purpúricos, masas polipoides o máculas hemorrágicas.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 31 años, extranjero residiendo en España desde hace 20 años y diagnosticado recientemente de infección por VIH. Homosexual con múltiples parejas y consumidor de tóxicos por vía parenteral.

Ingresa para estudio de múltiples lesiones rojo violáceas papulosas e induradas en paladar duro, tronco y miembros inferiores, además de síndrome constitucional, llegando finalmente al diagnóstico de SK con afectación cutáneo-mucosa y ósea. Somos consultados para descartar afectación digestiva dado que el paciente presentaba anemia aguda, identificándose en la endoscopia lesiones eritematosas violáceas submucosas lineales localizadas tanto en esófago como a nivel gastroduodenal (Figuras 1 y 2). Se toman biopsias que confirman el diagnóstico de sospecha de SK con afectación cutáneo-mucosa, digestiva, ósea y ganglionar.

Se inició tratamiento quimioterápico sin presentar complicaciones hasta el momento actual.



Figura 1
Kaposi duodenal.



Figura 2
Kaposi gástrico

Discusión

El SK representa el 60% de los tumores que aparecen en pacientes VIH/SIDA. Habitualmente se manifiesta por lesiones mucocutáneas y por la afectación de los ganglios linfáticos, estando el aparato digestivo implicado en el 40% de los casos. Los hallazgos endoscópicos gastrointestinales son variados, desde lesiones ulceradas que simulan a úlceras pépticas hasta lesiones submucosas nodulares, vasculares de color púrpura. La afectación gastrointestinal supone un peor pronóstico. El tratamiento se basa fundamentalmente en combinar la terapia antirretroviral y la quimioterapia sistémica.

CP-034. SOBRECIP OTSC: A TENER EN CUENTA COMO PRIMERA OPCIÓN TERAPÉUTICA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA

SORIA LÓPEZ, E; SÁNCHEZ YAGÜE, A; PUYA GAMARRO, M; RIVERA IRIGOIN, R; GÓMEZ ESPEJO, SM; SÁNCHEZ CANTOS, AM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

El sobreclip OTSC (Over the scope clip-OVESCO, Germany) es un dispositivo de nitinol capaz de atrapar más tejido y con mayor estabilidad que los clips convencionales. Pese a que inicialmente se utilizó como rescate, poco a poco su uso está siendo creciente como tratamiento primario. El objetivo del estudio fue comparar las características de las lesiones y resultados de OTSC como tratamiento de rescate o primario en hemorragia digestiva alta (HDA).

Material y métodos

Estudio comparativo retrospectivo de pacientes con colocación de OTSC por HDA en nuestro hospital, considerando variables demográficas, indicación y hallazgos de endoscopia digestiva alta (EDA) y resultados.

Resultados

Hasta septiembre de 2018 hemos empleado 24 OTSC durante EDA urgente por HDA (Tabla1).

No hubo diferencias en cuanto a la localización de las úlceras. Solo se realizó tratamiento en casos de úlceras IIB o superiores, y las úlceras fueron descritas como extensas, profundas, fibróticas o con vaso de grueso calibre, lesiones en las que el tratamiento convencional tiene mayor riesgo de fallo.

Se trataron un número similar de lesiones con sangrado activo en cada grupo, consiguiéndose un control efectivo con el uso de sobreclip en 80% (4/5) como rescate y en 100% (7/7) como primario. El único fallo pudo deberse a un mal posicionamiento del sobreclip o interferencia de la terapéutica previa.

Se realizó EDA posterior en 7 pacientes, sin evidenciar signos de resangrado.

	OVESCO RESCATE (n=8)	OVESCO PRIMERA OPCION (n=16)
Edad	51.5 años	69.3 años
Sexo (H/M)	7/1	11/5
Antiagregados	12.5%	25%
Anticoagulados	0%	6.3%
Transfusión previa EDA	87.5%	87.5%
Localización úlcera	<ul style="list-style-type: none"> · 4 bulbo duodenal · 1 segunda porción duodenal · 2 gástrica · 1 boca anastomótica 	<ul style="list-style-type: none"> · 10 bulbo duodenal · 4 gástrica · 2 boca anastomótica
Forrest	3 IA 2 IB 2 IIA 1 IIB	4 IA 3 IB 8 IIA 1 IIB
Éxito técnico	75% (6/8) > 1 precisó cirugía para control > 1 precisó añadir otro tipo de clip	100% (16/16)

Tabla 1

Conclusiones

La utilización de sobreclip es muy efectiva en el tratamiento primario del sangrado digestivo no varicoso. Debería plantearse el uso primario de sobreclips en lesiones con sangrado activo o vaso visible dado el riesgo de recidiva hemorrágica tras tratamiento convencional en este tipo de lesiones.

CP-035. TERAPIA INCISIONAL ENDOSCÓPICA EN ESTENOSIS BENIGNA: EFICACIA, SEGURIDAD Y RECURRENCIA

MARQUÉS RUIZ, A; ROMERO GARCÍA, T; CÁMARA BAENA, S; LARRAONA MORENO, JL; RODRÍGUEZ ALONSO, C; ORTIZ MOYANO, C; GUERRERO JIMÉNEZ, P; GRANDE SANTAMARÍA, L; MARTÍN GUERRERO, J

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

Introducción

La estenosis de la anastomosis colónica es la complicación más frecuente en las intervenciones de cáncer colorrectal (CCR). Por otra parte se estima que gran porcentaje de pacientes con enfermedad por reflujo presentarán estenosis esofágica péptica. Tradicionalmente en estenosis benignas se ha establecido de elección la dilatación endoscópica, si bien esta técnica tiene sus limitaciones en muchas ocasiones porque la estenosis no es accesible, se requiere de múltiples sesiones y la recurrencia es elevada. La incisión endoscópica con electrocoagulación, conocida como terapia incisional, parece ser una alternativa segura y eficaz, que se basa en la realización de pequeñas incisiones radiales controladas sobre la mucosa rígida. El objetivo es evaluar la eficacia, seguridad y recurrencia a medio-largo plazo de la terapia incisional en la estenosis benigna de colon y esófago.

Material y métodos

Se incluye de manera retrospectiva todas las exploraciones endoscópicas con estenosis benigna que realizan terapia incisional desde diciembre 2017 hasta septiembre 2018. La incisión se llevará a cabo con bisturí IT-knife, completándose la técnica con posterior dilatación con balón de CRE. Se evaluará la eficacia del procedimiento, considerándose este el paso del endoscopio a través de la estenosis, así como complicaciones posibles (perforación, hemorragia o infección) y recurrencia posterior.

Resultados

Se recogen 15 exploraciones (12 colonoscopias, 3 gastroscopias) de un total de 11 pacientes. La edad media es de 66.6 años (62-79 años) y el 54% son hombres. La causa de la estenosis fueron: 7/11 estenosis de la anastomosis de intervención de CCR, 1/11 estenosis de la anastomosis de intervención de diverticulitis, 1/11 estenosis de la anastomosis de cáncer esofágico y 2/11 estenosis por esofagitis péptica. De los 7 pacientes intervenidos de CCR, 4 presentaron en el postoperatorio dehiscencia de la anastomosis. 4/11 pacientes habían presentado sesiones previas de dilatación endoscópica y en 7/11 esto no fue técnicamente posible por estenosis puntiforme inabarcable.

En cuanto al análisis de los procedimientos, hubo un 100% de efectividad, realizándose en todos los casos posterior dilatación con balón de CRE con diámetro promedio de 15,6 mm (12-18 mm). No se recogen complicaciones. El seguimiento fue de 146,6 días (269-23 días), objetivándose recurrencia en el 33% de los casos (5/15).

CAUSAS DE ESTENOSIS BENIGNA DEL TRACTO DIGESTIVO

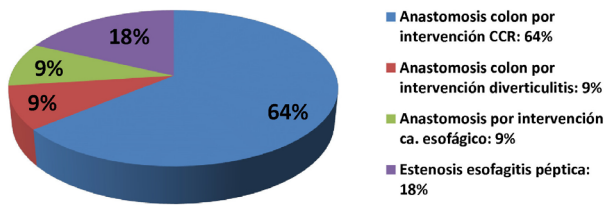


Figura 1
Causas de estenosis benigna del tracto digestivo

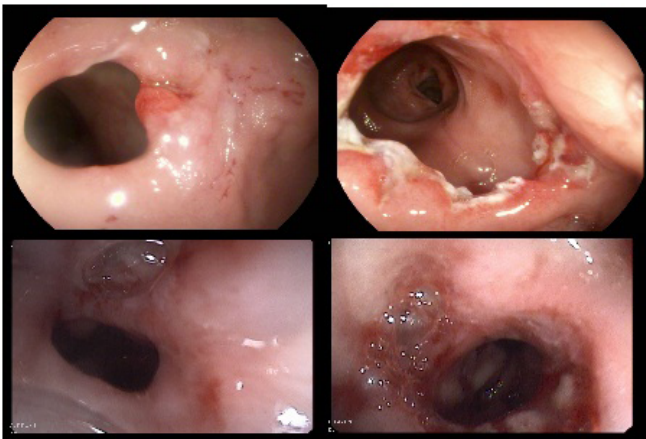


Figura 2
Imagen de endoscopia de terapia incisional. Arriba estenosis de anastomosis colónica antes y después de la terapia. Abajo estenosis de anastomosis de esófago antes y después.

Conclusiones

La terapia incisional parece ser una técnica segura y eficaz en estenosis benigna del tracto gastrointestinal. Se deberá realizar estudios comparativos para evaluar mejor su recurrencia.

CP-036. TRATAMIENTO DE VARICES ECTÓPICAS, UN DESAFÍO EN GASTROENTEROLOGÍA

FERNÁNDEZ-CANO, MC; ABELLÁN-ALFOCEA, P; HEREDIA-CARRASCO, C; FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, E; HERRADOR-PAREDES, M

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

Introducción

Comúnmente suelen presentarse casos de hemorragia digestiva en pacientes hepatópatas con hipertensión portal, cuyo origen son principalmente varices en territorio esofagogástrico. Sin embargo, existen otras localizaciones no habituales que conviene tener

presentes. En la mayoría de casos se diagnostican a raíz de un episodio de sangrado. Son las llamadas varices ectópicas, entre las que se encuentran las rectales, periestomales y duodenales.

Caso clínico

Varón de 65 años con hepatopatía crónica por VHB no tratado y tumor neuroendocrino en intestino delgado intervenido en 2010, con metástasis hepáticas. Recibió tratamiento con quimioterapia y quimioembolización de ambos lóbulos hepáticos. Actualmente en ausencia de progresión, en tratamiento con octeótride. Acude a Urgencias por deposiciones melénicas y epigastralgia con presíncope. Refiere episodios similares autolimitados en los últimos dos meses. Analíticamente destaca anemia, uremia elevada y coagulopatía (INR 1,58). La endoscopia urgente describe áreas con patrón en empedrado sugestivo de gastropatía hipertensiva y dos cordones varicosos en duodeno, sin sangrado activo, con mínimos restos hemáticos (Figuras 1 y 2). El paciente es hospitalizado con empeoramiento de coagulopatía en los días sucesivos, sin exteriorización de sangrado. A los cuatro días se realiza gastroscopia de control sin apreciar sangrado activo y se procede a ligadura profiláctica con bandas. Al tercer día el paciente presenta rectorragia con repercusión hematimétrica y hemodinámica que finalmente conduce a su fallecimiento.



Figura 1
Varices duodenales.



Figura 2
Puntos rojos en superficie.

Discusión

Las varices duodenales son inusuales y suelen coexistir con varices esofagogástricas o aparecer en pacientes ya tratados. De hecho, el tratamiento de varices esofágicas puede predisponer a su presencia en duodeno, por reorganización en el drenaje del flujo portal. El caso presente es doblemente excepcional dada la infrecuencia de varices en duodeno y más aún en tal localización en solitario.

Suponen un reto, dada la ausencia de tratamiento estandarizado. En nuestro caso, realizamos abordaje endoscópico mediante ligadura con bandas. Sin embargo algunos autores han cuestionado su uso, por asociarlo a resangrado. Otra alternativa es la hemostasia endoscópica mediante inyección de cianoacrilato, que ha demostrado eficacia, aunque se han descrito casos de recidiva o fenómenos tromboembólicos. La USE sería útil para inyección dirigida y confirmación de la obliteración varicosa.

En casos recurrentes, se recomienda TIPS. Por otro lado, la obliteración transvenosa retrógrada ocluida por globo (BRTO) es una técnica de radiología intervencionista con buenos efectos. Los pacientes tratados con BRTO tienen control del sangrado a largo plazo, pese a que puede empeorar la HTP. La combinación de BRTO y TIPS podría mejorar los resultados.

CP-037. TRICOBEOZAR GÁSTRICO

DE VICENTE ORTEGA, A¹; ROMERO MORENO, S¹; AYUSO CARRASCO, CAB¹; TERCERO LOZANO, M¹; MARTÍNEZ GARCÍA, R¹; DEL CASTILLO CODES, MI¹; CASTILLO MOLINA, L¹; JIMÉNEZ ROSALES, R²; OJEDA HINOJOSA, M¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

El bezoar consiste en la acumulación de contenido ingerido, normalmente inorgánico y que, por lo tanto, no se digiere. Los bezoares gástricos son raros. Suelen ser causa de síntomas inespecíficos con exploración anodina, pudiendo detectarse masa o halitosis. La mayoría de ellos se diagnostican como incidentalomas. Hay muchos tipos de bezoares, según el contenido.

Caso clínico

Mujer de 18 años con antecedentes personales de alopecia areata. Acude a su centro de salud por epigastralgia y náuseas sin vómitos de dos semanas de evolución. Presenta buen estado general con buena tolerancia oral y apetito conservado. A la exploración, presenta abdomen blando, depresible con masa epigástrica no dolorosa a la palpación.

Tras realizar ecografía abdominal, que catalogan de masa heterogénea (de aspecto quístico, avascular de aproximadamente 10x10 cm), se le deriva a Urgencias Hospitalarias. En Urgencias se repite la ecografía observando a nivel de epigastrio una imagen arciforme hiperecogénica. A continuación, se le realiza TC abdominal

sin contraste donde observan estómago distendido y a nivel de luz gástrica una imagen de masa de unos 12x5 cm de ecoestructura no homogénea con burbujas aéreas que podría corresponder a bezoar (Figura 1).

Tras interrogar en repetidas ocasiones a la paciente se consigue obtener la información de que en situaciones de estrés se arranca el pelo y lo ingiere. Se realiza gastroscopia donde se observa en cavidad gástrica gran tricobezoar que se extiende desde fundus hasta antro. También se evidencian úlceras fibrinadas, una sobre la curvatura mayor de aproximadamente 0,5 cm y, otra, en incisura de aproximadamente 0,7 cm debido al decúbito del contenido (Figura 2 y 3).

Tras repetidos intentos de fragmentación y extracción del contenido no se consigue más que la extracción de pequeños fragmentos, por lo que se comenta con Cirugía General que procede a valorar intervención. También se consulta con psiquiatría que indica acudir a consultas.

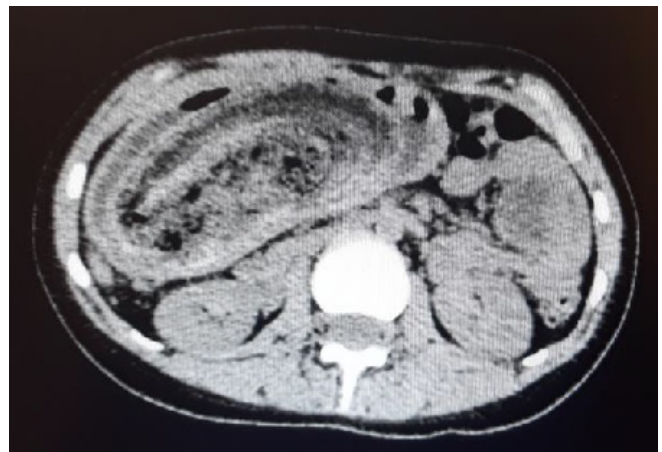


Figura 1

Imagen de Tricobezoar en cámara gástrica por estudio de TC.



Figura 2

Tricobezoar y úlceras gástricas en visión de endoscopia.



Figura 3
Tricobezoar en visión endoscópica.

Discusión

Los tricobezoares son típicos de mujeres de aproximadamente 20 años, asociados a enfermedades psiquiátricas; siendo típicos en personas con tricotilomanía y tricofagia. En este caso, la tricotilomanía puede ser la explicación a la alopecia que presenta la paciente.

Actualmente, el tratamiento óptimo es controvertido por la falta de estudios. Al inicio, se intenta la disolución química pudiendo usar metoclopramida como adyuvante. Cuando esto no es suficiente, o en el caso de tricobezoares que son resistentes a la disolución química, se intenta la extracción por endoscopia. La cirugía se reserva como última opción.

CP-038. TUBERCULOSIS ABDOMINAL: UN RETO DIAGNÓSTICO

MORENO MORALEDA, I; LÁZARO SÁEZ, M; HALLOUCH TOUTOUH, S; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; JORDAN MADRID, T; DELGADO MAROTO, A; BARRIENTOS DELGADO, A; VEGA SÁENZ, JL

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La tuberculosis es una enfermedad multisistémica incluida dentro de las afecciones granulomatosas. La forma gastrointestinal es muy poco frecuente en nuestro medio, aunque se ha observado un incremento de su incidencia en los países occidentales debido al VIH, la inmigración y el uso de inmunosupresores.

Caso clínico

Varón de 24 años, natural de Almería, que ingresa para completar estudio de cuadro constitucional consistente en pérdida de 12 Kg

de peso en los últimos tres meses, en contexto de odinofagia y disfagia progresiva. En las pruebas endoscópicas se objetiva una granulomatosis de epiglotis y una ileítis terminal con mucosa de aspecto nodular en íleon y colon derecho.

Los resultados anatomopatológicos muestran una inflamación crónica linfoplasmocitaria con cambios granulomatosos. En un primer momento, el estudio microbiológico mediante Mantoux y baciloscopia resulta negativo, por lo que se plantea como primera posibilidad una enfermedad inflamatoria intestinal. Sin embargo, en la exploración se objetivan múltiples adenopatías laterocervicales, solicitándose un TC toracoabdominal en el que se evidencia una extensa afectación adenopática, un infiltrado micronodular en árbol en brote en ambos pulmones y un extenso engrosamiento de la pared de colon derecho, obligando a realizar un diagnóstico diferencial entre un proceso oncohematológico y una infección tuberculosa. Finalmente, la amplificación de las secuencias de ADN de micobacterianas por PCR resulta positiva para BAAR.

Se solicita serología completa y un estudio de subpoblaciones linfocitarias, constatándose una linfopenia selectiva de linfocitos CD4, con resultado negativo en serologías seriadas para VIH, diagnosticándose finalmente una linfopenia idiopática.

Tras el proceso diagnóstico, se inicia tratamiento antituberculoso, ingresando el paciente dos meses después por perforación ileal, a pesar de detectarse en las macrobiopsias granulomas epitelioides en fase de involución o de respuesta parcial al tratamiento.



Figura 1
TC de tórax: infiltrado micronodular en "árbol en brote".



Figura 2
Engrosamiento pared de colon derecho, región apendicular e íleon distal y numerosas adenopatías mesentéricas



Figura 3
Colonoscopia: úlceras mucosas circunferenciales en colon derecho.

Discusión

Conocida como *"la gran simuladora"*, la tuberculosis gastrointestinal constituye un reto diagnóstico en nuestro medio, por su baja prevalencia y por su semejanza con otras enfermedades granulomatosas, entre las que destaca la enfermedad de Crohn.

La localización más frecuente es la región ileocecal, afectándose en el 75% de los casos. La sintomatología es inespecífica, por tanto, el diagnóstico en países donde la tuberculosis no es endémica implica un alto índice de sospecha (población inmigrante, individuos inmunodeprimidos).

La prueba con mayor precisión diagnóstica para detección de BAAR es la PCR. La mayoría de las lesiones del colon se resuelven tras iniciar el tratamiento antituberculoso, sin embargo, siempre hay que estar alerta ante cualquier tipo de complicación en pacientes con enfermedad tuberculosa.

COMUNICACIONES PÓSTER ÁREA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

CP-039. ASOCIACIÓN DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y LINFOMA INTESTINAL

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; ROMERO CARA, P; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

En la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) la inflamación crónica de la mucosa del colon se ha relacionado con mayor riesgo de desarrollar neoplasia, pero este riesgo también se debería a las manifestaciones extraintestinales y al uso de tratamiento inmunosupresor.

Entre los tumores malignos gastrointestinales implicados encontramos el cáncer colorrectal (adenocarcinoma) y el colangiocarcinoma, sobre todo si asocia colangitis esclerosante primaria que se relaciona en el 90% de los casos con la CU y rara vez con la enfermedad de Crohn. También se vincula a neoplasias extraintestinales como tumores hematológicos o cáncer de piel.

Caso clínico

Mujer de 48 años, trasplantada hepática en 2007 por colangitis esclerosante primaria en tratamiento con tacrolimus y diagnosticada en 2009 de enfermedad de Crohn ileocólica en remisión clínica con mesalazina.

En 2017 comienza con dolor abdominal asociado a diarrea y pérdida ponderal de 3 Kg, sin fiebre y con reactantes de fase aguda normales en las analíticas. Inicialmente se planteó que pudiese estar en relación con su enfermedad de Crohn, no presentando respuesta al tratamiento médico.

Se solicitó enterorMN (**Figura 1**) y TC abdomen (**Figura 2**) observando inflamación de íleon terminal y ciego con líquido libre y zona hipodensa de 5x4 cm sin colección. Se realizó cribado de tuberculosis siendo negativo y colonoscopia con afectación inflamatoria desde ángulo hepático, y a nivel de ciego área deformada con presencia de nodulaciones y úlceras profundas. El estudio histopatológico fue compatible con infiltración por linfoma B, que se confirmó con biopsia guiada por TC.

Con todo esto, se derivó a Hematología y se inició tratamiento con rituximab.



Figura 1
Entero-RMN donde se evidencia lesión de 5x4 cm a nivel de íleon terminal y ciego.



Figura 2
TC abdomen con contraste con imagen hipodensa de aproximadamente 5x4 cm, sin clara colección, junto con inflamación de ciego e íleon terminal.

Discusión

En los pacientes con EII es difícil sospechar la existencia de un linfoma, ya que los síntomas pueden confundirse con los propios de la actividad inflamatoria, manifestándose como dolor abdominal, diarrea y pérdida de peso, y localizándose sobre todo a nivel de íleon terminal y rectosigmo.

El riesgo de desarrollar una enfermedad linfoproliferativa en la EII aumenta hasta 5 veces con el uso de azatioprina y mercaptopurina. En el caso de nuestro paciente no había recibido dichos fármacos pero sí tenía como antecedente un trasplante hepático en tratamiento inmunosupresor que también podría aumentar el riesgo.

Por todo esto, es necesario un alto índice de sospecha para que, ante la presencia de síntomas que inicialmente pueden parecer

relacionados con la propia enfermedad, pero que la evolución no sea la esperada con el tratamiento, se tenga en cuenta la posibilidad de una neoplasia linfoproliferativa asociada.

CP-040. COLITIS CROHN-LIKE COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE GLUCOGENOSIS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

ANGULO MCGRATH, I; RICO CANO, A; MARTÍNEZ BURGOS, M; FLORES MORENO, H; BERLANGA CAÑETE, S; PALOMINO LUQUE, P; BRAVO ARANDA, AM; OCAÑA LEDESMA, A; JIMÉNEZ PÉREZ, M

DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La glucogenosis tipo I (GSD-I) es una enfermedad con una incidencia del 1 por 100.000 habitantes (representado la tipo Ib el 20%). Pacientes con GSD-I tienen un amplio espectro de manifestaciones clínicas, siendo la enfermedad inflamatoria intestinal una de ellas.

Caso clínico

Varón de 29 años, trasplantado hepático en 2002 por glucogenosis Ib y antecedente de cuadro suboclusivo secundario a úlcera crónica estenosante de colon en relación con su patología basal.

Acude por vómitos, dolor abdominal, disminución del tránsito a gases y ausencia a heces, con distensión apreciable en radiografía de abdomen realizada (**Figura 1**). Análisis: Hb 10,5, plaquetas 719000, TP 70%, PCR 124.

Se realiza TC abdominal (**Figuras 2-5**) donde se observa dilatación de asas de intestino delgado, colon ascendente y transverso proximal, que presenta cambio de calibre coincidiendo con segmento estenótico ya descrito previamente, punto donde se observa imagen intraluminal de densidad calcio que podría estar en relación con cuerpo extraño.

Se decide entonces realizar colonoscopia, donde se aprecia fruncimiento de pliegues a 30 cm del margen anal que impide progresar a tramos proximales, atribuyéndose a estenosis por glucogenosis.

Dados los resultados de pruebas complementarias anteriores con clínica obstructiva se decide cirugía urgente, objetivándose pieza dentaria en lugar determinado en TC. Se realiza hemicolectomía derecha por hallazgos intraoperatorios compatibles con colitis Crohn-like complicada.

AP de pieza quirúrgica: enfermedad inflamatoria intestinal sugestiva de Crohn en fase quiescente, ileítis terminal con pólipos inflamatorios, absceso en pared y linfadenitis reactiva, sin evidencia de cambios citopáticos.



Figura 1
Radiografía de abdomen.

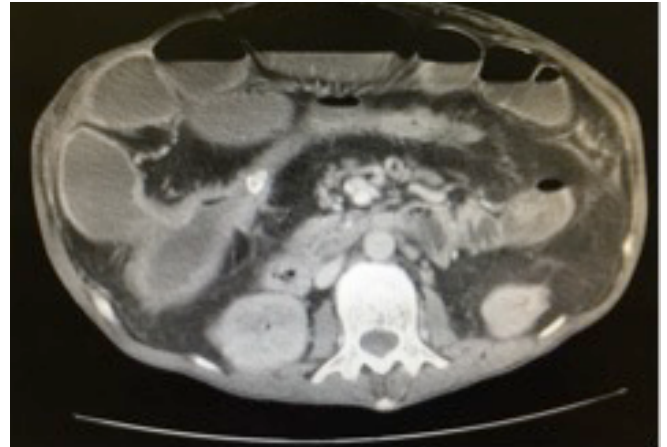


Figura 4
TC 3. Cuerpo extraño.

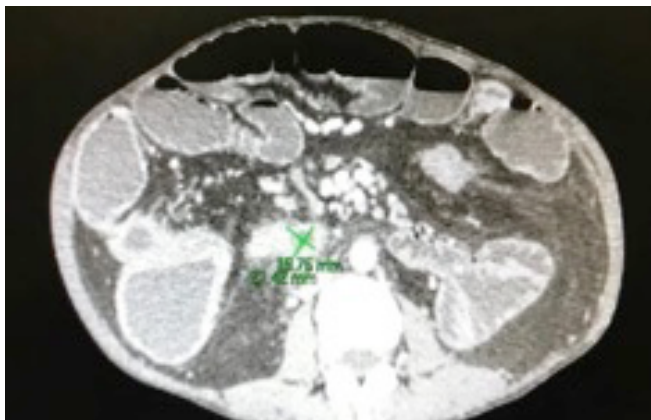


Figura 2
TC 1. Segmento estenótico.

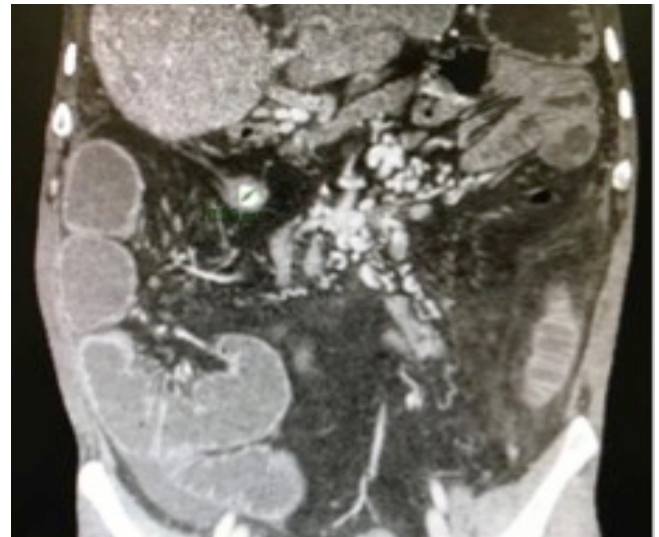


Figura 5
TC 4. Cuerpo extraño.

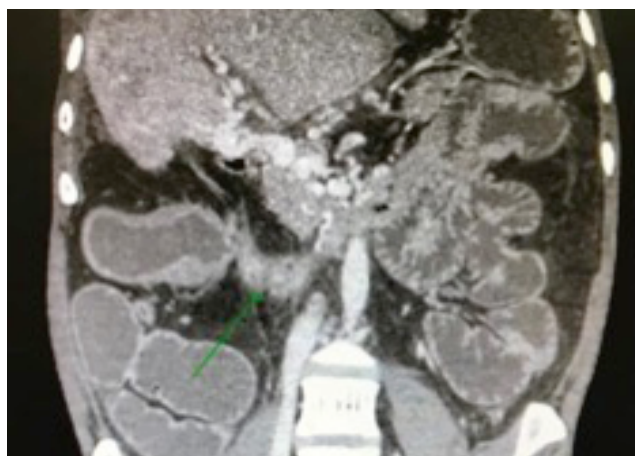


Figura 3
TC 2. Segmento estenótico.

Discusión

La manifestación de la glucogenosis como enfermedad inflamatoria intestinal-like es algo infrecuente que ha sido descrito en un número contado de casos. En ocasiones se puede manifestar como cuadro clínico de obstrucción intestinal, habiendo sido descrita la estenosis cicatricial remanente como secuela.

Por tanto, a pesar de la importancia de descartar las complicaciones derivadas de la enfermedad de base de nuestro paciente (estenosis por afectación Crohn-like), también debemos excluir otras posibles etiologías independientes a dicha enfermedad, como son la presencia de cuerpos extraños en la patología obstructiva.

CP-041. DEBUT DE COLITIS ULCEROSA EN CONTEXTO DE TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB: ¿LOS ANTI-IL-17A PUEDEN SER UN FACTOR DESENCADENANTE PARA LA APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

RODRÍGUEZ MONCADA, R¹; VÁZQUEZ MORÓN, JM¹; PALLARÉS MANRIQUE, H¹; GÓMEZ DELGADO, E¹; TALAVERA FABUEL, A²; BEJARANO GARCÍA, A¹

¹UGC INTERCENTROS APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ²UGC INTERCENTROS APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA

Introducción

Secukinumab es un anticuerpo monoclonal que actúa de forma específica sobre la interleuquina 17A (IL-17A), indicado en el tratamiento de la psoriasis en placas, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante. Aunque se trata de una citoquina proinflamatoria aumentada a nivel de la mucosa intestinal de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y está implicada en la liberación de quimioquinas y mediadores del daño tisular, resulta paradójico que el bloqueo de la vía de la IL-17 con secukinumab no se asocie a una mejoría de la inflamación intestinal, e incluso parece empeorar la actividad de la enfermedad. Esto es debido a que, además, la IL-17 parece ejercer un papel protector frente a la inflamación, ya que entre sus funciones se encuentra la de inhibir la respuesta Th1, además de ayudar a mantener la integridad de la barrera epitelial del enterocito y la homeostasis intestinal, al inhibir respuestas inflamatorias aberrantes frente a antígenos extraños y/o autoantígenos. Por ello, debe utilizarse con precaución en pacientes con EII, ya que puede precipitar la aparición de un brote, aunque hasta ahora no se había identificado como factor precipitante de una EII no presente previamente. Comentamos un caso observado en nuestra unidad.

Caso clínico

Se trata de un varón de 42 años con artritis psoriásica que inicia secukinumab por falta de respuesta al tratamiento con metotrexato. No presentaba otros antecedentes de interés, salvo madre diagnosticada de colitis ulcerosa. Aproximadamente a las tres semanas de iniciar el tratamiento comienza con deposiciones diarreicas y rectorragia, por lo que se realiza colonoscopia objetivando desde el margen anal hasta ángulo esplénico la presencia de cambios inflamatorios en la mucosa, con histología compatible con colitis ulcerosa. Esto motivó la suspensión de secukinumab, iniciando tratamiento con corticoides y golimumab.

Discusión

Recientemente se han reportado varios casos, similares al nuestro, de debut de EII en pacientes con trastornos dermatológicos o reumatológicos en tratamiento con secukinumab durante las semanas posteriores a su inicio, que se resumen en la **Tabla 1**. Esto nos lleva a considerar la posibilidad de que este fármaco, además de ser un posible precipitante de un brote de actividad,

pueda desencadenar casos de enfermedad latente en pacientes genéticamente predispuestos (en nuestro caso, antecedente familiar), lo cual llevaría a plantear la utilización de otras opciones terapéuticas más seguras para el tratamiento de estas entidades.

Referencia	Sexo	Edad	Enfermedad subyacente	EII	Dosis de Secukinumab*	Tiempo de aparición desde la primera dosis
Fobelo Lozano MJ, et al. 2018.	Mujer	19 años	Psoriasis en placas	Enfermedad de Crohn	300 mg/semana (inducción) 300 mg/mes (mantenimiento)	7-8 semanas
Fobelo Lozano MJ, et al. 2018.	Varón	60 años	Espondilitis anquilosante	Colitis ulcerosa	150 mg/semana (inducción) 150 mg/mes (mantenimiento)	2-3 semanas
Ehrlich D, et al. 2018.	Varón	42 años	Espondilitis anquilosante	Colitis ulcerosa	No especificado	6-7 semanas
Wang J, et al. 2018.	Mujer	41 años	Psoriasis en placas	Colitis indeterminada	No especificado	1-2 semanas
**	Varón	42 años	Artritis psoriásica	Colitis ulcerosa	150 mg/semana (inducción) 150 mg/mes (mantenimiento)	3-4 semanas

*La inducción se realiza mediante la administración de la dosis correspondiente en función de la patología en la semana 0, 1, 2, 3 y 4 y, luego mensualmente, durante la fase de mantenimiento. **Se trata del caso que se expone en el presente artículo.

Tabla 1

Casos descritos hasta la fecha de debut de EII en pacientes con trastornos reumatológicos en tratamiento con Secukinumab tras su comercialización.

CP-042. EXACERBACIÓN DE COLITIS ULCEROSA TRAS ADALIMUMAB: EFECTO PARADÓJICO NO ESPERADO

DELGADO MAROTO, A¹; DIÉGUEZ CASTILLO, C²; ÍÑIGO CHAVES, A³; MARTÍNEZ TIRADO, MP³

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA ³UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

El acné conglobata es una variante inflamatoria severa y crónica de acné. Se caracteriza por comedones, nódulos císticos, abscesos y sinus. Esto puede ocasionar cicatrices significativas y afectación de la calidad de vida. Puede ser tratado con antibióticos, retinoides, corticoides y otros agentes inmunomoduladores, aunque hay casos en los que es resistente a estos tratamientos. En los últimos años se ha demostrado que los anti-TNF pueden ser efectivos para el acné recalcitrante asociado a desórdenes inflamatorios sistémicos.

Caso clínico

Paciente de 25 años con antecedentes de acné y dermatitis seborreica en seguimiento por Dermatología, y colitis ulcerosa de 3 años de evolución. En tratamiento actual con mesalazina y azatioprina.

Acude a consulta derivado de Dermatología para valoración de tratamiento con adalimumab por presentar acné conglobata

resistente al tratamiento convencional. Se encuentra asintomático desde el punto de vista digestivo. Tras estudio pertinente, se inicia tratamiento con adalimumab 80 mg, seguido de 40 mg cada dos semanas. Dos meses más tarde consulta por nuevo brote de la enfermedad, con un índice moderado de Truelove-Witts. El paciente refiere inicio del brote tres días después de la primera dosis de adalimumab, con empeoramiento tras cada nueva administración (tres dosis). Si presenta mejoría de su acné. Se decide suspender adalimumab y se inicia ciclo de corticoides, presentando franca mejoría clínica. Tras suspensión de corticoides presenta nuevo brote, por lo que solicitamos colonoscopia. Se explora hasta 20 cm de margen anal objetivándose intensa afectación mucosa, con úlceras y restos de fibrina. La anatomía patológica informa de colitis ulcerosa en actividad, descartándose sobreinfección por CMV. El paciente es diagnosticado de brote moderado índice de Mayo 9 y se inicia tratamiento con infliximab, presentando franca mejoría. Actualmente se encuentra asintomático.

Discusión

En el tratamiento con fármacos anti-TNF se han descrito efectos paradójicos, es decir, exacerbación de una condición (enfermedad o síntoma) que generalmente mejora con anti-TNFs. Entre ellas destaca la psoriasis, uveítis, sarcoidosis, vasculitis y enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El mecanismo es desconocido, pero puede deberse a un desbalance de las citoquinas a favor de INFs, quimioquinas e IL-17.

En el caso de la EII, es más frecuente el desarrollo de novo o exacerbación de enfermedad de Crohn. Se ha descrito sobretodo con etanercept, aunque también con infliximab y adalimumab. Los síntomas generalmente mejoran con la interrupción del tratamiento aunque a veces es preciso el cambio a otro anti-TNF.

CP-043. EXPERIENCIA CLÍNICA CON VEDOLIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN NUESTRO CENTRO

ABELLÁN ALFOCEA, P; ORTEGA SUAZO, EJ; MARTÍN RODRÍGUEZ, MM; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, E; SÁNCHEZ CAPILLA, D; CABELLO TAPIA, MJ; REDONDO CERREZO, E

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

Introducción

Vedolizumab es un anticuerpo monoclonal que se une a la integrina $\alpha 4\beta 7$, una integrina selectiva del intestino que ejerce propiedades antiinflamatorias. Resultó ser efectivo y seguro para los pacientes que sufren de enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) de moderada a severa, que han tenido una respuesta inadecuada, pérdida de respuesta, intolerancia o contraindicación a un anti-TNF, inmunomodulador o corticoides o dependencia de estos.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo que revisa la experiencia clínica con vedolizumab en pacientes con CU y EC en nuestro centro. Se analizaron datos demográficos como la edad y sexo así como distribución de la enfermedad, tiempo de evolución, tratamientos previos y concomitantes, indicación y reacciones adversas. Evaluamos la eficacia farmacológica a la semana 14, en términos de remisión clínica (Índice de Harvey-Bradshaw (HB) e índice parcial de Mayo) y de laboratorio (Reducción de la PCR). La no respuesta se definió como la no mejoría clínica, o necesidad de mantenimiento de corticoides sistémicos. Dosis: 300 mg iv semana 0, 2 y 6, dosis de mantenimiento cada 8 semanas, y revisión en la semana 14.

Resultados

N=16, 56,3% mujeres, 43,8% hombres, 50% CU, 50% EC. El tiempo medio de evolución hasta la administración del fármaco fue de 124 meses. En el 50% la indicación fue por efectos secundarios o contraindicaciones a anti-TNF, y un 31,3% por pérdida de respuesta a estos. Previamente un 50,1% se habían tratado con 1 solo biológico, un 31,3% con 2 y solo 1 caso con 3. El 50% obtuvieron una mejoría clínica a la semana 14 y un 12,5% la remisión. Solo el 43,7% presentó una reducción de la PCR y un 37,5% respuesta clínica y de laboratorio. El 56,4% recibieron tratamiento concomitante con corticoides. Un 31,2% presentaron reacciones adversas, las más frecuentes cutáneas y postransfusionales.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICA Y DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES		
Sexo	Mujeres: 9 (56,3%)	Hombres: 7 (43,8%)
Edad (media:±DS)	46,8 años±.	
Colitis Ulcerosa y localización	E2 (colitis izquierda): 4 (50%) E3 (pancolitis): 4 (50%)	
Enfermedad de Crohn (Clasificación de Montreal)	L1: 3 (18,8%) L2: 1 (6,3%) L3: 4 (25%) A2: 5 (31,3%) A3: 3 (18,8%) B1: 1 (6,3%) B2: 2 (12,5%) B3: 1 (6,3%) B1+P: 1 (6,3%) B2+P: 1 (6,3%) B3+P: 2 (12,5%)	
Tiempo de evolución de la enfermedad en meses (media:±DS)	124±79,76	
Corticoddependencia	13 (81,3%)	
Corticorefractariedad	3 (18,8%)	
Tratamientos previos	1 Anti TNF: 8 (50%) 2 Anti TNF: 5 (31,3%) 3 Anti TNF: 1 (6,3%) Solo inmunosupresores: 1 (6,3%)	
Tratamientos concomitantes	Corticoides: 9 (56,4%) Tiopurinas: 2 (12,5%) Aferesis: 1 (6,3%) Ninguno: 4 (25%)	
Indicación de Vedolizumab	No respondedor primario: 3 (18,8%) Pérdida de respuesta: 5 (31,3%) Efecto adverso o contraindicación a anti TNF: 8 (50%)	
Reacciones adversas al fármaco	Cutáneas: 2 (12,5%); reacciones de infusión: 2 (12,5%); cefalea: 1 (6,3%); Ninguno: 11 (68,8%)	

Tabla 1

Características demográficas y clínicas de los pacientes tratados con vedolizumab.

EVALUACIÓN SEMANA 14 EC N=8	Indice de Harvey-Bradshaws	Reducción de PCR	Respuesta Clínica
Remisión	4: 2 (25%)	4 (50%)	4 (50%)
No respuesta	4 (50%)		
Disminución en la puntuación del Índice de Harvey-Bradshaw (media)	2,38		

Tabla 2
Respuesta a tratamiento en pacientes con EC en semana 14.

EVALUACIÓN SEMANA 14 CU N=8	Indice de Mayo parcial	Reducción de PCR	Respuesta Clínica
Remisión	1 : 0(0%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)
No respuesta	3 (37,5%)		
Disminución en la puntuación del Índice de Mayo parcial(media)	1,76		

Tabla 3
Resultados al tratamiento en pacientes con CU en semana 14.

Conclusiones

La principal indicación de empleo de vedolizumab en nuestro centro es por efectos secundarios y contraindicaciones a anti-TNF, la mayoría de nuestros pacientes habían estado previamente tratados con uno o dos biológicos y más del 50% precisaron tratamiento concomitante con corticoides. Aunque la mitad presentaban mejoría clínica a las 14 semanas solo se consiguió la remisión en 2 de los pacientes, presentando ambos EC. Los efectos adversos no están presentes en la mayoría de los pacientes y los presentes no son de gravedad, ni causa de retirada de fármaco en ninguno de los casos.

CP-044. INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA EN TRATAMIENTO CON MERCAPTOPURINA E INFLIXIMAB

ROA COLOMO, A; ZÚÑIGA DE MORA-FIGUEROA, B; GARCÍA ROBLES, A; DÍAZ ALCÁZAR, MM; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; VIDAL VÍLCHEZ, B; GARCÍA MÁRQUEZ, J; MARTÍNEZ TIRADO, P; MARTÍN-LAGOS MALDONADO, A

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

El uso de fármacos inmunomoduladores y biológicos en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es cada vez más común.

Las complicaciones infecciosas son uno de los efectos adversos más habituales asociados a este tipo de fármacos.

Caso clínico

Mujer de 24 años con pancolitis ulcerosa diagnosticada con 12 años con criterios de corticodependencia y en tratamiento con mesalazina 3 gr/24 horas, mercaptopurina 50 mg/24 horas e infusiones periódicas de infliximab.

Consulta por cuadro de astenia generalizada de una semana de evolución y fiebre de hasta 39°C, vómitos y diarrea sin productos patológicos. Exploración física sin hallazgos.

En analítica: BT 5,65 mg/dl; BD 3,12 mg/dl; AST 181 UI/L, ALT 229 UI/L, GGT 555 mg/dl, FA 397 mg/dl, LDH 869 mg/dl; PCR 32 mg/dl, Hb 11,6 mg/dl; leucocitos 12.000/μL; PMN 23%; linfocitos 60%; TP 78%. IgG e IgM Virus Epstein-Barr positivos. Resto de serología viral negativa. Coprocultivo, estudio de parásitos en heces y toxina de Clostridium difficile negativos. En ecografía abdominal destaca esplenomegalia de 18 cm.

Ingresa con diagnóstico de mononucleosis infecciosa evolucionando favorablemente con tratamiento sintomático, suspensión de mercaptopurina y retraso de dosis de infliximab. Progresiva desaparición de la fiebre y mejoría del perfil hepático. Recibe el alta hospitalaria y continúa revisiones en consulta de EII.

Discusión

El tratamiento con tiopurinas se ha relacionado con una mayor incidencia de infecciones virales, especialmente, herpesvirus. El virus de Epstein-Barr (VEB) es relevante porque una vez superada la primoinfección, el genoma viral queda integrado en los linfocitos B dando lugar a un estado de portador crónico o infección latente controlada por la inmunidad celular. En pacientes inmunodeprimidos, el VEB puede desempeñar un papel oncogénico relacionándose con linfomas.

En cuanto a los fármacos biológicos anti-TNF, el riesgo global de infección en EII no es tan evidente como en la artritis reumatoide, donde está bien establecido. El tratamiento combinado con inmunomoduladores en pacientes con EII no parece incrementar el riesgo de infecciones (globalmente consideradas) según los estudios publicados. Sin embargo, el riesgo de infecciones oportunistas aumenta con la asociación.

La primoinfección por el VEB a partir de la adolescencia cursa con un cuadro de mononucleosis infecciosa generalmente benigna, aunque en pacientes en tratamiento inmunosupresor existen formas atípicas y graves como el síndrome hemofagocítico.

Concluimos que es importante el conocimiento y la vigilancia de infección por VEB en pacientes con EII, ya que puede manifestarse de forma grave precisando la suspensión de fármacos y por su efecto oncogénico a largo plazo.

CP-045. INFECCIONES OPORTUNISTAS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

MORENO MÁRQUEZ, C¹; CADENA HERRERA, L¹; MALDONADO PÉREZ, B¹; RÍOS MARTÍN, J²; CASTRO LARIA, L¹; CAUNEDO ÁLVAREZ, A¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El establecimiento de la terapia biológica como pilar del tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha permitido alcanzar una remisión clínica y endoscópica más prolongadas. En los últimos años ha adquirido especial interés la seguridad del paciente en tratamiento con estos fármacos dado el riesgo de infecciones o neoplasias.

Entre las infecciones cutáneas más frecuentes se encuentran celulitis, erisipela o abscesos, pero son pocos los casos de lesiones por *Mycobacterias* no tuberculosis, como *Mycobacterium marinum*.

Caso clínico

Varón de treinta años, cuidador de peces, con enfermedad de Crohn de larga evolución con ileostomía terminal. Importante afectación extraintestinal. Recibió tratamiento con inmunosupresores, suspendidos por intolerancia, con posterior pérdida de respuesta a infliximab intensificado y adalimumab.

Ante la tórpida evolución se inició certolizumab, consiguiéndose remisión clínica y endoscópica. A los siete meses presentó lesión dérmica nodular en antebrazo derecho tras herida con hoja de palma. Se biopsió diagnosticándose de linfangitis nodular granulomatosa, con cultivos negativos. Recibió antibioterapia empírica (cotrimoxazol y amoxicilina) y se suspendió certolizumab. Posteriormente y ante la sospecha de esporotricosis, se prescribió Itraconazol sin mejoría, por lo que se relacionó con su EII reintroduciéndose certolizumab.

Ingresó por aumento del débito por la ostomía e insuficiencia renal prerrenal. Durante el ingreso se biopsió de nuevo la lesión, alcanzando el diagnóstico de dermatitis granulomatosa necrotizante abscesificada por *Mycobacterium marinum*. En la tinción de Ziehl Neelsen no se observaron BAAR. El Mantoux y el interferón-gamma para *Mycobacterium tuberculosis*, negativos al inicio de la terapia biológica, fueron positivos.

Se inició tratamiento combinado con rifampicina, pirazinamida, etambutol 4 comprimidos cada 24 horas y claritromicina 500 mg cada 12 horas dirigido a *Mycobacterium marinum* y *Mycobacterium tuberculosis* con lo que presentó importante mejoría de la lesión.

Discusión

Mycobacterium marinum es una micobacteria acuática y suele causar infecciones en áreas de piel lesionada expuestas al agua

contaminada. Las lesiones son nódulos o pústulas que pueden ulcerarse o abscesificarse, siendo frecuente el aspecto de esporotricosis. En pacientes inmunodeprimidos puede adquirir un comportamiento invasivo afectando a partes blandas.

El diagnóstico no siempre es fácil, pues la biopsia no suele mostrar el microorganismo y en cultivo, principal herramienta diagnóstica, puede tardar en crecer 4-9 semanas.

El tratamiento de elección es la combinación de 2-3 antibióticos: claritromicina, rifampicina y/o etambutol durante tres a doce meses. Con respecto a los inmunomoduladores y biológicos es importante plantear su suspensión mientras la infección esté activa, individualizando cada caso, pues se han descrito casos de diseminación con ambos grupos farmacológicos.



Figura 1

Lesión nodular en antebrazo derecho en paciente con enfermedad de Crohn en tratamiento con biológicos, con peces domésticos.

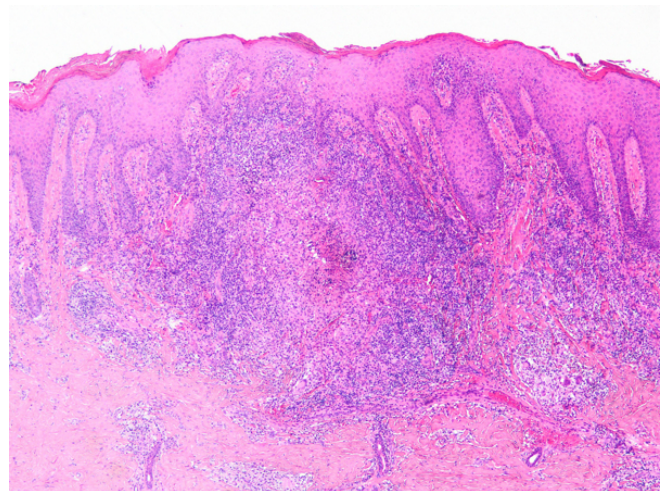


Figura 2

Panorámica histológica. Dermatitis granulomatosa necrotizante con hiperplasia epidérmica, histiocitos e hiperqueratosis (HE, x4).

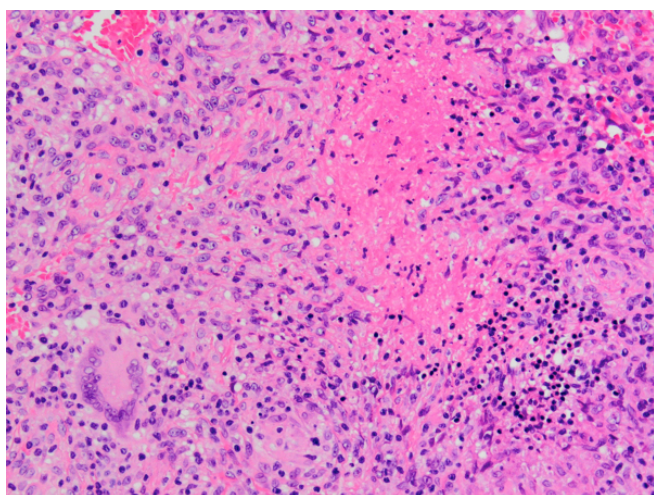


Figura 3

Granuloma tuberculoide con necrosis central con restos nucleares, abundantes epitelioides, células gigantes multinucleadas tipo Langhans y periferia con abundante infiltrado linfocitario (EH, x10).

CP-046. INFECCIONES POCO FRECUENTES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL BAJO TRATAMIENTO INMUNOMODULADOR

RODRÍGUEZ TIRADO, MI¹; BENÍTEZ, JM¹; FLORES IGLESIAS, E¹; MARÍN PEDROSA, S¹; SOTO ESCRIBANO, P¹; SALIDO VALLEJO, R²; GARCÍA SÁNCHEZ, V¹; ALEJANDRE ALTAMIRANO, R¹; CASTRO RODRÍGUEZ, J¹

¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA

²DEPARTAMENTO DERMATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA

Introducción

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) bajo tratamiento inmunomodulador tienen riesgo aumentado de infecciones, incluidos gérmenes oportunistas. En ocasiones, su difícil diagnóstico y tratamiento supone un reto y condiciona una importante morbimortalidad. Exponemos tres casos de infecciones oportunistas raras y graves.

Caso clínico

caso 1: varón, 76 años, ingresado por brote de debut de colitis ulcerosa extensa corticorrefractaria, con desnutrición grave. Precisa infliximab a dosis aceleradas para inducir remisión. Es dado de alta con corticoides en pauta descendente, mesalazina e infliximab a dosis estándar. Un mes después presenta alteración del

comportamiento, fiebre y lesiones cutáneas eritematosas en brazos, siendo diagnosticado de meningitis por *Listeria monocytogenes*. Evolución favorable sin secuelas neurológicas tras antibioterapia y retirada del biológico, pero presentando nuevo brote grave de EII que precisa colectomía total (Figuras 1 y 2).

Caso 2: varón, 40 años, enfermedad de Crohn ileocólica de 13 años de evolución, con resección ileocólica e ileostomía transitoria por enfermedad perianal compleja. En tratamiento con infliximab intensificado cada 4 semanas y azatioprina desde hacía 4 años. Derivado a Dermatología por lesión ulcerada papulo-costrosa en región aquilea. Tras varias biopsias inespecíficas y ante sospecha de pioderma gangrenoso se trata con corticoides. Evolución tórpida realizando nueva biopsia con hallazgos de leishmaniasis cutánea con hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Tras tratamiento con anfotericina B liposomal y suspensión de inmunosupresor y biológico, conseguimos resolución casi completa de la lesión cutánea, pero presenta brote de actividad de EII resuelto con corticoterapia (Figuras 3 y 4).

Caso 3: varón, 63 años, colitis ulcerosa extensa de debut grave, fumador. En tratamiento con mesalazina y azatioprina por corticodependencia hace dos meses. Se inicia ciclo de corticoides orales por brote moderado. Un mes tras inicio de corticoides presenta cuadro rápidamente progresivo de astenia, disnea de esfuerzo, pérdida de peso, fiebre, deterioro neurológico y lesiones cutáneas. En TAC se objetiva masa pulmonar en LII sospechosa de neoplasia junto con lesiones cerebrales sugestiva de metástasis. Sin embargo, la RM craneal y la biopsia de las lesiones cutáneas informa de nocardiosis diseminada con abscesos cerebrales. A pesar del tratamiento antibiótico, la evolución fue desfavorable produciéndose el exitus del paciente (Figuras 5-7).

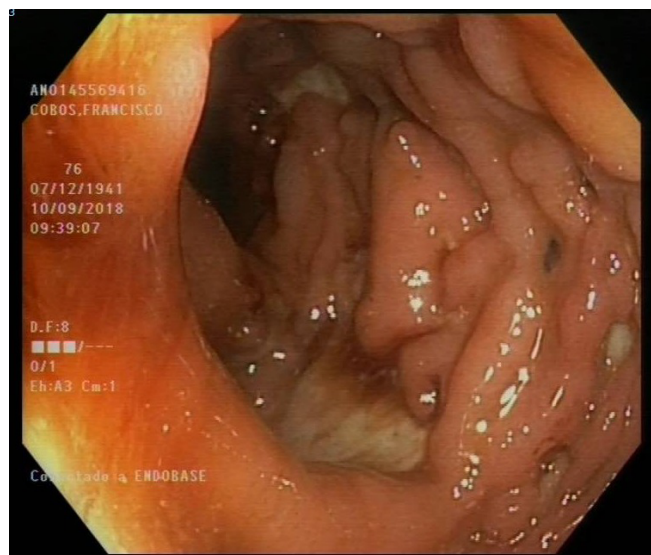


Figura 1

Colitis ulcerosa con afectación luminal grave (índice endoscópico Mayo 3)

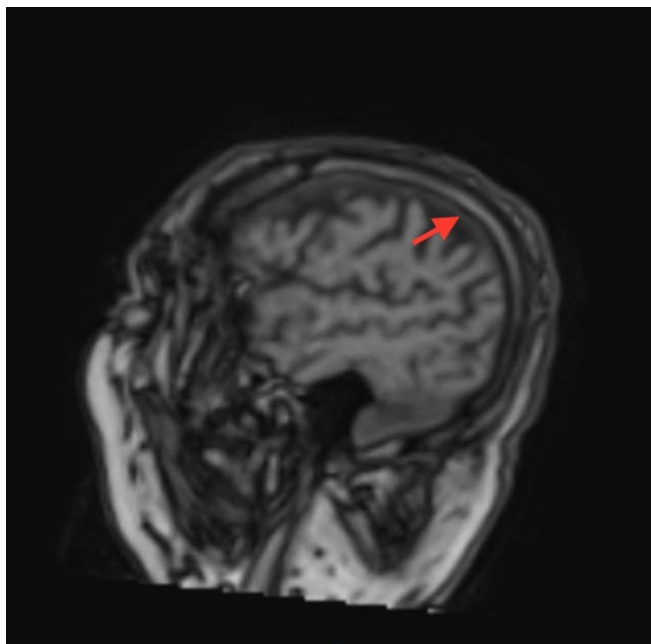


Figura 2
RM Craneal: Aumento de captación leptomenígea en secuencia de difusión en contexto de meningitis.



Figura 4
Leishmaniasis cutánea en fase de resolución tras tratamiento con anfotericina B liposomal.



Figura 3
Leishmaniasis cutánea: úlcera con centro necrótico de 3x2.5cm en región alquílea derecha. Eritema perilesional.

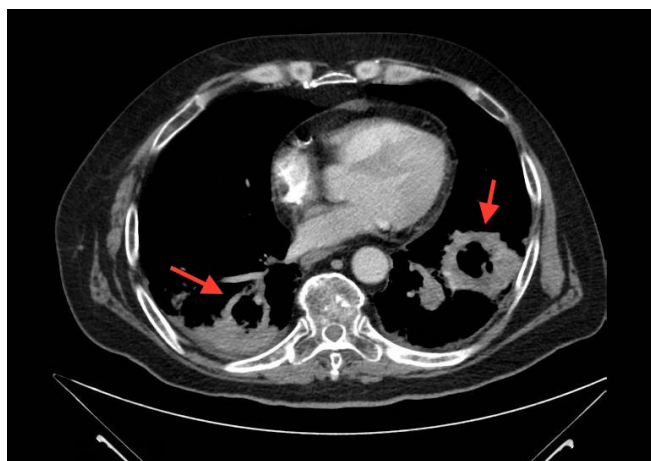


Figura 5
Nocardiosis pulmonar en TC con contraste iv: Masa pulmonar cavitada en LII de 6 cm de diámetro. Nódulo de 2 cm en pirámide basal. Nódulos satélites de 1 cm.



Figura 6

Nocardiosis. RM cerebral: múltiples lesiones compatibles con abscesos cerebrales.

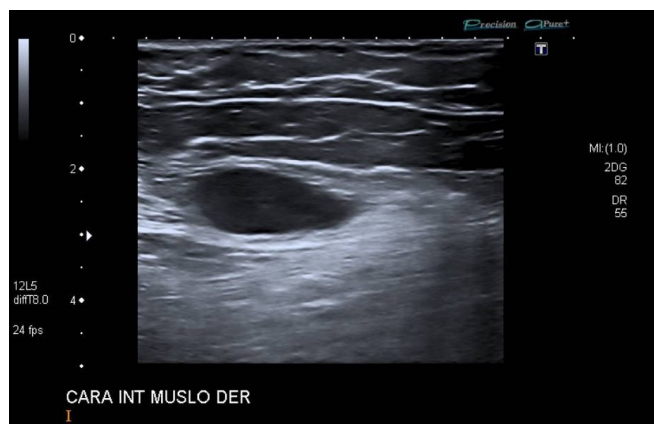


Figura 7

Ecografía: Nocardiosis cutánea en región inguinal derecha. PAF de la lesión informada como material necrótico.

Discusión

Los pacientes con EII bajo tratamiento inmunosupresor y biológico tienen riesgo aumentado de infecciones oportunistas. Especial atención a factores de riesgo como edad avanzada, comorbilidad, desnutrición y comboterapia. El diagnóstico y tratamiento precoz de estas entidades condiciona el pronóstico del paciente que, en ocasiones, puede ser letal.

CP-047. INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE VITAMINA D SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

SOLÁ FERNÁNDEZ, A; PÉREZ PALACIOS, D; NÚÑEZ ORTIZ, A; RUIZ PÉREZ, R; TRIGO SALADO, C; DE LA CRUZ RAMÍREZ, MD; MARQUEZ GALÁN, JL; HERRERA JUSTINIANO, JM; LEO CARNERERO, E

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

Introducción

La vitamina D tiene un potencial efecto antiinflamatorio. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la influencia del déficit de vitamina D sobre la evolución de la enfermedad de Crohn (EC).

Material y métodos

Estudio retrospectivo que incluye 122 pacientes con EC a los que se determinó vitamina D. Analizamos datos demográficos y fenotípicos de la EC, valor de vitamina D sérica (normal >50 ng/ml), calprotectina fecal (normal <200 mcg/g) y PCR (normal <5 mg/l), además recogemos tratamientos en el momento de la determinación y cirugías resectivas previas.

Analizamos la influencia de niveles de vitamina D sobre el control de la enfermedad relacionándolos con niveles de calprotectina fecal y PCR, además de valorando la necesidad de corticoides en el año previo a la determinación y la progresión en el tratamiento durante dicho año.

VALORES DE VITAMINA D (ng/mL)	
Valor medio	65.32 ± 31.9
Resección intestinal vs No resección	67.97 vs 62.91 (p 0.3)
Localización	
L1	69.55
L2	62.44 (p n.s)
L3	61.43
L4	76.77

Tabla 1

Patrón	
B1	46 (37.7%)
B2	27 (22.1%)
B3	49 (40.2%)
Afectación perianal	33 (27%)
Resección intestinal	58 (47.5%)
Tratamiento actual:	
Salicilatos	29 (23.8%)
Inmunosupresores	68 (55.7%)
Biológicos	43 (35.2%)

Tabla 2

Resultados

La edad media al diagnóstico de EC fue 29,6 años y la localización es L1 en 55 casos (45%), L2 en 12 (10%) y L3 en 54 (44%); 16 pacientes (13%) son L4. El 47,5% de los pacientes habían sido sometidos a algún tipo de resección intestinal. En tratamiento actual con salicilatos 24%, inmunosupresores 55% y biológicos 34%. El valor medio de vitamina D fue 65,31 ng/ml (12,8-211), 47 pacientes (38,5%) precisaron tratamiento con vitamina D en el último año.

No encontramos diferencias entre pacientes con resección intestinal y los no intervenidos (67,9 ng/ml vs. 62,9; p 0,3) aunque los intervenidos requirieron suplementos más frecuentemente (48,3% vs. 29,7%; p 0,04). Los valores fueron también similares en función de la localización de la EC. No encontramos diferencias según el paciente presentara valores normales o descendidos de vitamina D en los valores de calprotectina (459,6 mcg/g vs 421,1 mcg/g, p 0,7) ni de PCR (6,4 mg/l vs 10,8; p 0,3).

El test de correlación de Pearson aprecia nula correlación entre los niveles de vitamina D y calprotectina (r 0,03). La necesidad de esteroides en el año previo a la determinación es similar entre los pacientes con vitamina D normal y los deficitarios (19% vs. 26%, p 0,3), así como la progresión terapéutica (22% vs. 14%, p 0,3).

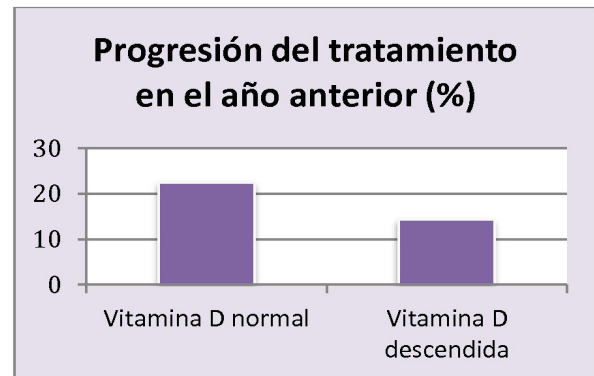
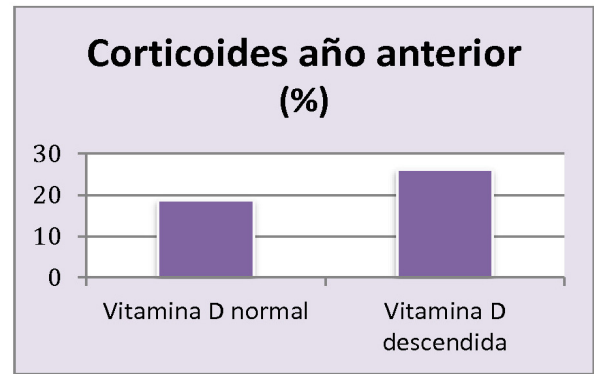


Figura 2

Patrón	
B1	46 (37.7%)
B2	27 (22.1%)
B3	49 (40.2%)
Afectación perianal	33 (27%)
Resección intestinal	58 (47.5%)
Tratamiento actual:	
Salicilatos	29 (23.8%)
Inmunosupresores	68 (55.7%)
Biológicos	43 (35.2%)

Tabla 3

Conclusiones

El déficit de vitamina D pudiera estar relacionado con la resección intestinal. Según nuestros resultados no lo podemos considerar un factor de mal pronóstico de evolución de EC. No obstante, es necesario la reposición de sus niveles para evitar potenciales complicaciones asociadas a su deficiencia.

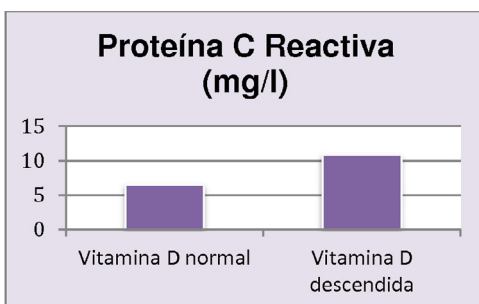
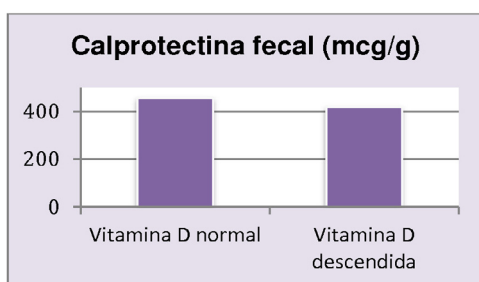


Figura 1

CP-048. MANTENIMIENTO DE LA EFICACIA DE INFLIXIMAB BIOSIMILAR (CT-P13) A LOS DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO

GUERRA VELOZ, MF¹; VALDES DELGADO, T¹; BELVIS JIMENEZ, M1; VILCHES ARENAS, A²; CASTRO LARIA, L¹; MALDONADO PEREZ, B¹; MERINO BOHORQUEZ, V³; CALLEJA, MA³; CAUNEDO ALVAREZ, A¹; ARGÜELLES-ARIAS, F¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA . ²SERVICIO EPIDEMIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA . ³UGC FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

No existen datos a largo plazo sobre la eficacia del switch de infliximab original a infliximab biosimilar en enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Nuestro grupo presentó los resultados

de remisión global a un año de seguimiento (un 63,15%). Es por esto que diseñamos este estudio con el objetivo de 1) analizar el número pacientes que mantenía el tratamiento y la remisión 2) obtener la tasa de intensificación del tratamiento 3) analizar la inmunogenicidad (anticuerpos antifármaco) del switch a los dos años de seguimiento.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional y prospectivo de una única cohorte, constituida por pacientes con EI a los que se realizó "switch" de infliximab original a infliximab biosimilar (Remsima®) en el hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla) durante 2015 a 2017. Se analizó la respuesta clínica a los 24 meses con los índices: Harvey-Bradshaw (HB ≤ 4) para Enfermedad de Crohn (EC) e Índice parcial de Mayo (≤ 2) para la colitis ulcerosa (CU), considerando remisión a los que no precisaron incremento de dosis, uso de esteroides o necesidad de cirugía. Se incluyó la medición de los niveles de infliximab y sus anticuerpos en aquellos pacientes que mantenían el tratamiento tras 12 meses desde el inicio del switch.

Resultados

Se incluyeron 98 pacientes: 63,3% (62) con enfermedad de Crohn (EC) y 36,7% (36) con colitis ulcerosa. 55,1% (56) fueron hombres, 60% (58) presentaban enfermedad perianal. Las características fenotípicas según Clasificación de Montreal se muestra en la **Tabla 1**.

El 67,3% (66) mantenían el tratamiento a 24 meses de seguimiento, 29 (29,6%) pacientes suspendieron el tratamiento: 13 por pérdida de eficacia, 3 por reacciones adversas, 13 por remisión/curación mucosa. En 3 (0,03%) se perdió el seguimiento. La remisión basal fue del 82,65% (81/98) y a los dos años del 65,3% (64/98) (IC95%: 55,4; 75,2), Un 16,3% (16/98) (IC95%: 8,5; 24,2) de los pacientes precisaron intensificación de dosis. Ninguno de los pacientes switch generó anticuerpos contra infliximab biosimilar (**Figura 1**). El 56,3% (9/16) de los que intensificaron la dosis alcanzaron remisión a los 24 meses. Así, la remisión global incluyendo la intensificación fue de un 74,5% (73/98) (IC95%: 65,3; 83,6). La mediana de los niveles de infliximab en los que mantuvieron el tratamiento fue de 4,71 \pm 5,13. La mediana de los niveles de infliximab en los pacientes en remisión fue de 4,26 \pm 5,07 (IQR: 1,8-7,8).

Eficacia del switch de Infliximab original a Infliximab biosimilar (CT-PI3)

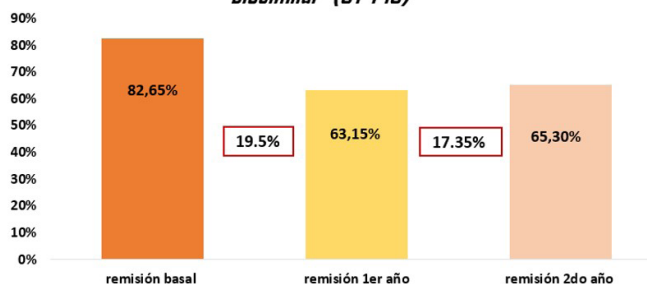


Figura 1
Remisión pacientes con infliximab biosimilar.

Enfermedad de Crohn n=62			
Edad diagnóstico	A1 (< 16)	6/62	9.7%
	A2 (16- 40)	47/62	75.8%
	A3 (>40)	9/62	14.5 %
Localización al diagnóstico	L1 (ileal)	13/62	21%
	L2 (colónico)	24/62	38.7%
	L3 (ileocolónica)	23/62	37.1%
	L3-L4 (incluye tracto alto)	2/62	3.2%
Comportamiento	B1 (inflamatorio)	34/62	54.8%
	B2 (estenosante)	13/62	21.0 %
	B3 (fistulizante)	15/62	24.2%
Enfermedad Perianal	Si	27/62	43.5%
Colitis Ulcerosa n=36			
Extensión (UC)	E1 (proctitis)	12/36	33.3%
	E2 (colitis izquierda)	13/36	36.1%
	E3 (pancolitis)	11/36	30.6%
Severidad	S1 (leve)	14/36	38.9%
	S2 (moderada)	17/36	47.2%
	S3 (severa)	5/36	13.2%

Tabla 1
Características Fenotípicas.

Conclusiones

El biosimilar de infliximab es seguro y eficaz en pacientes con EI a los dos años de seguimiento. Tras una pérdida de eficacia en el primer año del 20% ésta se mantiene estable hasta el segundo año, algo que podría ser explicable por un posible efecto nocebo inducido tras el switch.

CP-049. NEURITIS ÓPTICA DESMIELINIZANTE SECUNDARIA A TRATAMIENTO BIOLÓGICO CON INFLIXIMAB

AGUILERA JALDO, VI; JIMENO MATÉ, C; CORTÉS PELÁEZ, R; BEJARANO GARCÍA, A

SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA

Introducción

La neuritis óptica aguda es una patología inflamatoria que afecta al nervio óptico siendo la más frecuente encontrada en la enfermedad inflamatoria intestinal. Los fármacos anti-TNF-alfa se han asociado al desarrollo de la misma.

Caso clínico

Mujer de 17 años diagnosticada de enfermedad de Crohn colónica A2L2B1 de la Clasificación de Montreal. En tratamiento inicial con azatioprina escalando después a infliximab a dosis intensificadas con buena evolución.

Tras dos años comienza con molestias binoculares y visión borrosa bilateral de predominio derecho. Se realiza un TAC de cráneo que no muestran hallazgos patológicos. El fondo de ojo sí muestra una papila sobreelevada compatible con edema de papila en ojo derecho. Paralelamente se le realiza una punción lumbar con

presencia de bandas oligoclonales lo que hacía sospechar una enfermedad desmielinizante que se confirma con unos potenciales evocados multimodales, mostrando una afectación desmielinizante de la vía visual derecha a nivel prequiasmático.

Se inició tratamiento con metilprednisolona intravenosa a dosis de 1.000 mg al día durante 5 días pasando después a tratamiento oral con prednisona.

Ante la sospecha de neuritis óptica anterior desmielinizante asociada a infliximab se suspende el tratamiento biológico de forma precoz. Actualmente la paciente se mantiene asintomática desde el punto de vista digestivo y sin tratamiento habiendo mejorado notablemente la agudeza visual.

Discusión

Infliximab es un anticuerpo monoclonal IgG1 quimérico basado en el efecto anti-TNF-alfa. Su uso ha sido asociado con trastornos desmielinizantes del sistema nervioso central como la neuritis óptica pero la relación causal estricta no es concluyente ya que los mecanismos fisiopatológicos son poco conocidos.

Los signos aparecen varios meses después del inicio del tratamiento y los síntomas incluyen dolor retrobulbar, reducción de la agudeza visual, anomalías en la percepción del color y campo visual. El fondo de ojo puede ser normal si la afectación es retrobulbar. La resonancia magnética revela desmielinización del nervio óptico y los potenciales evocados se realizan para confirmar el proceso desmielinizante y sirven como una herramienta pronóstica.

Es fundamental la suspensión del anti-TNF ante la aparición de la clínica neurológica. La metilprednisolona intravenosa sigue siendo el tratamiento estándar. Las inmunoglobulinas intravenosas y el intercambio de plasma no han demostrado un efecto significativo.

La recuperación visual se consigue en la mayoría de los pacientes en unas 4 semanas pero la pérdida de visión puede persistir. En este caso el diagnóstico inicial fue rápido consiguiendo una franca mejoría visual tras tratamiento corticoideo y suspensión inmediata del tratamiento con infliximab.

CP-050. NIVELES DE VEDOLIZUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL. ESTUDIO PILOTO.

GUERRA VELOZ, MF¹; BELVIS JIMÉNEZ, M¹; VALDÉS DELGADO T¹; VILCHES ARENAS, A²; MERINO BOHORQUEZ, V³; CASTRO LARIA, L¹; MALDONADO PÉREZ, B¹; CALLEJA, MA³; CAUNEDO ALVAREZ, A¹; ARGÜELLES-ARIAS, F¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²SERVICIO EPIDEMIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ³UGC FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La monitorización terapéutica de niveles de fármacos se ha convertido en una herramienta útil para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sobre todo en aquellos con pérdida de respuesta primaria/secundaria a tratamientos anti-TNF. No obstante, desconocemos la utilidad de la medición de niveles de vedolizumab (VDZ) y de sus anticuerpos en práctica clínica real. Por esta razón el objetivo de este estudio fue evaluar la correlación entre niveles de VDZ y la respuesta al tratamiento.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de una base de datos prospectiva de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) en tratamiento con VDZ hasta junio 2018 en el Hospital Universitario Virgen Macarena, con un mínimo de seguimiento de 6 meses. La remisión clínica fue evaluada por índices clínicos: índice parcial de mayo (≤ 2) para UC e índice Harvey Bradshaw (≤ 4) para EC y analíticos (PCR < 5 mg/dl). La medición de los niveles se realizó a los 6 y 12 meses tras la inducción.

Resultados

Se incluyeron 33 pacientes, 51,5% mujeres, 48,5% con CU y 51,5% con EC, media de edad $40 \pm 13,2$. 96,9% recibieron terapias anti-TNF previas. Las características fenotípicas de los pacientes se describen en la **Tabla 1** (Clasificación de Montreal).

91% completaron 12 meses de seguimiento. 42,4% discontinuaron el tratamiento. 30,3% (10/33) de los pacientes alcanzaron la remisión clínica a los 6 meses y el 53,3% (16/30) a los 12 meses. La mediana de los niveles VDZ, en paciente en remisión a los 6 meses fue $10,9 \pm 11$ mg/ml (95% CI 7,5; 13,4), y $11,14 \pm 5,7$ (95% CI 8,3; 14) a 12 meses y de los pacientes sin remisión a los 6 meses $9,61 \pm 6,3$ mg/ml (95% CI 5,3; 15,8), y $11,9 \pm 7,5$ (IC 95%: -0,46; 23,51) a 12 meses. No encontramos correlación entre los niveles de fármaco y la remisión ($p=ns$) a 6 y 12 meses.

Enfermedad de Crohn			
Edad diagnóstico	A1 (< 16)	2/17	11.8 %
	A2 (16- 40)	10/17	58.8%
	A3 (>41)	5/17	29.4 %
Localización al diagnóstico	L1 (ileal)	1/17	5.9%
	L2 (colónico)	7/17	41.2%
	L3 (ileocolónica)	9/17	52.9%
Comportamiento	B1 (inflamatorio)	10/17	58.8%
	B2 (estenosante)	4/17	23.5 %
	B3 (fistulizante)	3/17	17.7%
Colitis Ulcerosa			
Extensión (UC)	E1 (proctitis)	4/16	25%
	E2 (colitis izquierda)	10/16	62.5%
	E3 (pancolitis)	2/16	12.5%
Severidad	S1 (leve)	5/16	31.3%
	S2 (moderada)	9/16	56.2%
	S3 (severa)	2/16	12.5%
Enfermedad Perianal	No	26/33	78.8%
Tipo anti-TNF previo	IFX/ADA	19/31	61.3%

Tabla 1 Características fenotípicas.

Conclusiones

En este estudio piloto no se encontró una correlación entre los niveles de VDZ y el estado de remisión, todo esto probablemente debido al número reducido de la muestra. Se precisan de estudios con mayor número de pacientes para comprobar la utilidad de la determinación de niveles de VDZ, para incluirlo en la práctica clínica habitual.

CP-051. PREDICTORES DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN CON VEDOLIZUMAB (VDZ) EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA (EII): EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA.

BELVIS JIMÉNEZ, M¹; SEMPERE, L²; VAZQUEZ MORON, JM³; LAVEDA, R²; GARCIA, M⁴; GARCÍA, E³; PALLARÉS MANRIQUE, H³; MALDONADO PÉREZ, B¹; CASTRO LARIA, L¹; ARGÜELLES ARIAS, F¹; GUTIERREZ, A²

¹APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE, ALICANTE/ALACANT. ³APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ⁴APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE, ELCHE/ELX

Introducción

Estudiamos los factores predictivos de beneficio clínico (respuesta o remisión) tras inducción en la EC y CU. Evaluamos si el beneficio clínico fue diferente en EC y CU, y tras exposición a uno o más agentes anti-TNF.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, multicéntrico basado en la revisión de registros clínicos de pacientes adultos con EII tratados con VDZ hasta octubre del 2017 en cinco hospitales españoles. Se definió respuesta y remisión clínica mediante los índices Mayo Parcial (IMP) en CU y Harvey Bradshaw (IHB) en EC, determinados tras inducción y a los 6-12 meses. Se evaluó la persistencia del tratamiento al final del seguimiento.

Resultados

Se incluyeron un total de 103 pacientes, siendo 52 mujeres (50,5%), edad media 42,9 15,01 años, EC 63 (61,2%), duración media de la enfermedad 11,5 8,15 años. El IHB e IMP basal medio fueron 73 y 62 respectivamente. La mayoría eran refractarios a la terapia anti-TNF: 21,6% habían fracasado a un anti-TNF y 69,6% a ≥ 2 anti-TNF. Durante la inducción, 60% recibieron esteroides y 24,5% inmunosupresores. La respuesta clínica tras la inducción fue alcanzada por 79 pacientes (77,5%). La respuesta y remisión clínica a los 6 y 12 meses fueron: 42,5% (25/59), 33,9% (20/59), 41,4% (12/29) y 41,4% (12/29) respectivamente. Al final del seguimiento, el 70,6% continuaban con VDZ. El beneficio clínico no se asoció al número de agentes anti-

TNF usados previamente o al tipo de EII. Ningún factor de riesgo (edad, sexo, duración de la EII, inmunosupresores o esteroides concomitantes, hábito tabáquico, tipo de EII o gravedad de la misma) se asoció a la respuesta a la inducción en la CU. En la EC la mayor duración de la enfermedad (67% 5 años $p=0,04$) y el menor IHB basal (7: 67,6%, $p=0,05$) se asociaron a mayor respuesta a la inducción. 34,35% precisó intensificación del tratamiento con VDZ. Tres pacientes presentaron efectos adversos que obligaron a la suspensión de VDZ.

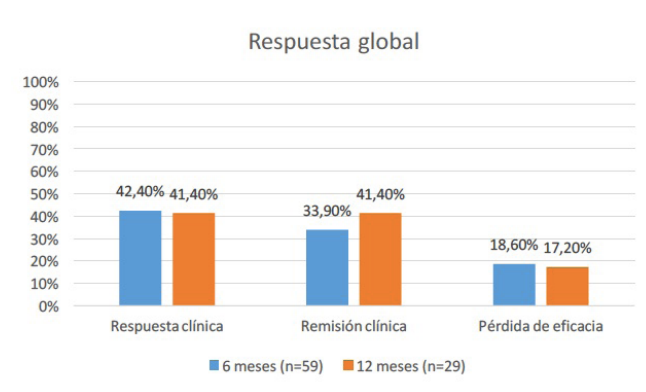


Figura 1
Respuesta global.

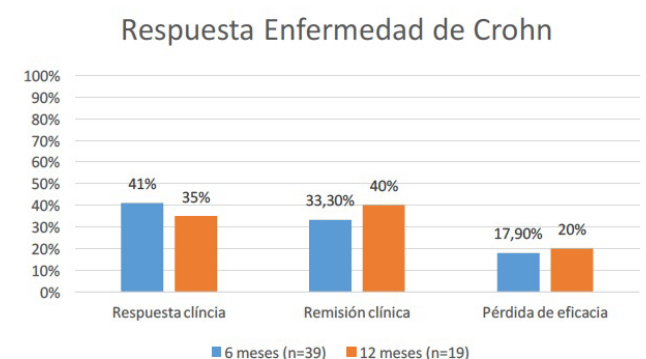


Figura 2
Respuesta EC.

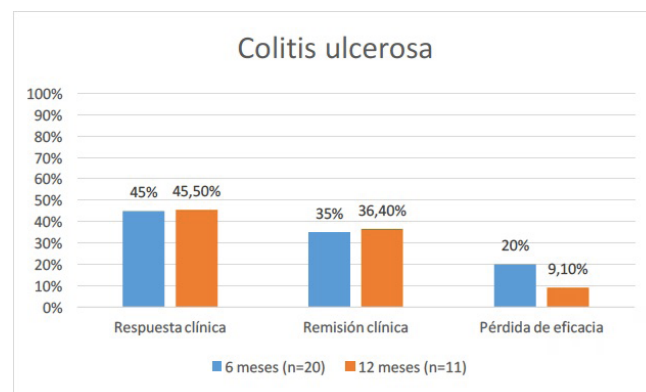


Figura 3
Respuesta CU.



Figura 4
Anti-TNF previo.

Conclusiones

VDZ es efectivo en pacientes con EIC con un perfil de seguridad muy favorable, continuando el tratamiento al final del seguimiento un 70% de pacientes. La gravedad de la actividad y la menor duración de la enfermedad se asociaron a una peor respuesta a la inducción con VDZ en pacientes con EC.

CP-052. REACCIÓN PARADÓJICA POCO HABITUAL EN PACIENTES TRATADOS CON ADALIMUMAB

ABELLÁN ALFOCEA, P¹; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, E¹; MARTÍN RODRÍGUEZ, MM¹; VADILLO CALLES, F¹; SÁNCHEZ CAPILLA, D¹; CABELLO TAPIA, MJ¹; SALVADOR RODRÍGUEZ, L²; REDONDO CEREZO, E¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. ²SERVICIO DERMATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

Presentamos dos casos clínicos de hidrosadenitis (HS) paradójica en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) tratados con adalimumab en nuestro centro. La enfermedad de Crohn es una patología inflamatoria crónica de origen autoinmune que puede afectar a cualquier parte del aparato digestivo. Por otro lado, la hidrosadenitis es un enfermedad inflamatoria crónica de la piel que cursa con nódulos, abscesos y fístulas sobre todo la región axilar, inguinal y perianal. Varios estudios sugieren una asociación entre ambas entidades ya que los paciente con enfermedad inflamatoria tiene una probabilidad de sufrir hidrosadenitis nueve veces superior a la población general. Tanto la EC moderada-grave como la HS de difícil control se pueden tratar con inhibidores del factor de necrosis tumoral. No obstante existen determinados casos en los que la introducción de estos anti-TNF precipita el desarrollo de hidrosadenitis.

Caso clínico

Varón de 53 años, fumador, afecto de enfermedad de Crohn ileal (A2, L1, B3), en tratamiento con tiopurinas. Se produce empeoramiento clínico del paciente tras retirada de la azatioprina por aparición de carcinomas basocelulares múltiples, por lo que se inicia tratamiento con adalimumab con pobre respuesta clínica. A los seis meses de iniciar tratamiento biológico desarrolla lesiones cutáneas dolorosas en región inguinal y púbica compatible con hidradenitis Hurley II. Recientemente se ha sustituido el tratamiento por ustekinumab con mejoría parcial del proceso cutáneo.

Mujer de 42 años, diagnosticada hace más de 20 años de enfermedad de Crohn ileocólica fistulizante con enfermedad perianal (A3 L3 B3+P), en tratamiento con tiopurinas e infliximab y precisando de varias intervenciones quirúrgicas, se inicia tratamiento con adalimumab sin respuesta clínica completa, y unos 14 meses después desarrolla abscesos a nivel vulvar, se deriva a dermatología y se diagnóstica de hidradenitis Hurley I con buena respuesta a tratamiento tópico, sin necesidad de retirada del fármaco.



Figura 1
Nódulos inflamatorios a nivel púbico.



Figura 2
Nódulos inflamatorios y algún absceso a nivel púbico y vulvar.

Discusión

Los anti-TNF juegan un papel importante en el esquema terapéutico de las formas moderadas y graves de la EC y la HS. Estudios recientes han descrito que las reacciones psoriasiformes en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento con anti-TNF son frecuentes y que tienen una explicación inmunológica. Sin embargo, el desarrollo paradójico de hidrosadenitis es un cuadro poco recogido en la literatura y probablemente infradiagnosticado. Su conocimiento resulta útil con fin de evitar el retraso diagnóstico de esta entidad y obtener un mejor conocimiento de la base inmunológica de ambas enfermedades y por tanto el desarrollo de nuevas dianas terapéuticas.

CP-053. SEGUIMIENTO CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EN TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB EN NUESTRO HOSPITAL

VALDÉS DELGADO, T¹; MORENO MÁRQUEZ, C¹; CASTRO LARIA, L¹; MALDONADO PÉREZ, B¹; MERINO, V²; ARGÜELLES ARIAS, F¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UNIDAD FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Gracias al mayor conocimiento de las diferentes vías inflamatorias por las que se produce la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), se están desarrollando nuevas armas terapéuticas para combatir la enfermedad, una de ellas es la vía de las anti-Interleucinas, destacando actualmente ustekinumab para enfermedad de Crohn (EC) moderada-grave

El objetivo de nuestro estudio es analizar la eficacia de ustekinumab en la EC moderada/grave según práctica clínica habitual en nuestro hospital.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional y prospectivo constituido por una cohorte de pacientes con EC en tratamiento con ustekinumab entre noviembre 2017 a septiembre 2018.

Analizamos las características de la enfermedad en cada paciente basándonos en la clasificación de Montreal, la eficacia según el índice Harvey Bradshaw, y la evolución clínica del paciente a los 3 y 6 meses del inicio de ustekinumab.

Resultados

Se incluyeron 14 pacientes con EC, un 57,1% (8/14) eran hombres con una edad media de 44,1±13,4 años. En un 71,4% (10/14) la localización fue ileocólica (L3) y el 28,6% restante (4/14) presentaba afectación ileal (L1). En un 42,9% (6/14) la enfermedad tenía un comportamiento fistulizante (B3), el 28,6% (4/14) el comportamiento fue estenosante (B2) y el 28,6% (4/14) restante

presentaba un comportamiento inflamatorio (B1). El 50% (7/14) de los pacientes presentaban afectación perianal, y el 57,1% (8/14) tenían manifestaciones extraintestinales, las más frecuente fueron poliartalgias, seguida de manifestaciones dermatológicas.

En cuanto al índice de actividad, en la primera visita el índice Harvey Bradshaw tuvo una puntuación media de 10,6 puntos. En la segunda visita (a los 3 meses) presentó un descenso hasta 5,15 puntos, manteniéndose la mejoría en la tercera visita, a los 6 meses con un índice Harvey Bradshaw de 4,25.

Conclusiones

El tratamiento con ustekinumab parece ser una alternativa eficaz en pacientes con EC complicada, en los que ha fallado la terapia biológica previa, si bien, se necesita una cohorte mayor y un seguimiento a largo plazo.

CP-054. SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ (SGB) SECUNDARIO A INFLIXIMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

ORTEGA-SUAZO, EJ; FERNÁNDEZ-CANO, MC; MARTIN-RODRÍGUEZ, MM; LÓPEZ-TOBARUELA, JM; CABELLO-TAPIA, MJ; REDONDO-CEREZO, E

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

Introducción

Infliximab es un anticuerpo monoclonal quimérico murino-humano que se dirige tanto a la forma soluble como transmembranosa del TNF-alfa, inhibiendo su actividad. Se han reportado varios efectos secundarios con su uso, incluyendo reacciones locales, infecciones, ICC, neoplasias y eventos autoinmunes y neurológicos. A diferencia de los trastornos desmielinizantes del sistema nervioso central (SNC), la afectación del sistema nervioso periférico (SNP) es rara (<1%).

Caso clínico

Hombre, 31 años, enfermedad de Crohn ileocólica, tratamiento con infliximab desde hace 4 años. Ingresó en neurología por cuadro de parestesias de manos y pies y posteriormente pérdida simétrica de la fuerza de igual localización, sin fiebre, disfagia, disnea ni alteración esfinteriana. No antecedentes traumáticos ni vacunación reciente. No cuadro catarral ni diarreico previo.

Exploración: arreflexia global. MMSS: debilidad distal con predominio en extensores, interóseos y aductores de primer y quinto dedo (3/5). MMII: debilidad proximal, evidenciando psoas (4/5). Disestesias moderadas en zona distal de miembros (en guante y calcetín). Marcha taloneante. Analítica: Leu 12000 (PMN85%), PCR 10. Serología (VHB, VEB, CMV, VHS, VIH, borrelia, sífilis) negativos. Autoinmunidad negativa. LCR: acelular con aumento de proteínas. EMG: latencias distales alargadas y abolición de onda F. Con diagnóstico SGB, recibió inmunoglobulinas iv

durante 5 días, con mejoría de las alteraciones sensitivo-motoras, persistiendo arreflexia global. Dado de alta por evolución favorable. EMG a las 2 semanas y con remisión casi completa de los síntomas: recuperación de latencias alargadas y desaparición del bloqueo de onda F. Se decide no reiniciar el fármaco, considerando cambio a ustekinumab.

Discusión

La terapia anti-TNF-alfa se ha relacionado con casos de nueva aparición o exacerbación, de trastornos desmielinizantes del SNC como la esclerosis múltiple, y SNP como el SGB, siendo este infrecuente. Existen pocos casos descritos de SGB inducido por infliximab. Los mecanismos fisiopatológicos no se conocen claramente. Esta terapia podría promover el desarrollo del SGB al aumentar las células T periféricas activadas o alterar el equilibrio de TNF-alfa y sus receptores en el SNP, desarrollándose la expresión clínica en pacientes inmunogenéticamente susceptibles. Se recomienda considerar el riesgo-beneficio antes de iniciar un anti-TNF-alfa en pacientes con trastornos desmielinizantes previos o recientes. Si estos trastornos se desarrollan se debe interrumpir el tratamiento, no quedando claro si es apropiado probar un anti-TNF-alfa alternativo. Algunos consideran que por ser el SGB un efecto raro, podría reiniciarse el fármaco con control estricto de signos/síntomas de recurrencia. Por exclusión, se consideró al infliximab como causante del SGB en nuestro paciente.

CP-055. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y MANEJO DE LA ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

DÍAZ JIMÉNEZ, JA¹; LEAL TÉLLEZ, J²; PINAZO MARTÍNEZ, IL¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL LA LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN, LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN, LA . ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

Las complicaciones vasculares representan un porcentaje bajo (1,2-6,7%), en relación a otras manifestaciones extraintestinales de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). La trombosis venosa profunda, el tromboembolismo pulmonar y la trombosis de vasos espláncnicos constituyen, no obstante, entidades de notable morbilidad y mortalidad, que deben ser consideradas siempre como posibles en el curso de la EII, sobre todo en pacientes con actividad inflamatoria severa o coexistencia de otros factores de riesgo protrombótico.

Caso clínico

Paciente mujer de 26 años, diagnosticada de enfermedad de Crohn con afectación de íleon terminal, colon distal y perianal, en fase de remisión clínica y bajo tratamiento con anticonceptivos orales, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor en región medial de muslo en miembro inferior izquierdo (MII) asociado a aumento de su perímetro, temperatura y enrojecimiento de una semana de evolución.

Analíticamente, destaca anemia moderada (Hb 10,4 g/dl), con leve elevación de Proteína C Reactiva (21,1 mg/l) y aumento de Dímero-D 1.259 ng/mL, por lo que se realiza ecografía-doppler venosa de MII (**Figura 1**), con hallazgo de trombosis venosa superficial y profunda a nivel de venas femoral común y safena mayor izquierda.

Ante ello, la paciente es hospitalizada, presentando buena evolución clínica tras instaurarse tratamiento con Enoxaparina 60 mg/12 horas, descartándose alteraciones en el estudio posterior de trombofilia (déficit de antitrombina, proteína C, S, polimorfismos genéticos Factor V Leyden y mutación del gen de protrombina).

Dado que la EII se encontraba en fase de remisión clínica y existía otro factor de riesgo trombótico asociado como el uso de anticonceptivos orales, se suspendió dicho tratamiento y se mantuvo la terapia anticoagulante hasta cumplir tres meses.

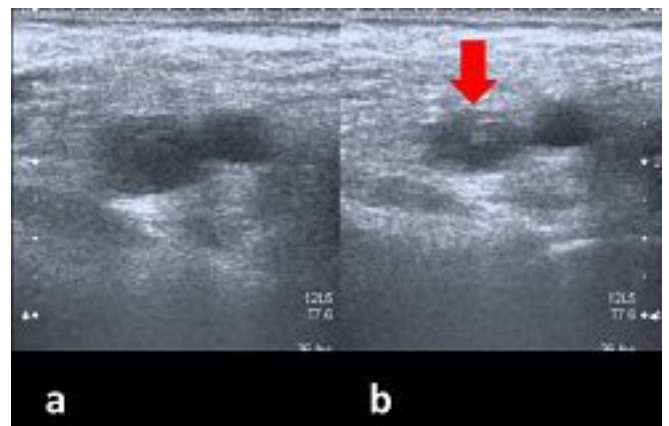


Figura 1

Imagen de ecografía basal (a) e imagen con compresión extrínseca (b). La ausencia de colapso de la vena femoral común pese a la compresión con el transductor indica la presencia de material trombótico.

Discusión

Los pacientes con EII presentan, de forma basal, un riesgo de patología tromboembólica tres veces mayor respecto a la población general, siendo el mecanismo fisiopatológico complejo, multifactorial y no estando claramente establecido.

La prevención de los episodios trombóticos comprende la corrección de los factores de riesgo modificables (actividad inflamatoria de la enfermedad, tratamientos, inmovilización, etc.).

La profilaxis anticoagulante está recomendada en aquellos pacientes con EII hospitalizados por brote moderado-severo, sin sangrado activo o con sangrado leve, y también en hospitalizaciones por otra patología no relacionada con la EII, en sometidos a cirugía mayor abdominopélvica, y en brotes de actividad más leves con historia previa trombótica. Respecto a la duración de la anticoagulación tras un primer episodio trombótico, ésta debe ser individualizada en base a la presencia de factores de riesgo en cada paciente.

CP-056. VARÓN DE 28 AÑOS CON ENFERMEDAD DE CROHN E INFECCIÓN RESPIRATORIA. UN VISITANTE INESPERADO.

RODRÍGUEZ MONCADA, R¹; VÁZQUEZ MORÓN, JM¹; GÓMEZ DELGADO, E¹; MARTÍNEZ MARCOS, FJ²; BEJARANO GARCÍA, A¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ²UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA

Introducción

Los fármacos inmunosupresores, especialmente los agentes biológicos, han supuesto un cambio muy favorable en la evolución y pronóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal. Sin embargo, su eficacia se ha visto condicionada por un importante incremento del riesgo de infecciones, tanto por microorganismos convencionales como por patógenos oportunistas.

Caso clínico

Varón de 28 años con enfermedad de Crohn ileal en tratamiento con azatioprina e infliximab. Acude a urgencias por presentar fiebre, disnea, dolor torácico pleurítico y tos productiva. Radiografía de tórax con varias consolidaciones parenquimatosas, una de ellas cavitada (Figura 1). Análítica con 23.000 leucocitos/mm³ y PCR de 381 mg/L. Ante la sospecha de neumonía bilateral necrotizante en paciente inmunodeprimido, se suspenden inmunosupresores y se inicia tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro. En cultivo de material obtenido por lavado broncoalveolar se aísla *Aspergillus fumigatus*, por lo que se añaden caspofungina y voriconazol. Se realizó TC toraco-abdominal objetivando datos de actividad inflamatoria aguda íleon preterminal, condicionando dilatación del intestino delgado anterógrado, con presencia de fistula íleo-íleal. Dada la situación del paciente, no era posible optimizar el tratamiento inmunosupresor, presentando horas más tarde episodio de rectorragia masiva y parada cardiorrespiratoria secundaria a shock mixto (hipovolémico y séptico) que precisó soporte vital avanzado. En angio-TC de abdomen se aprecia sangrado activo de asa de íleon terminal pre-estenótica, decidiéndose intervención quirúrgica urgente, en la que se realiza resección intestinal e ileostomía. Evolución tórpida, presentando fracaso respiratorio, sangrado por ileostomía en relación a brote de actividad y fracaso renal anúrico. Finalmente el paciente fallece. Post mortem se identificó crecimiento de *Nocardia nova* en las muestras respiratorias que estaban en incubación en medio de Löwenstein-Jensen para micobacterias (a las tres semanas desde la toma de las muestras).

Discusión

La coinfección por *Aspergillus fumigatus* y *Nocardia nova* rara vez ha sido descrita en la literatura (Tabla 1). Aparecen fundamentalmente en inmunodeprimidos, como el caso de nuestro paciente, doblemente inmunosuprimido (azatioprina e infliximab). En este

tipo de pacientes, *Nocardia nova* puede crecer muy lentamente y tardar hasta cuatro semanas en aparecer. El tratamiento de elección para la nocardiosis es trimetoprim-sulfametoxazol. En este caso, el aislamiento de *Aspergillus fumigatus* permitió iniciar tratamiento antifúngico específico. Posteriormente, como consecuencia de haber retirado el tratamiento inmunosupresor por la infección respiratoria grave, el paciente desarrolló un brote de actividad de la enfermedad de Crohn. Esto, junto con la ausencia de tratamiento específico para la nocardiosis (dado que se aisló *post mortem*) condujo al fallecimiento del paciente.



Figura 1 Radiografía de tórax al ingreso. Presencia de consolidaciones parenquimatosas paracardiales derechas, con una masa cavitada de paredes gruesas y nivel hidroaéreo en lóbulo inferior izquierdo.

Año de publicación	País	Enfermedad subyacente	Inmunosupresor	Resultado
1984	EEUU	Enfermedad granulomatosa crónica	No	No disponible
1990	EEUU	Trasplante renal	Azatioprina y Corticoides	Diagnóstico post mortem
1993	EEUU	Trasplante cardíaco	No disponible	Curación tras tratamiento
2000	España	No disponible	Corticoides	No disponible
2005	Países Bajos	No disponible	No	Curación tras tratamiento
2008	EEUU	ECICH ¹ post-TPH ²	No disponible	No disponible
2008	Arabia Saudí	Linfoma de células T	Micofenolato Mofetilo y Alemtuzumab	Curación tras tratamiento
2008	España	Enfermedad de Crohn	Corticoides, Mercaptopurina e Infliximab	Curación tras tratamiento
2010	EEUU	Trasplante pulmonar	No disponible	No disponible
2014	India	Enfermedad de Still del adulto	Corticoides y Tacrolimus	Curación tras tratamiento
2017	España	Linfoma no Hodgkin de células B	Ciclofosfamida, Mitoxantrona, Vincristina y Corticoides	Fallecimiento

¹ Enfermedad crónica injerto contra huésped
² Trasplante de progenitores hematopoyéticos

Tabla 1 Se muestran en orden cronológico los casos de coinfección *Aspergillus nocardia* disponibles en la literatura.

COMUNICACIONES PÓSTER ÁREA HÍGADO

CP-057. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL EN HEPATITIS B Y FACTORES RELACIONADOS CON LA MISMA

VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, JA¹; ESTÉVEZ ESCOBAR, M¹; URDA ROMACHO, J²

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL . ²UGC FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL

Introducción

la infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB) es un destacado problema de salud pública a nivel mundial. El tratamiento con análogos de nucleós(t)idos (ANs) logra la supresión mantenida de la replicación viral, evitando la progresión de la enfermedad hepática a cirrosis y carcinoma hepatocelular. Sin embargo, debe administrarse durante largos periodos de tiempo, lo que dificulta la adherencia y favorece el fracaso terapéutico y la aparición de resistencias antivirales.

El objetivo del estudio fue evaluar la adherencia al tratamiento en nuestro medio e identificar los factores epidemiológicos, clínicos y conductuales que influyen en esta.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de hepatitis B crónica en tratamiento con entecavir y tenofovir que recogieron su medicación entre enero y septiembre de 2018. La adherencia se evaluó mediante encuestas anónimas y los registros de dispensación de Farmacia, considerándose un paciente adherente si la adherencia media era $\geq 95\%$. El estudio obtuvo la aprobación por parte del Comité de Ética de la Investigación de Almería.

Resultados

De los 66 encuestados, 29 (43,9%) no habían buscado información acerca de su enfermedad, y solo 37 (56%) respondieron bien al menos 3 de las 4 preguntas sobre la historia natural de la infección. El 23% de los pacientes empleaba una alarma en el móvil o algún otro método concreto para recordar la toma de ANs, mientras que la mayoría (77%) afirmaba recordarla por sí mismo. La autoadherencia expresada en dosis no tomadas en el último mes fue, para 0/1/2/>2 tomas, de 73%/15%/6%/6%, respectivamente, con un porcentaje similar pues de adherencia estimada respecto a lo calculado por retirada en Farmacia.

En el análisis bivalente, no se obtuvieron diferencias significativas en el porcentaje de adherencia al analizar las variables demográficas del paciente, su nivel de estudios y de conocimiento de la enfermedad, ni el método empleado para el cumplimiento.

Conclusiones

Los pacientes en tratamiento crónico con ANs para VHB muestran una adecuada adherencia al tratamiento. Se evidencia un bajo conocimiento general de la historia natural de la enfermedad, pero sin impacto en el cumplimiento terapéutico.

Responda con la mayor sinceridad, teniendo en cuenta que se trata de encuesta anónima y los resultados de la misma tienen sólo fines estadísticos.

¿Cuál es su nivel de estudios?

Estudios elementales
 Curso profesional – Formación no universitaria
 Estudios universitarios

¿Es usuario habitual de internet?

Sí No

¿Ha buscado información sobre Hepatitis B en internet?

Sí, con frecuencia lo hago
 Sí, alguna vez
 No, nunca
 No, pero me he informado en medios escritos (prensa, libros...)

Ponga una cruz "x" en todas las afirmaciones sobre su Hepatitis B que considere que son ciertas de las siguientes:

Lo más probable es que mi Hepatitis B se cure con el tratamiento
 Mi Hepatitis B puede producir cirrosis hepática
 Mi Hepatitis B puede producir cáncer de hígado
 Mi Hepatitis B es un problema de salud de poca importancia

¿Utiliza algún método para no olvidar tomar su tratamiento?

Utilizo una App específica en mi smartphone
 Tengo una alarma diaria en el móvil
 Utilizo algún otro método (indicar _____)
 Recuerdo la toma por mi mismo

En el último mes, ¿cuántas veces ha fallado en la toma del tratamiento de Hepatitis B?

Ninguna
 En 1 ocasión
 En 2 ocasiones
 En 3 o más ocasiones

¿Cuál ha sido el motivo principal para ello?

Se me olvidó
 Otro (indicar _____)

Figura 1

Encuesta entregada a los pacientes

Pacientes	(n, %)	66 (100%)
Sexo (h/m)	(n, %)	55 (83%) / 11 (16%)
Edad	(años \pm SD)	47 \pm 11,5
ANs (ETV/TDF)	(n, %)	12 (18,2%) / 54 (81,8%)
Resistencia previa	(n, %)	15 (22,7%)
Tiempo tratamiento	(n, %)	
<1 año		3 (4,5%)
1-3 años		12 (18,2%)
>3 años		51 (77,3%)
Cirrosis	(n, %)	10 (15,1%)
Tratamientos crónicos	(n, %)	
0		47 (71,2%)
1		12 (18,1%)
2		5 (7,6%)
>2		2 (3,0%)
Procedencia	(n, %)	
España		33 (50%)
SubSahara		18 (27,3%)
Este Europa		11 (16,7%)
Magreb		2 (3%)
Otro		2 (3%)
Nivel de estudios	(n, %)	
Elementales		39 (59,1%)
No universitarios		22 (33,3%)
Universitarios		5 (7,6%)
Usuario Internet	(n, %)	44 (66,6%)
% Adhesión último año*	(% \pm SD)	95,87 \pm 6,59

*Medida con "Tasa de Posesión" =

Unidades dispensadas / Unidades prescritas x100

Tabla 1

Características basales de los pacientes incluidos en el estudio

CP-058. ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD EN EL USO DE BETABLOQUEANTES (BB) EN NUESTRO PAÍS EN LA PROFILAXIS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA POR HIPERTENSIÓN PORTAL (HTP)

MOLINA VILLALBA, C; ESTÉVEZ ESCOBAR, M

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

Introducción

La hemorragia varicosa supone una complicación mayor en pacientes cirróticos con altas tasas de mortalidad (10-20%). Para la profilaxis primaria y secundaria, el uso de BB (especialmente propranolol y carvedilol) está ampliamente aceptado junto a la ligadura con bandas elásticas en el segundo caso. Éstos han demostrado reducción del gradiente de presión venosa hepática, disminución de las descompensaciones, entre ellas el riesgo de hemorragia varicosa, y aumento de la supervivencia. Aunque existen recomendaciones de expertos para la subida gradual de dosis de estos fármacos, no existe ningún estudio que analice cómo se lleva a cabo la misma en la práctica clínica.

El objetivo fue analizar la homogeneidad en la instauración del tratamiento BB en pacientes cirróticos en los hospitales españoles y estimar la adecuación o no a las recomendaciones actuales, así como la satisfacción subjetiva de los profesionales con su método.

Material y métodos

Se diseñó un estudio transversal en el que se encuestó entre noviembre de 2017 y febrero de 2018 a hepatólogos o gastroenterólogos que tratan pacientes cirróticos de hospitales de todas las comunidades autónomas. La encuesta fue respondida por email (envío a grupos de trabajo) o bien en papel físico (se ofreció en la reunión anual de la AEEH).

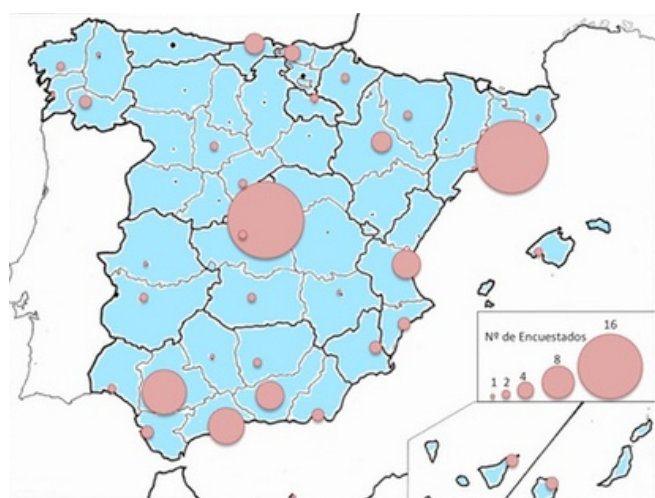


Figura 1 Ubicación de los centros de trabajo de los encuestados.

Resultados

De los 136 encuestados (43% hombre, 56% mujeres), el 86% emplea mayoritariamente propranolol, y solo el 27% tiene un protocolo en su unidad. El método más empleado en el control de la subida de dosis es la cita personal (31,6%), seguida de la derivación a Primaria (24,2%) y la instrucción al paciente (18,3%). Ninguno de los métodos se asoció a un cumplimiento mayor de las recomendaciones (inicio 20-40 mg al día con subida cada 2-3 días). Del 18,3% de encuestados que realiza la subida cada 2-3 días, el 52% tiene un protocolo en su unidad, frente al 22% que lo tiene en el grupo mayoritario (81,7%) que realiza la subida más lentamente ($p=0,002$). Estos encuestados que realizan la subida cada 2-3 días están conformes con el objetivo "siempre" o "casi siempre" en un 92% de respuestas, frente al 63% de satisfacción subjetiva manifestada por los restantes ($p=0,006$).

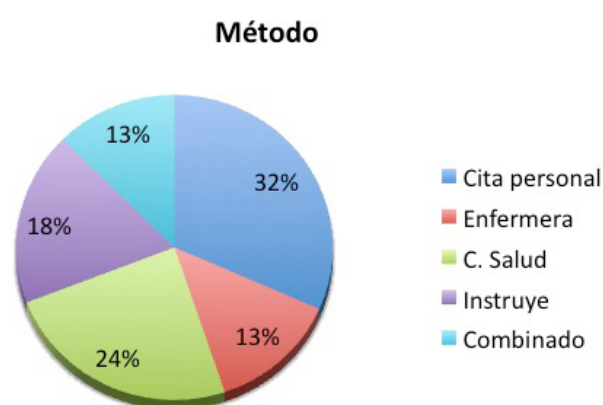


Figura 2 Método empleado para la instauración del betabloqueo.

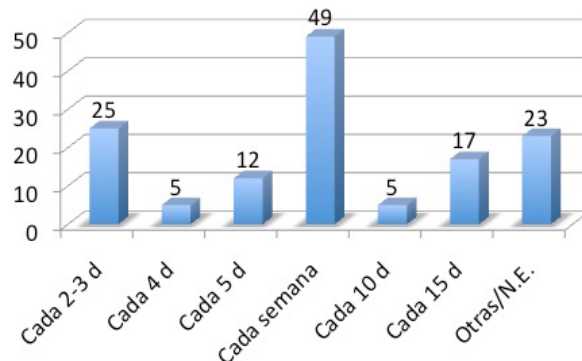


Figura 2 Periodicidad con la que se realiza subida de dosis en instauración de betabloqueo.

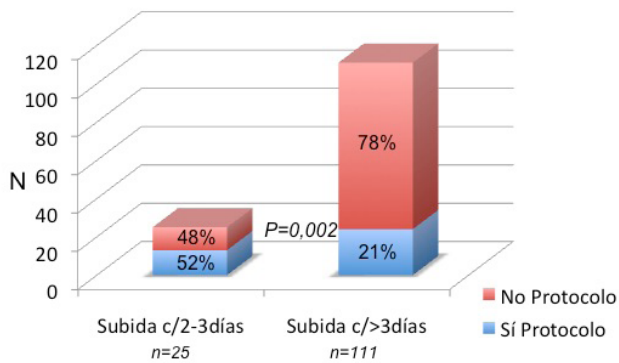


Figura 3

Proporción de encuestados que siguen un protocolo propio, entre quienes realizan la subida según las recomendaciones y quienes la realizan con intervalos mayores de tiempo.

Conclusiones

La metodología en la administración de betabloqueantes para HTP en nuestro país muestra falta de homogeneidad, siendo en general el cumplimiento de las recomendaciones bajo, y el ritmo de subida más lento de lo recomendado. Dichas deficiencias son menores en las unidades que siguen un protocolo propio.

CP-059. ATAXIA TELANGIECTASIA E HIPERTENSIÓN PORTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

JIMENO MATÉ, C; MARAVER ZAMORA, M; ROMERO HERRERA, G; SILVA RUIZ, MP; REINA SOLANO, JF; CABELLO FERNÁNDEZ, A; RODRÍGUEZ MONCADA, R; BEJARANO GARCÍA, A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA

Introducción

La ataxia telangiectasia (AT) es una enfermedad rara, de herencia autosómica recesiva, que se caracteriza por una disfunción neurológica progresiva con marcha atáxica, apraxia ocular, telangiectasia ocular bilateral, neuropatía periférica y retraso mental; así como inmunodeficiencia humoral-celular, predisposición a infecciones sinopulmonares de repetición y neoplasias, fundamentalmente de estirpe hematológica.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 20 años de edad, diabético tipo I, diagnosticado en la infancia de ataxia telangiectasia, lo que le condiciona una dependencia total para las actividades básicas diarias y deambulación limitada a silla de ruedas.

Ingresó en el servicio de Digestivo por dos episodios de hematemesis, atribuidos al entramado de varículas de tercio distal esofágico propio de su enfermedad (Figura 1), tratadas con fármacos vasoactivos sin episodios de resangrado posterior. Además, en la endoscopia

oral existían varices esofágicas pequeñas y varices fúndicas (GOV2) sin estigmas de sangrado reciente. La ecografía abdominal puso de manifiesto un parénquima hepático heteroecogénico, de morfología pseudonodular y contornos festoneados, así como una trombosis parcial del eje porto-mesentérico, con extensión a porta izquierda, siendo la vena esplénica y porta derecha permeables; ascitis de distribución global, colaterales porto-sistémicas en territorio esplácnico y esplenomegalia de 20 cm.

Desde el punto de vista analítico, destacaba una linfopenia severa (8%), 150.000 plaquetas, AST 108 UI/ml, ALT 66 UI/ml y alfa-fetoproteína en ascenso, con valores máximos de 403 UI/ml. Para ampliar el estudio, se solicitó estudio de hipercoagulabilidad, que resultó negativo, y TAC dinámico hepático que objetivó un área nodular de 25 mm en segmento VI, con comportamiento radiológico compatible con un hepatocarcinoma. Se realizó estudio de extensión (TAC de tórax y gammagrafía ósea), negativo, y se presentó el caso en sesión multidisciplinar decidiéndose tratamiento percutáneo de la lesión descrita con radiofrecuencia, con criterios de respuesta completa en la prueba de imagen de control (Figura 2).



Figura 1

Entramado reticular con puntos rojos en endoscopia oral.

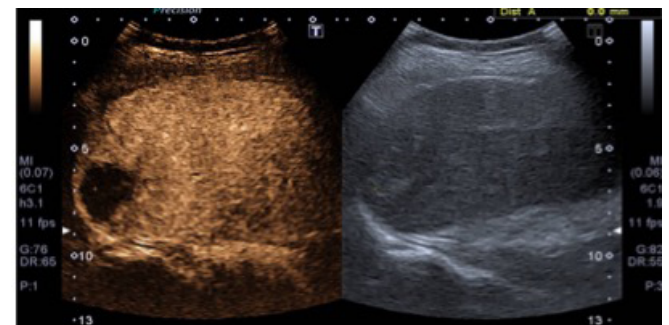


Figura 2

Ausencia de captación de contraste como signo de respuesta completa del tumor.

Discusión

Se han descrito pocos casos que relacionen esta enfermedad con la aparición de un hepatocarcinoma. Además, aunque no se disponga de una confirmación histológica, probablemente esta entidad represente una causa más del síndrome de hipertensión portal idiopática.

CP-060. CARACTERIZACIÓN DE UN MODELO ANIMAL DE ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA

GIL-GÓMEZ, A¹; ROJAS, MA¹; MUÑOZ-HERNÁNDEZ, R¹; GATO, S¹; ROBLES-FRIAS, MJ²; MONTERO-VALLEJO, R¹; DURÁN, R²; AMPUERO, J¹; ROMERO-GÓMEZ, M¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

Los modelos animales de esteatohepatitis no alcohólica descritos hasta el momento no reflejan todas las características clínicas e histopatológicas de la enfermedad, existiendo controversia tanto en el desarrollo de fibrosis avanzada como en la presencia de degeneración hepatocitaria. El objetivo de este estudio es desarrollar un modelo murino de esteatohepatitis no alcohólica que recapitule todos los eventos de la enfermedad en humanos.

Material y métodos

Treinta ratones machos C57BL/6J fueron alimentados con una dieta rica en grasas saturadas y colesterol (HFHCC) (40% Kcal en forma de grasas, 1% colesterol y 42 g/L glucosa/fructosa) (n=25) o una dieta control (n=5) durante 52 semanas. Se analizaron parámetros anatómicos, morfológicos, histológicos (cálculo de NAS y fibrosis por H&E y tricrómico de Masson), bioquímicos (medidos en un autoanализador COBAS INTEGRA 400p) y metabólicos (sobrecarga intraperitoneal de 1mg/g de glucosa, insulina medida por ELISA (Mercodia)).

Resultados

Como se representa en la (Figura 1), los ratones alimentados con dieta HFHCC tuvieron sobrepeso. Macroscópicamente se observó hepatomegalia, coloración amarillenta, friabilidad y aspecto graso. A nivel histológico se detectó una marcada esteatosis macro y microvesicular difusa (>90%) acompañada de una desestructuración de la arquitectura lobulillar, una presencia de focos de infiltrado inflamatorio a nivel lobulillar, portal y periductal, signos de degeneración hepatocitaria en forma de balonización y fibrosis moderada (Figura 2).

Los niveles de AST y ALT aumentaron de manera significativa junto a una alteración en los parámetros del perfil lipídico (Figura 3) y glucídicos (Figura 4), indicando la presencia trastornos metabólicos como la dislipidemia y la resistencia a la insulina.

	Control	HFHCC	p-valor
Peso corporal (g)	42,9±2,1	57,1±9,4	0,006
Peso hígado (g)	1,5±0,04	4,9±1,11	<0,001
Peso hígado/corporal (%)	4,9±0,7	8,8±1,5	<0,001
Tamaño hígado (mm)	31,3±2,1	44,0±6,1	0,007
IMC	3,9±0,7	4,6±0,5	<0,05



Figura 1

Aspectos anatómicos y morfología hepática de ratones Control y HFHCC.

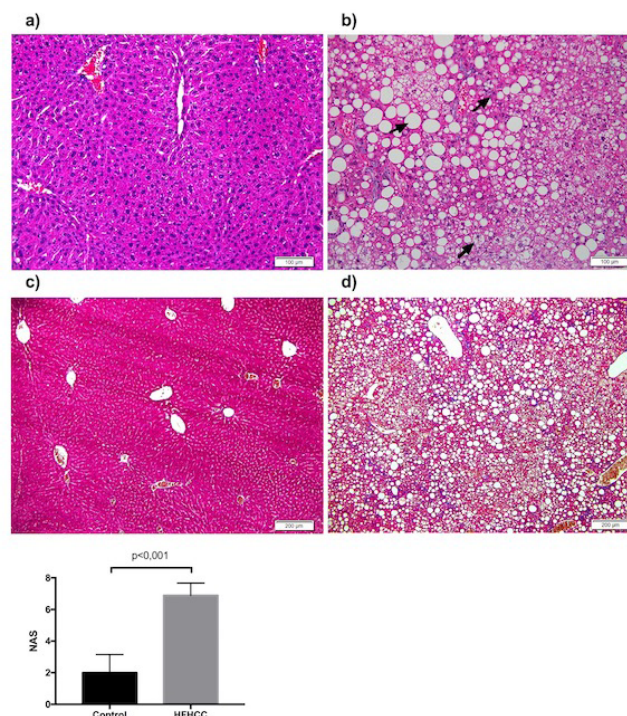


Figura 2

Histología hepática de ratones Control y HFHCC. a) y b) hematoxilina y eosina. Flechas indican esteatosis, inflamación y ballooning. b) y c) Tricrómico de Masson. Cálculo de NAFLD Activity Score.

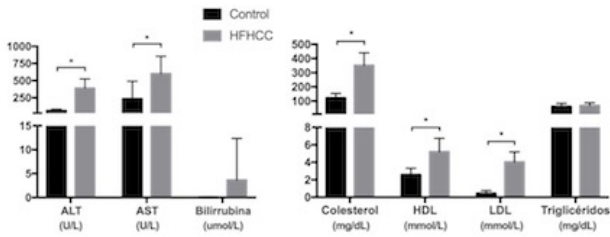


Figura 3 Parámetros bioquímicos en ratones Control y HFHCC. * $p<0,05$.

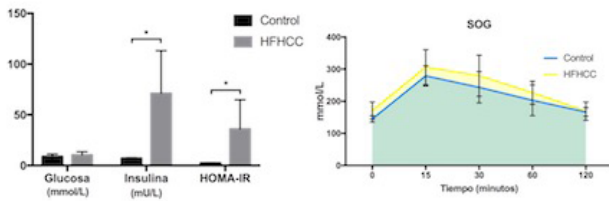


Figura 4 Parámetros metabólicos en ratones Control y HFHCC. * $p<0,05$.

Conclusiones

El modelo animal descrito engloba las principales características clínicas e histológicas que definen la enfermedad en el humano:

- i) obesidad, dislipidemia, resistencia a la insulina y alteraciones en el perfil hepático;
- ii) esteatosis micro-macro vesicular, inflamación, degeneración balonzante y fibrosis.

Este modelo cubre las necesidades en el campo de la investigación traslacional y permitirá la realización de futuros estudios preclínicos.

CP-061. CARACTERIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL GRADO DE FIBROSIS HEPÁTICA EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VHB Y TRANSAMINASAS NORMALES

SAN JUAN LÓPEZ, C¹; CASADO MARTIN, M¹; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, M²; VEGA SÁENZ, JL¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

En los pacientes con infección crónica por virus B (VHB) la existencia de transaminasas (TN) normales se asocia con estado de portador

inactivo (PI) (infección crónica AgHBe negativo) o inmunotolerancia (IT) (infección crónica AgHBe positivo). En ellos la afectación hepática significativa es rara, aunque actualmente disponemos de escasos estudios que evalúen el grado de lesión hepática en estos pacientes.

Nuestro objetivo ha sido conocer las características de los pacientes con infección crónica VHB con TN normales, así como evaluar el daño hepático mediante la medición del grado de fibrosis hepática (FH) e identificar los posibles factores asociados a la misma.

Material y métodos

Incluimos todos los pacientes con infección VHB etiquetados de PI o IT (AgHBs positivo con TN normales en al menos tres determinaciones consecutivas el primer año), atendidos en nuestra consulta desde 2006 a 2016 y con seguimiento >1 año.

Recogimos datos epidemiológicos (edad, sexo, raza, consumo alcohol, IMC), virológicos (DNA viral) y niveles de TN a lo largo del estudio. Evaluamos el grado de FH mediante Elastografía Transicional (ET). Una rigidez hepática (RH) $\geq 7,9$ kPa fue considerada Fibrosis Significativa (FS), una RH $\geq 8,8$ kPa fibrosis grado 3, y RH $\geq 11,7$ kPa fibrosis grado 4 compatible con cirrosis.

Resultados

Incluimos 214 pacientes (208 PI y 6 IT); 60% eran varones, con edad media de 48 años, y 30% inmigrantes. Un 14% reconocía consumo moderado de alcohol. 62% tenían IMC ≥ 25 Kg/m².

Durante el seguimiento, 4% tenía TN alteradas ($<1,5$ VVN). La mayoría (83%) tenían DNA viral <2.000 UI/ml.

Disponemos de datos de FH en 160 pacientes, siendo la RH media de 6,3 kPa. 14% tenía FS, 9% fibrosis grado 3 y 6% fibrosis 4 compatible con cirrosis.

No identificamos asociación entre FS y la edad, sexo, raza, consumo alcohol o niveles DNA. Las variables probablemente asociadas a FS fueron la alteración de las TN (23% vs. 4%, $p=0,005$) y el IMC, ya que la mayoría de pacientes con FS tenía IMC ≥ 25 (88% vs. 5%, $p=0,01$).

Conclusiones

En paciente con infección crónica VHB y TN normales, el daño hepático parece no estar relacionado con los niveles DNA, consumo de alcohol o ser inmigrante. La FS parece estar asociada con las TN alteradas y el IMC elevado.

Es por ello recomendable evaluar el grado de RH con métodos no invasivos en estos pacientes con VHB y TN normales, fundamentalmente en aquellos con TN elevadas en el seguimiento o IMC ≥ 25 .

Características de los pacientes	Total muestra (n=214)
Fases de HCB.	
Infección crónica VHB AgHBe positivo	6
Infección crónica VHB AgHBe negativo	208
Edad media, años	47,9 (D.E. 12,7)
< 55 años	156 (73%)
≥55 años	58 (27%)
Sexo	
Hombre	128 (60%)
Mujer	86 (40%)
Inmigrantes	64 (30%)
Ingesta de alcohol	31 (14%)
IMC media, Kg/m ² . (N=145)	27,09 (D.E. 5,41)
< 25 Kg/m ²	55 (38%)
≥ 25 Kg/m ²	90 (62%)
Transaminasas (N=191)	
No alteradas	183 (96%)
Alteradas	8 (4%)
Carga viral media en infección crónica VHB AgHBe negativo. UI/ml (N=180)	1338,9 (D.E. 4241,81)
< 2000	154 (86%)
2.000-20.000	24 (13%)
≥ 20.000	2 (1%)

Tabla 1
Análisis descriptivo.

	Fibrosis significativa (≥ 7.9 kPa)				P
	Si	%	No	%	
N=160	22	14	138	86	
Edad ≥ 55	7	32	39	28	0.80
Sexo varón	15	68	76	55	0.24
Inmigrantes	5	23	40	29	0.72
Alcohol	6	27	25	18	0.31
IMC:	15	88	70	57	0.01
TN alteradas	5	23	5	4	0.003
CV VHB < 2.000 AgHBe neg	18	90	114	86	1.00
Esteatosis hepática***	13	65	7	21	0.001

IMC, índice de masa corporal; TN, transaminasas; CV VHB, carga viral del virus Hepatitis B; AgHBe neg, pacientes en con infección crónica VHB AgHBe negativo.

Tabla 2
Análisis bivariante.

CP-062. COMPLICACIONES MENOS FRECUENTES EN LA CIRROSIS

VALDÉS DELGADO, T; CORDERO RUIZ, P; MALDONADO PÉREZ, B; BELLIDO MUÑOZ, F; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El síndrome hepatopulmonar (SHP) se caracteriza por un defecto en la oxigenación arterial inducida por una dilatación vascular pulmonar en el contexto de una enfermedad hepática avanzada y/o hipertensión portal.

Caso clínico

Varón de 52 años con historia de cirrosis hepática de origen enólico, estadio C11 de la clasificación de Child-Pugh, diagnosticada en 2009. En abstinencia enólica mayor a 6 meses.

Historial de su enfermedad hepática: dos ingresos previos por descompensación hidrópica, sin episodios previos de PBE pero en tratamiento con norfloxacino por mala función hepática y proteínas bajas en líquido ascítico, en profilaxis primaria por varices esofágicas medianas (VE) con ligadura endoscópica con bandas elásticas (LEVE) y betabloqueantes (propranolol 20 mg/12 horas). Última Eco-Doppler con signos de HTP sin LOEs. Acudió a Urgencias por ascitis y oligoanuria de cinco días de evolución, refiriendo intensa astenia en los últimos cinco meses. No otra sintomatología de interés.

A la exploración física destaca numerosas arañas vasculares en tórax y abdomen, con ascitis no a tensión y marcada circulación colateral (Figuras 1 y 2). Durante su evolución en planta mantuvo importante astenia con platipnea y función hepática estadio C12 Child-Pugh. Paciente pendiente de ser trasladado al Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) para estudio de trasplante hepático (TH). Debido a la llamativa circulación colateral y astenia con platipnea se sospechó la existencia de SHP y solicitamos gasometría arterial (GSA) (pO₂ 67 mmHg) y ecocardiografía con burbujas (ECB) (Figura 3) confirmando ambas pruebas la existencia del mismo.

Durante su hospitalización desarrolló insuficiencia renal prerrenal y episodio de hematemesis franca secundaria a rotura de variz gástrica tratada con cianoacrilato, momento en el cual el paciente es trasladado al HUVR para planteamiento de TH y TIPS si fuera preciso por resangrado.

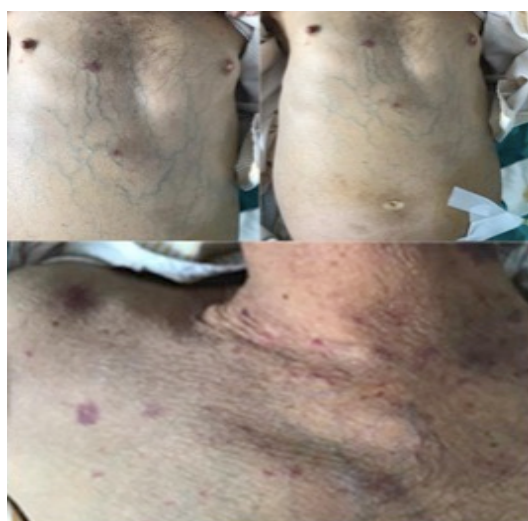


Figura 1
Marcada circulación colateral abdominal y telangiectasias en tórax.



Figura 2

TAC Abdominal c/c iv: Circulación colateral abdominal y torácica.

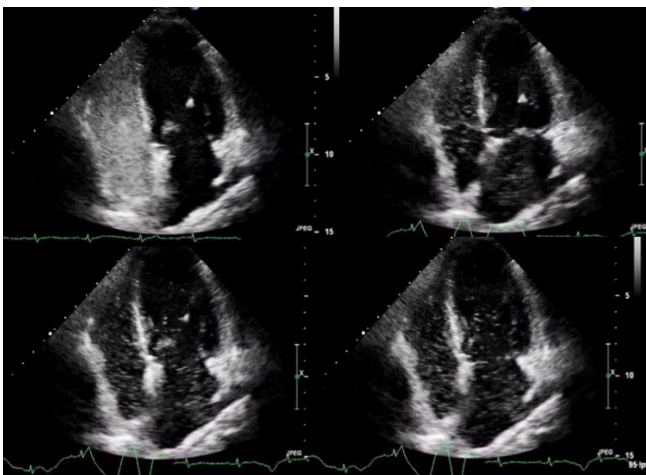


Figura 3

Ecocardiograma con burbujas: Burbujas en cavidades izquierdas al 3-6 ciclos (Shunt intrapulmonar).

Discusión

El SHP es una complicación infradiagnosticada de la enfermedad hepática avanzada o hipertensión portal, con una prevalencia variable entre 5-32% según el estudio. No hay síntomas o signos patognomónicos, lo que dificulta su diagnóstico. Las manifestaciones clínicas características son la platipnea, ortodeoxia junto con marcada circulación colateral abdominal y arañas vasculares. La prueba diagnóstica de elección es la ECB y la gravedad del síndrome se establece con la GSA (<50 mmHg muy grave).

El TH es el único tratamiento eficaz y su presencia es un criterio de priorización en la lista de espera de TH, debido al empeoramiento en el pronóstico y la buena respuesta al post-trasplante, por ello la importancia de su sospecha diagnóstica en nuestra práctica clínica habitual.

CP-063. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS RÉGIMENES PANGENOTÍPICOS PACIENTES VHC EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

PUYA GAMARRO, M¹; GÓMEZ ESPEJO, SM¹; BISSO ZEIN, JK¹; GÁLVEZ FERNÁNDEZ, RM¹; RIVAS RUIZ, F²; SÁNCHEZ CANTOS, AM¹; ROSALES ZABAL, JM¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²UNIDAD INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

Actualmente, existen combinaciones de fármacos que pueden utilizarse en todos los genotipos del virus de la hepatitis C (VHC).

El régimen sofosbuvir/velpastavir (SOF/VEL) 12 semanas, ha mostrado eficacia en pacientes con genotipos 1-6, tanto mono/coinfected por VIH, con/sin cirrosis compensada.

El régimen glecaprevir/pibrentasvir (GLE/PIB) ha mostrado eficacia en pacientes con genotipos 1-6, tanto mono/coinfected por VIH, con/sin cirrosis compensada. Permite utilizar pautas de 8 semanas y no precisa ajuste de dosis en insuficiencia renal.

Nuestros objetivos fueron analizar eficacia y seguridad de las combinaciones pangenotípicas en una cohorte de pacientes VHC en práctica clínica real.

Material y métodos

Estudio observacional de pacientes VHC, tratados con regímenes pangenotípicos en nuestro centro desde abril de 2017 hasta julio de 2018. Utilizamos media y desviación estándar para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas.

Resultados

159 pacientes iniciaron tratamiento con formulaciones pangenotípicas, 64 tratados con SOF/VEL (grupo 1), 95 con GLE/PIB (grupo 2), analizando aquellos que finalizaron tratamiento y se evaluó respuesta viral (RVS12). En ambos grupos hubo predominio masculino (65,6% y 55,8% respectivamente) con edad media de 54 y 52 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial (23,4% y 10,5%) seguida de la diabetes (11%) en el grupo 1 y neoplasias sólidas en el grupo 2 (5,3%). De los genotipos tratados (Figuras 1-2), el más frecuente fue el 3 (53,1%) en el grupo 1 y el 1a en el grupo 2 (35,8%). El estadio más frecuente fue F0-F1 (35,9% y 72,6%) (Figuras 3 y 4). El 23,4% de pacientes del grupo 1 eran cirróticos y el 2,1% del grupo 2, con un MELD Score medio de 9,2 y 6,5 respectivamente, y siendo estadio A5 de Child-pugh el más frecuente en ambos. El 75% y el 78,7% eran naïves, seguidos de recidivantes (10,9% y 7,4%). La duración del tratamiento fue 12 semanas en el 96,9% del grupo 1 y 8 en el 97,9% del grupo 2. Completaron el tratamiento 99 pacientes, alcanzando la RVS el 96%. Hubo 4 fracasos, 3 en el grupo 1 y 1 en el 2. Como efectos adversos destacamos un hepatocarcinoma en el grupo 1 y un paciente con prurito en el grupo 2.

Genotipo pacientes tratados con SOF/VEL

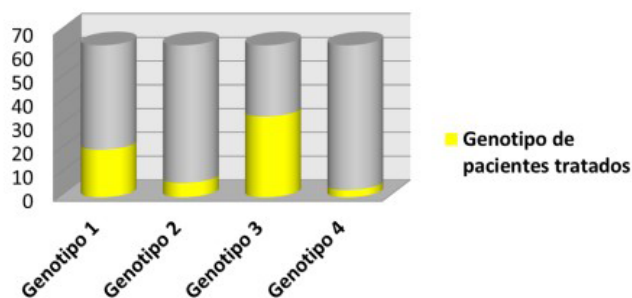


Figura 1

Genotipo de pacientes tratados con GLE/PIB

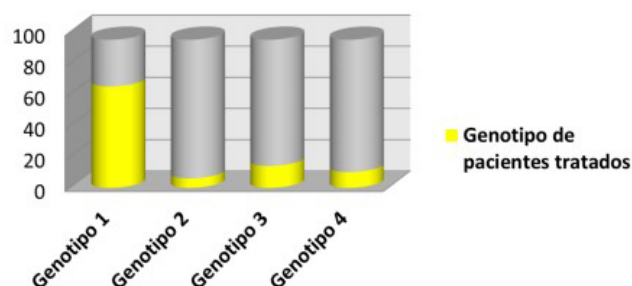


Figura 2

Grado de fibrosis de pacientes tratados con SOF/VEL

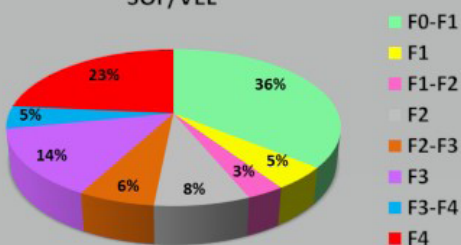


Figura 3

Grado de fibrosis de pacientes tratados con GLE/PIB

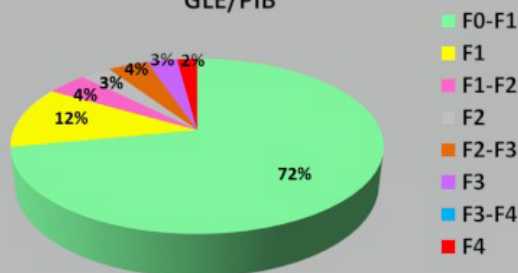


Figura 4

Conclusiones

Las combinaciones pangenotípicas consiguen una elevada tasa de RVS en el tratamiento del VHC, presentándose como una opción segura y eficaz que permite tratar con éxito a la mayoría de pacientes. La combinación de SOF/VEL permite tratar a pacientes con cirrosis descompensada de forma segura y eficaz y GLE/PIB permite acortar la duración del tratamiento a 8 semanas.

CP-064. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ELBASVIR/GRAZOPREVR EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA VHC. RESULTADOS EN PRÁCTICA REAL EN NUESTRO CENTRO.

PUYA GAMARRO, M¹; BISSO-ZEIN, JK¹; GÓMEZ ESPEJO, SM¹; FERNÁNDEZ GÁLVEZ, RM¹; RIVAS RUIZ, F²; SÁNCHEZ CANTOS, AM¹; ROSALES ZABAL, JM¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²UNIDAD MATEMÁTICA APLICADA Y ESTADÍSTICA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

En la actualidad, las terapias de referencia para el virus de la hepatitis C (VHC) son los antivirales de acción directa (AAD). La combinación elbasvir (EBV) y grazoprevir (GZR) está indicada en genotipos 1 y 4. Su eliminación es, casi exclusivamente, en heces, <1% por vía renal, lo que supone una opción para pacientes con insuficiencia renal crónica.

Nuestros objetivos fueron analizar la eficacia y seguridad de EBV/GZR en una cohorte de pacientes con VHC en práctica real.

Material y métodos

Estudio observacional de pacientes con VHC genotipos 1 y 4, cirróticos y no cirróticos, tratados con EBV/GZR desde diciembre de 2016 a mayo de 2018. Se utilizó media y desviación estándar para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas.

Resultados

52 pacientes iniciaron tratamiento con EBV/GZR. Fueron analizados aquellos que finalizaron el tratamiento y se evaluó respuesta viral (RVS12) (n=43, 88,8%). El 100% eran caucásicos, 53,8% varones, con edad media de 57 años. Un 38,5% fumaba, 1,9% consumía alcohol y 3,8% otros tóxicos. La hipertensión arterial (28,8%), la diabetes (11,5%) y la insuficiencia renal (11,5%) fueron las comorbilidades más frecuentes. Un 5,8% recibían hemodiálisis. El 7,7% presentaban coinfección VIH. La mayoría eran naïve (80,8%), no cirróticos (80,8%) y genotipo 1 (73,1%) (1b 97,4%, 1a 2,6%), siendo genotipo 4 26,9% (Figura 1). El estadio de fibrosis más frecuente por fibroscan fue F0-F1 en el 37,2% seguido de F4 (17,6%). Los pacientes cirróticos (19,2%) tenían un MELD medio de 12. La duración del tratamiento fue de 12 semanas en todos los casos, sin uso de ribavirina. Se alcanzó RVS en 88,8% (2 fracasos, ambos VIH y cirróticos, con MELD

de 19 y de 6 y genotipos 4 y 1b respectivamente). Ningún paciente presentó efectos adversos graves ni ingresos relacionados con el tratamiento.



Figura 1

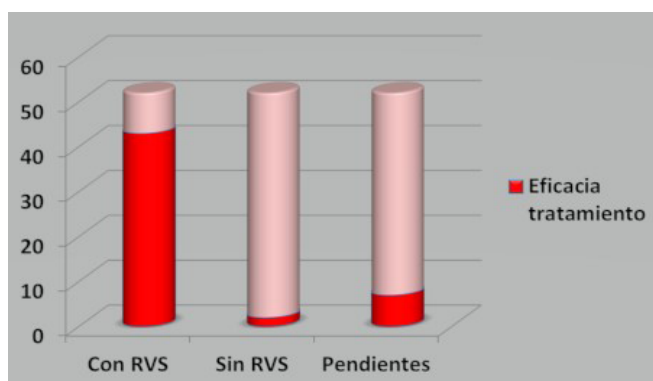


Figura 2

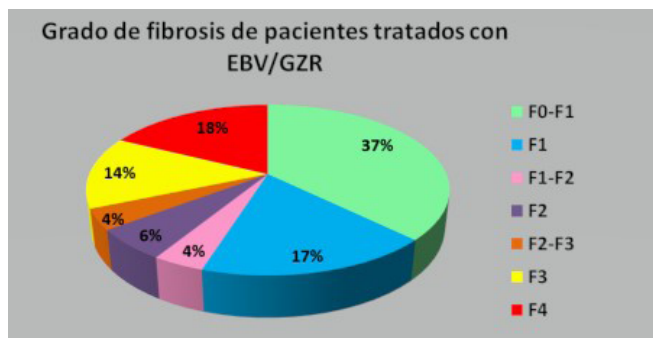


Figura 3

Conclusiones

En nuestra cohorte de pacientes con hepatitis crónica VHC, el uso de EBV/GZR consigue altas tasas de RVS con un gran perfil de seguridad, comparable a los datos observados en los ensayos clínicos. Sin embargo, la aparición de las nuevas combinaciones pangenotípicas quizás limite su uso, si bien puede ser una buena alternativa en determinados subgrupos.

CP-065. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ELBASVIR/GRAZOPREVR EN PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR VHC: RESULTADOS DE PRÁCTICA REAL EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA

PUYA GAMARRO, M¹; GÁLVEZ FERNÁNDEZ, RM¹; GARCÍA CORTÉS, M²; ORTEGA ALONSO, A²; PALOMINO LUQUE, P³; MOSCARDÓ CARDONA, JM⁴; GARCÍA ESCAÑO, MD²; RICO CANO, A³; ALCÁNTARA BENÍTEZ, R²; MARTÍNEZ BURGOS, M³; GONZÁLEZ GRANDE, R³; JIMÉNEZ PÉREZ, M³; RIVAS RUIZ, F⁵; ROSALES ZÁBAL, JM¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ³UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. ⁴UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA SERRANÍA, RONDA. ⁵UNIDAD INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

La combinación elbasvir/grazoprevir (EBV/GZR) ha demostrado altas tasas de curación y buen perfil de seguridad en ensayos controlados aleatorizados de pacientes con infección crónica por virus de la hepatitis C (VHC) genotipos 1 y 4. Su eliminación es, casi exclusivamente, en heces, <1% por vía renal, lo que supone una opción para pacientes con insuficiencia renal crónica.

Nuestros objetivos fueron evaluar la eficacia y seguridad de EBV/GZR en una cohorte de pacientes con VHC en práctica real.

Material y métodos

Estudio observacional multicéntrico de una cohorte de pacientes con VHC genotipos 1 y 4, cirróticos y no cirróticos, tratados con EBV/GZR en cuatro centros hospitalarios de segundo y de tercer nivel de la provincia de Málaga, desde diciembre de 2016 a mayo de 2018, incluyendo aquellos con datos de respuesta viral a las 12 semanas (RVS12) de completar el tratamiento. Se analizaron los datos demográficos, clínicos y virológicos, y se registraron los eventos adversos (EA).

Resultados

Se incluyeron en el estudio 116 pacientes. La mayoría eran hombres (64,7%), de raza caucásica (94,8%) con una edad media de 59 años (rango: 18-83 años). Un 28,4% fumaba, 7,8% consumía alcohol y 3,4% otros tóxicos. El 1% y el 3,5% fueron coinfectados con VHB y VIH respectivamente. Respecto a las comorbilidades, la hipertensión arterial (17,2%) y la insuficiencia renal crónica (9,5%) fueron las más frecuentes, siendo el índice de Charlson medio de 4 (σ 2,5). El 82,8% eran genotipo 1 (1a, 8,6%; 1b, 74,2%) y el 17,2% genotipo 4. 20 pacientes (17,2%) fueron cirróticos según FibroScan (Figura 1) con un Child-Pugh A5 y un MELD 8 de media. La duración del tratamiento fue de 12 semanas (94%), 16 semanas (3,4%), 24 semanas (1,7%) y 8 semanas (0,9%). En 5 pacientes (4,3%) se

asoció ribavirina. Los fármacos más frecuentes consumidos por los pacientes fueron los IBPs (34,5%), IECAs (31,4%), antidepresivos (19,8%) y AINEs (16,4%) (Figura 2). Se pudo analizar RVS12 en 108 de los 116, alcanzándose en el 97,22%. Dos pacientes experimentaron EA, y se interrumpió el tratamiento en uno.

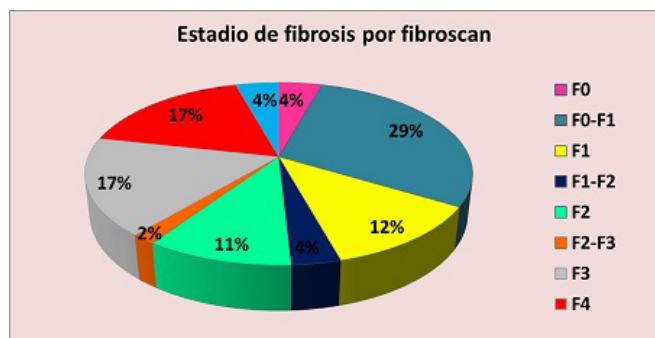


Figura 1

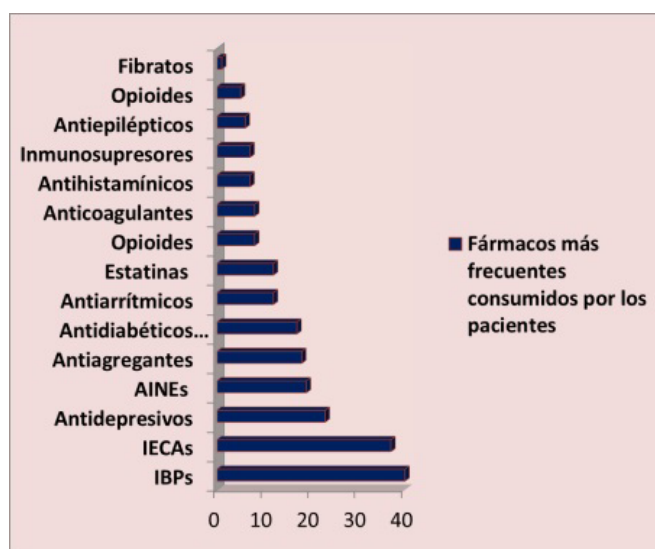


Figura 2

Conclusiones

El uso de EBV/GZR en práctica clínica real consigue tasas de RVS muy elevadas y comparables a los estudios de registro, con un buen perfil de seguridad aún siendo pacientes con un índice de comorbilidades no despreciable.

CP-066. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN VHC GENOTIPO 3 EN LA ERA DE LOS ANTIVIRALES DIRECTOS. ¿SUPONEN LOS NUEVOS FÁRMACOS PANGENÓMICOS UNA GRAN DIFERENCIA FRENTE A LOS NO PANGENÓMICOS EN G3?

GÓMEZ ESPEJO, SM¹; PUYA GAMARRO, M¹; BISSO ZEIN, JK¹; GÁLVEZ FERNÁNDEZ, RM¹; RIVAS RUIZ, F²; SÁNCHEZ CANTOS, A¹; ROSALES ZABAL, JM¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²UNIDAD INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

La irrupción de los fármacos antivirales de acción directa (AAD) ha revolucionado el tratamiento del VHC consiguiendo tasas de curación próximas al 100%. Sin embargo tanto en los estudio de registro como en los datos de vida real, la eficacia en genotipo 3 ha sido sensiblemente más baja. Las nuevas formulaciones pangenómicas, parecen ser más eficaces frente a G3 que formulaciones previas.

Objetivo

Analizar la eficacia y seguridad de los AAD en el tratamiento de los pacientes con genotipo 3 y las diferencias entre combinaciones no pangenómicas y las pangenómicas.

Material y métodos

Estudio observacional de pacientes con VHC genotipo 3, cirróticos y no cirróticos, tratados con fármacos de acción directa, desde enero de 2015 a julio de 2018 en el área del Hospital Costa del Sol.

Resultados

83 pacientes genotipo 3 iniciaron tratamiento con AAD. Fueron analizados aquellos que finalizaron el tratamiento y se evaluó respuesta viral (RVS12) (n=69, 92,8%). El 98% eran caucásicos, 75% varones, con edad media de 51 años. Un 62% fumaba, 1% consumía alcohol y 5% otros tóxicos. La hipertensión arterial (13%), la diabetes (6%), los trastornos tiroideos (6%) y la hiperuricemia (5%) fueron las comorbilidades más frecuentes. El 5% presentaban coinfección VIH. La mayoría eran naïve (75,4%), no cirróticos (65%). Los pacientes cirróticos (35%), un 82% tenían un MELD < ó =8. Se constató resistencia insulínica en 31,3% (10/32). La duración del tratamiento más frecuente fue de 12 semanas (72%). 46,4% fueron tratados con AAD no pangenotípicos (1,45% con SOF/RBV, 18,8% SOF/DCV, 18,8% SOF/DCV/RBV, 1,45% SOF/LDV, 5,8% SOF/LDV/RBV) y 53,6% con pangenotípicos (43,5% SOF/VEL, 1,45% SOF/VEL/RBV, 8,7% GLE/PBR). La RVS global fue del 92,8% (90,6% con no pangenotípicos y 94,6% con los pangenotípicos, p=0,657). Dos pacientes presentaron efectos graves con desenlace fatal.

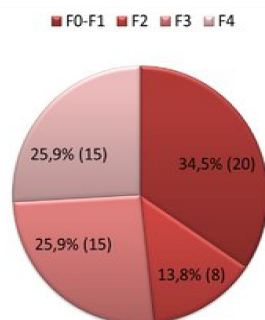


Figura 1

Estado fibroscan previo.

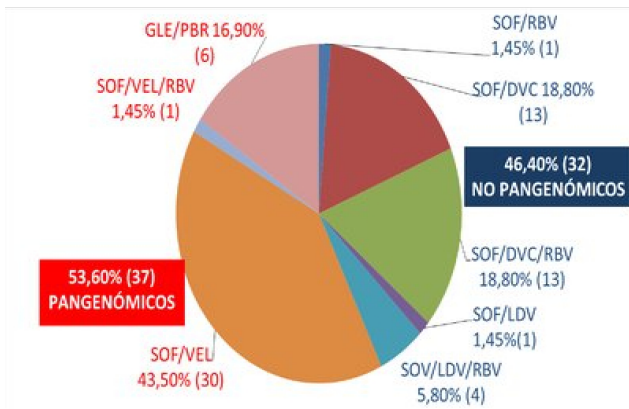


Figura 2
AAD empleados.

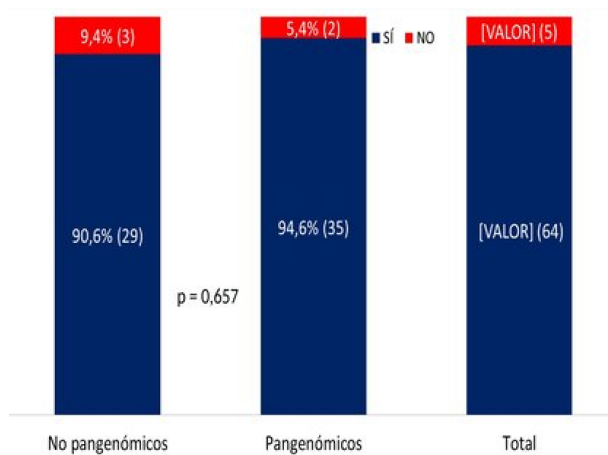


Figura 3
RVS12S.

Conclusiones

En nuestro estudio las tasas de RVS en genotipo 3 son elevadas, no encontrando diferencias significativas entre las combinaciones “clásicas” no pangenómicas respecto a las nuevas formulaciones pangenómicas. Los eventos adversos, aunque escasos, fueron más frecuentes y graves con las formulaciones clásicas no pangenómicas.

CP-067. ETIOLOGÍA Y POTENCIALES FACTORES PREDICTIVOS DE COMPLICACIONES DE LAS HEPATITIS AGUDAS EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS EN LA PROVINCIA DE HUELVA. ESTUDIO RETROSPECTIVO.

RODRÍGUEZ MONCADA, R¹; MARAVER ZAMORA, M¹; GONZÁLEZ MACIA, A²; CABELLO FERNÁNDEZ, A¹; LEÓN LUQUE, M¹; GONZÁLEZ ZAMORANO, S¹; GÓMEZ DELGADO, E¹; BEJARANO GARCÍA, A¹

¹UNIDAD INTERCENTROS APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ²SERVICIO MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA

Introducción

En los últimos años hemos detectado un aumento de hepatitis agudas (HA) en nuestra provincia. El objetivo es comunicar y analizar su etiología, buscando justificación epidemiológica e intentando identificar factores predictivos de complicaciones.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyen las HA confirmadas (=hipertransaminasemia >10 veces su valor normal) en nuestra provincia en los últimos diez años. Se analizan mediante SPSS 20.0 características demográficas basales, antecedentes epidemiológicos, presencia de comorbilidades y desarrollo de complicaciones (exitus, trasplante, fallo hepático). Se utilizan tablas de contingencia y test de chi-cuadrado para analizar la asociación entre variables categóricas dicotómicas con distribución normal, previo análisis de fiabilidad alfa de Cronbach, y regresión logística multivariante para identificar factores predictivos de complicaciones.

Resultados

Se incluyen 213 pacientes mayores de 18 años procedentes de una población de 425.000 habitantes (casos confirmados entre enero 2007 y diciembre 2017). 160 (75,1%) hombres y 53 mujeres (24,9%), edad media 48,46 años ± DS 16,68. Mostramos distribución etiológica en gráfico sectorial (Figura 1), siendo la hepatitis alcohólica aguda (HAA) la única causa ocasional de hipertransaminasemia <10 veces su valor normal pero cumpliendo los criterios diagnósticos de la misma.

Se detectan picos de HAA en 2013 y 2017, coincidiendo con campañas locales frente al etilismo. Otro pico de incidencia por VHA en 2017 y por VHB en 2014 (p<0,05) (Figura 2). El primero se asociaba a conductas sexuales de riesgo (p=0,05), no así a la orientación sexual. En el análisis univariado, el riesgo de complicaciones se asoció a las etiologías farmacológica y VHB (p<0,05), pero ambas quedaban excluidas en el multivariante.

Las comorbilidades sí se asociaron a riesgo de complicaciones, sobre todo la insuficiencia renal (OR 9,43, IC 95%, p=0,02) y la hepatopatía (OR 7,19, IC95%, p=0,04). No se encontró relación entre estancia media y ninguna variable, sí entre grupos de edad y determinadas causas (p<0,001): Víricas entre segunda y cuarta décadas de la vida, enólica y farmacológica entre la cuarta y sexta décadas. No se demostró mayor riesgo de complicaciones por edad o coinfección VIH (Figura 3).

Conclusiones

En nuestro medio, las hepatitis víricas (VHB y VHA), la HAA y la toxicidad farmacológica son las principales causas de hepatitis

aguda. Se detectó un pico de incidencia de VHA en 2017 y de VHB en 2014, ambos asociados a conductas sexuales de riesgo. La presencia de comorbilidades (insuficiencia renal y hepatopatía crónica) aumentaron el riesgo de desarrollar complicaciones, no así el sexo, la edad ni la coinfección VIH.

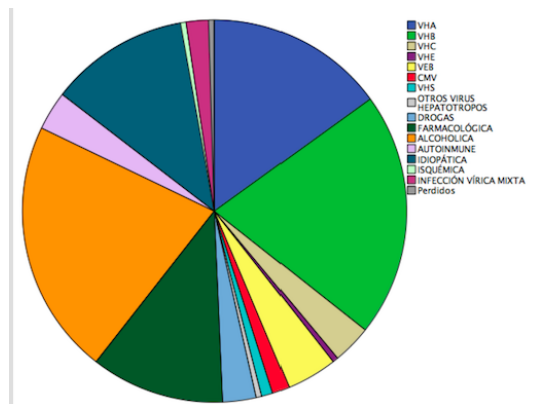


Figura 1 Etiología hepatitis agudas últimos 10 años en la provincia de Huelva.

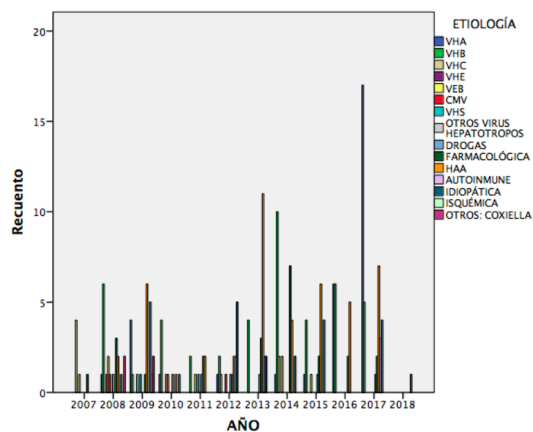


Figura 2 Distribución etiología por año.

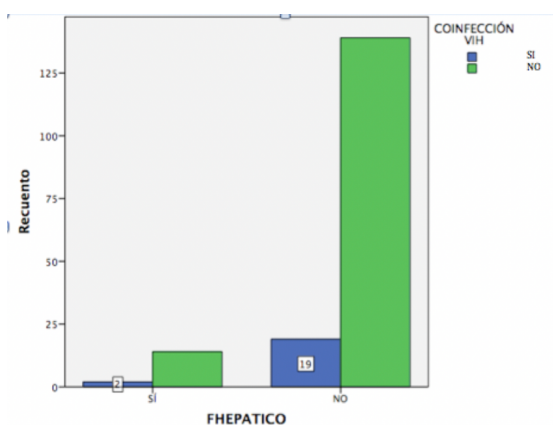


Figura 3 Ausencia de asociación entre fallo hepático y confección VIH.

CP-068. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA EN LA FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA POR VIRUS C: CORRELACIÓN CON LOS DATOS ECOGRÁFICOS

PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; MORENO MORALEDA, I; HALLOUCH TOUTOUH, S; AMADO VILLANUEVA, PP; LÓPEZ GONZÁLEZ, J; CASADO MARTÍN, M; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La respuesta viral sostenida (RVS) tras tratamiento antiviral en pacientes con hepatitis crónica por virus C (VHC) se asocia con una disminución de la fibrosis hepática (FH) evaluada mediante elastografía transicional (ET), aunque si la FH se evalúa histológicamente los datos son menos robustos, poniendo en duda la correlación entre la reducción de la rigidez hepática (RH) y los signos ecográficos de cirrosis tras la RVS.

El objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar el impacto de la RVS en pacientes con cirrosis hepática VHC sobre la FH evaluada mediante ET y su correlación con la evolución de los signos ecográficos de cirrosis.

Material y métodos

Se han evaluado los pacientes cirróticos compensados e infectados por VHC tratados con antivirales de acción directa y con RVS en el Hospital Torrecárdenas, de los que se disponía de ET y ecografía de abdomen antes y después de la RVS. Los pacientes incluidos tenían una RH antes del tratamiento >12,5 kPa y una ecografía con hallazgos sugerentes de cirrosis hepática: bordes irregulares o lobulados, parénquima tosco o heterogéneo, dilatación de la vena porta, o hipertrofia del lóbulo caudado.

Resultados

Se han analizado un total de 16 pacientes, 12 varones (75%) con una edad media de 61 años. El 81% presentaba infección por Genotipo 1, un 6% por genotipo 3 y el resto por genotipo 4.

La RVS se asoció con un descenso significativo de la RH (23,3 kPa vs. 13 kPa) (P21 kPa (cirrosis hepática con hipertensión portal clínicamente significativa). Tras la RVS tan sólo dos pacientes tenían una RH mayor de 21 kPa. Sin embargo la ecografía abdominal tras la RVS mostró signos de cirrosis hepática en todos los pacientes salvo en dos, en los que éstos desaparecieron (ambos pacientes con RH tras RVS compatible con F2).

Conclusiones

la RVS tras tratamiento antiviral en pacientes con cirrosis hepática se asocia con una importante mejoría de la FH evaluada mediante ET, mostrando regresión de la cirrosis en más de la mitad de los pacientes, sin embargo los signos ecográficos de cirrosis persisten, poniendo en duda dicha regresión. Es por ello que, hasta que

dispongamos de más datos, parece recomendable mantener el screening semestral de carcinoma hepatocelular en todos los pacientes con cirrosis hepática VHC tras la RVS independientemente de las cifras de RH.

CP-069. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL EN EL GRADO DE FIBROSIS HEPÁTICA DE PACIENTES CON HEPATITIS B CRÓNICA

HALLOUCH TOUTOUH, S; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; MORENO MORALEDA, I; LÓPEZ GONZÁLEZ, J; AMADO VILLANUEVA, P; CASADO MARTIN, M; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

En la hepatitis crónica por el virus de la hepatitis B (VHB), el tratamiento con análogos de nucleótidos/nucleósidos se asocia con una supresión de la replicación viral (RV). Existen evidencias en los estudios de registro, que dicha supresión mantenida en el tiempo puede dar lugar a una regresión de la fibrosis/cirrosis en algunos pacientes.

El objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar la evolución de la fibrosis hepática (FH) mediante elastografía transicional (ET) en pacientes con hepatitis crónica VHB, sometidos a tratamiento antiviral.

Material y métodos

Se han analizado retrospectivamente los 154 pacientes con hepatitis crónica VHB tratados con entecavir o tenofovir entre 2010 y 2018, en el hospital Torrecárdenas de Almería. De ellos, se han seleccionado aquellos con supresión de la RV y en los que disponíamos de evaluación del grado de FH mediante ET:

- 1) antes de iniciar el tratamiento antiviral o en los 6 primeros meses del mismo;
- 2) tras al menos un año de obtenerse supresión de la RV.

Resultados

Hemos incluido a 40 pacientes (9 tratados con entecavir y 31 con tenofovir). Un 45% eran mujeres, con una edad media de 47 ± 12 años. Al inicio del tratamiento antiviral la media de rigidez hepática (RH) fue $7,69 \pm 6,35$ kPa. Un 32% de los pacientes tenían fibrosis significativa (RH $>7,2$ kPa). Tres pacientes (7,5%) tenían FH grado 3 y 4 (10%) FH grado 4 (cirrosis hepática).

Tras la supresión de la replicación viral se apreció un descenso significativo tanto de la RH media ($7,69$ kPa vs. $5,76$ kPa) ($p < 0,001$) como de los pacientes con FH significativa (32% vs. 7%, $p < 0,001$), sin objetivarse diferencias en los pacientes tratados con tenofovir

o con entecavir. No se apreció empeoramiento del grado de FH en ningún paciente. Si tenemos en cuenta únicamente los pacientes con RH basal igual o mayor de F2, (13 pacientes), un 85% de ellos mostraron un descenso de la RH, de forma que la totalidad de pacientes F2 pasaron a F0-F1 y la totalidad de pacientes F3 pasaron a F2 (1 paciente) o a F0-F1 (2 pacientes).

De los 4 pacientes con cirrosis hepática, un 50% pasaron a F0-F1, los dos restantes no mostraron cambios en su estadio de FH, aunque uno de ellos mostró un claro descenso de la RH (29 vs. 17 kPa).

Conclusiones

La supresión mantenida de la RV tras tratamiento con antivirales en pacientes con hepatitis crónica VHB, se asocia con un importante descenso de la FH evaluada mediante ET, condicionando en algunos pacientes regresión de la cirrosis. Sin embargo es necesario una confirmación histológica de estos hallazgos para establecer una correlación entre el descenso de la RH y la FH.

CP-070. HEMOPERITONEO SECUNDARIO A CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC)

LEAL TÉLLEZ, J; CARNERERO RODRÍGUEZ, JA; MORENO GARCÍA, AM; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

Una de las complicaciones del CHC es la rotura espontánea del tumor con hemorragia peritoneal, que se produce en el 3-15% de los casos.

Caso clínico

Mujer de 56 años con cirrosis hepática origen mixto (VHC y alcohol) estadio CHILD C 10 con CHC multicéntrico tratado con quimioembolización-transarterial (QETA) y ascitis refractaria a tratamiento diurético. Como tratamiento de esta última, se realiza paracentesis evacuadora programada con extracción de 5 litros de líquido ascítico hemático. Se realiza analítica apreciando anemia brusca (Hb 4,9 g/dl) con estabilidad hemodinámica. Ante los hallazgos se somete a tomografía computerizada (TC) abdominal identificando una recidiva tumoral de CHC en segmento 3, con crecimiento exofítico (Figuras 1 y 2), como probable lesión causante del hemoperitoneo; además se observaron múltiples nódulos milimétricos en ambos lóbulos hepáticos compatibles con CHC. Inicialmente se realiza manejo conservador con transfusión de hemoderivados y vigilancia hospitalaria; ante la persistencia de anemia con necesidad de múltiples transfusiones se decide realizar tratamiento de la lesión de segmento 3 hepático mediante quimioembolización con partículas de polivinil-alcohol (Figura 3). Tras lo que se consigue controlar el sangrado, con posterior alta hospitalaria. Un mes tras el alta la paciente ingresó con fracaso renal agudo y falleció.

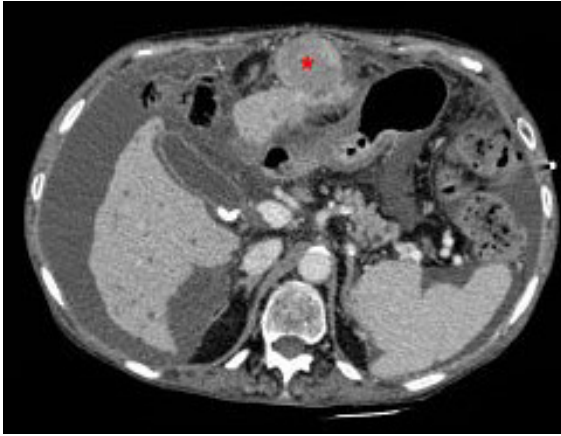


Figura 1

Corte axial de TC abdominal en fase portal en la que se identifica CHC con crecimiento exofítico en segmento 3 (asterisco).

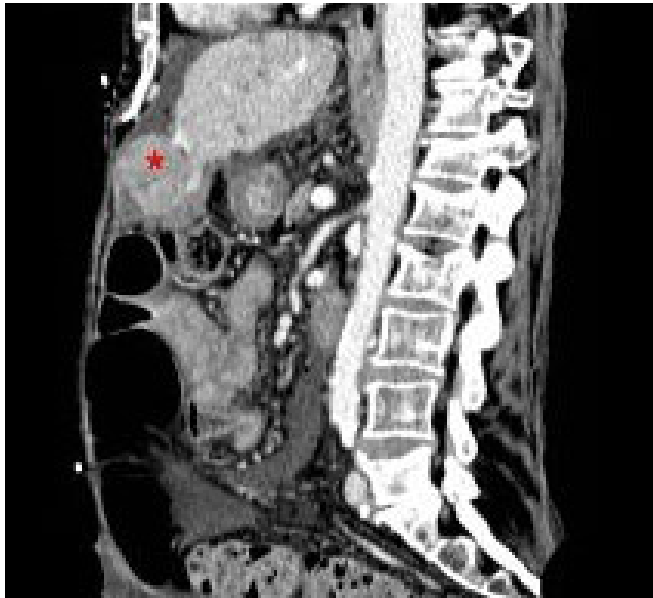


Figura 2

TC abdominal plano sagital en el que se señala CHC en segmento 3 (asterisco).

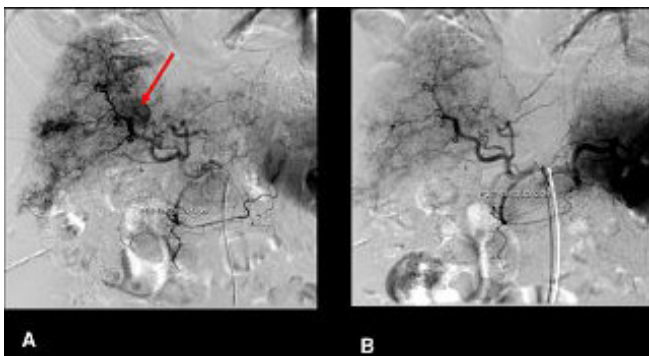


Figura 3

En la imagen A se muestra vascularización de lesión redondeada compatible con CHC en segmento 3 hepático (flecha). En la imagen B, posterior a la embolización, esta zona no recibe aporte vascular.

Discusión

La manifestación clínica más frecuente es el dolor abdominal agudo, que acompañado de shock hemodinámico suele conllevar mal pronóstico. El diagnóstico suele requerir una sospecha clínica elevada, y se realiza en base a pruebas de imagen (TC abdominal dinámico) y confirmación del hemoperitoneo mediante paracentesis diagnóstica. El tratamiento mediante procedimientos quirúrgicos suele conllevar una elevada mortalidad y deterioro de la función hepática. Actualmente hay un incremento en la realización de procedimientos vasculares intervencionistas, que controlan el sangrado en la fase aguda en un elevado porcentaje de casos y no producen un deterioro menor de la función hepática. Estos procedimientos son unas técnicas seguras capaces de mejorar la supervivencia de estos pacientes. La mortalidad por rotura de CHC es alta (25-75%), observándose fallo hepático en un elevado porcentaje de casos (12-42%). La existencia de valores de bilirrubina elevados al ingreso y la existencia de shock hemodinámico son factores de mal pronóstico.

CP-071. HEPATOCARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS SOBRE ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA

MORENO MORALED A, I; HALLOUCH TOUTOUH, S; DELGADO MAROTO, A; CABEZA ABATI, E; SAN JUAN LÓPEZ, C; JORDÁN, T

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El hepatocarcinoma de células claras es una variante poco frecuente de carcinoma hepatocelular, que se ha relacionado con esteatohepatitis no alcohólica en pacientes diabéticos. A continuación, describimos el caso de un paciente sin antecedentes de hepatopatía al que se diagnostica de forma casual este tipo de tumor.

Caso clínico

Varón de 80 años, no bebedor habitual, con antecedente de diabetes tipo II de 15 años de evolución, que ingresa en Servicio de Medicina Interna por cuadro de infección respiratoria de vías bajas, hallándose de forma casual en analítica un patrón de colestasis disociada (GGT 229 U/l, fosfatasa alcalina 173 U/l, bilirrubina total 0,93 mg/dl) y bicitopenia de varios meses de evolución (Hb 9,8 g/dl, 91.400 /ul plaquetas). Se realiza biopsia de médula ósea cuyos resultados muestran cambios histológicos compatibles con mielodisplasia.

Posteriormente, se realiza TC con contraste IV de abdomen en el que se objetiva una lesión en segmento VIII/VII hepático de unos 8 cm de eje mayor, heterogénea, que muestra captación arterial precoz y lavado en fase tardía, sobre hígado con parénquima esteatósico. Se realiza biopsia hepática con aguja gruesa cuyos resultados anatómo-patológicos e inmunohistoquímicos revelan hepatocarcinoma variante de células claras OCH1E5 positivo/PAX-8 negativo. El estudio de extensión resultó negativo, decidiéndose

quimioembolización transarterial (TACE) con fin paliativo, descartándose trasplante hepático por la edad y otras técnicas curativas por el gran tamaño tumoral.

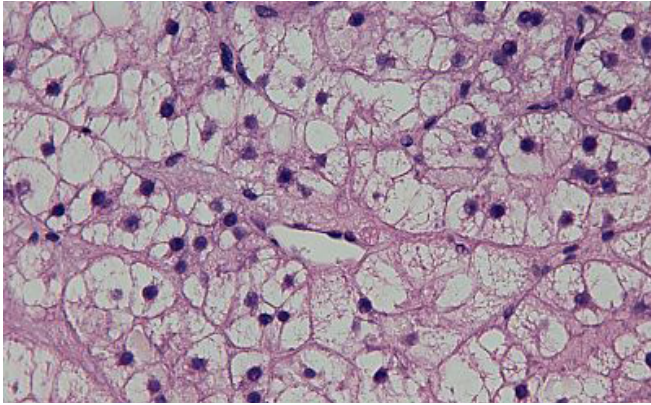


Figura 1
Hepatocarcinoma de células claras (tinción hematoxilina-eosina)

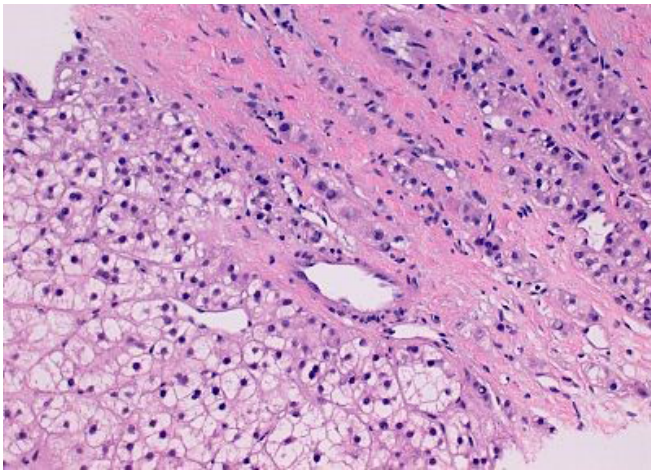


Figura 2
Transición hepatocarcinoma/parénquima normal

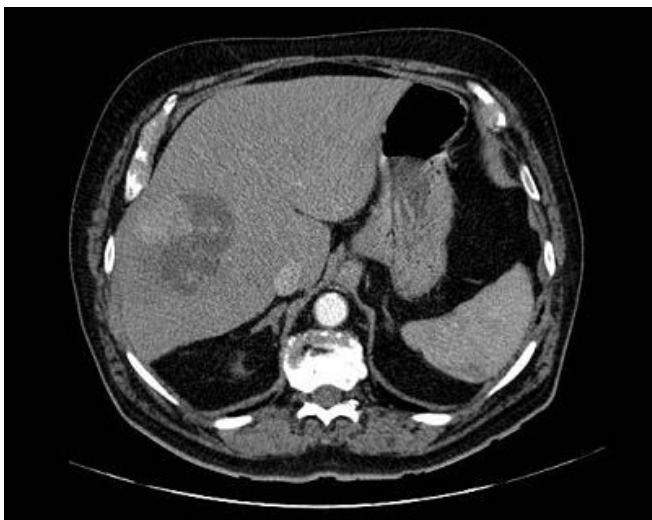


Figura 3
TC de abdomen con contraste

Discusión

El hepatocarcinoma de células claras es una variante infrecuente y altamente diferenciada de carcinoma hepatocelular, con una incidencia en torno al 2,2-6,7% en las últimas series publicadas. Se caracteriza por una proporción de células tumorales mayor del 30% con citoplasma claro en la tinción de hematoxilina-eosina, debido a la acumulación de grandes cantidades de glucógeno o lípidos, siendo el pronóstico mejor cuanto mayor es el porcentaje de células claras tumorales. Entre las características diferenciales destacan una mayor prevalencia en el sexo femenino, menor tamaño tumoral y menor tasa de invasión vascular, lo que determina un mejor pronóstico con respecto a otros carcinomas hepáticos primitivos. Las técnicas inmunohistoquímicas constituyen la herramienta fundamental para el diagnóstico diferencial entre hepatocarcinoma de células claras y metástasis de carcinoma de células claras, sobre todo de origen renal, por presentar un patrón histológico similar. Para ello se determina PAX-8 (marcador de carcinoma renal) y OCH1E5 (Hepatocyte Specific Antigen). El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, aunque se pueden considerar otras opciones terapéuticas en función del tamaño y la localización tumoral.

CP-072. HEPATOCARCINOMA EN PACIENTE SIN CIRROSIS HEPÁTICA CON RESPUESTA VIROLÓGICA SOSTENIDA TRAS EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

ROA COLOMO, A; MARTÍN-LAGOS MALDONADO, A; DÍAZ ALCÁZAR, MM; DIÉGUEZ CASTILLO, C; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; SALMERÓN ESCOBAR, FJ; RUIZ ESCOLANO, E

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) es uno de los principales factores de riesgo de cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular (CHC). Al contrario que el virus de la hepatitis B (VHB), la aparición de hepatocarcinoma en un paciente con infección crónica por VHC sin cirrosis hepática es algo inusual. En estos pacientes, el riesgo de CHC es proporcional al grado de fibrosis hepática, con una incidencia anual de 0,5-10%, en función de la región demográfica estudiada.

Caso clínico

Varón caucásico de 73 años con antecedentes de hepatitis crónica por el VHC genotipo 1b (estadio G3E3 en la biopsia del año 2011). Recibió tratamiento con interferón-pegilado y ribavirina (peg-IFN/RBV) consiguiendo la respuesta virológica sostenida (RVS). Seis años después ingresa por hallazgo de masa dura palpable en hipocondrio derecho. No existen datos de obesidad, diabetes ni consumo de alcohol. Análítica: GGT 72 UI/ml, alfa-fetoproteína 1.894,5 ng/mL. Ecografía abdominal: en lóbulo hepático derecho presencia de masa de 14 cm, irregular y heterogénea; resto del parénquima hepático de ecoestructura homogénea y bordes regulares, sin datos de hipertensión portal. TC toracoabdominal con

contraste: sugestivo de hepatocarcinoma sobre hígado no cirrótico (Figuras 1 y 2). Serología VHB negativo, Ac-VHC positivos con RNA-VHC indetectable. Autoinmunidad hepática negativa. Biopsia hepática compatible con CHC moderadamente diferenciado. El paciente recibe en la actualidad sesiones de quimioembolización.



Figura 1

TC toracoabdominal en fase arterial. Hipercaptación de contraste intravenoso de masa de 14 cm que ocupa el lóbulo hepático derecho.

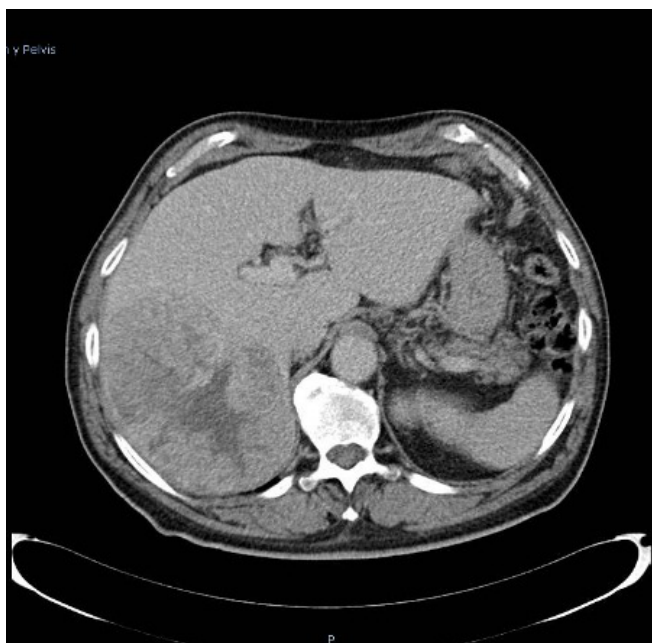


Figura 2

TC toracoabdominal en fase portal. Lavado precoz de contraste intravenoso de masa de 14 cm en el lóbulo hepático derecho.

Discusión

El desarrollo de CHC en pacientes sin cirrosis hepática años después de conseguir una RVS tras el tratamiento del VHC constituye un hallazgo muy inusual, sobre todo en población caucásica. Los estudios apoyan que la RVS puede disminuir la inflamación y la fibrosis hepática, y así la incidencia del CHC asociado. Parece que el riesgo de aparición de un CHC asociado al VHC es proporcional al grado de fibrosis hepática, pero qué otros factores podrían estar implicados en su desarrollo en ausencia de fibrosis avanzada y en pacientes que han conseguido la RVS tras tratamiento antiviral no está del todo aclarado. En la era de los nuevos regímenes de tratamiento del VHC, asociados a altas tasas de RVS, es imprescindible aclarar cuáles son esos factores para concretar qué sujetos se benefician del seguimiento tras la RVS. Aunque con controversia, la EASL aconseja el screening de CHC en pacientes con VHC y estadio Metavir F3, incluso tras conseguir la RVS.

CP-073. HEPATOTOXICIDAD POR TERBINAFINA, UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

PINAZO BANDERA, JM¹; GARCÍA GARCÍA, AM¹; COBOS RODRIGUEZ, J¹; GARCÍA FERREIRA, A²; TORO ORTIZ, JP¹; FERNÁNDEZ GARCÍA, F¹; MORENO, I³; RUIZ ESCOBAR, MI³; MEDINA, I³; ROBLES DIAZ, M¹; ANDRADE BELLIDO, RJ¹; GARCÍA CORTES, M¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN, MÁLAGA. ³UGC FARMACOLOGÍA CLÍNICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Introducción

Considerar la hepatotoxicidad en el diagnóstico diferencial de toda hepatitis aguda. Analizar el patrón de daño y comportamiento clínico-analítico de Drug Induced Liver Injury (DILI) por terbinafina. Dar a conocer la relación del HLA-A*33:01 con dicha entidad patológica.

Material y métodos

Describimos un caso de hepatotoxicidad por terbinafina diagnosticado en nuestro centro. Se compara con otros 6 casos de DILI por terbinafina obtenidos del registro español-latinoamericano de hepatotoxicidad.

Resultados

Varón de 35 años que acude a Urgencias por ictericia, coluria, acolia y prurito franco de una semana de evolución. No refiere alergias, hábitos tóxicos ni enfermedades previas. No antecedentes epidemiológico de interés. Niega consumo de productos de herboristería ni suplementos dietéticos. Una semana antes había sido tratado con terbinafina para Tinea corporis. A la exploración

presenta ictericia de mucosas y lesiones por rascado (Figura 1). Analíticamente destaca AST 183 y BT 4,30 (BD 3,30). Ecografía abdominal normal.

Se realizan serología (incluido VHE), colangioRM y estudio hepático que resultan negativos salvo un Ac. anti Músculo Liso + 1/320 y Ac. anti Actina-F +. Ante dichos hallazgos se decide realizar biopsia hepática percutánea que informa de signos de colestasis con leve inflamación crónica portal, escasos eosinófilos y ausencia de inflamación lobulillar y fibrosis; compatible con origen tóxico (Figura 2).

Los niveles de transaminasas van disminuyendo progresivamente, a la par que aumentan los de bilirrubina. Apreciándose descenso, de esta última, en torno al día 13 de la enfermedad (Figura 3). El prurito se mantiene dos meses más. Finalmente recibimos resultado positivo para HLA-A*33:01/HLA-A*24.

En nuestro registro, contamos con seis casos de DILI por terbinafina. La edad media de los pacientes es de 63 años con un predominio del sexo femenino. La dosis diaria fue de 250 mg/día vía oral. La duración media de tratamiento fue de 52 días. Todos los casos se presentaron en forma de ictericia y cuatro de ellos requirieron hospitalización. El tipo de daño más frecuente fue el colestásico-mixto (83%).

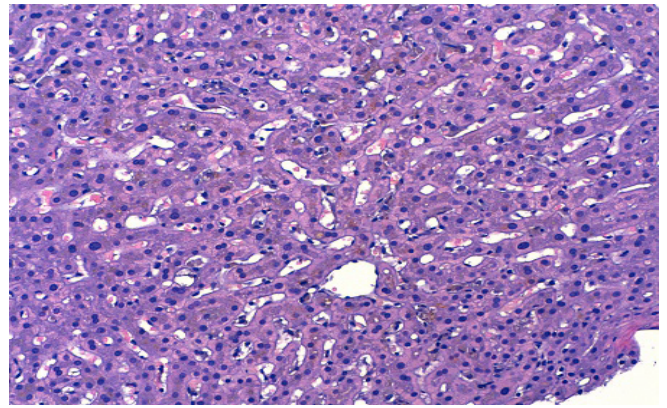


Figura 2

Anatomía patológica de la muestra obtenida por biopsia hepática ecoguiada.



Figura 1

Lesiones por rascado secundaria a las colestasis.

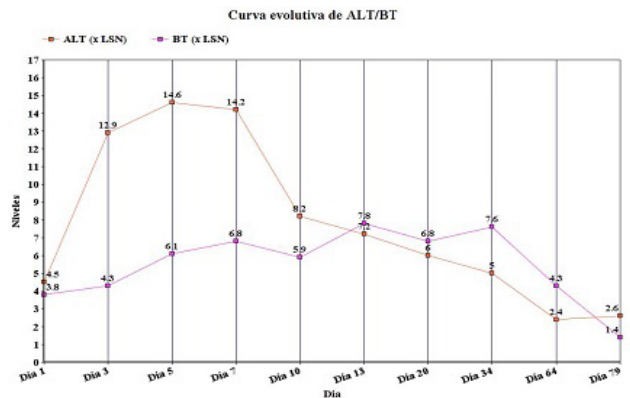


Figura 3

Evolución analítica del caso descrito.

Conclusiones

La hepatotoxicidad por terbinafina es una entidad a tener en cuenta ya que puede conllevar una importante morbilidad. Suele cursar con patrón de colestasis. Tal y como se ha visto en los últimos estudios, existe una relación estrecha entre el HLA-A*33:01, siendo útil en el proceso diagnóstico cuando el índice de sospecha es alto.

CP-074. HIPERPLASIA NODULAR FOCAL CON COMPORTAMIENTO RADIOLÓGICO DE HEPATOCARCINOMA

LÓPEZ GONZÁLEZ, J¹; DELGADO MAROTO, A¹; BARRIENTOS DELGADO, A¹; CANTÓN YEBRA, MT²; HALLOUCH TOUTOUH, S¹; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E¹; MORENO MORALEDA, I¹; AMADO VILLANUEVA, PP¹; VEGA SAEZ, JL¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²UNIDAD ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La hiperplasia nodular focal constituye el segundo tumor benigno más frecuente en el hígado. La prevalencia oscila entre el 0,4-3%. Existe un claro predominio del sexo femenino y la edad de presentación suele ser entre los 35 y los 50 años. Además, suele presentarse como una lesión única menor de 5 cm. Reportamos el caso clínico de una Hiperplasia nodular focal con comportamiento radiológico típico de hepatocarcinoma.

Caso clínico

Varón de 73 años con antecedente de HTA y DM, y sin antecedente de hepatopatía, que es derivado a consultas externas de Aparato Digestivo por dolor abdominal inespecífico en hemiabdomen derecho, pérdida de peso y estreñimiento de más de un mes de evolución. Se realiza EDB, no valorable por mala preparación catártica y TAC abdominal, que se realiza solamente en fase portal, e informa de lesión heterogénea hipoatenuada de 31 mm en segmento VI del hígado de carácter inespecífico. Se decide ingreso para completar estudio. Se realiza EDA y EDB normales. Analíticamente destaca alfafetoproteína 24 UI/ml. Se realizan RMN hepática que informa de nódulo que orienta a proceso neofornativo y nuevo TC dinámico de hígado que informa de LOE de 3,1 cm con captación precoz de contraste y posterior lavado en fase portal y tardía, en relación con posible hepatocarcinoma. Ante la duda diagnóstica, realizamos biopsia con resultado de Anatomía Patológica de: apariencia hepatocitaria normal con presencia de tabiques fibrosos que mantienen intactos el entramado de reticulina, identificando en estos tabiques fibrosos la presencia de reacción ductular y arterias de pared gruesa junto a un marcado inflamatorio mononuclear, cambios histológicos todos ellos compatibles con hiperplasia nodular focal. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, con remisión del dolor y en seguimiento en consultas externas.

Discusión

El diagnóstico de HNF es excepcional en varones de edad avanzada. Las técnicas de CEUS, TC o RM permiten diagnosticar la HNF con una especificidad de casi un 100% cuando se observan de forma combinada las características típicas en las exploraciones de imagen, siendo muy infrecuente recurrir a la biopsia para el diagnóstico. Su presencia nos hace plantear el diagnóstico diferencial con el resto de lesiones benignas del hígado (hemangioma, adenoma), carcinoma hepatocelular y metástasis

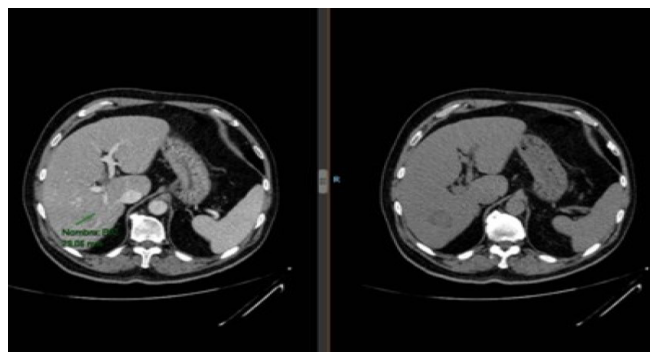


Figura 1

Se observa corte de TAC abdominal con captación periférica de la lesión en fase arterial y lavado precoz en fase portal.

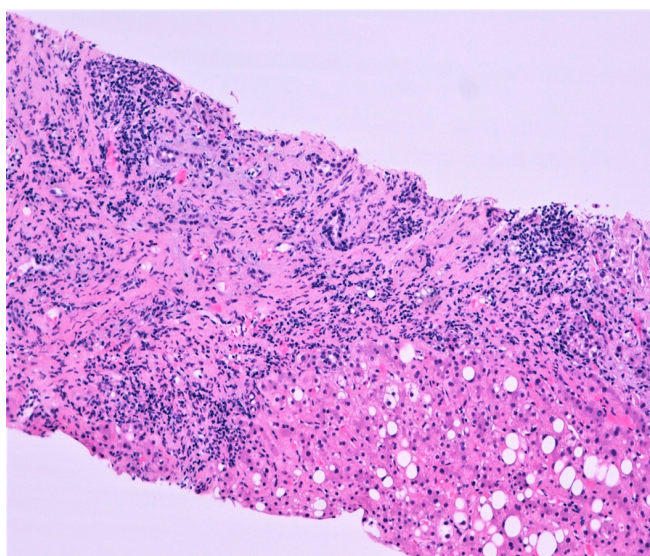


Figura 2

Tabique fibroso delimitando nódulo de hepatocitos con reacción ductular e infiltrado inflamatorio monoclular.

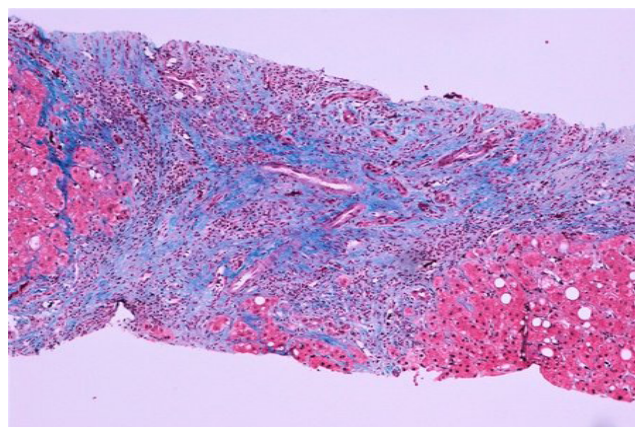


Figura 3

Tabique fibroso delimitando nódulos de hepatocitos con vasos de pared gruesa, reacción ductular e infiltrado inflamatorio monoclular

CP-075. IMPACTO DE LA REALIZACIÓN DE SESIONES DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON HEPATITIS B Y C

SAN JUAN LÓPEZ, C¹; CASADO MARTIN, M¹; GONZALEZ SÁNCHEZ, M²; ESTÉVEZ ESCOBAR, M³; VEGA SÁENZ, JL¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE GRANADA, GRANADA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL

Introducción

Las infecciones por los virus de la hepatitis B y C constituyen un importante problema de salud pública en nuestro medio, existiendo un elevado número de pacientes sin diagnosticar y, por tanto, sin posibilidad de recibir atención especializada. La atención primaria constituye la diana fundamental para identificar y diagnosticar pacientes asintomáticos con infección por virus B o C.

El objetivo de nuestro estudio es conocer el impacto de la formación en hepatitis por virus B y C en Atención Primaria sobre la detección y derivación de pacientes Ag HBs (+) y/o anti VHC (+) a Atención Especializada.

Material y métodos

Durante el periodo de Marzo-Abril de 2016 se realizaron 17 sesiones de formación en los centros de salud (CS) en el distrito levante de Almería (17 CS de un total de 18, área sanitaria de 260.000 habitantes) y 11 sesiones entre mayo y junio en el distrito de poniente de Almería (11 CS de un total de 14, área sanitaria de 255.000 habitantes).

Fueron impartidas por hepatólogos del Hospital Torrecárdenas y Hospital de Poniente. Consistían en presentaciones de 45 minutos de duración, en las que se insistía en quién es la población de riesgo diana de cribado de anti VHC y Ag HBs así como la importancia de la derivación a Atención Especializada de los pacientes con resultado positivo para su valoración y posible tratamiento o seguimiento. Se ha evaluado el número de pacientes derivados desde AP con anti-VHC (+) o Ag HBs (+) en los seis meses posteriores a la realización de las sesiones y se ha comparado con el número de pacientes derivados en los seis meses previos a la realización de dichas sesiones.

Resultados

En el semestre pre-sesiones, 56 pacientes con infección Ag HBs (+) y 54 pacientes anti VHC (+) (1 paciente con coinfección VHB y VHC) fueron derivados a Atención Especializada. Tras la realización de las sesiones, 125 pacientes Ag HBs (+) fueron derivados a Atención Especializada y 62 pacientes anti VHC (+), tres de ellos con coinfección VHB y VHC. Las sesiones de formación supusieron un incremento de más del doble en el número de pacientes derivados Ag HBs (+) y un aumento del 15% en la derivación de pacientes Anti VHC (+) (Figura 1).

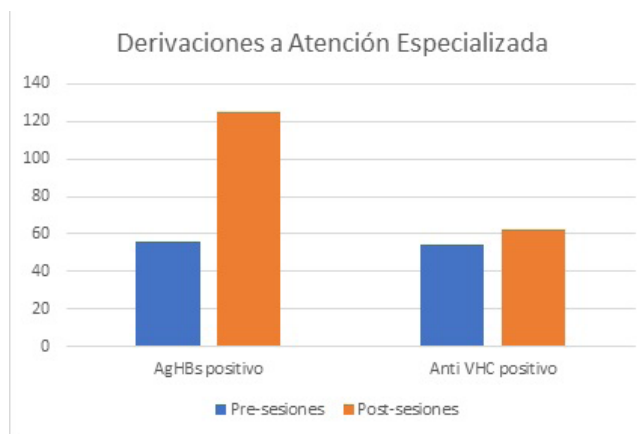


Figura 1

Relación de derivaciones a Atención Especializada (AE).

Conclusiones

Impartir formación sobre hepatitis B y C en atención primaria mejora la tasa de detección y derivación de pacientes AgHBs (+) y anti VHC (+) a atención especializada, sobre todo en relación a la infección por virus B. La implementación reglada de sesiones de formación desde atención especializada hacia atención primaria podría redundar en mejores resultados en salud.

CP-076. IMPACTO DE LA RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA AL VHC CON LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN LA FUNCIÓN RENAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

BISSO ZEIN, JK¹; PUYA GAMARRO, M¹; GÓMEZ ESPEJO, SM¹; GÁLVEZ FERNÁNDEZ, RM¹; RIVAS RUIZ, F²; SÁNCHEZ CANTOS, AM¹; ROSALES ZABAL, JM¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA ²UNIDAD INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

Analizar el impacto sobre la función renal que podría tener la respuesta viral sostenida (RVS) en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) e infección por el virus C tratados con agentes antivirales directos (AAD).

Material y métodos

Estudio observacional incluyendo todos los pacientes VHC tratados con AAD desde agosto de 2014 hasta julio de 2018, evaluando el filtrado glomerular (FG) según CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration, 2010) pre-tratamiento, en semana 12 post-tratamiento y al año post-tratamiento, analizando aquellos con ERC (definida por un FG pretratamiento <60 ml/min) y RVS.

Resultados

Fueron analizados 558 pacientes, de los cuales 16 cumplieron los criterios de inclusión. La edad media fue de 64 años, siendo el 68,75% de los pacientes varones. El genotipo más frecuente fue el 1b, seguido del genotipo 4 (Figura 1). El 56,3% tenían HTA, siendo diabéticos sólo el 12,6%. El 31,3% de los pacientes habían recibido previamente tratamiento con interferón pegilado y ribavirina. Los AAD empleados quedan reflejados en la (Figura 3), siendo la combinación más utilizada la de sofosbuvir-ledipasvir. 7 de los 16 pacientes eran cirróticos (43,75%). El grado de fibrosis más frecuente fue F4, con un 31% (Figura 2). 13 pacientes recibieron tratamiento con AAD durante 12 semanas, y 3 durante 24 semanas. El FG medio en S12 post-tratamiento fue de 35,81 mL/min ($p=0,147$) y al año post-tratamiento de 47,5 mL/min ($p=0,030$) (Figura 4).

GENOTIPOS EN PACIENTES CON ERC Y RVS

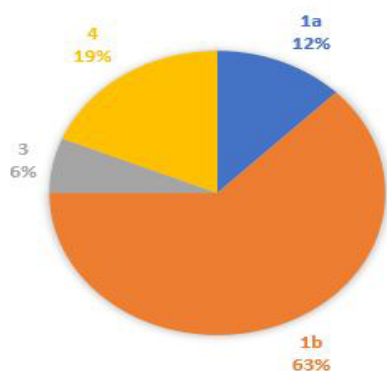


Figura 1
ERC: Enfermedad renal crónica. RVS: Respuesta viral sostenida.

GRADO DE FIBROSIS

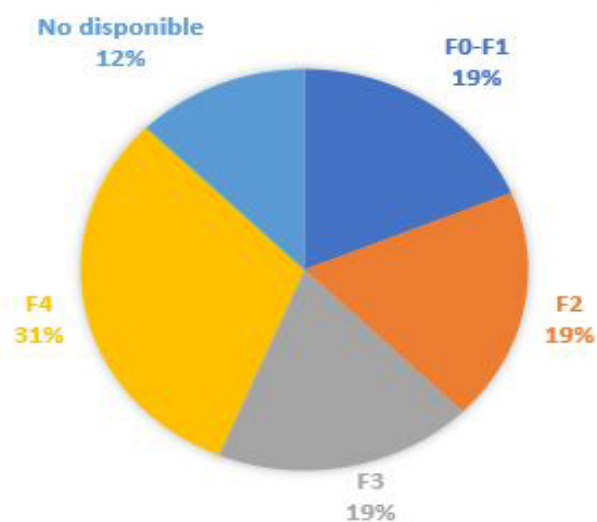


Figura 2
Grado de fibrosis en los pacientes con respuesta viral sostenida y enfermedad renal crónica.

ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

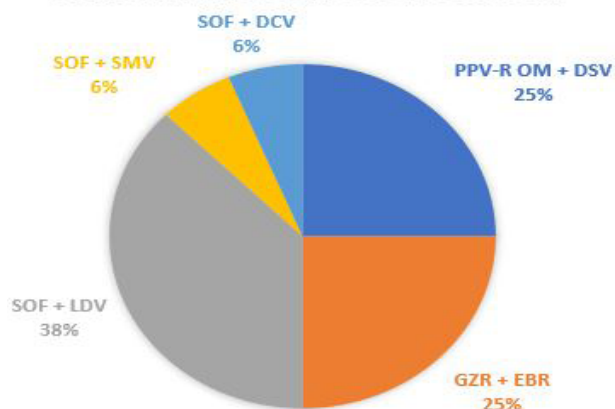


Figura 3
DCV: daclatasvir. DSV: dasavubir. EBR: elbasvir. GZR: Grazoprevir. LDV: ledipasvir. PPV-R OM: Paritaprevir/ombitasvir/ritonavir. SOF: sofosbuvir. SMV: simeprevir.

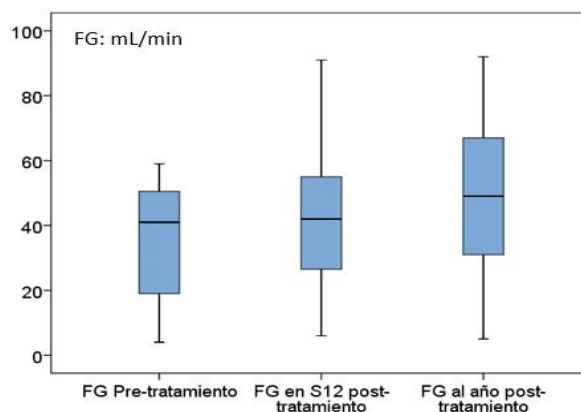


Figura 4
Modificación del filtrado glomerular a la semana 12 tras tratamiento y al año tras tratamiento.

Conclusiones

La eliminación del VHC con agentes antivirales directos impacta de forma positiva en la función renal de los pacientes con enfermedad renal crónica, consiguiendo mejorar el filtrado glomerular al año de haber sido tratados. Esta mejoría es independiente de la duración del tratamiento antiviral.

Creemos necesario realizar estudios multicéntricos para incluir un mayor número de pacientes que permita confirmar estos resultados.

CP-077. IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL EN LA AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HEPATITIS C

MILLÁN, R¹; AMPUERO, J¹; MUÑOZ, R²; SÁNCHEZ, Y¹; RICO, MC¹; ROJAS, A¹; GIL, A¹; GATO, S¹; GALLEGO, R¹; VAQUERO, AB¹; ROMERO GÓMEZ, M¹

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

Introducción

Analizar el impacto en la calidad de vida percibida de los pacientes con hepatitis C en tratamiento con antivirales de acción directa (AADs) mediante el cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D).

Material y métodos

Estudio prospectivo incluyendo pacientes con hepatitis C tratados con AADs (N=77). A todos los pacientes se les realizó el cuestionario EQ-5D en estado basal (T0), a las 12 semanas de finalizar el tratamiento (T1) y al año de finalizar el tratamiento (T2).

El cuestionario consta de una primera parte donde el paciente valora su salud en 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y en cada una de ellas marca el nivel de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves) y una segunda parte que consiste en una escala visual analógica (EVA) que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable).

Resultados

Incluimos 77 pacientes: 68,8% hombres; 58,4% cirróticos; 37,7% hipertensos y 24,7% diabéticos. El 94,8% alcanzaron respuesta viral sostenida (RVS).

La calidad de vida observada mediante la EVA mejoró de manera significativa desde el estudio basal (T0) a T1 y T2 en pacientes con RVS (71,6±20,3 vs. 76,1±19 vs. 78,7±14,1; p=0,004). pero no en los pacientes no respondedores (60 vs. 76,7±11,6 vs. 63,3±28,9; p=0,307).

Analizamos el impacto de la edad en la percepción de la calidad de vida. En pacientes menores de 65 años se apreció una significativa mejoría en la EVA entre T2 y T0-T1 tanto en pacientes con RVS (p=0,004) como en no respondedores (p=0,003). En cambio, en los pacientes mayores de 65 años la EVA no aumentó tras el tratamiento (p=ns). (Tabla 1)

Los pacientes con cirrosis hepática curados mostraron una mejoría significativa en T1 en la movilidad (pregunta 1) 1,37±0,5 vs. 1,2±0,5; p<0,033 y en T2 en la percepción de dolor (pregunta 4); 1,6±0,7 vs 1,3±0,5; p=0,03.

No encontramos asociación entre la variación en el IMC y los cambios en la EVA en T0, T1 y T2 sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (27,3±4,2 vs. 27,2±4,3 vs. 27,4±4,3; p=0,198).

N=77	EVA T0	EVA T1	EVA T2	P
≤ 65 (n=63)	69,4±19.7	75,3±18.9	77.5±14.5	0.003
≥65 (n=14)	75.7±22.8	76.4±19.1	77.9±18.1	0.368

N=73 (RVS)	EVA T0	EVA T1	EVA T2	P
≤ 65 (n=59)	70.3±19.8	75.7±19,2	78.7±13.1	0.004
≥65 (n=14)	77.69±22.4	77.69±19.2	78.5±18.6	0.562

Tabla 1

Conclusiones

Los pacientes que alcanzan la respuesta viral sostenida tienen una mejoría significativa de su percepción de calidad de vida, tanto a las doce semanas post tratamiento como al año de finalizarlo. En pacientes cirróticos observamos una mejoría en la movilidad y en la percepción de dolor.

CP-078. INFECCIÓN POR VHC NO DERIVADA EN EL ÁREA SANITARIA VIRGEN MACARENA

DEL PINO, P¹; GUERRA, MF¹; CORDERO, P¹; BELLIDO, F¹; RAMÍREZ DE ARELLANO, E²; PASCUAL HERNÁNDEZ, Á²; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á¹; CARMONA, I¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UGC MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La aparición del proceso diagnóstico de la hepatitis C en un solo paso pretende que los pacientes de nuevo diagnóstico sean derivados correctamente para recibir tratamiento antiviral. Sin embargo, pueden quedar excluidos aquellos pacientes con serología previa en los que no se ha llegado a confirmar infección activa. También pueden estar excluidos del circuito de derivación aquellos que perdieron el seguimiento al no ser candidatos a recibir terapias basadas en interferón por comorbilidades/contraindicaciones.

El objetivo de este estudio es identificar pacientes con serologías VHC positivas, que pudieran presentar infección activa, para establecer un circuito de derivación a Hepatología una vez confirmado el diagnóstico y así poder ofertarles tratamiento.

Material y métodos

Estudio analítico retrospectivo (primera fase) en el que se incluyeron todas las serologías anti-VHC positivas 2013-2018 del área sanitaria del Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Se describen variables demográficas, tasa de diagnóstico, tasa de derivación, tasa de tratamiento, etc.

Resultados

1.600 serologías positivas analizadas, 72,7% hombres con edad media 55 años (rango: 1-97), 6,7% presentaban trastornos neuropsiquiátricos, y 2,25% toxicómanos activos.

Tasa de confirmación diagnóstica: 1.201/1.600 = 75%.

Tasa de infección: 783/1.201 = 65,2%

Tasa de derivación global: 1.190/1.600 = 74,3%

Pacientes que rescatar: 393

Tasa de tratamiento: 493/783 = 63%.

	ATENCIÓN PRIMARIA 51.6%	PERSONAL HOSPITALARIO 46.6%
% serologías pedidas		
Tasa de derivación	549/826 = 66.5 %	619/745 = 83.1%
Derivación correcta	319/549 = 58.1%	425/619 = 68.7%
Derivación innecesaria	131/549 = 23.9%	157/619 = 25.4%
Lugar de derivación	Digestivo 521/549 = 94.9% Infecciosos 17/549 = 3.1% MI 12/549 = 2.2%	Digestivo 507/619 = 81.9% Infecciosos 90/619 = 15.8% MI 11/619 = 1.7% Infecto-pediatría 4/619 = 0.06%
Algunas características de pacientes no valorados	n= 205	n=84
(n=289)	27 cambio domicilio. 7 exitus 1 comorbilidad 8 > 80 años 28 trastornos neuro-psiquiátrico 13 toxicómanos activos	16 cambio de domicilio 4 comorbilidades 24 exitus 12 > 80 años 7 trastornos neuro-psiquiátricos 3 toxicómano activo
N. pacientes derivados que no acuden a consulta	52	12
N. pacientes pierden seguimiento	79	60

Tabla 1

Derivaciones: características de derivaciones entre Atención Primaria y Personal Hospitalario.

Serología VHC positivas HUVM 2013-2018

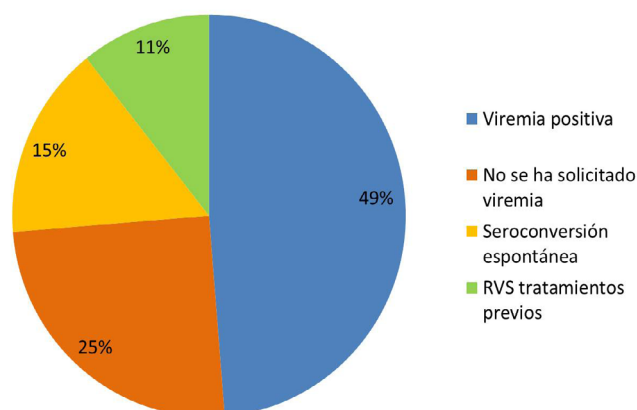


Figura 1

Serología VHC positivas HUVM 2013-2018.

Conclusiones

- Un 25% de las serologías VHC positivas no llegan a ser derivadas.
- Con el diagnóstico en un solo paso se evitará alrededor del 25% de derivación innecesarias en aquellos pacientes con serología positiva de novo.
- Es necesario la búsqueda proactiva de estos pacientes y establecer circuitos para evitar pérdidas en las derivaciones.

CP-079. INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA POR VHE EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA CHILD-PUGH B8 DE ETIOLOGÍA ETÍLICA

LIBRERO JIMÉNEZ, M; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, E; VICENTE RODRÍGUEZ, M; HERRADOR PAREDES, M; REDONDO CEREZO, E; VADILLO CALLES, F; ABELLÁN ALFOCEA, P; ORTEGA SUAZO, EJ; FERNÁNDEZ CANO, MC; LÓPEZ TOBARUELA, JM

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

Introducción

Si bien antes la infección por VHE parecía limitada a países en vías de desarrollo, actualmente se calcula que se producen unos dos millones de casos en Europa cada año. La principal vía de transmisión es la fecal-oral, reconociéndose el consumo de carne de cerdo cruda o poco cocinada como la vía de transmisión principal en los países desarrollados. La infección aguda es asintomática en la mayoría de los casos, pero puede ser causa de fallo hepático agudo sobre crónico y cursar con mal pronóstico. La infección aguda no suele requerir tratamiento antiviral, valorando terapia con ribavirina en infecciones severas.

Caso clínico

Varón de 60 años, con cirrosis hepática enólica Child-Pugh B8, compensada. Acude a Urgencias por cuadro de ictericia, coluria y acolia franca indolora. Niega aumento de la ingesta alcohólica, ni toma de fármacos nuevos o productos de herbolario. En la analítica al ingreso destacan los datos recogidos en la **Tabla 1**. Se solicita estudio completo de hepatopatía incluida serología de VHA, B, C y E y ecografía (**Figura 1**). Los resultados evidencian un fallo hepático "agudo sobre crónico" debido a una infección aguda por VHE (IgM positiva y carga viral elevada). Ante la persistencia de hiperbilirrubinemia y alteración de la coagulación con encefalopatía hepática grado I-II, se inicia ribavirina 600 mg al día, disminuyendo a 400 mg a la semana por anemia. Se mantuvo cinco semanas y posteriormente se suspende por desarrollo de pancitopenia severa, precisando transfusiones de concentrados de hematíes y plaquetas y filgrastim. Se detecta asimismo elevación de cifras de Cr hasta 8. A pesar del corto tiempo de administración de la Ribavirina, tras ello se constata disminución de las cifras de bilirrubina y transaminasas así como normalización de la coagulación. La función renal, tras

adecuada hidratación y recuperación de la función hepática, se normaliza (Cr: 1,2). Se constata negativización de la carga viral de VHE. En su última revisión el paciente se encuentra asintomático, con datos analíticos recogidos en la **Tabla 1**.

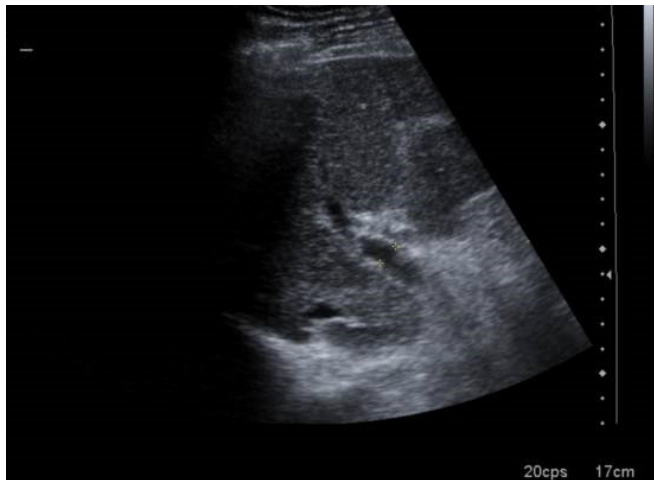


Figura 1

	Billirrubina total (mg/dl)	FA (U/L)	GGT (U/L)	GOT (U/L)	GPT (U/L)	INR	AP (%)	Hb (g/dl)	Leucocitos (unidades/mm ³)	Plaquetas (unidades/mm ³)
Al Ingreso	50.3	207	108	1560	811	1.28	70	15.6	5690	84000
Cuando iniciamos Ribavirina	34	121	155	98	99	1.54	54	9.9	2140	33000
Tras iniciar Ribavirina	21.6	136	95	118	79	1.41	61	7.5	900	21000
Última revisión	4.5	40	37	16	67	1.38	66	9.7	6200	30000

Tabla 1

Derivaciones: características de derivaciones entre Atención Primaria y Personal Hospitalario.

Discusión

Ante la sospecha de hepatitis aguda sobre hepatopatía crónica se recomienda incluir de entrada la serología para VHE en el estudio dado el aumento de la incidencia de esta infección en nuestro medio. Asimismo hay que plantearse el tratamiento con Ribavirina en pacientes especialmente graves, aunque actualmente se desconoce el beneficio de su uso. En nuestro paciente, a pesar de los efectos secundarios, se consiguió normalización de la función hepática y negativización de la carga viral.

CP-080. REACTIVACIÓN DE INFECCIÓN POR VHB TRAS TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES

DELGADO MAROTO, A¹; ROA COLOMO, A²; DIÉGUEZ CASTILLO, C³; SALMERÓN ESCOBAR, FJ²; RUIZ ESCOLANO, E²

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA

Introducción

El virus de la hepatitis B (VHB) constituye la infección crónica más frecuente a nivel mundial, aunque en nuestro medio, la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es más frecuente. En los pacientes sometidos a tratamientos con drogas citotóxicas o inmunosupresoras es importante el despistaje de infecciones crónicas previo al tratamiento, ya que puede reactivarse la replicación viral, con el consiguiente riesgo de cirrosis hepática y hepatocarcinoma.

Caso clínico

Varón de 58 años con linfoma B difuso de células grandes tipo centro germinal en cuello diagnosticado 7 meses antes, y tratado con radioterapia y quimioterapia con R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona). Es derivado a consulta de Digestivo por hipertransaminasemia progresiva en los últimos dos meses. El paciente se encuentra asintomático y la exploración física es normal. Aporta estudio analítico previo al tratamiento quimioterápico en el que destacan unas transaminasas normales, HBsAg negativo, HBsAc positivo y HBeAc positivo. En control analítico posterior a quimioterapia destaca BT 1,03 mg/dL, AST 213 U/L, ALT 285 U/L, GGT 215 U/L, FA 140 U/L. La serología resulta HBsAg positivo, HBsAc positivo, HBeAc IgM negativo, HBeAg negativo, HBeAc positivo y la cuantificación en plasma de ADN de VHB es 23.600 UI/ml log 4,37. El paciente inicia tratamiento con tenofovir y a los 6 meses la carga viral es indetectable. Continúa revisiones en consultas de Digestivo y Oncología.

Discusión

El riesgo de reactivación de VHB en sujetos con HBsAg negativo y HBeAc positivos depende del perfil virológico, la enfermedad de base y la duración del tratamiento inmunosupresor. En estos pacientes debe solicitarse DNA-VHB en sangre. La profilaxis es recomendada en sujetos de alto riesgo, incluyendo aquellos que precisan trasplante de células madre o tratamiento con rituximab. Debe realizarse con tenofovir o entecavir, y mantenerse un mínimo de 18 meses tras la finalización de la inmunosupresión. Los pacientes deben ser monitorizados al menos 12 meses tras la supresión de la profilaxis. Cuando existe bajo riesgo puede realizarse monitorización con HBsAg y/o DNA-VHB cada 1-3 meses durante y tras la inmunosupresión. Como conclusión, los pacientes con infección crónica por VHB que son candidatos a quimioterapia o terapia inmunosupresora deben ser testados con HBsAg, HBsAc y HBeAc antes de iniciar tratamiento inmunosupresor, y los pacientes seronegativos deben ser vacunados.

CP-081. SÍNDROME DE CAROLI, UNA ENFERMEDAD CON UN AMPLIO ESPECTRO CLÍNICO

TORO ORTIZ, JP; GARCÍA GARCÍA, A; COBOS RODRÍGUEZ, J; PINAZO BANDERA, JM; FERNÁNDEZ GARCÍA, F; HERNÁNDEZ ALBÚJAR, AJ; ANDRADE BELLIDO, R

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Introducción

La enfermedad de Caroli es una patología hereditaria con una prevalencia baja (1 de cada 10.000 nacidos) asociada a una alteración del gen PKHD1. Este gen se relaciona a su vez con la poliquistosis renal autosómica recesiva, presentándose en ocasiones ambas patologías concomitantemente. A nivel hepático, encontraremos dilatación no obstructiva de las vías biliares intrahepáticas, causando colangitis de repetición. Cuando la enfermedad se acompaña de fibrosis hepática congénita, se denomina síndrome de Caroli.

Caso clínico

Varón de 31 años que acude a consulta de hepatología por reciente diagnóstico de enfermedad de Caroli (hace un año en Polonia). Como antecedentes de interés presenta una poliquistosis hepatorenal diagnosticada a los 15 años sin seguimiento posterior y 17 episodios de pancreatitis aguda (PA) de 2015 a 2017. Por este motivo se realiza CPRE en 2017 visualizando dilataciones quísticas de los conductos biliares intrahepáticos y tras realizar una esfinterotomía amplia ceden los episodios de pancreatitis.

Como problemas asociados presenta una cavernomatosis portal con hipertensión portal (esplenomegalia de 25 cm y varices esofágicas medianas) probablemente secundaria a las pancreatitis recurrentes, varias lesiones ocupantes de espacio hepáticas con captación arterial sugestivas de nódulos de regeneración precisando la mayor de ellas biopsia con resultado de adenoma (Figura 1) y aneurismas múltiples arrosariados del tronco celiaco y de la arteria esplénica (de 5,5 cm el mayor de ellos) (Figuras 2 y 3).

Se presenta en comité trasplantador no presentando criterios en este momento por lo que se decide control estrecho. Se comenta el caso con cirugía vascular y radiología vascular que consideran los aneurismas no tratables técnicamente dada su complejidad.

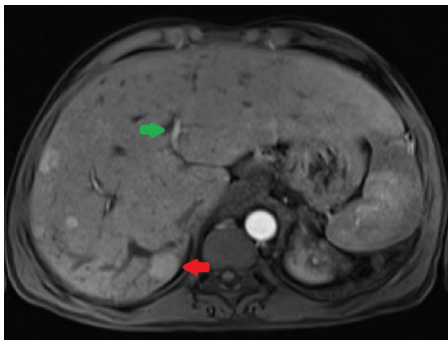


Figura 1
Flecha roja: LOE. Flecha verde: Dilatación vía biliar intrahepática.

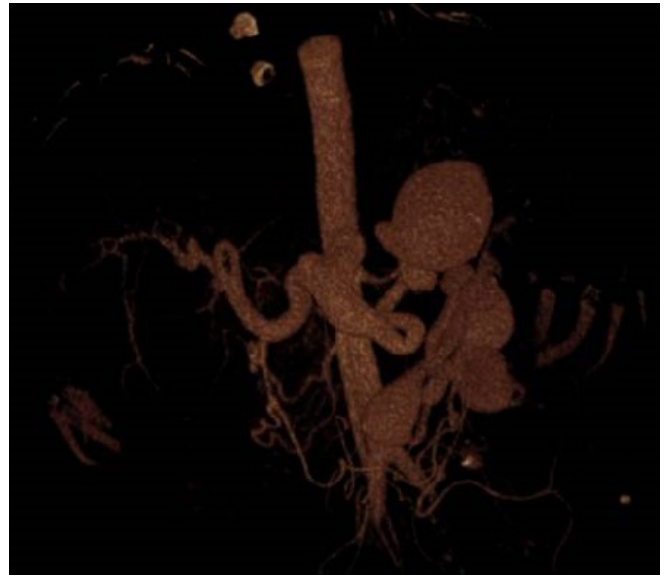


Figura 2
Reconstrucción 3D donde se visualizan múltiples aneurismas arteriales.



Figura 3
Flecha roja: Aneurisma a.esplénica en TC.

Discusión

Las colangitis repetidas y la estasia biliar crónica producen la acumulación de cálculos intraquísticos en la vía biliar que pueden migrar al colédoco y provocar coledocolitiasis y pancreatitis aguda.

La patogenia de los aneurismas arteriales no está del todo esclarecida pero se cree que podrían ser secundarios a la hipertensión portal y las pancreatitis agudas.

Se estima que el riesgo de padecer colangiocarcinoma aumenta hasta un 7% con respecto a la población basal.

En cuanto al manejo terapéutico, el único tratamiento definitivo es el trasplante hepático. Nuestro paciente, pese al alto riesgo de complicaciones (PA, colangitis, rotura de aneurismas,

colangiocarcinoma, sangrado por varices esofágicas, etc), en el momento del alta no presenta una indicación clara para el mismo (MELD 12) por lo que el pronóstico a medio-largo plazo es muy pobre pese a su edad.

CP-082. SOSPECHA DE HEPATOCARCINOMA

VALDÉS DELGADO, T; CORDERO RUIZ, P; BELLIDO MUÑOZ, F; CARMONA SORIA, I; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Los trastornos de la perfusión hepática (TPH) son lesiones visualizadas en pruebas de imágenes dinámicas como realces transitorios de áreas del parénquima hepático.

Caso clínico

Varón de 52 años sin enfermedades conocidas, consumo tabáquico y enólico crónico importante. Acudió a Urgencias por hematemesis y en gastroscopia se apreció 4 cordones varicosos pequeños en esófago distal con 2 tetones sangrantes que se trataron con polidocanol.

Durante su ingreso se realizó, entre otras pruebas, serología positiva para VHC, alfafetoproteína muy elevada de 4.322 y en Eco-Doppler se visualizó una LOE en segmento VII de unos 3 cm (**Figura 1**).

En primer estudio dinámico (TAC-Abdominal-Dinámico) se visualizaron 3 LOEs hipercaptantes en fase arterial (FA) e isodensas en fase portal (FP) sobre un área triangular hipodensa que fueron catalogadas como "*focos de hepatocarcinoma no típicos*".

Se solicitó segundo estudio dinámico (RNM-Abdominal-Dinámica) donde en segmento VII no se visualizaban LOEs descritas en TAC previo, describiendo un área hipodensa en dicha zona compatible con área de alteración de la perfusión y en segmento VI se objetivó una lesión hipercaptante en FA "*sugestiva de hepatocarcinoma*" (**Figuras 2 y 3**).

Se trata de un paciente con cirrosis hepática mixta (OH + VHC), alfafetoproteína elevada e imágenes no concluyentes para hepatocarcinoma, por lo que se solicitó revisión de imágenes y nuevo TAC-Abdominal-Dinámico, describiéndose en el segmento VII unas lesiones mal definidas y algodonosas hipercaptantes tanto en FA como portal sobre una banda hipodensa aspecto isquémico/cicatricial por trombosis portal segmentaria/subsegmentaria de la rama correspondiente a zona (**Figura 4**).

En segmento III otra zona isquémica/retraída con un área adyacente hipercaptante periférica en FA. Todos estos hallazgos sugerentes de TPH (**Figura 5**).

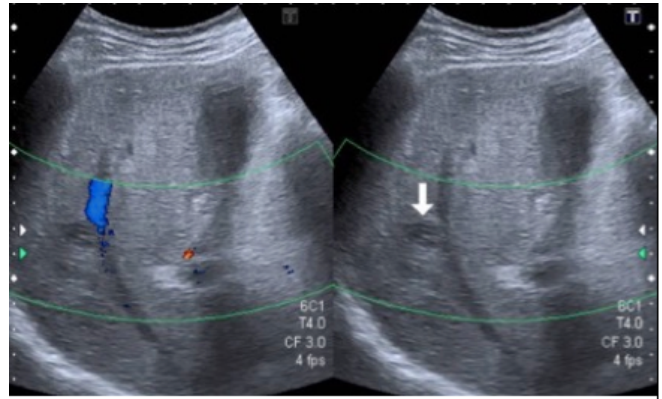


Figura 1

Eco-Doppler abdominal: LOE en segmento VII.



Figura 2

TAC Abdominal en FA: 3 LOEs hipercaptantes en segmento VII sobre área hipodensa.

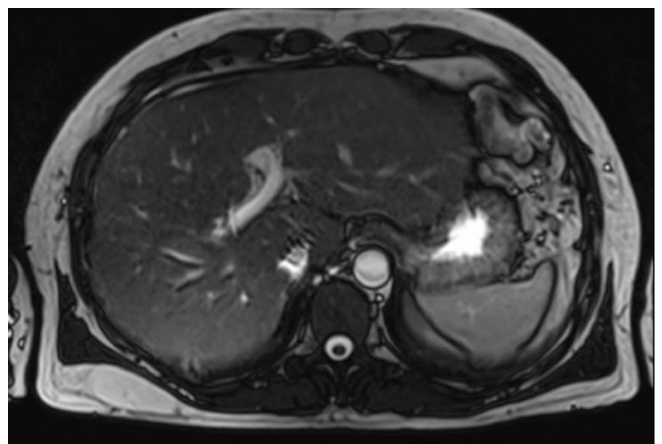


Figura 3

RNM abdominal dinámica: No se visualizan LOEs descritas en segmento VII en TAC previo.

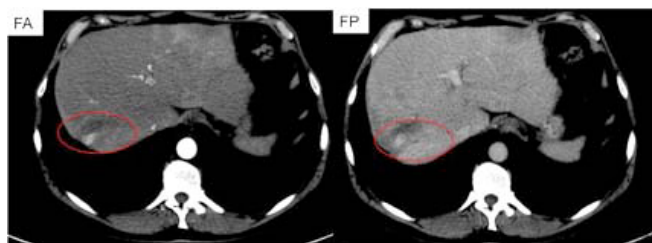


Figura 4

TAC abdominal dinámico: Imágenes mal definidas y algodonosas en segmento VII hipercaptantes tanto en FA como FP.

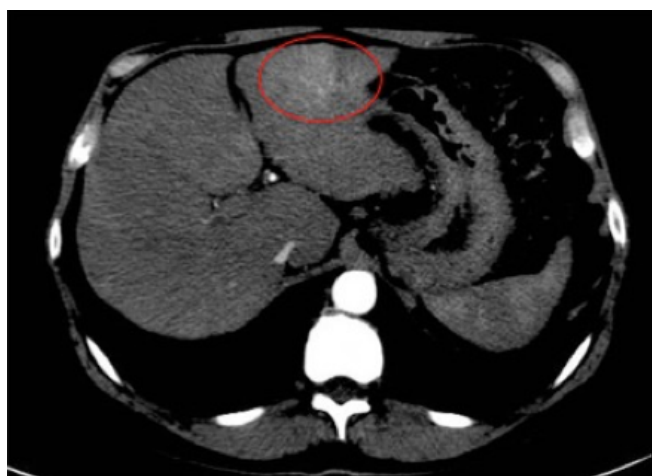


Figura 5

TAC abdominal en FA: Zona isquémica/retraída lateral en segmento III, con un área adyacente hipercaptante periférica.

Discusión

Los TPH en cirróticos es la causa más frecuente de falsos positivos para hepatocarcinoma en las pruebas de imágenes dinámicas.

En cirróticos presentan una alta incidencia (13%), por lo que en estos paciente es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de una LOE hepática. De aquí la importancia de una correcta interpretación de la perfusión hepática para poder diferenciar las alteraciones vasculares más relevantes y no llevarnos a los falsos positivos para hepatocarcinoma.

Las causas más frecuentes de TPH son los shunt arteriovenosos y las trombosis portales. Destacar que estas lesiones, en ocasiones muy complejas de identificar, son hipercaptantes en FA pero sin lavado en FP (o bien se hacen isodensas o permanecen hipercaptantes) y es característico que se desarrollen sobre un área hipodensa del parénquima hepático.

CP-083. THE LIVERTox® CATEGORIZATION OF DRUG HEPATOTOXIC POTENTIAL. A CRITICAL APPRAISAL.

QUIROS-CANO, M; SANZ-VILLANUEVA, L; PARRA-MARTÍNEZ, C; GASCA, J; MEDINA-CALIZ, I; MARTIN-REYES, F; SANABRIA-CABRERA, J; GONZALEZ-JIMENEZ, A; ROBLES-DIAZ, M; SANJUAN-JIMENEZ, R; CUETO-SANCHEZ, A; MARTINEZ-GOMEZ, E; ORTEGA-ALONSO, A; GARCÍA-CORTÉS, M; LUCENA, MI; ANDRADE, RJ

UGC APARATO DIGESTIVO. IBIMA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

A recent publication ranked hepatotoxic potential of drugs in LiverTox® website into 5 categories based on numbers of published drug-induced liver injury (DILI) case reports (A: ≥50 reports; B: 12-49; C: 4-11; D: 1-3; E: 0) (Björnsson & Hoofnagle, 2016). We aimed to validate this categorization using the Spanish DILI Registry database and published cohorts of DILI and drug-induced acute liver failure (ALF).

Material y métodos

We classified 201 causative drugs from 868 cases enrolled in the Spanish DILI Registry into the 5 categories. We also collected information on causative drugs in adjudicated DILI cases from other established DILI registries and drug-induced ALF cases from previous publications (Suzuki et al. 2010, Devarbhavi et al. 2017, Reuben et al. 2014, Russo et al. 2004) and drugs that led to regulatory actions due to hepatotoxicity regardless of countries.

Resultados

Thirty-four drugs (18%) in the Spanish DILI Registry were classified as category A, 42 (23%) as B, 39 (21%) as C, 16 (8.6%) as D and 13 (7.0%) as E. Other 39 drugs (21%) (e.g. clomethiazole) were unclassified. The severity (defined by frequency of ALF and liver-related death/transplant) of DILI cases was compared between the A/B and C/D drugs (high vs low hepatotoxic potential). Cases caused by the C/D drugs presented higher severity with more ALF cases compared to cases caused by the A/B drugs (5% vs 3%, $p=0.047$). Orlistat (C) and sibutramine (D) were associated with ALF in the Spanish DILI Registry. Drugs that have been withdrawn from the market or led to hepatotoxicity safety warnings (e.g. nefazodone and dronedarone) were found in category C. On the contrary, amoxicillin-clavulanate (A) was not associated with ALF cases in the Spanish database although it was associated with the largest number of DILI cases. Some drugs included in categories A (e.g thioguanine) and B (e.g heparin) were not present in any published DILI cohorts.

Conclusiones

Classification of drugs' hepatotoxic potential based on numbers of published case reports can be misleading as the numbers may not accurately capture all the elements of DILI risks (e.g. frequency, severity, and causality). DILI risk categorization utilizing more comprehensive information on liver safety regulatory measures, DILI frequencies and the presence/absence of drug-induced ALF

cases could be developed by international collaborative efforts, providing a more inclusive, global drug list.

Funding: AEMPS, FEDER (PI15-01440). CIBERhd-ISCIII

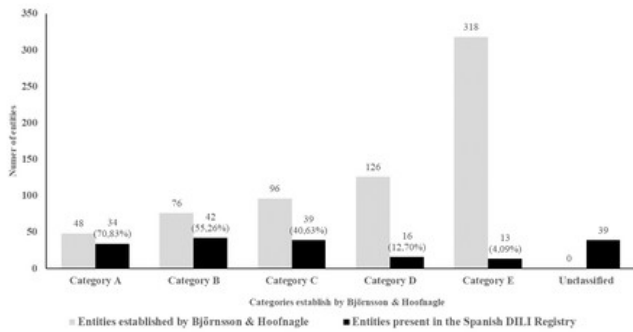


Figura 1
Comparison of the number of culprit drugs included in the Spanish DILI Registry database classified according to LiverTox categorization.

	Well known DILI potential N= 670	Not adequately documented DILI potential N= 84	P values
Age (y) mean±SD, (range)	55 ± 18 (11-91)	53 ± 17 (13-86)	0.127
Female, %	46	58	0.028
BMI (Kg/m ²), mean±SD	26 ± 3.9	26 ± 4.0	0.504
Diabetes mellitus, %	12	19	0.073
Hypertension, %	21	21	0.910
DILI episode characteristics			
Jaundice, %	68	52	0.004
Rash, %	7.3	3.6	0.202
Hospitalization, %	52	42	0.064
Daily dose (mg); mean ± SD	1095 ± 1134	330 ± 589	<0.001
Duration of therapy (d); mean ± SD	83 ± 292	121 ± 265	<0.001
Time to onset (d); mean ± SD	79 ± 278	110 ± 265	0.004
Laboratory parameters at onset x ULN, mean ± SD			
Bilirubin	6.7 ± 6.6	5.1 ± 6	0.007
AST	14 ± 21	14 ± 16	0.775
ALT	17 ± 21	19 ± 20	0.673
ALP	2.3 ± 2.4	1.8 ± 1.7	0.012
Prothrombin time %	88 ± 25	80 ± 24	0.028
Lymphopenia (< 1000/ml), %	19	18	0.783
Peripheral eosinophilia (>500/ml), %	24	20	0.458
Positive autoantibody titres, %	18	21	0.432
Pattern of liver injury			
Hepatocellular	61	74	
Cholestatic	20	18	
Mixed	19	8.4	
Hy's Law, n (%)	252 (41)	31 (40)	0.878
Severity, %			
Mild	30	44	
Moderate	60	44	
Severe	6.5	6.2	
Fatal	3.2	4.9	
Outcome			
ALF, n	21	4	
Death due to ALF, n (%)	11 (1.6)	2 (2.4)	0.624
Transplanted, n	10 (1.5)	2 (2.4)	0.540
Death due to other causes, n	14	1	0.578

Tabla 1
Comparison of sociodemographic characteristics, clinical, laboratory parameters and outcome according to LiverTox® categorization of culprit drugs in DILI cases included in the Spanish DILI Registry.

CP-084. ¿QUÉ SUCEDE CON LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN ALMERÍA?

SAN JUAN LÓPEZ, C; HALLOUCH TOUTOUH, S; ENRIQUE, PG; CASADO MARTÍN, M; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, M; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) supone en nuestro medio un importante problema de Salud Pública cuyo control requiere tanto el diagnóstico como una correcta derivación de los pacientes a la consulta especializada de Digestivo.

El objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar el destino de los pacientes diagnosticados de infección VHB en nuestro medio.

Material y métodos

Hemos recogido todos los pacientes AgHBs positivos diagnosticados en los últimos 10 años en el levante almeriense, su derivación a atención especializada (AE) y seguimiento posterior.

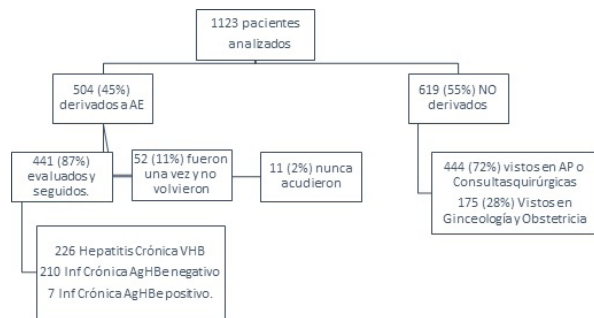


Figura 1
Esquema derivaciones a Atención Especializada

Resultados

Desde enero de 2006 hasta julio de 2016 se han diagnosticado en Almería 1.190 pacientes infectados por VHB. Han sido excluidos 67 pacientes: 33 coinfectados con VIH en seguimiento en la consulta de infecciosos, 12 hepatitis aguda resuelta, 13 diagnosticados en la U. Hemodiálisis, 5 pacientes pediátricos y 4 en el contexto de donación de órganos.

De los 1.123 pacientes analizados, solo 504 (45%) han sido derivados a AE. De ellos, 441 (87%) han sido evaluados y continúan en seguimiento. 11 pacientes derivados a AE nunca acudieron y 52 pacientes asistieron a una primera consulta y no volvieron.

226 (51% de los pacientes evaluados en AE) fueron clasificados como hepatitis crónica VHB, iniciaron tratamiento antiviral y

continúan en seguimiento; 210 como infección crónica VHB AgHBe negativo (portadores inactivos) y 7 como infección crónica VHB AgHBe positivo (inmunotolerantes), de los cuales solo permanecen en seguimiento un 72% ya que 62 pacientes han dejado de acudir a la consulta y 5 pacientes han sido dados de alta por eliminación espontánea del virus.

Más de la mitad de los pacientes diagnosticados de infección VHB (55%) nunca han sido derivados a AE. Son 619 pacientes, 444 diagnosticados en Atención Primaria o en diferentes consultas hospitalarias, fundamentalmente quirúrgicas, por lo que no han tenido seguimiento; y 175 (un 28% de los pacientes no derivados) diagnosticadas en Ginecología-Obstetricia como parte del protocolo de cribado en el embarazo, sin derivarse a AE tras el parto.

Conclusiones

La tasa de derivación de los pacientes con infección VHB en Almería es baja. Más del 50% no son derivados a Consulta Digestivo. Un 25% de los pacientes no derivados son diagnosticados en el servicio de Obstetricia.

Uno de cada diez pacientes derivados no acude a una segunda consulta en atención especializada, poniendo de manifiesto la importancia de implicar a los pacientes infectados en su seguimiento.

La mitad de los pacientes derivados tienen hepatitis crónica siendo subsidiarios de tratamiento antiviral.

Es necesario realizar acciones de formación en Atención Primaria y servicios como Obstetricia o Cirugía para establecer la importancia de la derivación a AE de los pacientes diagnosticados de infección VHB.

COMUNICACIONES PÓSTER ÁREA INTESTINO DELGADO / COLON

CP-085. A PROPÓSITO DE DOS CASOS: INVAGINACIÓN INTESTINAL EN ADULTOS

DÍAZ ALCÁZAR, MM; MARTÍN-LAGOS MALDONADO, A; VIDAL VÍLCHEZ, B; ROA COLOMO, A; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; GARCÍA MÁRQUEZ, J; RUIZ ESCOLANO, E

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La invaginación intestinal es una entidad común en la edad pediátrica, pero en población adulta es más infrecuente, representando menos del 5% de todos los casos. Describimos dos casos de invaginación intestinal en adultos revisando su forma de presentación.

Caso clínico

Caso 1: mujer de 17 años que acude a Urgencias por dolor centroabdominal agudo. Se realiza tomografía computarizada objetivando invaginación ileo-ileal en fosa iliaca derecha, de segmento corto y pequeño calibre, sin engrosamiento parietal y sin dilatación de asas asociada (Figura 1). La sintomatología se controla con medidas conservadoras. A las 24 horas se realiza control ecográfico que muestra resolución radiológica sin necesidad de tratamiento quirúrgico.

Caso 2: mujer de 60 años remitida a la consulta de Aparato Digestivo para estudio de episodios recurrentes de dolor y distensión abdominal de varios meses de evolución. En ocasiones se acompañan de vómitos. Endoscopia alta sin hallazgos. En ecografía abdominal se objetiva invaginación yeyuno-yeyunal con una lesión intraluminal de densidad grasa de aproximadamente 4x2 cm, compatible con lipoma que actúa como cabeza de invaginación, sin asociar dilatación retrógrada de asas intestinales ni engrosamiento parietal. El diagnóstico se confirma mediante tránsito intestinal y resonancia magnética (Figuras 2 y 3). Se realiza resección segmentaria de yeyuno, confirmado el estudio anatómo-patológico que se trata de un lipoma.



Figura 1

Corte axial de tomografía computarizada abdominal en que se objetiva invaginación ileo-ileal.



Figura 2

Corte coronal de resonancia magnética donde se objetiva lipoma en zona de invaginación.

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El adenocarcinoma primario de duodeno es un tumor infrecuente que representa solo el 0,3% de las neoplasias gastrointestinales, focalizándose principalmente en la segunda porción duodenal. Presenta una sintomatología inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico en estadios tempranos.

Caso clínico

Varón de 74 años que acude a urgencias por cuadro de dolor epigástrico, náuseas y vómitos de varias semanas de evolución e intolerancia a la vía oral en los últimos días, con sospecha de cuadro obstructivo. Se realiza TC abdominal identificándose cámara gástrica muy distendida y engrosamiento de pared duodenal a nivel de ángulo de Treitz, planteando como primera posibilidad diagnóstica una tumoración estenosante a dicho nivel.

Se solicita una entero-RM para completar estudio de estenosis duodenal, mostrando un engrosamiento marcado de la pared del duodeno hasta inicio de yeyuno, con imagen de mucosa irregular y ulcerada, además de un engrosamiento de un segmento de íleon con una pared mayor de 4 mm. Estos resultados modifican nuestra primera opción diagnóstica, sugiriendo esta última prueba una enfermedad de Crohn de tipo fibroso/estenosante, que se confirma con el tránsito intestinal en el que se aprecia una estenosis e irregularidad del contorno desde segunda porción duodenal hasta inicio de yeyuno, con una longitud estimada de aproximadamente 22 cm.

Sin embargo, tras dos semanas se obtienen los resultados anatomopatológicos de adenocarcinoma de inmunofenotipo gastrointestinal con extensa linfangitis carcinomatosa, procediéndose entonces a realizar una anastomosis en Y de Roux gastro-yeyunal como cirugía derivativa por neoplasia estenosante irresecable de duodeno, e iniciándose tratamiento quimioterápico posterior.

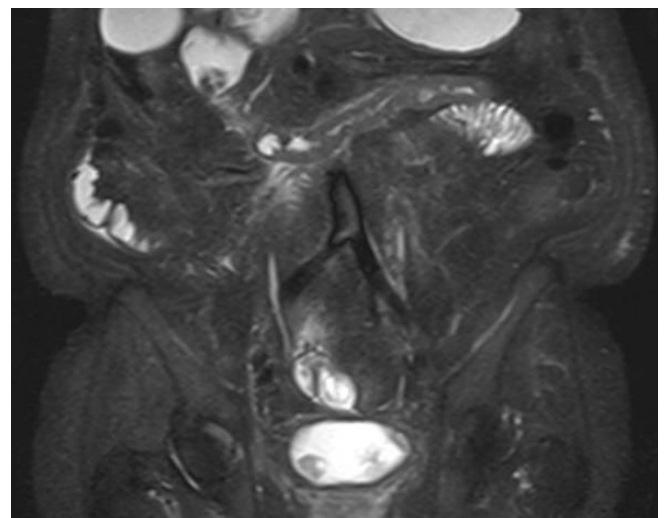


Figura 1
Entero-RM (corte coronal).



Figura 3
Imagen de tránsito intestinal en que se objetiva dilatación de asas intestinales secundaria a invaginación.

Discusión

La invaginación intestinal es rara en adultos, representando un 1-5% de las obstrucciones intestinales mecánicas. A diferencia de lo que ocurre en edad pediátrica, donde suelen ser idiopáticas, en el 70-90% de los adultos existe una lesión subyacente que actúa como cabeza de la invaginación introduciendo el segmento intestinal afecto en otro segmento intestinal. En el caso del intestino delgado la mayoría son lesiones benignas como pólipos o tumoraciones submucosas, mientras que en colon suele asociarse a lesiones malignas. En los pacientes infectados por VIH es más frecuentes ya que hay mayor prevalencia de hiperplasia linfoide, sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin. Las invaginaciones intestinales por lipomas son aún más raras. Los lipomas gastrointestinales son tumores benignos poco frecuentes, menos frecuente que en otros órganos, y en caso de estar presente, suelen localizarse en íleon.

En adultos la forma de presentación más frecuente es dolor abdominal, agudo o episodios intermitentes secundarios a obstrucción intestinal incompleta. El diagnóstico es radiológico, demostrando el segmento intestinal invaginado. En ocasiones también pueden demostrar el carácter intermitente del cuadro. El tratamiento suele ser quirúrgico, pero a veces se resuelve con tratamiento conservador.

CP-086. ADENOCARCINOMA DE DUODENO CON PATRÓN RADIOLÓGICO DE ENFERMEDAD DE CROHN ESTENOSANTE

MORENO MORALEDA, I; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; LÁZARO SÁEZ, M; BARRIENTOS DELGADO, A; HALLOUCH TOUTOUH, S; DELGADO MAROTO, A; VEGA SÁENZ, JL

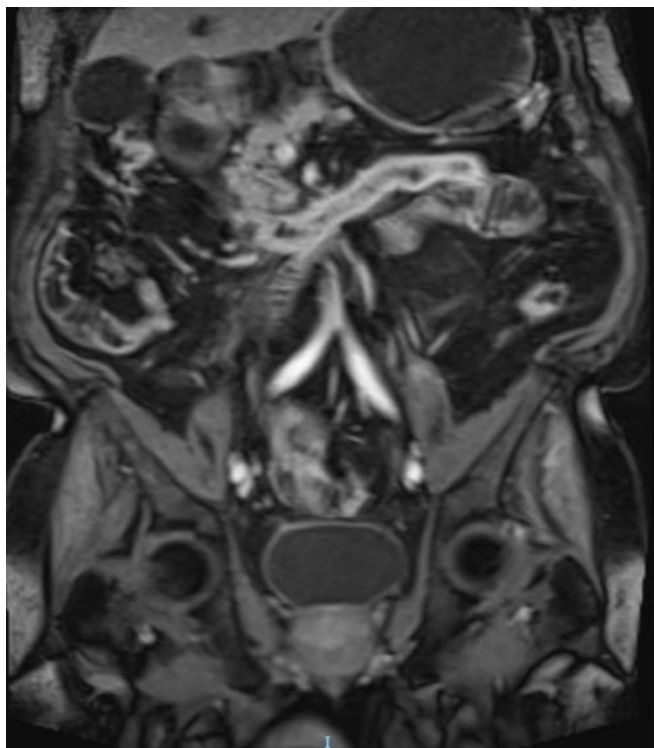


Figura 2
Entero-RM (corte coronal).



Figura 3
Corte coronal de resonancia magnética donde se objetiva lipoma en zona de invaginación.

Discusión

Los adenocarcinomas representan entre el 25% y 40% de los cánceres de intestino delgado, localizándose en un 55% de los casos en duodeno. Una excepción a la ubicación predominantemente proximal es en pacientes con enfermedad de Crohn, localizándose

en el 70% de los casos en íleon, el sitio primario del proceso inflamatorio.

Los síntomas son inespecíficos, siendo el *gold standard* para el diagnóstico la endoscopia digestiva alta, disminuyendo su sensibilidad en tercera y cuarta porción duodenal por ser prácticamente inaccesibles mediante esta técnica. La ecoendoscopia y la TC constituyen las técnicas de elección para la estadificación tumoral.

Generalmente se llega al diagnóstico en fases tardías, por lo que la cirugía tiene una resecabilidad del 60-75%. Se propone pancreatoduodenectomía cefálica si afecta a primera o segunda porción duodenal y resección segmentaria si afecta a tercera o cuarta porción. En casos estenosantes irresecables se puede plantear una cirugía derivativa o la colocación de una prótesis metálica.

CP-087. ADENOCARCINOMA MUCINOSO SOBRE CICATRIZ QUIRÚRGICA DE FÍSTULA PERIANAL

MORENO MORALED A, I; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; BARRIENTOS DELGADO, A; HALLOUCH TOUTOUH, S; DELGADO MAROTO, A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El cáncer anal es poco común, representando solo el 2,7% de todos los tumores malignos gastrointestinales, con predominio histológico claro de la variedad de células escamosas. El adenocarcinoma mucinoso constituye entre el 3% y el 11% de todos los carcinomas anales, presentando peor pronóstico, debido a la naturaleza avanzada en el momento del diagnóstico.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 72 años con diagnóstico de fístula perianal transesfinteriana compleja intervenida en cuatro ocasiones en los últimos 10 años mediante fistulotomía, sin conseguir el cierre completo de la misma. Acude a Urgencias en varias ocasiones por presentar una fístula perianal abscesificada, procediéndose a drenaje quirúrgico sin incidencias posteriores.

Meses después acude a Urgencias por dolor abdominal y estreñimiento de 5 días de evolución, realizándose un TC de abdomen urgente por sospecha de cuadro obstructivo, evidenciándose en recto cambios inflamatorios compatibles con cambios postquirúrgicos, aunque sin poder descartar del todo la posibilidad de lesión neoplásica anal subyacente, debido al largo tiempo de evolución tras la cirugía.

El paciente es finalmente intervenido para toma de macrobiopsias en recto-ano con resultado anatomopatológico de adenocarcinoma invasivo mucinoso con ulceración de la mucosa anal. Se ingresa y se comenta el caso en comité oncológico no siendo el paciente

subsidiario de tratamiento quimio-radioterápico, aunque sí de cirugía paliativa mediante amputación abdomino-perineal y colostomía permanente, falleciendo el paciente días después por cuadro suboclusivo secundario a tumor ano-rectal no resecado.

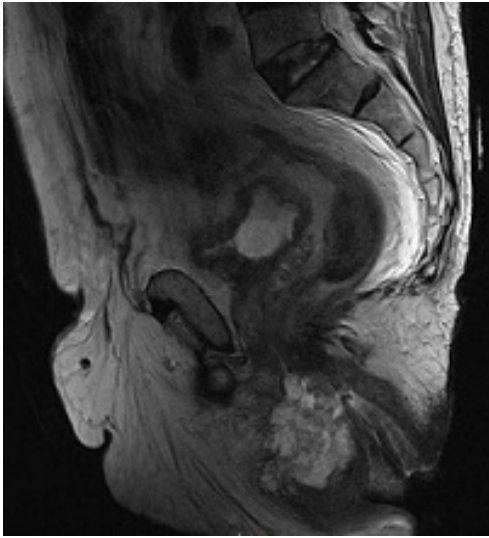


Figura 1
Fistula anal transesfinteriana compleja abscesificada.

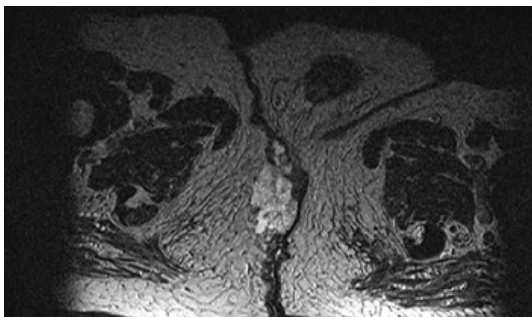


Figura 2
Lesión neoplásica anal ulcerada subyacente.



Figura 3
Cambios inflamatorios postquirúrgicos.

Discusión

El cáncer anal es poco frecuente, sin embargo, la incidencia en la población general ha aumentado en los últimos 30 años. La presencia de fistulas perianales crónicas, asociadas o no a enfermedad de Crohn, supone el factor de riesgo más importante para el desarrollo de adenocarcinoma, principalmente cuando superan los 10 años de historia natural.

Se trata de un tumor a menudo infradiagnosticado debido a su asociación a patología considerada benigna, presentándose frecuentemente como un absceso y/o fistula perianal compleja. Destacamos de esta manera la importancia de la toma de biopsias de todos los abscesos y fistulas perianales de evolución tórpida para el diagnóstico y tratamiento precoces de la enfermedad.

La quimiorradioterapia combinada se ha convertido en el tratamiento de elección para el cáncer de canal anal, sin embargo, en caso de adenocarcinoma es de elección la cirugía (mediante resección abdominoperineal) en lugar de quimiorradioterapia inicial.

CP-088. ADENOMA SERRADO DE LOCALIZACIÓN SIGMOIDE EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE NEOPLASIA GÁSTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; HERGUETA DELGADO, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Los adenomas serrados son adenomas que en la evaluación microscópica presentan una arquitectura serrada; es decir con pliegues intraluminales al interior de las criptas y en la superficie, lo que genera un aspecto estrellado o dentado. Por esa particular arquitectura, pueden ser diagnosticados erróneamente como pólipos hiperplásicos. Este grupo incluye al adenoma serrado tradicional, el adenoma serrado-sésil y el pólipo mixto.

El cáncer colorrectal de intervalo comparte las mismas características clínicas y moleculares que los pólipos serrados, localización proximal y alteraciones moleculares propias de la vía serrada (mutación en el gen BRAF y CIMP), por lo que se ha sugerido que una de las principales causas del CCR de intervalo son los pólipos serrados inadvertidos.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, valorado en consulta por cuadro de enfermedad por reflujo gastroesofágico y rectorragia de perfil distal. Como antecedente destacable cabe mencionar intervención quirúrgica previa tras carcinoma gástrico. Se realiza endoscopia digestiva alta, apreciándose datos compatibles con esofagitis por reflujo. Se visualiza gastrectomía tipo Billroth I y abundante reflujo biliar. Se realizó también colonoscopia, en la que se describe

únicamente lesión tipo O-I_s de 10 mm en colon sigmoide, que es reseca y remitida a estudio anatomopatológico. El estudio histológico objetiva en sigmoide estructura serrada sésil con distorsión cóptica, sin displasia asociada.

Discusión

Pese a que la poliposis gástrica es muy frecuente en pacientes con poliposis adenomatosa familiar, el cáncer gástrico es un tumor raro en los países occidentales (1%). El principal reto en ocasiones es diferenciar los adenomas antrales, con potencial de malignización, de los pólipos de glándulas fúndicas, que en ocasiones tapizan todo el estómago.

No se ha descrito asociación hasta el momento entre síndrome de poliposis serrada en pacientes con carcinoma gástrico, por lo que se necesitarían datos concluyentes y estudios para valorar la realización de colonoscopia en pacientes con antecedentes de neoplasia gástrica.

CP-089. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES FACTORES PREDICTORES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN NUESTRO MEDIO

PUYA GAMARRO, M; BISSO ZEIN, JK; LÓPEZ VEGA, M; GÓMEZ ESPEJO, SM; SORIA LÓPEZ, E; SÁNCHEZ CANTOS, AM; MÉNDEZ SÁNCHEZ, IM

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

Clostridium difficile es la causa más frecuente de diarrea infecciosa en entornos de atención médica. El uso de antibióticos es el factor de riesgo asociado más frecuentemente con esta patología, especialmente penicilinas y quinolonas.

Otros factores implicados son la hospitalización prolongada, predisposición del huésped, edad avanzada, procedimientos quirúrgicos gastrointestinales, uso de inhibidores de la bomba de protones, alteración de la motilidad intestinal e ingreso en unidades de cuidados intensivos.

Nuestro objetivos fueron: analizar características epidemiológicas, clínicas, principales factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de pacientes con diarrea diagnosticados de infección por *Clostridium difficile* en nuestro medio desde enero de 2013 a junio de 2018.

Material y métodos

Análisis descriptivo de pacientes diagnosticados de colitis por *Clostridium difficile* en nuestro medio desde enero de 2013 a junio de 2018 utilizando medidas de tendencia central, dispersión y posición para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas.

Resultados

Analizamos 134 pacientes, incluyendo finalmente 125. El 63% era >65 años con predominio masculino (59,2%). El 81,3% presentaba alguna comorbilidad, de las que las más frecuentes fueron la hipertensión arterial (59,2%), la diabetes (28%) y la dislipemia (23,2%). La diarrea fue el motivo inicial de consulta en el 31,2% de pacientes, consultando la mayoría por otros motivos. La media de días ingresados en pacientes ingresados por diarrea fue de 12 días. La toxina fue positiva en el 99,2% de pacientes con PCR positiva en el 95,4% de los que la tenían realizada. El 56% había realizado tratamiento antibiótico previo, siendo los más frecuentes: Piperacilina-Tazobactam (23,5%), cefalosporinas (22%), fluoroquinolonas (17,6%) y amoxicilina-clavulánico (16%) (Figura 2). El 20,9% restante, tomó otros antibióticos. Otros factores de riesgos analizados que destacamos son la toma de inhibidores de la bomba de protones en el 53% de pacientes, el ingreso previo prolongado en el 42,4%, el tratamiento inmunosupresor en el 21,6%, la presencia de enfermedad inflamatoria en el 14,4% y la toma de AINES en el 11,2% de pacientes (Figura 1). El 75,2% fueron tratados con metronidazol, con 8 fracasos de los cuales 6 se trataron con Vancomicina. El 6,4% se trató con Vancomicina como único tratamiento. El 3,2% se trató inicialmente con ambos fármacos (Figura 3).

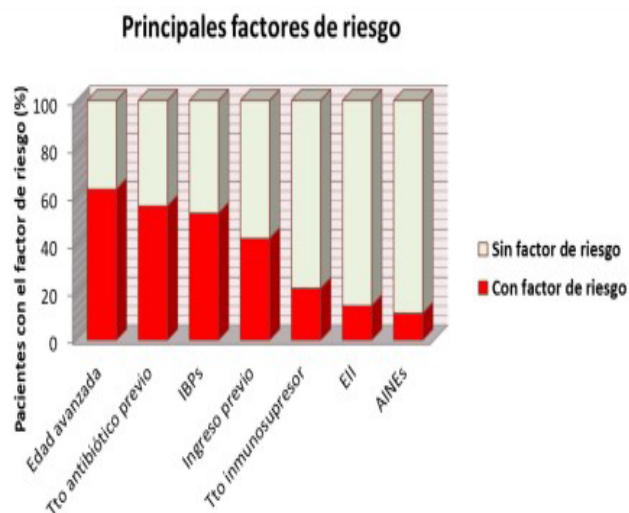


Figura 1

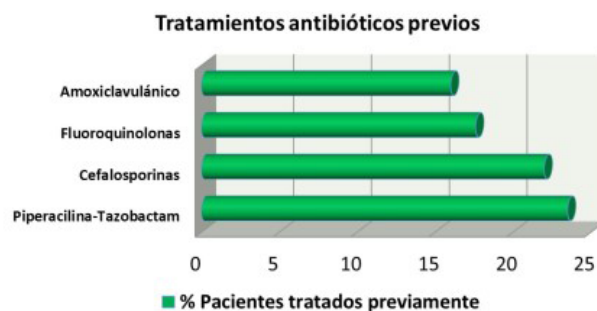


Figura 2



Figura 3

Conclusiones

En nuestra serie los factores de riesgo más frecuentes fueron la edad avanzada (63% >65 años) y el tratamiento antibiótico previo, (56%), seguido del uso de inhibidores de la bomba de protones (53%) y el ingreso previo prolongado (42,4%).

La infección por *Clostridium difficile* supuso un incremento de la estancia hospitalaria (12 días), resultados acordes con la literatura.

CP-090. APENDICITIS AGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE NEOPLASIA APENDICULAR

LÓPEZ GONZÁLEZ, J¹; BARRIENTOS DELGADO, A¹; CANTÓN YEBRA, MT²; VEGA SÁEZ, JL¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La neoplasia mucinosa apendicular es una lesión de bajo grado de malignidad que, a diferencia del adenoma mucinoso, presenta invasión de la pared apendicular y puede diseminarse en forma de implantes peritoneales (pseudomixoma peritoneal).

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 60 años con antecedentes quirúrgicos de histerectomía y ooforectomía que acude al servicio de Urgencias por dolor en hipogastrio y fosa ilíaca derecha de 12 horas de evolución, sin presentar fiebre ni otra semiología asociada. A la exploración destaca dolor a la palpación en fosa iliaca derecha con signo de Blumberg positivo. Se realiza ecografía abdominal que visualiza apéndice engrosado con colección en su extremo distal, compatible con apendicitis aguda perforada. Se realiza apendicectomía laparoscópica sin incidencias.

Los resultados histológicos de la pieza quirúrgica informaron de epitelio mucinoso displásico de bajo grado preservado sólo en pequeñas parcelas de la pieza con amplias áreas de denudación epitelial, signos compresivos y reacción histiocitaria asociada con células gigantes tipo cuerpo extraño que reemplaza el revestimiento mucoso no displásico, hallazgos compatibles con neoplasia

mucinoso apendicular de bajo grado, con margen quirúrgico proximal en contacto.

Se presentó el caso en comité multidisciplinar oncoquirúrgico, decidiendo ampliación de márgenes quirúrgicos con realización de cequectomía parcial, confirmando definitivamente los márgenes de la pieza quirúrgica libres de tumor.

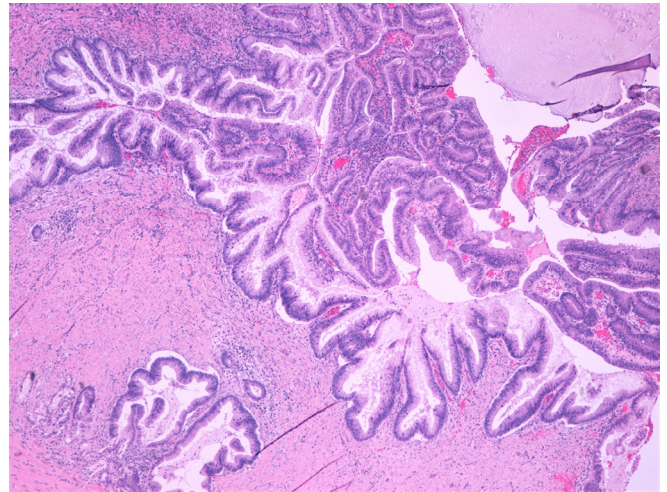


Figura 1

AP: neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado perforada.

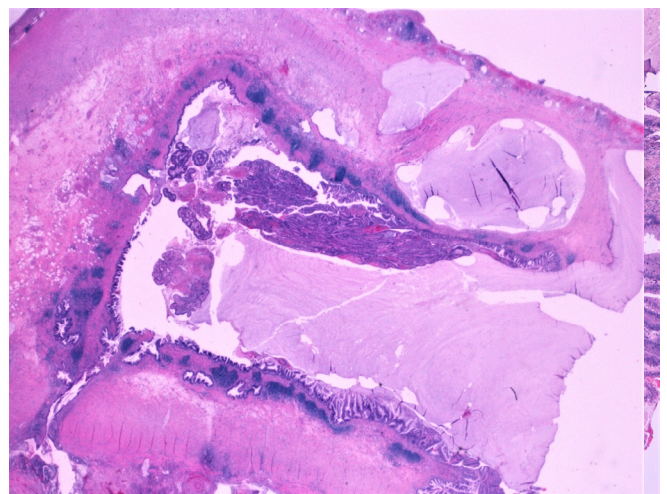


Figura 2

AP: neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado perforada. Luz ocupada con moco.

Discusión

La neoplasia apendicular de tipo mucinoso puede presentarse como un cuadro de apendicitis aguda, aunque en casos más raros puede no presentar sintomatología. El manejo de esta entidad resulta controvertido ya que clásicamente se consideraba que una apendicectomía reglada es suficiente, pero existen diversos grupos que defienden un tratamiento más agresivo, ya sea hemicolectomía derecha o cequectomía (sobre todo en caso de afectación de la base apendicular).

CP-091. CALCIFICACIONES ADENOPÁTICAS MESENTÉRICAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE PACIENTE CON TUBERCULOSIS INTESTINAL LATENTE POR *MYCOBACTERIUM BOVIS* EN PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR APENDAGITIS

GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; HERGUETA DELGADO, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El término "apendagitis" fue introducido en 1956 por Lynn. Es una entidad benigna y autolimitada de los apéndices epiploicos del colon secundaria a la torsión del pedículo vascular o trombosis espontánea del drenaje venoso de estos. Aparece más frecuentemente en la cuarta a quinta década de la vida, con una incidencia similar entre hombres y mujeres (1-3). Otras causas menos frecuentes son la obstrucción intestinal y la introducción de dichos apéndices en el interior del saco de una hernia femoral, umbilical o inguinal, donde pueden estrangularse causando dolor, con o sin torsión. En orden decreciente, la apendagitis puede aparecer en zonas adyacentes a colon sigmoides, colon descendente y hemicolon derecho. La manifestación clínica más frecuente es dolor agudo en la zona inferior del abdomen, sobre todo en el cuadrante izquierdo, pudiendo simular una diverticulitis aguda o apendicitis si es en el lado contrario

Caso clínico

Paciente de sexo femenino en seguimiento en consulta por cuadro de apendagitis a la que se le realiza tomografía computarizada de control, en la que no se describen alteraciones del parénquima hepático, área biliopancreática ni parénquima renal, apreciándose únicamente pequeñas adenopatías mesentéricas calcificadas. Como antecedente epidemiológico de interés, la paciente refiere en la infancia ingesta de leche de vaca y cabra sin higienizar. Asimismo refiere que hace 20 años, realizó tratamiento profiláctico con Isoniacida. Así, la paciente es diagnosticada de tuberculosis intestinal en estado latente en probable relación con *Mycobacterium bovis* con curso actual asintomático.



Figura 1

Discusión

Mycobacterium bovis es una de las especies integrantes del taxón *Mycobacterium tuberculosis complex* (que incluye *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium africanum I y II*, *Mycobacterium bovis*, bacilo *Mycobacterium bovis* de Calmette y Guérin, *Mycobacterium canetti*, *Mycobacterium microti*, *Mycobacterium caprae*, *Mycobacterium pinnipedii*). Las vías de transmisión pueden ser la ingestión (la más frecuente), la inhalación o el contacto con mucosas o heridas de la piel de animales contaminados (menos frecuente). La mayor parte de los casos descritos se han producido tras la ingestión de leche contaminada no pasteurizada.

Se trata de una afección rara, y representa del 0,2% al 0,5% del total de casos de tuberculosis registrados. Los datos clínicos, radiológicos y patogénicos son indistinguibles de los producidos por *Mycobacterium tuberculosis*, si bien *Mycobacterium bovis* produce con especial frecuencia casos de tuberculosis extrapulmonar. La tuberculosis abdominal es una forma de presentación extrapulmonar con una incidencia aproximada del 5%. La localización más frecuente es la intestinal, seguida de la peritoneal y de la linfadenitis mesentérica.

CP-092. CANDIDA GLABRATA COMO CAUSA DE COLITIS

JIMÉNEZ-ROSALES, R; AYUSO CARRASCO, CAB; OJEDA HINOJOSA, M; CASTILLO MOLINA, L

DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN

Introducción

Las infecciones por *Candida* del tracto gastrointestinal bajo (TGB) son muy raras, siendo los casos documentados debidos a *Candida albicans* y *Candida tropicalis*.

Caso clínico

Varón de 56 años con antecedentes personales de obesidad mórbida y cirugía bariátrica. Ingresa en UCI por diarrea y rectorragia asociadas a sepsis y fracaso multiorgánico. Se realiza colonoscopia objetivando desde 20 cm de margen anal hasta colon ascendente úlceras en sacabocados (Figura 1). Ante la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, se inicia tratamiento corticoideo, pero el paciente evoluciona desfavorablemente con perforación colónica que requiere intervención quirúrgica. Posteriormente, la histología fue compatible con colitis infecciosa con crecimiento de *Candida glabrata* en el cultivo.

A pesar de tratamiento antifúngico dirigido, la evolución es tórpida con sangrado por ileostomía e inestabilidad hemodinámica objetivando en EDA presencia de múltiples ulceraciones en intestino delgado con sangrado activo (Figuras 2-4), produciéndose finalmente el fallecimiento por shock hemorrágico.

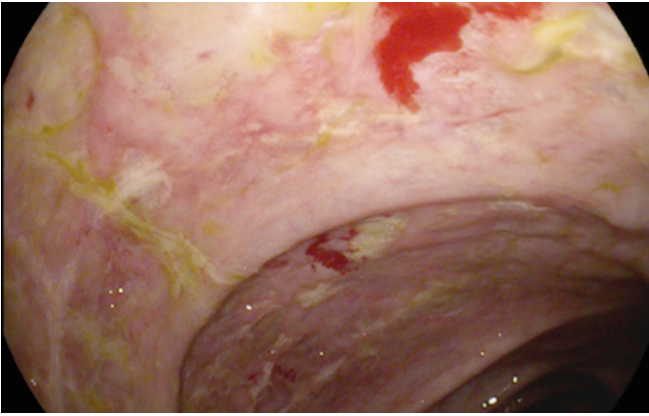


Figura 1

Imagen de colonoscopia donde se objetiva la presencia de múltiples úlceras.

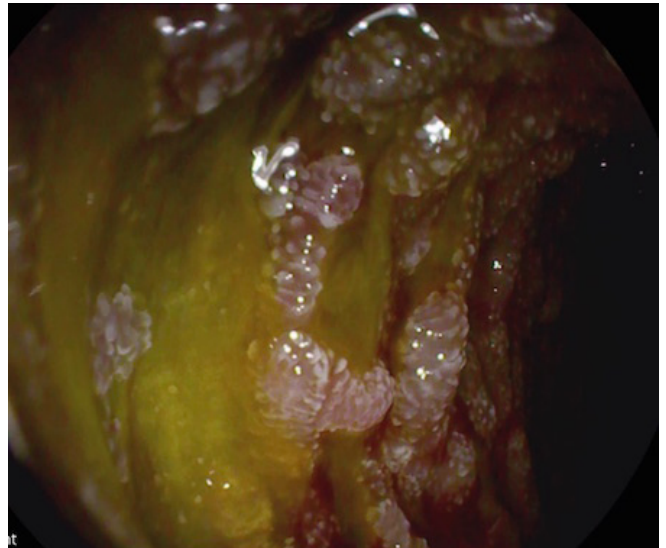


Figura 4

Imagen de endoscopia digestiva alta con presencia de ulceraciones con sangrado babeante.



Figura 2

Imagen de endoscopia digestiva alta con presencia de ulceraciones con sangrado babeante.

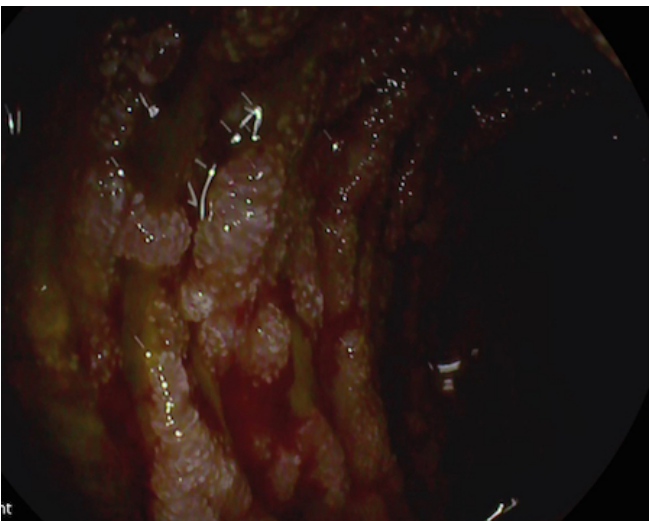


Figura 3

Imagen de endoscopia digestiva alta con presencia de ulceraciones con sangrado babeante.

Discusión

La literatura disponible sobre candidiasis colónica es limitada. Se puede manifestar como ulceraciones, placas, erosiones y pseudopólipos. En el 82% de los casos de candidiasis gastrointestinal (GI) se afectaron múltiples tramos del tracto GI, implicando el colon en un 20%. Puede presentarse con fiebre, diarrea, dolor abdominal y rectorragia. Los gastroenterólogos deben tener en mente la posibilidad de infección del TGB por *Candida*, siendo fundamental el estudio microbiológico para identificar la especie responsable y guiar la terapia antifúngica. Presentamos el primer caso de colitis por *Candida glabrata* documentado en la bibliografía, posiblemente asociado a afectación del intestino delgado.

CP-093. CAUSA INFRECUENTE DE INFECCIÓN INTRAABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

BELVIS JIMÉNEZ, M; MORALES BARROSO, ML; DEL PINO, PILAR; CAUNEDO ÁLVAREZ, A

APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La infección de una metástasis es una causa poco frecuente de dolor abdominal y fiebre, más aún cuando dicha neoplasia es de baja probabilidad de recidiva años después de su curación, como es el seminoma clásico. Presentamos el caso de un varón con infección de una recidiva de seminoma retroperitoneal

Caso clínico

Varón de 29 años, fumador de 15 cigarrillos/día, con antecedente, cinco años antes, de una orquiectomía por seminoma testicular

tipo clásico con estudio de extensión y marcadores negativos, que acudió por dolor abdominal y fiebre de hasta 38°C. Se realizó un TC abdominal, donde se observó una masa de 6x5 cm en tercera porción duodenal. Analíticamente destacaba una leucocitosis, por lo que ante la sospecha de proceso infeccioso, se comenzó con antibioterapia con buena evolución clínica y analítica. La HCG se encontraba en valores normales, persistiendo la imagen en una RNM posterior de control. Se realizó una PAAF bajo control radiológico, siendo la muestra no diagnóstica, por lo que una vez pasado el evento infeccioso agudo se realizó un PET, siendo esta lesión sugestiva de malignidad. El paciente no aceptó la cirugía inicialmente, por lo que actualmente se encuentra en tratamiento quimioterápico por enfermedad metastásica de seminoma sin confirmación histológica.

Discusión

Los tumores de células germinales testiculares (TCG), aunque poco frecuentes (1%), representan la neoplasia más común entre los varones jóvenes. Se pueden dividir en seminomas puros y no seminomas. Los seminomas puros se caracterizan por su buena respuesta a la quimiorradiación. La infiltración gastrointestinal (GI) de GCT es poco frecuente, variando del 3,6% al 5,1% y además se conoce que el seminoma, tiene una tasa de metástasis GI menor que los tumores no seminomatosos, con una incidencia de menos del 1%. La afectación GI en estos pacientes se debe a infiltración de los ganglios linfáticos retroperitoneales afectados o, con menor frecuencia, por siembra peritoneal y diseminación metastásica hematogena directa. Las metástasis a intestino delgado de TCG son raras; suelen manifestarse como oclusión o sangrado; las ileales y yeyunales son más comunes debido a su localización retroperitoneal. La quimioterapia tiene una tasa de éxito del 90% en pacientes con seminomas puros, incluso con una enfermedad diseminada. Sin embargo, cuando existe afectación GI, la tasa de respuesta a la quimioterapia disminuye (60%), por lo que en ellos se debe considerar el manejo quirúrgico temprano.

CP-094. CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA: SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; GONZÁLEZ GRANDE, R; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

El síndrome de la arteria mesentérica superior es una causa infrecuente de obstrucción de intestino delgado, y hace referencia a la compresión extrínseca de la tercera porción duodenal entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior (AMS). La clínica es inespecífica y puede presentarse de forma crónica, aguda o intermitente.

Caso clínico

Mujer de 19 años, sin antecedentes de interés, acude a urgencias por presentar desde hace 4 días dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, con náuseas y vómitos continuos de contenido alimenticio. No refiere episodios similares previamente. En la exploración destaca abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación en hemiabdomen superior, sin signos de irritación peritoneal, y ruidos hidroaéreos presentes.

Los resultados de la analítica de sangre son anodinos y en la radiografía de abdomen se observa gran dilatación de cámara gástrica repleta de contenido (Figura 1 y 2). Se realiza ecografía de abdomen urgente que confirma la presencia de una marcada dilatación gástrica con contenido alimenticio en su interior, sin identificarse la causa del cuadro.

Se decide ingreso hospitalario y se inicia tratamiento mediante medidas conservadoras con colocación de sonda nasogástrica, dieta absoluta y fluidoterapia intravenosa. Se realiza gastroscopia observándose cámara gástrica y duodenal dilatados, y se agota la longitud del endoscopio sin observarse causa obstructiva. En la tomografía axial computerizada de abdomen se identifica ángulo aortomesentérico de 12°, siendo la distancia entre la arteria mesentérica superior y la arteria aorta de 4,7 mm (Figura 3), diagnosticándose de síndrome de la arteria mesentérica superior.

Tras el inicio de las medidas conservadoras evolucionada favorablemente cediendo los vómitos y tolerando dieta oral al alta.

Discusión

El síndrome de la arteria mesentérica superior, también llamado síndrome de Wilkie, es una causa infrecuente de obstrucción intestinal alta, siendo más frecuente su presentación en mujeres,



Figura 1

Radiografía abdomen con imagen de cámara gástrica repleta de contenido.



Figura 2
Radigrafía abdomen con asas dilatadas.



Figura 3
Imagen de TC abdomen donde se evidencia ángulo aortomesentérico de 12º y distancia de 4,7 mm entre la arteria mesentérica superior y la aorta.

adolescentes y adultos jóvenes. Los síntomas de presentación son inespecíficos, tales como dolor abdominal o intolerancia a la alimentación, que típicamente mejoran con el decúbito lateral izquierdo y el decúbito prono, siendo lo más frecuente su diagnóstico tras pérdida ponderal importante por una manifestación crónica de los síntomas, a diferencia de nuestra paciente que se presentó de forma aguda como un único episodio.

Los criterios diagnósticos en las pruebas de imagen son duodeno dilatado, compresión del duodeno por la AMS y ángulo aortomesentérico menor de 20 grados.

El tratamiento es inicialmente conservador, dejándose el tratamiento quirúrgico a aquellos pacientes que no respondan con estas medidas.

CP-095. COLITIS ISQUÉMICA SECUNDARIA A VASOCONSTRICCIÓN POR INHALACIÓN DE COCAÍNA

TENORIO GONZÁLEZ, E; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; OCAÑA LEDESMA, A; BRAVO ARANDA, AM; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La colitis isquémica aparece generalmente en personas de edad avanzada (el 90% de los casos, en mayores de 60 años) con algún factor de riesgo cardiovascular (obesidad, consumo de tabaco, hipertensión arterial, diabetes o hipercolesterolemia). Cuando se presenta en pacientes jóvenes debe investigarse el consumo de cocaína o de fármacos.

La cocaína ha demostrado producir serios efectos cardiovasculares como infarto al miocardio, arritmias y accidentes cerebrovasculares. Estos efectos se han atribuido en gran parte al efecto vasoespástico de la droga. En cambio, las consecuencias gastrointestinales son poco frecuentes, y entre ellas se incluyen úlceras gastroduodenales, infartos viscerales e isquemia intestinal.

Caso clínico

Presentamos un caso de un varón de 33 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal y rectorragia. Interrogando al paciente, refiere ser consumidor habitual de cocaína y que, el día previo, aproximadamente dos horas tras la inhalación de varias dosis de cocaína, comenzó con dolor abdominal en flanco derecho, tipo retortijón, que aliviaba con la defecación, en la que únicamente expulsaba sangre. A la exploración, presenta afectación del estado general por el dolor, aunque mantiene estabilidad hemodinámica y situación afebril. Expresa dolor en flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal, y peristaltismo aumentado; y no se aprecia sangre en ese momento en tacto rectal. Analíticamente presentaba únicamente leucocitosis leve, y se confirma cocaína positiva en orina, sin otras drogas añadidas. Se realizó TAC abdomen que confirma la sospecha de colitis isquémica derecha leve, siendo el paciente alta voluntaria con seguimiento ambulatorio y antibioterapia oral empírica como profilaxis de complicación. Posteriormente se comprobó buena evolución del cuadro en revisión en consulta.

Discusión

El compromiso isquémico a nivel intestinal por consumo de cocaína es infrecuente, pero debe existir un elevado grado de sospecha ante un dolor abdominal no filiado en pacientes jóvenes con antecedentes de consumo reciente de la droga. El cuadro suele desencadenarse en el curso de horas tras la última administración de la droga, existiendo casos comunicados secundarios a todas las vías de administración (nasal, intravenosa, inhalatoria, oral) y se produce en general pacientes consumidores frecuentes y en cantidades importantes.



Figura 1
TAC. Hallazgos en ángulo hepático. Colitis isquémica leve

CP-096. COLITIS ISQUÉMICA TRAS TRIATLÓN: LA IMPORTANCIA DE UNA ALTA SOSPECHA CLÍNICA

GARCÍA GAVILÁN, MC; MORALES ALCÁZAR, F; HERNÁNDEZ BERNAL, C; MONTES ARAGÓN, C; SÁNCHEZ CANTOS, A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN DE MARBELLA (ANTIGUO USP HOSPITAL DE MARBELLA), MARBELLA

Introducción

Correr se ha convertido en los últimos años en un deporte de moda, sin embargo puede entrañar riesgos. Desde el punto de vista digestivo cada vez se describen más casos de colitis isquémica en corredores.

Caso clínico

Varón de 46 años sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por comenzar tras finalizar un triatlón, con dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio y diarrea con sangre mezclada. En la analítica se observaba una GOT de 68, CK 1178 y PCR de 10, el coprocultivo con estudio de parásitos fue negativo y la ecografía abdominal de urgencias sin hallazgos. Se realizó una colonoscopia que objetivó desde ángulo hepático, una afectación continua de la mucosa que respetaba ciego, con edema, eritema petequiral, friabilidad y subfusiones hemorrágicas, compatible con colitis isquémica (Figuras 1 y 2). En el angioTC abdominal con contraste se observó un engrosamiento parietal difuso del colon derecho, con alteración de la grasa mesentérica adyacente y líquido libre locorregional (Figura 3). No se observaron alteraciones en el patrón vascular. Se completó con un estudio analítico de hipercoagulabilidad, ecocardiograma y eco-Doppler de troncos supraórticos, sin alteraciones. Presentó una buena evolución con mesalazina, ciprofloxacino profiláctico y probióticos, observándose una resolución completa de las lesiones en la colonoscopia de control al mes.

Discusión

La colitis isquémica es más frecuente en corredores de larga distancia, poco entrenados, en mujeres y es más frecuente con la

deshidratación y las altas temperaturas. Se debe a una respuesta sistémica ante el esfuerzo con redistribución del flujo sanguíneo esplácnico hacia los órganos vitales. Aunque normalmente la colitis isquémica es más frecuente en colon izquierdo y sigma, en estos pacientes se suele localizar en colon derecho y ciego, es por ello que para su diagnóstico se requiere un alto índice de sospecha, con realización de colonoscopia completa. Aunque se trata de una entidad poco frecuente debería tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal y hematoquecia, sobre todo tras la realización de ejercicio físico importante.



Figura 1
Imagen endoscópica con afectación continua de la mucosa que comienza de forma brusca en ángulo hepático.



Figura 2
En la endoscopia se observa afectación continua de la mucosa con edema, eritema petequiral, subfusiones hemorrágicas y restos fibrinados.



Figura 3

Corte axial del TC abdomen con contraste, donde se observa un engrosamiento parietal de colon derecho con afectación de la grasa mesentérica adyacente.

CP-097. CUADROS SUBOCCLUSIVOS DE REPETICIÓN DE ETIOLOGÍA INUSUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MORENO MORALED A, I; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; BARRIENTOS DELGADO, A; LÓPEZ GONZÁLEZ, J; AMADO VILLANUEVA, PP; VEGA SÁENZ, JL

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La anisakiasis es una enfermedad parasitaria del tracto gastrointestinal producida por larvas de *Anisakis simplex*, que se adquiere tras la ingesta de pescado crudo o poco cocinado, crustáceos o moluscos infectados. Presentamos un caso de un cuadro suboclusivo intestinal de repetición en un paciente con antecedente de ingesta de boquerones en vinagre.

Caso clínico

Varón de 61 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal agudo, náuseas, vómitos y estreñimiento de 24 horas de evolución, refiriendo episodios similares en los meses previos. En la exploración destaca un abdomen distendido, doloroso y timpánico, con aumento de ruidos hidroaéreos. Entre los datos analíticos al ingreso cabe destacar el incremento de reactantes de fase aguda (PCR 6,22 mg/dl), IgE elevada y leucocitosis moderada con neutrofilia.

Se realiza TC de abdomen en el que se objetiva ileítis inflamatoria, mínimo líquido libre en Douglas y trombosis hepática y esplénica de causa no filiada, presente ya en estudios de años previos. Se solicita estudio de coagulopatía por parte de Hematología que decide pautar tratamiento antiagregante con clopidogrel. Se realiza enteroRM a las 48 horas en la que se objetiva íleon terminal normal, sin visualizarse alteraciones mesentéricas, adenopatías, ni líquido libre, y angioTC en el que se evidencia trombosis ya conocida.

Tras rehistoriar al paciente, contextualizamos el inicio de la clínica 24 horas tras la ingesta de boquerones en vinagre no congelado previamente, por lo que se solicita serología IgE específica para *Anisakis simplex*, que resultó positiva. No se demostró la existencia del parásito por endoscopia ni signos de isquemia intestinal aguda.

Tras instaurar medidas de soporte, el paciente mejora a las 48 horas, programándose seguimiento ambulatorio de cuadro suboclusivo.



Figura 1

Ileítis inflamatoria.

Discusión

En nuestro medio, la tasa de parasitación por *Anisakis* del pescado que consumimos es muy elevada, oscilando entre un 23% y un 80%. En la mayoría de los casos, provoca cuadros autolimitados en forma de abdomen agudo, aunque debemos tener en cuenta la forma intestinal de curso crónico, que se manifiesta mediante cuadros suboclusivos de repetición.

A pesar de considerarse un problema de salud pública actual, se estima que la anisakiasis intestinal se trata de una patología infradiagnosticada por falta de sospecha clínica, por ello, ante todo cuadro de abdomen agudo es imprescindible una correcta anamnesis en la que se incluyan antecedentes epidemiológicos, ya que un diagnóstico correcto permite evitar cirugías innecesarias y una alta probabilidad de resolución del cuadro con tratamiento conservador.

CP-098. DIAGNÓSTICO INFRECLENTE DE SÍNDROME CONSTITUCIONAL, ENGROSAMIENTO CECAL Y CARCINOMATOSIS PERITONEAL

CADENA HERRERA, ML; BELLIDO MUÑOZ, F; CORDERO RUIZ, P; BARRANCO CASTRO, D

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La tuberculosis (TBC) es conocida como la gran simuladora por sus diversas manifestaciones clínicas y la dificultad de su diagnóstico. Su incidencia en aumento constituye un importante problema de salud pública mundial y se relaciona con el incremento de VIH, migraciones, terapias inmunosupresoras, enfermedades crónicas avanzadas y la aparición de cepas resistentes. Para su diagnóstico es imprescindible un alto índice de sospecha y el inicio precoz de estudios complementarios encaminados a su confirmación.

Caso clínico

Varón de 42 años natural de Ecuador, residente en Sevilla desde hace 17 años. Como único antecedente, derrame pleural metaneumónico sin aislamiento microbiológico cinco meses atrás. Acude ahora por vómitos, diarreas acuosas, pérdida ponderal y sudoración nocturna de dos meses de evolución. A la exploración afebril, sarcopenia y masa palpable en fosa ilíaca derecha. En analítica, únicamente anemia ferropénica y PCR 228 mg/dl. En TAC abdominal se objetiva engrosamiento mural asimétrico de la pared del ciego sugestiva de neoplasia, afectación peritoneal difusa con formaciones micronodulares compatibles con carcinomatosis y ascitis escasa (Figura 1). Se realiza el estudio endoscópico encaminado a confirmar el diagnóstico radiológico resultando sorprendentemente negativo, siendo tanto la colonoscopia como gastroscopia normales. Se realiza paracentesis diagnóstica obteniéndose líquido claro con predominio de mononucleares, ADA y proteínas elevadas. La citología, cultivos bacterianos, tinción BAAR y PCR de TBC fueron negativos. A la semana del ingreso junto a persistencia de la sintomatología inicial, asocia febrícula, tos y ligera expectoración. Tanto los cultivos de esputo, baciloscopia como Mantoux fueron negativos, resultando positivo únicamente el quantiferon gamma. En TAC de tórax se aprecia un patrón de "árbol en brote" en lóbulos pulmonares superiores y adenopatías mediastínicas reactivas (Figura 2). Ante la sospecha de infección tuberculosa, se inicia tratamiento empírico con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol. La evolución clínica resulta claramente favorable quedando asintomático y resolviéndose la ascitis a los pocos días. Tras ser dado de alta, al día 21 y 30, los cultivos de líquido peritoneal y de esputo respectivamente confirman positividad para *Mycobacterium tuberculosis*.



Figura 1
TAC de abdomen: engrosamiento asimétrico de ciego, afectación peritoneal difusa con micronodulaciones,

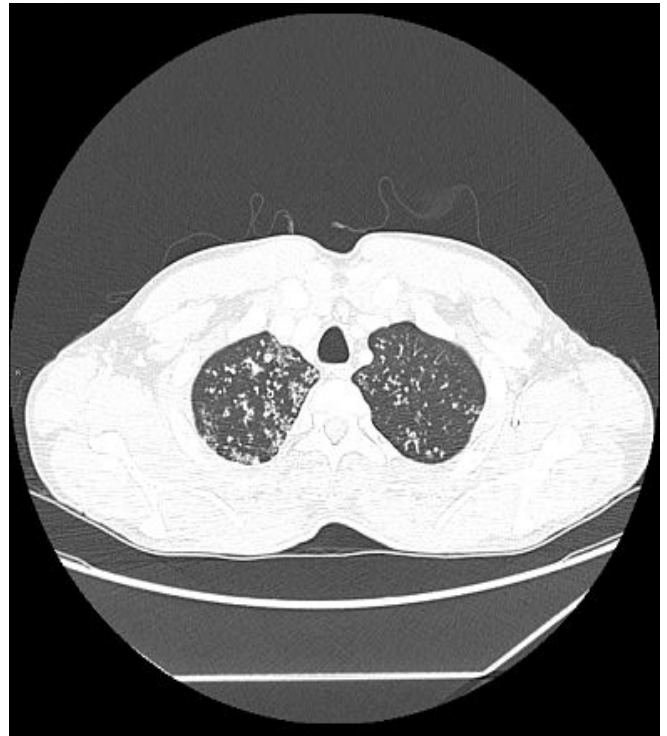


Figura 2
TAC de tórax: lóbulos superiores, patrón de "árbol en brote".

Discusión

En el diagnóstico diferencial de carcinomatosis peritoneal debe incluirse la TBC peritoneal. Ambas entidades cursan con clínica inespecífica parecida: síndrome constitucional, ascitis y hallazgos radiológicos muy similares. La fiebre y la sudoración nocturna son signos tardíos de infección tuberculosa avanzada. Dada la dificultad del diagnóstico, en muchos casos es necesaria una exploración laparoscópica en la que los hallazgos macroscópicos (adherencias y siembra miliar en peritoneo), histológicos (granulomas no caseificantes) y microbiológicos (PCR y cultivo de micobacterias) permiten su confirmación.

CP-099. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA ÚLCERA RECTAL SOLITARIA, COLITIS QUÍSTICA PROFUNDA O ENFERMEDAD DE LAS TRES MENTIRAS

TENORIO GONZÁLEZ, E; GONZÁLEZ GRANDE, R; FLORES MORENO, H; BERLANGA CAÑETE, S; PALOMINO LUQUE, P; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

El síndrome de úlcera rectal solitaria (SURS) se diagnostica en base a la clínica, la apariencia endoscópica y fundamentalmente los hallazgos histológicos. El síntoma más común es la rectorragia (60%), franca y de escasa cantidad, con emisión ocasional de moco.

La colitis quística profunda es una enfermedad infrecuente, crónica y benigna, que se caracteriza por la presencia de quistes llenos de moco en la capa submucosa del colon, pudiendo presentar afectación difusa o, más frecuentemente, localizada (predominantemente, en recto); y pudiéndose asociar en estos casos a prolapso rectal, úlcera rectal solitaria o alteraciones del suelo pélvico.

La etiología es desconocida, sugiriéndose un origen congénito, o adquirido, en su mayoría, en relación con cambios post inflamatorios/traumáticos.

Presentamos un caso típico atendido en nuestro servicio que se diagnosticó adecuadamente y se resolvió tras la realización de resección transanal local.

Caso clínico

Mujer de 48 años que es valorada en consulta por rectorragia y moco con la defecación, estreñimiento, sensación de tenesmo y dolor anal. Sin hallazgos analíticos a destacar salvo anemia normocítica-normocrómica.

Se realiza colonoscopia en la que se observa, a 7 cm de margen anal, hacia cara anterior rectal, lesión polipoidea y ulcerada de entre 1-2 cm de diámetro, que impresiona de aspecto neoplásico.

Finalmente, tras catalogarse de neoplasia de recto (dado el aspecto endoscópico), pese a biopsias negativas, y estadio T1 por RMN y ecografía endoanal, se realiza resección transanal de lesión polipoide rectal.

AP definitiva: colitis quística profunda asociada a úlcera rectal solitaria.

Tras dicha intervención, la paciente se encuentra asintomática durante los 3 años de seguimiento y hasta la actualidad.

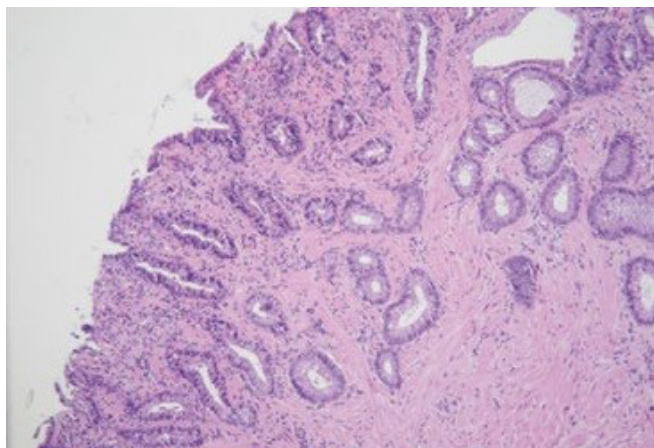


Figura 1 Imagen anatomopatológica.

Discusión

El diagnóstico de esta entidad es fundamentalmente histológico, presentando como dato más característico y diferenciador la

presencia de obliteración fibromuscular de la lámina propia (por lo que se aprecia en biopsias que contienen submucosa, o en pieza quirúrgica completa).

Se conoce como "enfermedad de las tres mentiras" por no ser necesariamente una lesión única, ulcerada ni localizarse a nivel de recto. Por tanto, debido a su presentación heterogénea (tanto a modo de parches de mucosa hiperémica, ulceraciones de morfología variable o formas polipoideas), y dada su escasa incidencia, no se suele considerar dentro del diagnóstico diferencial inicial de la patología ulcerosa rectal; pudiéndose confundir con otras patologías, bien subestimándose o interpretándose como un proceso maligno, por lo que diferenciarlo es clave para evitar un retraso diagnóstico de incluso años o, en cambio, plantear una cirugía radical innecesaria.

CP-100. DIVERTICULITIS AGUDA DE ÍLEON. LOCALIZACIÓN INUSUAL.

RUIZ RODRÍGUEZ, AJ¹; DÍAZ ALCÁZAR, MM¹; MARTÍNEZ MARTÍNEZ, C²; ROA COLOMO, A¹; GARCÍA MÁRQUEZ, J¹; VIDAL VÍLCHEZ, B¹; MARTÍN-LAGOS MALDONADO, A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ²SERVICIO RADIODIAGNÓSTICO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La diverticulitis aguda es una patología infecciosa relativamente frecuente, siendo infrecuente su localización en íleon (0,3-2,3% del total) debido a las características anatómicas de la pared intestinal. En esta localización, está asociado a una mayor morbimortalidad (20-40%) que en colon.

Su diagnóstico se basa en tomografía computarizada (TC) abdominal y su tratamiento no está estandarizado, debido a su mínima prevalencia, siendo la opción conservadora con antibioterapia la más utilizada.

Caso clínico

Mujer de 63 años con antecedentes de diverticulosis de colon y dispepsia funcional que acude a urgencias por cuadro de diarrea de 10 deposiciones diarias sin productos patológicos, febrícula de 37,2°C y dolor abdominal mesogástrico de 2 días de evolución.

Analíticamente destaca proteína C reactiva 309,2 mg/L, y 9,2/103 µL leucocitos (polimorfonucleares 90%). Se realiza ecografía abdominal y a continuación se completa con TC abdominal con hallazgos de asa intestinal en fosa iliaca derecha con engrosamiento parietal difuso e hipercaptación parietal con pequeña lengüeta de líquido libre y adenopatías locorregionales reactivas, todo ello compatible con diverticulitis aguda de íleon no complicada grado I Hinchey. Durante su ingreso presentó buena evolución clínica y analítica tras tratamiento con ceftriaxona 2 g I.V. durante siete días, siendo dada de alta hospitalaria a los ocho días sin complicaciones.

Introducción

La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de causa desconocida. Comúnmente afecta jóvenes y adultos de edad media. Frecuentemente se presenta con adenopatía hiliar bilateral, infiltración pulmonar, lesiones cutáneas y oculares. Pueden estar afectados el hígado, bazo, ganglios linfáticos, glándulas salivares, corazón, sistema nervioso, huesos y otros órganos. El diagnóstico se establece cuando los hallazgos clínico-radiológicos son sustentados por una histopatología que evidencia granulomas no caseosos de células epitelioides. Con frecuencia se observan los siguientes hallazgos inmunológicos: depresión de la inmunidad celular y respuesta inmune de Th1 en los sitios donde se localiza la enfermedad. Pueden encontrarse inmunocomplejos circulantes con signos de hiperactividad de células B.

Caso clínico

Paciente valorado por cuadro de dolor abdominal crónico. Se realiza analítica con perfil renal, hepático, férrico, tiroideo y celiaco sin alteraciones. Se solicita endoscopia digestiva alta, en la que se describe hernia de hiato y datos compatibles con gastritis crónica, que se confirma en estudio anatomopatológico tras toma de biopsias. Se solicita asimismo, colonoscopia, en la que objetivan únicamente hemorroides internas, sin apreciar otras alteraciones. Como antecedentes destacables, cabe mencionar que el paciente fue estudiado en Cirugía Maxilofacial por presencia de adenopatía cervical, informada tras estudio histológico como proceso inflamatorio crónico granulomatoso. En tomografía computarizada de cuello posterior, la adenopatía no se visualiza. Se solicita tomografía computarizada de abdomen y pelvis, sin objetivarse alteraciones significativas. El paciente es valorado en consulta de Medicina Interna, realizándose radiografía de tórax, sin alteraciones, y Mantoux (paciente vacunado) y determinación de ECA (enzima convertidora de angiotensina) con valores de 77 U/l, por lo que se consideró que la sarcoidosis se encontraba en remisión. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

Discusión

El diagnóstico se hace por sumatoria de elementos, siendo de capital importancia el cuadro clínico sospechoso y el estudio histopatológico compatible. La enzima convertidora de angiotensina (ECA) es producida normalmente por las células endoteliales del riñón, una pequeña parte por el lecho vascular pulmonar, y en la sarcoidosis, por las células epitelioides estimuladas por los linfocitos T de la periferia de los granulomas. Si bien la ECA no es específica para el diagnóstico de sarcoidosis, y puede estar elevada en la lepra, diabetes mellitus, neumonitis por hipersensibilidad, cirrosis biliar primaria, silicosis, y asbestosis, los niveles muy elevados de ECA son muy sugestivos de la enfermedad. Existen un 10% de falsos positivos y un 40% de falsos negativos cuando los niveles séricos de ECA son utilizados para diagnosticar la enfermedad.

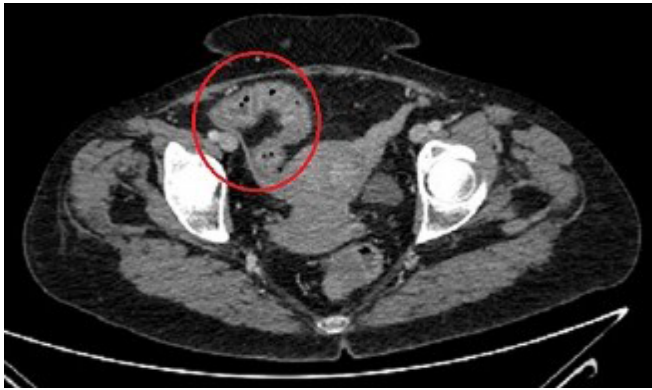


Figura 1
Diverticulitis ileon.



Figura 2
Diverticulitis ileon.

Discusión

La diverticulitis aguda es una entidad más frecuente en colon, y poco habitual en íleon. Para su diagnóstico en esta localización, es fundamental una prueba de imagen como la TC abdominal. En el caso presentado, se optó por un tratamiento conservador con antibioterapia debido al aceptable estado general de la paciente, junto a la edad, la ausencia de comorbilidad y la escasa extensión de la enfermedad en la prueba de imagen, dejándose la opción quirúrgica como segunda opción si esta estrategia fracasa o en caso de abscesos. La paciente tras cuatro meses se encuentra actualmente asintomática.

CP-101. DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE SARCOIDOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; HERGUETA DELGADO, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

CP-102. DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN VASCULAR, UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA

DELGADO MAROTO, A; BARRIENTOS DELGADO, A; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El dolor abdominal es un problema común. La mayoría de las veces se debe a patología benigna y/o autolimitada. Es importante identificar a aquellos pacientes con cuadros graves que precisen intervención urgente.

Caso clínico

Mujer de 74 años con antecedente de diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales que ingresa por cuadro de dolor abdominal en hemiabdomen inferior de dos meses de evolución, intenso, diario, que le interrumpe el sueño y no se modifica con la ingesta, la defecación ni el movimiento. Se acompaña de estreñimiento que cede con laxantes orales y pérdida de peso que asocia a disminución de la ingesta oral. Se realiza estudio mediante analítica de sangre con marcadores tumorales, endoscopia digestiva alta y baja, TC abdominal, ecografía abdominal, angioTC abdominal y tránsito gastrointestinal, con resultado normal. La paciente evoluciona de forma tórpida, con dolor abdominal persistente que precisa tratamiento con 60 mg de cloruro mórfico intravenoso de forma diaria. Realizamos arteriografía (**Figura 1**) en la que se observa estenosis significativa de la arteria mesentérica inferior y se procede a colocar un stent no recubierto, con resolución de la estenosis. Posteriormente presenta franca mejoría clínica, permitiendo descenso paulatino del tratamiento opiáceo hasta su suspensión al alta. En sucesivos controles ambulatorios la paciente se encuentra asintomática desde el punto de vista digestivo.



Figura 1

Arteriografía: estenosis de arteria mesentérica inferior.

Discusión

Nos encontramos ante un cuadro de dolor abdominal intenso con estudio etiológico negativo, salvo estenosis significativa de la arteria mesentérica inferior. Ante ausencia de otros hallazgos objetivos, se decide colocación de stent y posterior tratamiento durante 48 horas con perfusión de heparina y mantenimiento con aspirina y clopidogrel. La paciente presenta una franca mejoría clínica inmediata. En la literatura revisada no encontramos ningún caso de estenosis aislada de la arteria mesentérica inferior que sea sintomática, por lo que estaríamos ante una causa inusual de dolor abdominal. Dado que la mejoría de la paciente fue evidente antes de las 24 horas tras la colocación del stent, no creemos que la mejoría sea debida al tratamiento antiagregante.

CP-103. DOLOR ABDOMINAL Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN PACIENTE MUJER

TORRICO LAGUNA, AM; GALVAN FERNANDEZ, MD; BENITEZ RODRIGUEZ, B; ROMERO VÁZQUEZ, FJ

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La isquemia intestinal es una patología caracterizada por la ausencia de riesgo vascular a nivel de un tramo intestinal de longitud variable que sucede fundamentalmente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Aunque la clínica y los antecedentes pueden orientarnos, la técnica diagnóstica fundamental es la angio-resonancia o el angio-TC abdominal. Aunque es una patología muy grave, el elevado riesgo quirúrgico del perfil de pacientes limita las opciones; no obstante, el uso de terapias hemodinámicas ha mejorado el pronóstico y la actitud en algunos de estos pacientes, antes limitado a tratamiento conservador.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente mujer de 70 años, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis estadio IIIb2, ictus lacunares, colecistectomía y hemicolectomía derecha por adenoma túbulo-veloso, que acude a urgencias por dolor abdominal postprandial de dos semanas de evolución, acompañado de vómitos y fiebre. La analítica muestra marcada leucocitosis con neutrofilia, empeoramiento de la función renal y aumento de reactantes de fases aguda. El perfil hepático es normal y la radiografía de abdomen no muestra hallazgos reseñables. Se realiza TC abdominal que muestra engrosamiento de paredes a nivel yeyunal con disminución de la luz intestinal y moderada cantidad de ascitis, siendo el resto del estudio abdominal anodino. El coprocultivo fue negativo. La paciente ingresa en planta con sospecha de yeyunitis de probable origen isquémico, descartándose actitud quirúrgica por los antecedentes y manteniéndose actitud conservadora. Se realiza enteroscopia que muestra mucosa congestiva a nivel yeyunal aunque sin apreciar lesión de aspecto

tumoral. La paciente evoluciona favorablemente con administración de sueroterapia, observándose en angio-TC de control marcada ateromatosis a nivel vascular intestinal, con mejoría del proceso inflamatorio yeyunal y de la ascitis.



Figura 1
Isquemia yeyunal urgente.



Figura 2
Isquemia yeyunal control.

Discusión

La yeyunitis isquémica es una variante de la isquemia intestinal, ocasionada por la disminución de la perfusión vascular a este nivel, ocurriendo principalmente en pacientes con elevado riesgo cardiovascular. Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas

y el diagnóstico se realiza principalmente mediante angio-TC o angio-resonancia abdominal. Dado que la mayoría de pacientes tiene un elevado riesgo quirúrgico, el tratamiento es conservador en la mayoría de casos, optándose por la cirugía en determinados pacientes. Una alternativa de tratamiento en pacientes con elevado riesgo quirúrgico es la terapia hemodinámica mediante colocación de prótesis vasculares o trombectomía, siendo primordial en todos los pacientes un excelente control de los factores de riesgo cardiovascular.

CP-104. ENFERMEDAD CELIACA CON MALA RESPUESTA A LA DIETA SIN GLUTEN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

VALDÉS DELGADO, T; BENITEZ ROLDÁN, A; GUERRA VELOZ, MF; FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La enfermedad celíaca (EC) refractaria es una patología muy infrecuente, por el contrario la mala respuesta a la dieta sin gluten es una situación más habitual, a tener en cuenta a priori en los celíacos no respondedores a la dieta sin gluten.

Caso clínico

Varón de 52 años con intolerancia a la lactosa y EC diagnosticada en 2014 mediante biopsia duodenal compatible con atrofia vellositaria tipo III de Marsh. Analíticamente destacar Ac antitransglutaminasa IgA normales y un déficit de ácido fólico.

Durante dos años el paciente se mantuvo asintomático con una dieta estricta exenta en gluten y lactosa. Pero a partir del 2017 comenzó con cuadro continuo de 5-6 deposiciones diarreicas acuosas de predominio nocturno asociado a molestias abdominales. Se volvió a solicitar gastroscopia con biopsia duodenal compatible con infiltrado linfocitario epitelial tipo I de Marsh y serologías que se mantuvieron negativas para celiaquía.

Debido a la mejoría histológica duodenal con reconstrucción de la mucosa nos hizo pensar que el paciente no incumplía la dieta sin gluten (primera causa a descartar cuando tenemos una mala respuesta a la dieta sin gluten), por lo que se solicitó colonoscopia (**Figura 1**) con toma de biopsias escalonadas para descartar una enfermedad coexistente como la colitis microscópica (CM), confirmando las biopsias esta última entidad del tipo colitis linfocítica.

A partir de este momento el paciente comenzó con budesonida 9 mg/día, permaneciendo a día de hoy asintomático.

Discusión

La coexistencia de EC y la CM es de 20-30%, porcentaje elevado a tener en cuenta y siendo más frecuente la asociación con la

colitis linfocítica que la del tipo colágena. Para poder catalogar de EC refractaria primero hay que hacer un diagnóstico diferencial de la mala respuesta a la dieta sin gluten, siendo esta entidad mucho más frecuente y la cual se produce principalmente por incumplimiento de la dieta, la posibilidad de un diagnóstico erróneo o la coexistencia de otra enfermedad que condicione la persistencia de los síntomas (como en nuestro caso), una vez descartadas todas estas situaciones si persisten los síntomas de malabsorción y la atrofia vellositaria duodenal durante más de doce meses podremos plantear el diagnóstico de EC refractaria.

Por otro lado destacar la fuerte asociación de estas dos enfermedades autoinmunes (20-30%), siempre a tener en cuenta sobre todo en enfermos celíacos mayores de 50 años cumplidores y no respondedores de la dieta sin gluten.

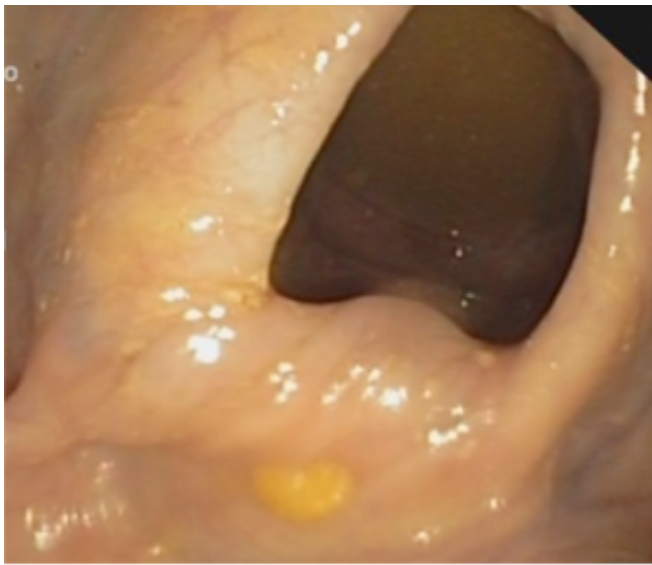


Figura 1
Colonoscopia: realizada hasta ciego sin lesiones en todos los tramos de la mucosa colónica.

CP-105. ENFERMEDAD CELÍACA: UN DEBUT INUSUAL

FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, P; CORDERO RUIZ, P; BELLIDO MUÑOZ, F; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La crisis celíaca (CC) es una entidad en la que acontecen síntomas gastrointestinales atribuibles a la enfermedad celíaca (EC) junto con datos de desnutrición y alteraciones electrolíticas que requieren hospitalización y nutrición parenteral (NP).

Caso clínico

Mujer de 76 con hipertensión arterial como único antecedente de interés, que ingresa por síndrome diarreico de varios meses

de evolución con reagudización en las últimas semanas y consistente en deposiciones blandas aumentadas en número sin productos patológicos; sin otros síntomas acompañantes. Tras estudio analítico y gastroscopia con toma de biopsias duodenales se diagnostica de atrofia vellositaria con linfocitosis intraepitelial (Marsh 3b). Los marcadores séricos de celiaquía resultan negativos y el estudio genético positivo para HLA DQ8/DQ6. Tras dos meses de dieta sin gluten (DSG) sin clara mejoría vuelve a ingresar por persistencia de los síntomas junto con un descenso de 18 Kg de peso y severas alteraciones hidroelectrolíticas. Se realiza enteroscopia (**Figuras 1 y 2**) y se procede a reposo intestinal durante varias semanas manteniendo a la paciente con dieta absoluta y nutrición parenteral alcanzando de forma progresiva una relativa mejoría de la sintomatología. Finalmente se añade tratamiento esteroideo consiguiendo una total recuperación de la clínica. Al alta el hábito deposicional torna a la normalidad y se recupera por completo el estado nutricional. Semanas después y con reducción progresiva de la corticoterapia oral se comprueba la persistencia de la remisión clínica en la paciente.

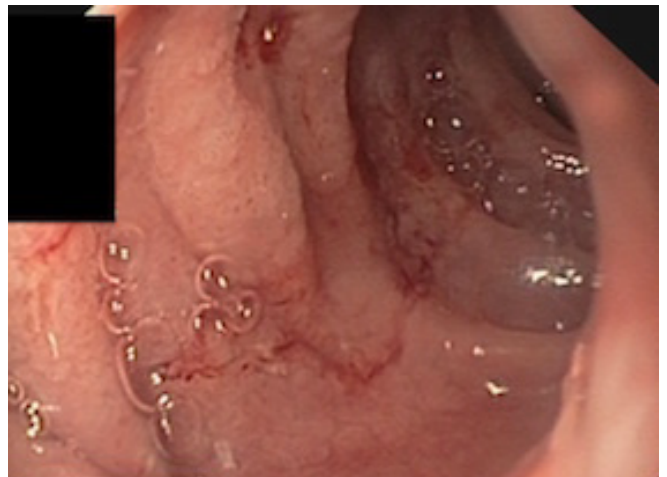


Figura 1
Ulceraciones fibrinadas planas a nivel de segunda porción de duodeno.

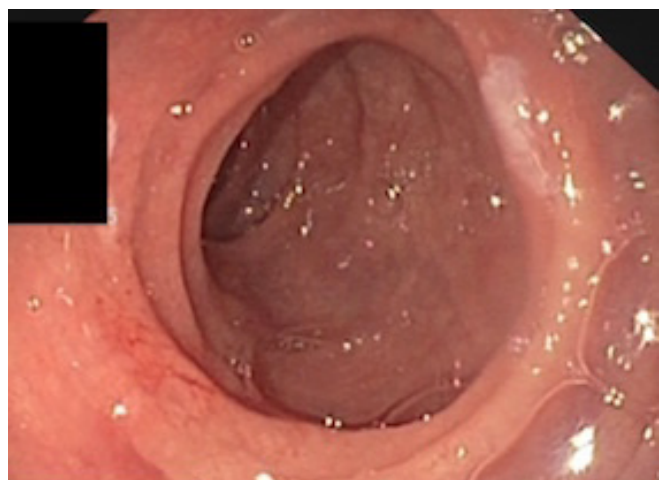


Figura 2
Ulceraciones fibrinadas con mucosa circundante ligeramente eritematosa y congestiva.

Discusión

La CC es una patología infrecuente y grave que desencadena diarrea severa, pérdida de peso, malabsorción y alteraciones metabólicas importantes. Se asocia a alta mortalidad. Descrita en 1953 en base a 58 niños diagnosticados de EC, 35 de los cuales presentaron CC. Desde entonces ninguna publicación ha descrito más de tres casos.

Nuestra paciente es diagnosticada de EC con presentación compatible con CC habiéndose descartado el incumplimiento de la DSG, la posibilidad de diagnóstico erróneo y la coexistencia de otras lesiones sobreañadidas a la EC. Sólo hubo respuesta a terapias intrahospitalarias, requiriendo NP y corticoides.

No queda claro si el diagnóstico de CC está en relación a una forma de debut de la enfermedad ó acontece como una exacerbación de la misma en relación a un desencadenante que conduce a la aparición de la sintomatología. Una combinación de alteración inflamatoria severa de la mucosa, activación del sistema inmune e interrupción de los patrones normales de motilidad, parecen estar en relación con la etiopatogenia de esta entidad clínica.

CP-106. ENTEROCOLITIS SECUNDARIA A INMUNOTERAPIA EN CÁNCER

FERNÁNDEZ-CANO, MC; ORTEGA-SUAZO, EJ; JIMÉNEZ-ROSALES, R; VADILLO-CALLES, F; LIBRERO JIMÉNEZ, M; REDONDO-CEREZO, E

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

Introducción

Existen numerosos recursos terapéuticos para abordar las enfermedades neoplásicas, entre las que se encuentra la inmunoterapia. A pesar de los beneficios clínicos documentados, son tratamientos no exentos de efectos adversos, entre los que destaca la toxicidad gastrointestinal, en forma de colitis inmunomediada.

Caso clínico

Varón de 80 años con antecedentes de carcinoma epidermoide de pulmón estadio IV, diagnosticado en 2014, estable tras la última revisión. Aunque se trató con radioterapia y vinorelbina, actualmente recibe inmunoterapia con Nivolumab asociada a corticoterapia (prednisona 30 mg/día) desde hace 4 meses.

Acudió a Urgencias por náuseas, dolor abdominal y reagudización de diarrea crónica de 10 días de evolución, contabilizando hasta 24 deposiciones/día, sin respeto del descanso nocturno. A la exploración destacó marcada deshidratación cutáneo-mucosa y quebrantamiento general. La analítica mostraba leucocitosis con neutrofilia e insuficiencia renal por lo que fue hospitalizado con diagnóstico de colitis inmunomediada por Nivolumab grado IV. En este contexto se intensificó el tratamiento corticoideo a dosis plenas y se solicitó estudio para descartar causa infecciosa (toxina

de *Clostridium difficile*, colonoscopia con biopsias y PCR de virus que resultaron negativas) además de test IGRA y serologías virales, en previsión de inicio de tratamiento con anti-TNF. Endoscópicamente se halló una mucosa granular, con micronódulos y eritema con lesiones aftoides (Figuras 1 y 2). La biopsia describió un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, severa depleción glandular y apoptosis. Finalmente, tras 48 horas de tratamiento con escasa respuesta, el paciente fallece.

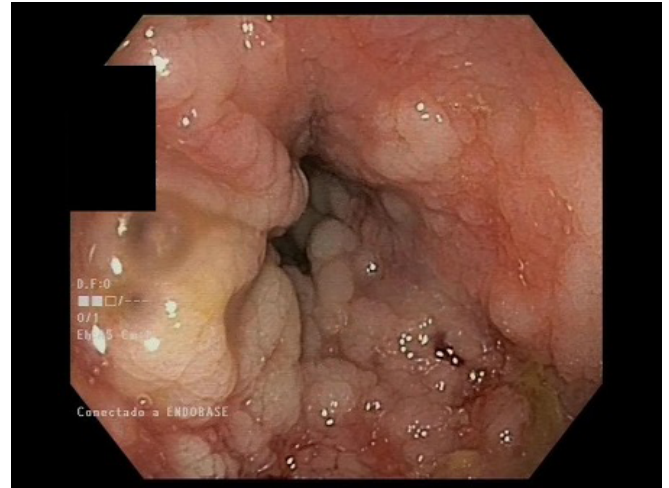


Figura 1 Mucosa granular con micronódulos.

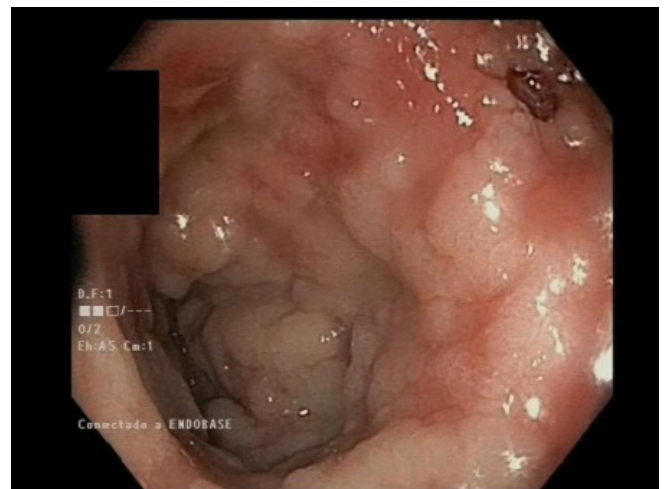


Figura 2 Lesiones aftoides sobre mucosa eritematosa.

Discusión

Nivolumab es un anticuerpo antagonista del receptor de muerte celular programada 1 en linfocitos T(PD-1), que actúa potenciando su actividad citotóxica. Pese a éxitos terapéuticos, se han relacionado con su uso reacciones adversas como la diarrea inmunomediada, apareciendo durante los primeros 6 meses de tratamiento. Algunos estudios indican que su etiología guarda relación con el agotamiento de linfocitos T reguladores que favorece la autoinmunidad. Existe una asociación entre enterocolitis y regresión tumoral, por existencia de antígenos comunes en células tumorales e intestinales, sobre los

que actuarían estos fármacos denominados inhibidores del punto de control y por tanto, la presencia de tal efecto adverso indicaría una mejor respuesta tumoral. Las reacciones inmunitarias en enterocolitis por nivolumab son similares a la EI y es por esto que su manejo diagnóstico y terapéutico es semejante. La colonoscopia es esencial además de la toma de biopsias y el tratamiento se basa en corticoterapia a dosis altas. En casos refractarios está indicado el tratamiento con fármacos biológicos (anti-TNF).

CP-107. ENTEROPATÍA SPRUE-LIKE TRAS REINTRODUCCIÓN DE OLMESARTÁN EN PACIENTE CON DIFÍCIL CONTROL DE TA. OPCIONES TERAPÉUTICAS DADA LA AUSENCIA DE EFECTO CLASE.

TENORIO GONZÁLEZ, E; MARÍN GARCÍA, D; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La enteropatía Sprue-like por toma de olmesartán puede debutar meses o incluso años después de la introducción del fármaco (que hace postular un mecanismo subyacente basado en un daño celular inmunomediado y no de hipersensibilidad tipo II), con síntomas consistentes fundamentalmente en diarrea crónica severa y marcada pérdida de peso, pudiendo requerir hospitalización.

En muchas ocasiones, el diagnóstico definitivo se alcanza tras la suspensión del fármaco, con resolución del cuadro en 100% casos en apenas 1-2 semanas, y siendo en cambio refractario al tratamiento habitual frente al resto de enteropatías más frecuentes. En estos pacientes, está ampliamente reconocida la contraindicación para nueva toma del mismo por recurrencia de los síntomas.

Caso clínico

Varón de 76 años, ingresado por diarrea crónica, con realización de múltiples pruebas complementarias (EDA, EDB, cápsula endoscópica, RMN abdomen, TAC, ecografía, analítica) siendo diagnosticado finalmente de enteropatía Sprue-like secundaria a toma crónica de olmesartán. En consulta de revisión en agosto se suspendió por tanto dicho fármaco y se pautó budesonida 9 mg en pauta descendente como coadyuvante para la recuperación intestinal. Tras iniciar dicho tratamiento el paciente refiere alcanzar remisión clínica.

Encontrándose aún con budesonida 3 mg al día pendiente de finalizar tratamiento en pauta descendente esa semana acude de nuevo a Urgencias en varias ocasiones por reaparición de la clínica con afectación grave de la calidad de vida y deshidratación con insuficiencia renal secundaria.

Revisando historial clínico se observa que tras acudir en dos ocasiones a Urgencias por HTA de difícil control con enalapril a diferentes dosis se derivó a Cardiología, donde se reinició

olmesartán (asociado a hidroclorotiazida, y no a amlodipino como previo al cuadro). Desde entonces, presenta empeoramiento brusco del hábito intestinal, alcanzando de nuevo hábito deposicional de hasta 20 deposiciones/día con interrupción del descanso nocturno e intolerancia oral moderada por lo que vuelve para valoración.

Discusión

El paciente fue remitido a Cardiología bajo contraindicación absoluta para toma de olmesartán por enteropatía severa y deterioro renal secundario. Tras suspensión indefinida de olmesartán y nueva pauta de budesonida 9 mg/día durante un mes con posterior descenso mensual a 6 y 3 mg hasta suspender. El paciente se mantiene sin nuevos episodios de diarrea.

Este efecto no se considera efecto de clase común a todos los antihipertensivos ARA-II, por lo que únicamente se contraindica la toma de éste pudiéndose emplear el resto de ARA-II, aunque se han descrito casos aislados de enteropatía asociada también a irbesartán y valsartán. Es importante conocer y considerar esta asociación en el diagnóstico diferencial de la diarrea crónica dado el amplio uso de este fármaco y la fácil resolución del cuadro clínico asociado.

En nuestro caso, tras sustitución por losartán mantiene aceptable control TA en la actualidad.

CP-108. EOSINOFILIA COMO DATO GUÍA EN EL ESTUDIO DE DOLOR ABDOMINAL

DÍAZ ALCÁZAR, MM; ZÚÑIGA DE MORA-FIGUEROA, B; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; CASADO CABALLERO, FJ; ROA COLOMO, A; VIDAL VÍLCHEZ, B; GARCÍA MÁRQUEZ, J; PALACIOS PÉREZ, A; CERVILLA SÁEZ DE TEJADA, E

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

Los trastornos gastrointestinales eosinófilos incluyen esofagitis eosinófila, gastroenteritis eosinófila y colitis eosinofílica. En la gastroenteritis eosinófila hay infiltración de eosinófilos en estómago y duodeno. Puede aparecer a cualquier edad, pero típicamente entre los 30-50 años, con ligero predominio en hombres. La mitad de los pacientes tienen antecedentes de enfermedad alérgica: asma, alergia alimentaria, eccema o rinitis. La clínica depende de la localización, extensión y capas de la pared intestinal que se encuentran infiltradas. Los síntomas más frecuentes incluyen dolor abdominal, náuseas y vómitos, saciedad precoz y diarrea.

Caso clínico

Paciente varón de 52 años con antecedentes de melanoma que consulta por dolor abdominal en hipogastrio, tipo cólico, acompañado de náuseas, vómitos y anorexia, de cuatro semanas de evolución. En la analítica destaca únicamente eosinofilia del 36% sin leucocitosis. Tomografía computarizada abdominal informa de engrosamiento de la pared duodenal y de un segmento de yeyuno

y cambios inflamatorios de la grasa retroperitoneal, además de abundante líquido libre peritoneal. Estudio de parásitos negativo.

Esofagogastroduodenoscopia objetiva mucosa de bulbo y segunda porción duodenal eritematosa y edematosa, sin ulceraciones. Analíticamente persiste eosinofilia, de hasta 40,5%. Se solicita enteroscopia sin que se observen alteraciones mucosas en la parte final del duodeno ni el yeyuno. Se toman biopsias, que muestran, linfocitosis intraepitelial focal sin afectación vellositaria relevante y eosinófilos en lámina propia. Estos hallazgos podrían estar en relación con gastritis por *Helicobacter pylori*, diversas enfermedades autoinmunes, enfermedad inflamatoria intestinal, gastroenteritis eosinofílicas y diversos tipos de intolerancias alimenticias distintas al gluten. Enterotc y resonancia magnética abdominal sin hallazgos de interés, salvo signos inflamatorios a nivel de duodeno. Se inicia corticoterapia con mejoría clínica y analítica.

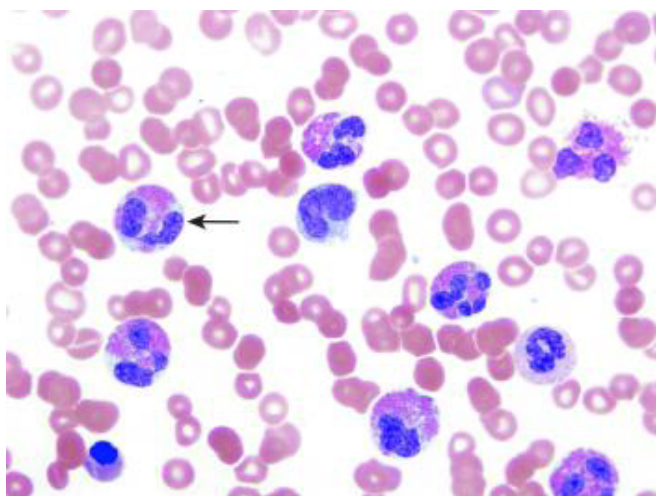


Figura 1
Eosinofilia en frotis de sangre periférica.



Figura 2
Imagen endoscópica de duodenitis.

Discusión

La eosinofilia en sangre es frecuente en pacientes con gastroenteritis eosinófila, pero el recuento de eosinófilos puede ser normal en el 20% de los pacientes. El recuento de eosinófilos suele variar entre 5-35%. La mucosa y la subserosa suelen ser las capas con mayor infiltración de eosinófilos. La imagen radiológica es poco sensible y específica, habitualmente se encuentra engrosamiento de la pared.

Para el diagnóstico es necesario demostrar infiltración eosinófila de la pared y descartar otras causas de eosinofilia intestinal: infección por parásitos, malignidad, enfermedad inflamatoria intestinal, poliarteritis nodosa, etc.

El tratamiento incluye dieta empírica con eliminación de seis grupos de alimentos, y si no funciona, corticoides.

CP-109. ESPIROQUETOSIS INTESTINAL: CAUSA INFRECUENTE DE DIARREA CRÓNICA

TENORIO GONZÁLEZ, E; MELGAREJO CORDERO, F; LÓPEZ LARIO, B; ROSÓN RODRÍGUEZ, PJ

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN, MÁLAGA

Introducción

La espiroquetosis intestinal es una entidad poco frecuente, descrita mayoritariamente en pacientes inmunodeprimidos (siendo únicamente 3% de los casos inmunocompetentes), y afectando en su mayoría a varones, especialmente homosexuales (con independencia de positividad VIH).

Estas bacterias son causa frecuente de diarrea en animales como aves de corral, perros y cerdos, lo que hace postular dichos animales como reservorio para el contagio a al ser humano.

Presentamos un caso poco frecuente en que se alcanzó el diagnóstico de esta infección intestinal como causa de diarrea crónica en paciente inmunocompetente.

Caso clínico

Varón de 52 años que acude a consulta por cuadro de 7 meses de evolución de diarrea crónica, de 4-5 deposiciones/día, con pérdida de unos 10 Kg de peso. Hábito claramente asténico. Se realiza como estudio inicial analítica con hormonas tiroideas, celiaquía, marcadores tumorales, coprocultivos y estudio de parásitos en heces; todo ello, negativo.

Se realiza gastroscopia e ileocolonoscopia, sin alteraciones macroscópicas, tomándose biopsias aleatorias por tramos para despistaje de colitis microscópica.

Tras visualización en la biopsia de una banda supra-epitelial basófila y filamentosas, que se interrumpe en las células caliciformes, el patólogo solicitó ante alta sospecha diagnóstica suero anti *Treponema pallidum*, que confirmó el diagnóstico.

Tras los hallazgos anatomopatológicos, se pauta metronidazol 500 mg cada 12 horas durante 10 días, con mejoría de la clínica. Se solicita colonoscopia de control que confirma erradicación de la infección. Asimismo, se realiza despistaje de VIH, negativo.

Discusión

La espiroquetosis intestinal es una entidad asociada a diarrea crónica con colonoscopia habitualmente normal, en la que los síntomas no parecen correlacionarse con la extensión de la afectación colónica, y con una aparentemente baja prevalencia en nuestro medio.

El diagnóstico es, en la mayoría de los casos, sospechado y confirmado por el patólogo (siendo, el coprocultivo, positivo sólo en el 50% de los casos) y el uso del metronidazol ha demostrado ser útil en la remisión de los síntomas, razón por la cual se sugiere que esta entidad sea considerada y tratada como una enfermedad, recomendándose además un control con biopsia posterior al tratamiento para confirmar la erradicación.

Se trata por tanto de una causa extremadamente rara de diarrea crónica, a considerar en su diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes con factores de riesgo.

CP-110. EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN PACIENTE CON DIVERTICULOSIS COLÓNICA

TORRICO LAGUNA, AM; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La diverticulosis colónica es una patología benigna que afecta a un elevado porcentaje de la población, siendo más frecuente en pacientes de edad avanzada y con estreñimiento crónico. En la mayoría de casos cursa de forma asintomática, siendo la sintomatología más frecuente el dolor abdominal, asociado en la mayoría de casos a cambios en el hábito intestinal y la fiebre. Aunque la impactación por cuerpo extraño es frecuente, sobre todo en pacientes con trastornos de la motilidad deglutoria y estenosis esofágica de etiología tanto benigna como maligna, el enclavamiento a nivel de divertículos colónicos es muy poco frecuente.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento farmacológico, hiperplasia prostática benigna y diverticulosis colónica, que acude a Urgencias tras ingesta accidental de pila de botón. La exploración física era anodina y la radiografía de abdomen mostraba una imagen de densidad metálica a nivel de flanco derecho. Se mantuvo actitud expectante con el paciente y se inició tratamiento con laxantes orales, sin evidenciar expulsión del

cuerpo extraño en las heces. Las radiografías sucesivas mostraban persistencia del cuerpo extraño en fosa iliaca derecha, por lo que se decide realizar colonoscopia, en la que se apreciaba la presencia de la pila de botón en uno de los divertículos, procediéndose a su extracción mediante asa de polipectomía. El paciente fue dado de alta y manteniéndose asintomático.

Discusión

La impactación de cuerpo extraño es un fenómeno clínico frecuente, principalmente con productos alimentarios, y que se produce principalmente a nivel de esófago en pacientes con trastornos motores de la deglución y estenosis de índole tanto benigna como maligna, aunque también se han descrito a nivel de estómago, intestino delgado y, menos frecuentemente, tracto colónico, siendo muy pocos los casos descritos en la literatura que se hayan producido a nivel diverticular por retención sobre uno de los mismos. En la mayoría de estos casos la resolución se realiza principalmente mediante actitud conservadora o administración de laxantes orales, aunque en casos resistentes a ello, la extracción endoscópica es la principal técnica de resolución.

CP-111. FIBROSIS RETROPERITONEAL MALIGNA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; AMO TRILLO, V; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La fibrosis retroperitoneal consiste en el acúmulo de tejido fibroinflamatorio en el retroperitoneo, teniendo en menos del 10% un origen neoplásico y recibe el nombre de fibrosis retroperitoneal maligna (FRM).

Caso clínico

Mujer de 60 años, diagnosticada de atrofia renal izquierda con hidronefrosis, acude por cuadro de 3 meses de evolución de vómitos de contenido de retención asociando dolor epigástrico y pérdida ponderal de 12 Kg/3 meses.

A la exploración presenta abdomen blando y depresible, doloroso a nivel de epigastrio sin signos de irritación peritoneal, ni masa palpable.

La analítica con marcadores tumorales es anodina. Se realiza tomografía axial computerizada de abdomen con contraste donde se observa masa infiltrativa de tejido blando en región paraaórtica izquierda que contacta con aorta, el uréter y el psoas izquierdo, tracciona cuarta porción duodenal produciendo dilatación de cámara gástrica y duodeno y se identifica riñón izquierdo atrófico y ectasia pielocalicial grado IV/IV (Figuras 1-3). Esto se confirma con resonancia magnética.

En la gastroscopia se observa a partir de segunda rodilla duodenal estenosis de la luz puntiforme de 2-3 mm con importante rigidez siendo la mucosa normal.

Se decide realización de laparotomía explorada conjuntamente Cirugía General y Urología, identificándose infiltración de consistencia pétreo y coloración blanquecina a nivel de ángulo de Treitz con retracción de serosa que parece extenderse hasta 2-3ª porción duodenal y hacia riñón izquierdo/región paraaórtica izquierda englobando vasos gonadales y uréter izquierdo con afectación de psoas izquierdo. Se mandan muestras intraoperatorias a anatomía patológica informando como carcinoma de probable origen urotelial o gástrico. Ante la imposibilidad de conseguir resección R0 se realiza derivación gástrica paliativa con anastomosis gastroyeyunal.



Figura 1
Imagen de corte axial de TC abdomen donde se observa masa infiltrativa.

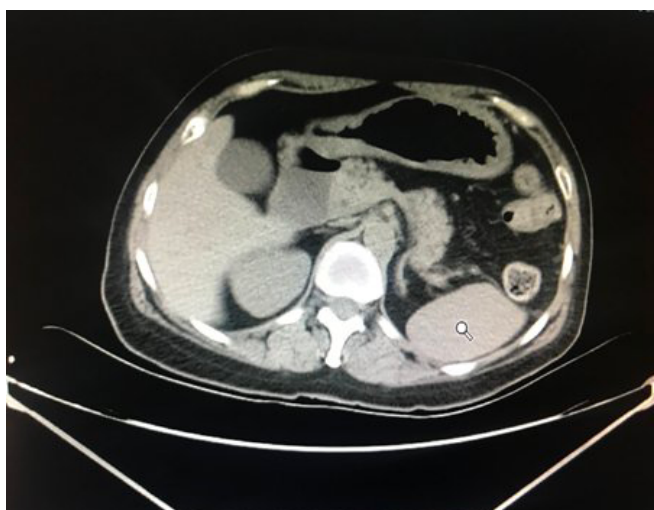


Figura 2
Imagen de corte axial de TC abdomen de masa infiltrativa.



Figura 3
Imagen de corte coronal de TC abdomen de masa infiltrativa.

Discusión

La fibrosis retroperitoneal maligna es una enfermedad muy infrecuente que ha sido descrita en carcinomas de colon, estómago, vejiga, uréteres, etc. No está clara su patogénesis, planteándose la posibilidad de que pueda ser secundaria a una reacción dermo-plástica a la presencia de células tumorales en el retroperitoneo. Los signos y síntomas están relaciones con la compresión y el atrapamiento de estructuras como el uréter, necesiéndose una alto índice de sospecha para diagnosticarla en casos de obstrucción intestinal. Su diagnóstico es difícil dado que no existen criterios diagnósticos establecidos, siendo la prueba de elección la tomografía axial computerizada. El diagnóstico de FRM puede realizarse de forma simultánea al diagnóstico del tumor maligno, precederlo o diagnosticarse posteriormente que es lo más frecuente. El tratamiento está basado en la erradicación del tumor primario y en la liberación de las estructuras atrapadas.

CP-112. FITOBEZOAR GÁSTRICO E INTESTINAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; VÁZQUEZ PEDREÑO, L; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

El término bezoar hace referencia a conglomerados de diferentes sustancias ingeridas, que se digieren incompletamente y que con el paso del tiempo se acumulan, siendo su localización más frecuente a nivel del estómago. Existen cinco tipos de bezoares: tricobezoar (cabello), fitobezoar (vegetal), lactobezoar (leche), farmacobezoar (medicamentos) y cuerpos extraños (cualquier otra sustancia).

Caso clínico

Mujer de 88 años, con antecedentes de demencia senil y diabetes mellitus, acude por cuadro de 24 horas de evolución de dolor abdominal con vómitos biliosos en las últimas horas. Sin deposiciones ni tránsito a gases desde el inicio del dolor, siendo previamente normales. En la exploración destacaba un abdomen globuloso, blando, depresible, timpánico, sin signos de irritación peritoneal.

En la radiografía de abdomen se observa dilatación de asas de delgado (Figura 1). Se solicitó una tomografía axial computerizada (TAC) de abdomen identificándose una masa a nivel de íleon preterminal que sugería un bezoar produciendo oclusión intestinal, y a nivel gástrico otra masa de mayor tamaño compatible con bezoar gástrico (Figuras 2 y 3).

La paciente fue ingresada y se decidió tratamiento endoscópico y disolución mediante métodos enzimáticos.

Se realizó gastroscopia visualizándose cámara gástrica con 3-4 fragmentos de contenido vegetal compacto, el menor de unos 6 cm, y úlceras milimétricas fibrinadas antrales (Figuras 4 y 5). Se intentó fragmentar mediante asa, sin conseguirse por completo, extrayéndose porciones. Posteriormente se instauró tratamiento con Coca-Cola® a través de sonda nasogástrica, consiguiendo resolver la oclusión a nivel de íleon preterminal con deposiciones abundantes.

Se realizó nueva gastroscopia a la semana, no observándose cambios significativos con respecto a la anterior por lo que se decidió intervención quirúrgica del bezoar gástrico mediante gastrostomía transversal y extracción (Figura 6 y 7).

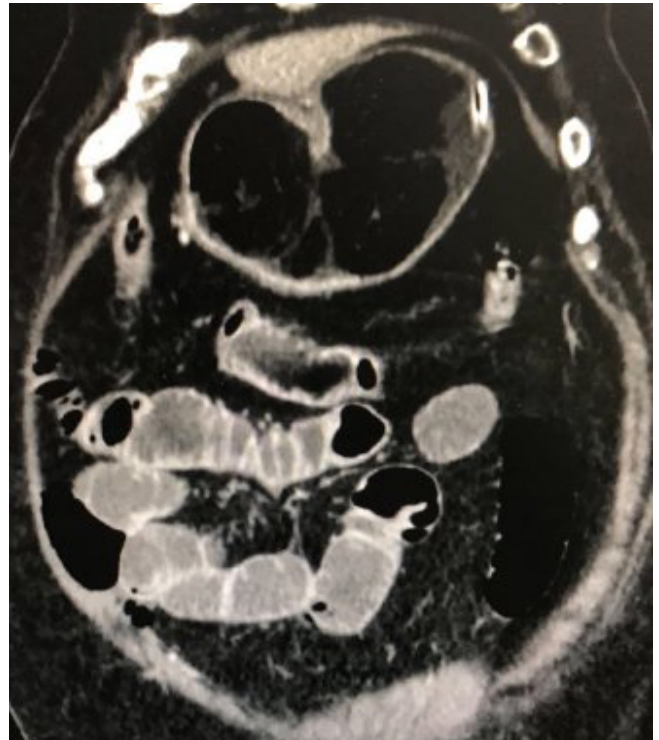


Figura 2

Imagen de TC abdomen en un corte coronal donde se observan asas de delgado dilatadas y cámara gástrica con contenido en su interior.



Figura 1

Radiografía abdomen con asas de intestino delgado dilatadas.



Figura 3

Imagen de TC abdomen en un corte axial donde se identifica cámara gástrica ocupada por gran masa compatible con bezoar gástrico.



Figura 4
Gastroscofia con presencia de bezoar en cámara gástrica.



Figura 5
Gastroscofia con imagen de bezoar en cámara gástrica.



Figura 6
Intervención quirúrgica con gastrotomía transversal y extracción del bezoar gástrico.



Figura 7
Imagen del bezoar gástrico una vez extraído.

Discusión

Los bezoares son poco frecuentes, siendo clásicamente los más comunes los tricobezoares, aunque en la actualidad hay un aumento de los fitobezoares, sobre todo secundarios a cirugía gástrica.

Son una causa infrecuente de oclusión intestinal (aproximadamente el 4,3%), suponiendo un reto diagnóstico, y su presentación como abdomen agudo secundario a oclusión es entorno al 1%. En caso de ser de localización gástrica el diagnóstico de elección es mediante gastroscofia. Inicialmente se puede intentar tratamiento endoscópico y lavado gástrico con parafina, celulosa o bebidas carbonatadas como la Coca-Cola®, con alta efectividad.

Si su localización es intestinal suelen requerir tratamiento quirúrgico para resolver el cuadro de oclusión, a diferencia de nuestra paciente que se resolvió de forma conservadora.

CP-113. HALLAZGO INESPERADO EN COLONOSCOPIA REALIZADA PARA ESTUDIO DE DOLOR ABDOMINAL

JIMÉNEZ-ROSALES, R; ABELLÁN-ALFOCEA, P; RODRÍGUEZ-SICILIA, MJ; FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, E; LÓPEZ DE HIERRO-RUIZ, M; REDONDO-CEREZO, E

SERVICIO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

La invaginación intestinal es una patología típica de la edad pediátrica siendo excepcional en la edad adulta. Presentamos un caso de invaginación colo-colónica en un adulto diagnosticado mediante colonoscopia.

Caso clínico

Varón de 64 años, sin antecedentes personales de interés, acude a consulta por clínica de 6 meses de evolución de dolor abdominal tipo cólico agravado con la ingesta, 1-2 deposiciones líquidas/día, algunas con sangre, y pérdida de 20 Kg de peso. Se realizó una colonoscopia que mostró en colon derecho gran masa protruyente, ocupando la mayor parte de la luz colónica, de mucosa normal, con luz central (Figura 1) sugerente de intususcepción colónica. Se logró con dificultad paso por la luz central observando área de mucosa irregular y dura, de aspecto neoplásico (Figura 2). Se tomaron biopsias (informando el endoscopista que la rentabilidad de las mismas podría ser baja debido a la dificultad técnica) y el examen mostró fragmentos de adenoma tubulovelloso y displasia de alto grado. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal para estadiaje de la lesión, visualizando extensa lesión estenosante con extensión desde ángulo hepático del colon a región cecal y apéndice vermiforme con diámetros de 7,4x6,6x10 cm (Figura 3);

Además múltiples adenopatías en mesocolon adyacente y aspecto reticulado de la grasa mesentérica (Figura 4). Tras ello, en el comité multidisciplinar se decidió tratamiento quirúrgico.



Figura 3 TC abdominal: lesión estenosante con extensión desde ángulo hepático del colon a región cecal y apéndice vermiforme con diámetros de 7,4 x 6,6 x 10 cm.



Figura 1 Imagen de invaginación intestinal vista por colonoscopia.

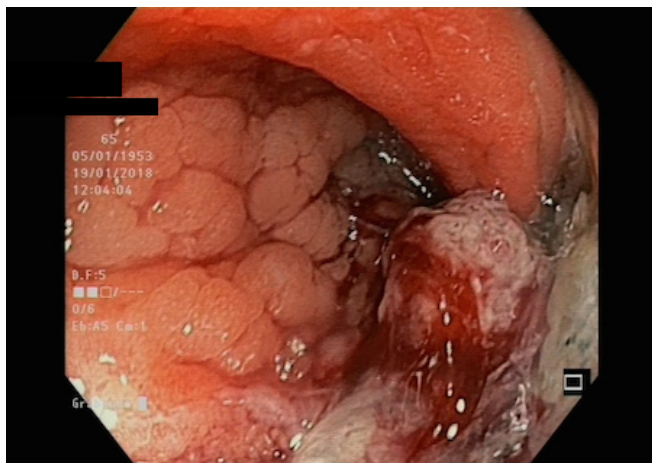


Figura 2 Interior de la invaginación intestinal con mucosa de aspecto neoplásico.



Figura 4 TC abdominal: adenopatías en mesocolon adyacente.

Discusión

La invaginación intestinal se define como un prolapso de un segmento proximal del tracto gastrointestinal sobre uno adyacente distal. En adultos, suele ser secundario a una patología intestinal que actúa como “punto guía”; aproximadamente el 20% de los casos son idiopáticos. Las patologías subyacentes incluyen enfermedad inflamatoria intestinal, bridas postquirúrgicas, divertículo de Meckel, neoplasias y lesiones benignas como los lipomas. En adultos, la patología subyacente es maligna en la mitad de los casos, con mayor probabilidad si se trata del colon. Clínicamente, el dolor abdominal intermitente es la forma más frecuente de presentación, sin embargo, los pacientes también pueden manifestar síntomas secundarios a obstrucción intestinal intermitente como náuseas, vómitos y alteración del hábito intestinal. La TC es la prueba diagnóstica más sensible y puede dilucidar si existe patología subyacente responsable. La cirugía es el tratamiento definitivo en adultos con invaginación intestinal.

En nuestro paciente el origen de la invaginación fue un carcinoma de colon, que se identificó inicialmente mediante colonoscopia, confirmándose mediante TC abdominal y optando posteriormente por cirugía, considerada el tratamiento de elección.

CP-114. ILEÍTIS TERMINAL EN SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO

ANGULO MCGRATH, I¹; BERLANGA CAÑETE, S¹; MARTINEZ BURGOS, M¹; PALOMINO LUQUE, P²; FLORES MORENO, H¹; RICO CANO, A¹; BRAVO ARANDA, AM¹; OCAÑA LEDESMA, A¹; JIMÉNEZ PÉREZ, M¹

¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

²DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Introducción

El síndrome hipereosinofílico es un grupo de trastornos mascarados por un aumento mantenido de la producción de eosinófilos, en los que la infiltración eosinofílica y la liberación de mediadores inflamatorios producen daño de múltiples órganos. Los más frecuentes son piel, pulmones, tubo digestivo, corazón, sangre y sistema nervioso, entre otros. Es un trastorno infrecuente con una prevalencia desconocida, aunque hay estudios que la estiman entre 0,36 y 6,3 por 100.000.

Caso clínico

Mujer 28 años. Presenta distensión abdominal y diarrea acuosa con moco y sangre. Dolor costal y picos febriles de hasta 38°C, asociado a pérdida ponderal, hiporexia y astenia generalizada.

Análítica sanguínea: Leucocitos 17.500 con 1.240 eosinófilos. Ferritina 203, PCR 131, Inmunoglobulinas y complemento normales. Autoinmunidad y serologías negativas. Mantoux y Quantiferon TBC negativo. Análisis heces: calprotectina 959, SOH positivo. Coprocultivo: parásitos y toxinas negativas. Ecocardiograma: derrame pericárdico global moderado. TC toracoabdominal (Figura 1): ascitis, derrame pleural y pericárdico de cuantía moderada (poliserositis). Colonoscopia: Ileítis aguda leve inespecífica. AP: infiltrado inflamatorio crónico agudizado severo de mucosa de intestino delgado, con aumento del número de eosinófilos. Biopsia MO: incremento de eosinófilos en MO (10% de eosinófilos en frotis).

Juicio clínico: síndrome hipereosinofílico con afectación pleuropericárdica e ileítis terminal.

Pese a AINES y antibioterapia, la sintomatología persiste durante las dos primeras semanas. Mejoría finalmente con corticoterapia, que continua durante 8 semanas tras el alta.

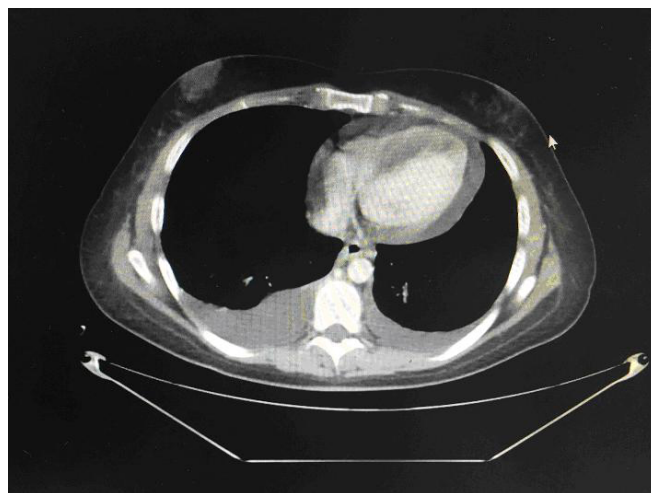


Figura 1

TC tórax. Derrame pleural y pericárdico.

Discusión

El síndrome hipereosinofílico es una enfermedad infrecuente que puede afectar a múltiples órganos poniendo en riesgo la vida de nuestro paciente. A pesar de cumplir una serie de criterios diagnósticos, se trata de un diagnóstico de exclusión en el que hay que descartar todas las posibles causas que puedan desencadenar dicho cuadro clínico.

Por tanto, recalcar en la importancia de un diagnóstico diferencial exhaustivo (a destacar la gastroenteritis eosinofílica en el ámbito digestivo, con una mayor prevalencia y que cursa sin eosinofilia periférica), no tanto por el tratamiento a seguir como por las consecuencias clínicas que conlleva una enfermedad u otra.

CP-115. IMPORTANCIA DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS PARA EL ESTREÑIMIENTO EN GERIATRÍA. EXPERIENCIA CLÍNICA CON LINACLOTIDA.

MINGUEZ CORTES, JM¹; ACOSTA BAZAGA, E²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ-MÁLAGA ²SERVICIO NEUMOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

En el envejecimiento se pueden dar una serie de factores que va a favorecer la aparición de estreñimiento: inmovilidad, deshidratación, determinadas enfermedades incluso la polimedicación. Muchos de estos factores intervienen de forma negativa en pacientes con síndrome de intestino irritable con predominio del estreñimiento. Se tiene cierta tendencia a minimizar los efectos del mismo y este puede provocar complicaciones y disminución de la calidad de vida del anciano. En muchas ocasiones los tratamientos convencionales no son efectivos, de ahí la importancia de disponer de nuevas terapias para el mismo. Entre ellos la Linaclotida es una de las últimas incorporaciones a dicha patología. Mecanismo de acción.

Material y métodos

Estudio observacional de 18 pacientes durante 32 semanas, incluyendo pacientes de ambos sexos mayores de 65 años con un SCORE de >5 respecto al dolor abdominal (escala numérica de 10) y con un promedio de <3 deposiciones a la semana. Se evaluaron a la semana 32:

- Disminución del dolor respecto a la línea base.
- Modificación del número de deposiciones.
- Grado de mejoría global.
- Satisfacción del paciente con el tratamiento.
- Aparición de efectos adversos.

Resultados

En el 86% de los pacientes hubo una disminución del dolor respecto a la línea base. El 89% de los pacientes aumentaron el número de deposiciones a 3-4 a la semana. El 84% referían un aumento global de mejoría junto con un 86% de satisfacción respecto al tratamiento. Solo se objetivaron un 4% de efectos adversos (diarrea) que no impidieron continuar con el tratamiento.

Conclusiones

En nuestro estudio la Linaclotida ha mostrado su eficacia tanto en la disminución del dolor como en el aumento del número de deposiciones, el grado de satisfacción global de los pacientes fue excelente con una tasa baja de efectos secundarios. No obstante el estudio solo es de 32 semanas y como sabemos el SII es una

enfermedad crónica por lo cual es necesaria ampliar el número y la duración de los mismos.

CP-116. INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE, UNA ENFERMEDAD CON MÚLTIPLES CARAS

FERNÁNDEZ CANO, MC; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, E; HEREDIA CARRASCO, C; LÓPEZ TOBARUELA, JM; RUIZ-CABELLO JIMÉNEZ, M; REDONDO CEREZO, E

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

Introducción

El aparato digestivo es el reflejo de innumerables enfermedades. Síntomas como la diarrea crónica, malabsorción y pérdida ponderal suelen presentarse en múltiples entidades clínicas entre las que encontramos las inmunodeficiencias primarias. Sin embargo, es importante sospecharlas para así evitar retrasos diagnósticos.

Caso clínico

Mujer de 35 años en seguimiento por colitis ulcerosa con mala respuesta a múltiples tratamientos. Tras múltiples infecciones en los primeros meses de vida, ingresos por malnutrición secundaria a diarrea crónica y retraso ponderal, se descarta mucoviscidosis y TBC aunque se detecta hipoproteinemia con déficit de IgG. Durante su niñez persisten síntomas digestivos y en la adolescencia se diagnostica de enteropatía pierde-proteínas, inmunodeficiencia secundaria y probable gastroenteritis eosinofílica. A los 24 años se cataloga de colitis ulcerosa y enteropatía por sensibilidad al gluten. Ante la corticorefractariedad inicia tratamiento con azatioprina que precisa cambiar por metotrexato por intolerancia junto a budesonida aunque persisten brotes.

A los 35 años, se realiza reevaluación mediante EDB que objetiva colitis con afectación de válvula ileocecal. Las biopsias describen hallazgos inespecíficos en un primer examen. Tras consultar con un segundo patólogo experto se diagnostica de IDCV por disminución llamativa de células plasmáticas y signos de colitis infecciosa con coprocultivo positivo a *Campylobacter jejuni* que responde a azitromicina. Inicia tratamiento con mercaptopurina, estando actualmente asintomática, sin nuevos brotes de diarrea ni infecciones.

Discusión

La IDCV es una inmunodeficiencia primaria resultante de múltiples defectos genéticos. Caracterizada por una diferenciación imperfecta de células B con producción defectuosa de inmunoglobulinas y manifestaciones clínicas heterogéneas. Desde infecciones recurrentes, enfermedades respiratorias, trastornos autoinmunes hasta afectación gastrointestinal. Es frecuente la diarrea por infecciones (*Norovirus*, *Campylobacter jejuni* o *Salmonella*, *Giardia lamblia*, Citomegalovirus o *Cryptosporidium*).

Muchos síntomas digestivos pueden también atribuirse a otros trastornos: EII, enteropatía pierde-proteínas, linfoma gastrointestinal o celiacía. Para el diagnóstico deben cumplir cuatro criterios: reducción de la concentración de IgG, disminución de IgA y/o IgM, respuesta deficiente/inexistente a la inmunización y ausencia de otro estado de inmunodeficiencia (diagnóstico de exclusión).

Debe evaluarse en mayores de cuatro años, tras alcanzar la madurez inmunológica. El tratamiento se basa en la terapia de reemplazo con IgG. Sin embargo, por razones desconocidas las infecciones gastrointestinales y las complicaciones no infecciosas no mejoran con dicha terapia. Además, existe dificultad sobreañadida dado que son comunes patologías como la EII cuyo tratamiento frecuentemente son inmunosupresores. Ésto supone un abordaje complicado tanto por el diagnóstico como por el tratamiento. El presente caso es representativo de dicha complejidad.



Figura 1 Mucosa duodenal con vellosidades normales, con achatamiento moderado en alguna región.

Mucosa duodenal con vellosidades normales, con achatamiento moderado en alguna región.

DIARREA INFECCIOSA: BACTERIAS, VIRUS Y HONGOS.
HEPATITIS AUTOINMUNE, HIPERPLASIA LINFOIDE NODULAR (NLH), CBP.
EII
CELIACÍA/ ENTEROPATÍA SENSIBLE AL GLUTEN
ALERGIA / INTOLERANCIA ALIMENTARIA
ENTEROPATÍA PIERDE-PROTEÍNAS
SÍNDROME MALABSORTIVO INESPECÍFICO
ANEMIA PERNICIOSA
LINFOMA GI

Figura 2 Formas de afectación del tracto digestivo en IDCV, con fondo en azul más intenso en las patologías que presentaba nuestra paciente.

Formas de afectación del tracto digestivo en IDCV, con fondo en azul más intenso en las patologías que presentaba nuestra paciente.

CP-117. LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN EN EL DOLOR ABDOMINAL

RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; DÍAZ ALCÁZAR, MM; ROA COLOMO, A; VIDAL VÍLCHEZ, B; GARCÍA MÁRQUEZ, J; ZUÑIGA DE MORA-FIGUEROA, B

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La evaluación de un paciente con dolor abdominal debe hacerse de forma ordenada, ya que con la anamnesis y la exploración puede llegarse a una buena orientación diagnóstica en la mayoría de los casos. La edad, el sexo y los antecedentes del paciente pueden ayudar en el diagnóstico diferencial, siendo fundamentales los factores de riesgo.

Caso clínico

Paciente de 71 años en estudio por dolor abdominal en mesogastrio y epigastrio junto con síndrome constitucional con pérdida de 16 Kg, de un mes de evolución, que acude a Urgencias por empeoramiento clínico. Análíticamente sin hallazgos de interés. El estudio endoscópico con esofagogastroduodenoscopia y colonoscopia fueron normales. En Urgencias es reevaluado de nuevo, apreciando masa palpable a nivel mesogástrico, pulsátil, con soplo sistólico. Ante sospecha de patología vascular se le solicita tomografía computarizada abdominal que confirma que objetiva dilatación aneurismática de la aorta abdominal con trombo mural que se inicia en el origen de la arteria mesentérica superior y se extiende hasta las arterias ilíacas. El aneurisma presenta un diámetro de 9,8x8,9 cm y extensión de 17,1 cm, contacta con la plataforma superior de la vértebra L3 y con el disco intervertebral L2-L3, suponiendo un grave riesgo de ruptura.

El paciente es intervenido antes de la ruptura del aneurisma, colocándole una endoprótesis ramificada bifurcada y un stent eventus, evitando un peor desenlace. Actualmente, tras cinco meses, el paciente se encuentra sin complicaciones.

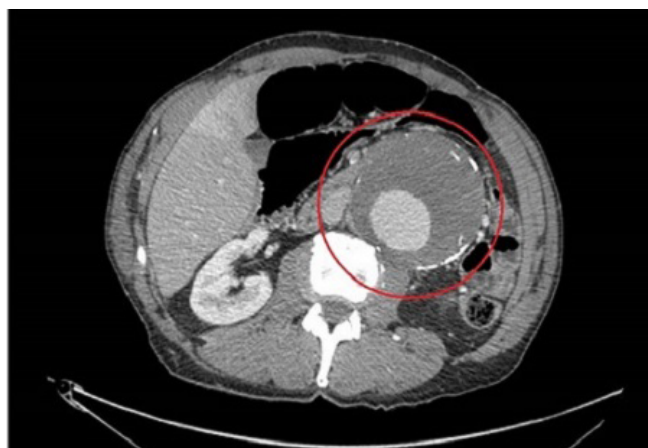


Figura 1 Aneurisma abdominal.

Aneurisma abdominal.

Discusión

El aneurisma aórtico abdominal es una dilatación focal de la aorta abdominal. Generalmente son asintomáticos cuando son pequeños y no afectan a estructuras vecinas pero pueden manifestarse con dolor abdominal y/o masa pulsátil generalmente supraumbilical. En caso de rotura tiene muy mal pronóstico, provocando el fallecimiento por shock hemorrágico.

En este caso presentado, gracias a una exploración abdominal adecuada se sospechó el aneurisma y se confirmó con una prueba de imagen, lo que impidió un retraso diagnóstico que podría haber sido fatal.

La patología más frecuente asociada es la arterioesclerosis y su incidencia aumenta con la edad, especialmente en varones.

El TC es una técnica muy sensible y específica para la identificación, siendo más preciso que la ecografía abdominal para poder estimar tamaño y posibles complicaciones.

El riesgo de ruptura depende del tamaño. Para la mayoría de cirujanos se indica la cirugía de reconstrucción a partir de 6 cm salvo comorbilidades que contraindiquen el procedimiento.

CP-118. LINFOMA DE TIPO B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES PRIMARIO DE COLON

COBOS RODRÍGUEZ, J; FERNÁNDEZ GARCÍA, F; TORO ORTIZ, JP; PINAZO BANDERA, JM; GARCÍA GARCÍA, AM; ANDRADE BELLIDO, RJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Introducción

El linfoma colorrectal es una entidad clínica enormemente infrecuente, representando menos del 0,5% de las neoplasias colorrectales primarias. Suponen el 15–20% del total de los linfomas gastrointestinales, tras estómago e intestino delgado. La edad de presentación se sitúa entre los 50 y 70 años, siendo más frecuente en varones que en mujeres. Los síntomas son inespecíficos como dolor abdominal, pérdida de peso y sensación de masa abdominal, es por eso por lo que en el momento del diagnóstico la enfermedad suele estar avanzada.

Es necesario estudio histológico de las biopsias realizadas durante la colonoscopia para su diagnóstico. Los esquemas terapéuticos incluyen la cirugía y el tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

Presentamos el caso de un linfoma no hodgkiniano tipo B de localización colorrectal tratado con esquema poli-quimioterapéutico.

Caso clínico: varón de 76 años acude a urgencias por cuadro de dos semanas de evolución de hematuria con coágulos y disuria.

No refería pérdida de peso ni alteración del ritmo intestinal. En analítica de sangre destaca anemia (Hb: 10g/dl) normocítica, normocrómica y sin ferropenia, con perfil renal hepático y marcadores tumorales (CEA, AFP, Ca 19,9) normales. En TAC de abdomen: neoformación de sigma de gran tamaño con signos de invasión de vejiga y grasa perisigmoidea con múltiples adenopatías locorreccionales y mesentéricas hasta nivel de bifurcación ilíaca, sin lesiones en otros órganos. Se realiza estudio de extensión con TAC de tórax sin enfermedad a distancia y se realiza colonoscopia para toma de biopsia con resultado de Linfoma de células B grandes difuso, inmunofenotipo centrogerminal. Tras resultados se deriva a Oncología.

Discusión

El tracto gastrointestinal es la localización extranodal más frecuentemente en el linfoma no hodgkiniano. La localización colorrectal más frecuente es el ciego (57%), el colon ascendente (18%), el colon transverso (10%), el colon descendente (5%) y el recto sigma (10%).

Existen varios factores implicados en el desarrollo del LPC como la inmunosupresión, especialmente la infección por VIH, la colitis ulcerosa, el VEB y el *Helicobacter pylori*. El tratamiento suele ser combinado con quimioterapia y cirugía; sin embargo, el mejor tratamiento para esta patología no está claramente establecido. La cirugía puede resolver complicaciones como la hemorragia o la perforación intestinal.

Actualmente se están desarrollando nuevas líneas de tratamiento basadas en la inmunoterapia en función de los subtipos celulares y patrones de expresión genética.

CP-119. LOCALIZACIÓN Y PRESENTACIÓN ATÍPICAS DEL TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL

LIBRERO JIMÉNEZ, M; ORTEGA SUAZO, EJ; HEREDIA CARRASCO, C; VADILLO CALLES, F; REDONDO CEREZO, E; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, E; ABELLÁN ALFOCEA, P; FERNÁNDEZ CANO, MC; LÓPEZ TOBARUELA, JM; HERRADOR PAREDES, M

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

Introducción

Los GIST constituyen aproximadamente un 1% de los tumores primarios del tracto gastrointestinal, con mayor frecuencia en mayores de 50 años. Pueden aparecer en cualquier tramo del tubo digestivo, si bien las localizaciones más frecuentes son el estómago y el intestino delgado proximal. Algunos son asintomáticos, constituyendo un hallazgo incidental durante la realización de un estudio endoscópico, aunque con mayor frecuencia se asocian a síntomas inespecíficos (plenitud postprandial) o a sangrado digestivo. Tan solo un 2-14% de los casos se presentan como dolor abdominal agudo. El TAC es la prueba inicial de elección para el diagnóstico y estadiaje, y el tratamiento de los ≥ 2 cm quirúrgico.

Caso clínico

Varón de 60 años con antecedentes de anemia ferropénica con EDA y EDB en 2017: único hallazgo de bulboduodenitis leve-moderada y *Helicobacter pylori* que fue erradicado. Acude a Urgencias meses después por melenas de 5 días de evolución, sin dolor abdominal ni otra clínica asociada. Analíticamente urea de 32 con creatinina normal y Hb de 9,8 (previa 16,6). Se realiza EDA: múltiples erosiones antrales fibrinadas y una bulbitis grave sin lesiones ulcerosas asociadas. Dada la estabilidad del paciente y ausencia de exteriorización de nuevos sangrados, es dado de alta con IBP y ferrotterapia oral. Una semana después consulta en urgencias por cuadro agudo de intenso dolor en fosa iliaca derecha y estreñimiento, sin fiebre, náuseas ni vómitos. Ante la sospecha clínica de apendicitis se realiza ecografía-TAC con contraste, observándose una gran masa heterogénea de 12,19x8,6x10,81 cm localizada en fosa iliaca derecha, llegándose al diagnóstico radiológico de GIST con probable origen en íleon preterminal. Dada la ausencia de control del dolor a pesar de analgesia intensiva, se contacta con Cirugía General y el paciente es intervenido quirúrgicamente 36 horas después, extirpando dicha tumoración que identifican como dependiente de yeyuno proximal. Evoluciona favorablemente sin nuevos episodios de dolor ni sangrado.



Figura 1 TAC con contraste iv: corte transversal.



Figura 2 TAC con contraste iv: corte coronal.

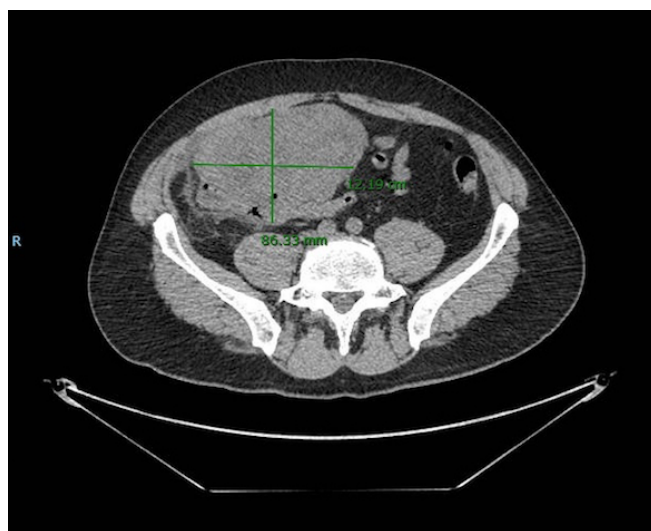


Figura 3 TAC con contraste iv: corte transversal.

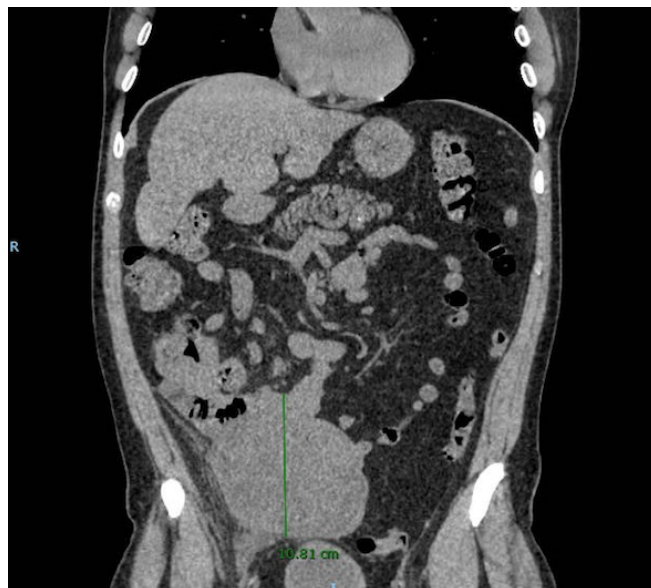


Figura 4 TAC con contraste iv: corte coronal.

Discusión

Aunque las localizaciones más frecuentes sean estómago y duodeno y la presentación incidental o paucisintomática, los GIST pueden aparecer en cualquier tramo gastrointestinal y debutar como abdomen agudo, ya sea por obstrucción intestinal o bien por ulceración mucosa / sangrado intratumoral. En nuestro paciente hubo una presentación mixta y larvada en el tiempo, primero como anemia ferropénica y más tarde como hemorragia digestiva y cuadro suboclusivo. Dada la alta especificidad del TAC se pudo diagnosticar y tratar quirúrgicamente al paciente de forma rápida y satisfactoria.

CP-120. NEOPLASIA RECTAL DE ESTIRPE HISTOLÓGICA INUSUAL

DÍAZ ALCÁZAR, MM¹; MARTÍN-LAGOS MALDONADO, A¹; LÓPEZ HIDALGO, J²; ROA COLOMO, A¹; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ¹; VIDAL VÍLCHEZ, B¹; GARCÍA MÁRQUEZ, J¹; DIÉGUEZ CASTILLO, C¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

²UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La localización más frecuente del melanoma es la piel, aunque se ha descrito en la mayoría de órganos. La menor frecuencia de las localizaciones sistémicas conlleva menor experiencia en su manejo, por lo que el diagnóstico suele ser tardío. Se trata de tumores agresivos con mal pronóstico, principalmente debido a la gran tendencia metastásica.

Caso clínico

Paciente mujer de 77 años con antecedente de hemicolectomía derecha por adenocarcinoma de colon derecho T2N0M0 siete años antes que se realiza colonoscopia de seguimiento por antecedente tumoral con hallazgo en recto, junto a margen anal, de formación polipoidea con mucosa ulcerada que ocupa casi la mitad de la circunferencia. Anatomía Patológica compatible con melanoma maligno (Figura 1). Se solicita estudio de extensión con tomografía computarizada toraco-abdominal y resonancia magnética pélvica, objetivando adenopatías en mesorrecto y mesosigma probablemente metastásicas y lesión focal hepática inespecífica, T2N2. En comité oncológico se decide tratamiento quirúrgico, realizando amputación abdominoperineal (Figura 2), a pesar de satelitosis pigmentada que impresiona diseminación de melanoma por el peritoneo, cirugía R1.

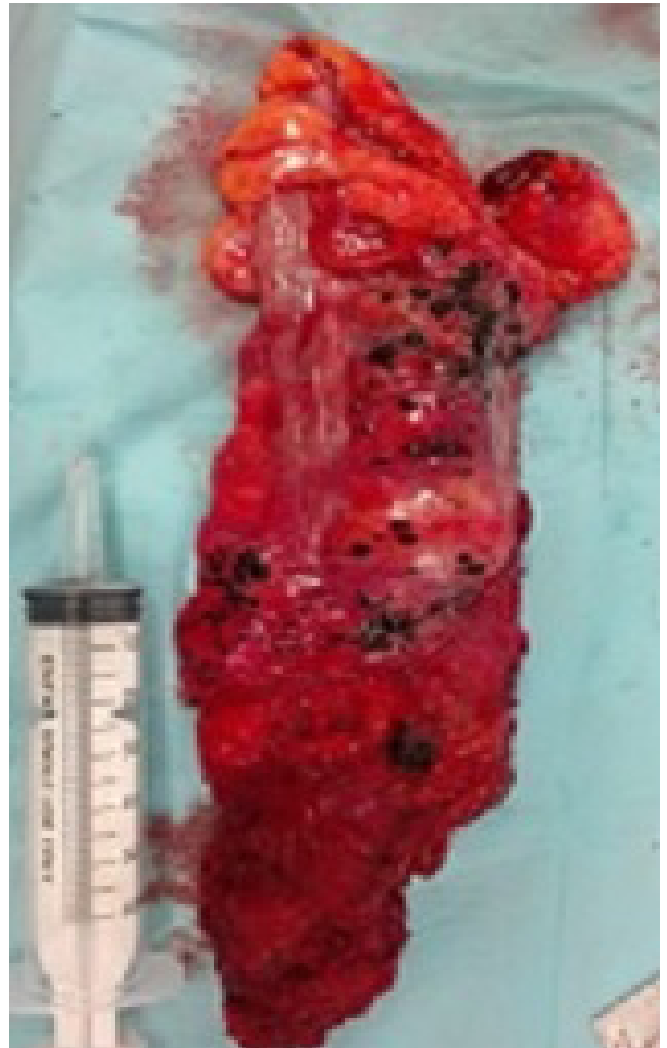


Figura 2 Pieza macroscópica extirpada en la cirugía.

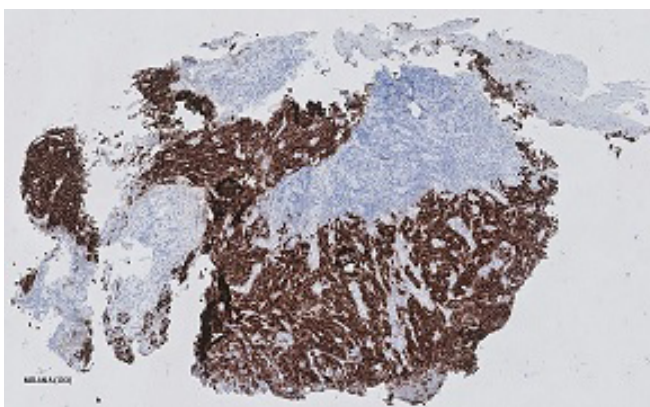


Figura 1 Corte histológico de las biopsias de la colonoscopia, diagnóstico de melanoma.

Discusión

El melanoma anorrectal es muy infrecuente y de mal pronóstico. Representa el 0,4-1,6% de los melanomas, y el 1% de las neoplasias malignas anorrectales. Es más frecuente en mujeres de más de 50 años. Aunque no se conocen factores de riesgo, los datos epidemiológicos indican que hay mayor riesgo en pacientes infectados por VIH.

Normalmente se origina en la unión mucocutánea, aunque también puede originarse en la piel del margen anal, el epitelio de transición del canal anal o la mucosa rectal. La clínica más frecuente es alteración del hábito intestinal, obstrucción intestinal, sangrado rectal, dolor anal o tenesmo rectal. Debido a su localización menos visible y la falta de síntomas precoces, el diagnóstico es más tardío y, por tanto, el pronóstico peor.

Suelen ser lesiones polipoideas ulceradas no pigmentadas con superficie irregular, y en ocasiones con puntos negros o marrones. El tratamiento suele basarse en la cirugía, aunque con escaso éxito. El factor más importante es lograr márgenes negativos (R0). No hay consenso sobre el tratamiento sistémico.

CP-121. NEUMATOSIS PORTAL E INTESTINAL EN EL CONTEXTO DE UNA ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA

RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; DÍAZ ALCÁZAR, MM; ROA COLOMO, A; VIDAL VÍLCHEZ, B; GARCÍA MÁRQUEZ, J; GARCÍA ROBLES, A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La isquemia mesentérica aguda es un cuadro abdominal de hipoperfusión intestinal brusco de elevada morbimortalidad (60-70%) caracterizado por una presentación clínica inespecífica, destacando el dolor abdominal súbito de elevada intensidad en los casos embólicos. Su etiología puede ser embólica, trombótica o no oclusiva. Su diagnóstico se basa en técnicas de imagen (angio-TC vs. arteriografía) o laparotomía exploratoria. El tratamiento, cuando es posible, es mediante radiología intervencionista o abordaje quirúrgico.

Caso clínico

Mujer de 78 años con antecedentes gastroenterológicos de diverticulosis colónica, diverticulitis aguda, úlcera gástrica péptica y reciente diagnóstico de enfermedad de Crohn que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal mesogástrico de 2 días de evolución, diarrea sin productos patológicos e hiponatremia de 110 mEq/L. Al quinto día de su estancia en planta, tras introducir nutrición enteral, comienza con incremento del dolor abdominal, siendo difuso y de elevada intensidad, con una exploración abdominal compatible con abdomen en tabla, con signos de peritonismo e inestabilidad hemodinámica. Se extrae urgentemente analítica destacando leucocitosis de $9,8 \times 10^3 / \mu\text{L}$ con desviación izquierda y proteína C reactiva 110,8 mg/L. Se realiza angio-TC abdominal urgente con hallazgos de neumatosis portal extensa y neumatosis intestinal en el contexto de isquemia intestinal aguda de asas yeyunales e ileales por obstrucción de arteria mesentérica superior. La paciente evolucionó rápidamente hacia un tórpido desenlace con fallecimiento en las siguientes horas, sin posibilidad de intervención terapéutica satisfactoria.



Figura 1
Neumatosis portal.

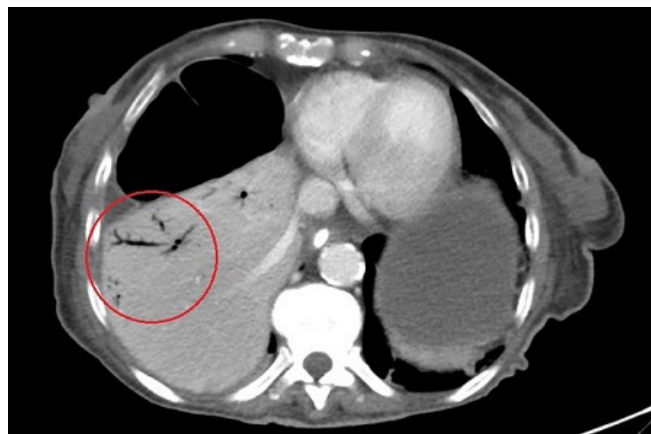


Figura 2
Neumatosis portal.

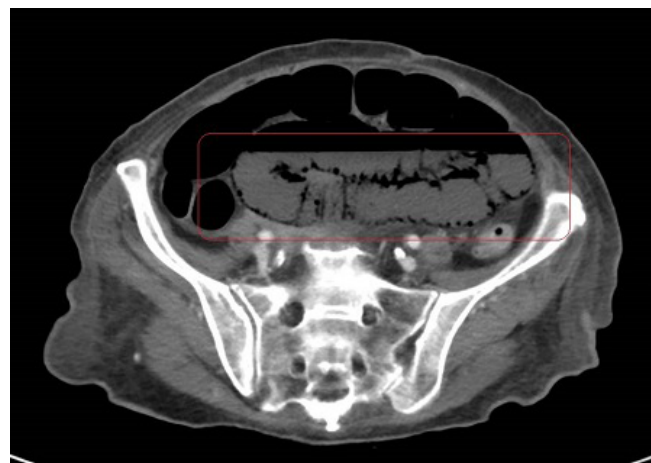


Figura 3
Neumatosis intestinal.



Figura 4
Neumatosis intestinal.

Discusión

La isquemia mesentérica aguda es un cuadro de fatal desenlace en muchas ocasiones. En este caso, se realizó el diagnóstico a las pocas horas del inicio del cuadro con la realización de un angio-TC, siendo su etiología embólica. Aún así, la paciente falleció debido a la agresividad del cuadro clínico que presentó, desestimándose la opción intervencionista y quirúrgica por la pluripatología que presentaba la paciente y los hallazgos clínico-radiológicos que indicaban el mal pronóstico, falleciendo en las primeras 6 horas tras el comienzo de los síntomas.

CP-122. NEUMOPERITONEO ESPONTÁNEO NO QUIRÚRGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

FLORES MORENO, H; MARTÍNEZ BURGOS, M; RICO CANO, A; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; BRAVO ARANDA, AM; OCAÑA LEDESMA, A; ANGULO MCGRATH, I; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La presencia de aire en la cavidad abdominal sugiere en más del 90% de los casos una lesión abdominal por rotura de víscera hueca, requiriendo generalmente cirugía urgente. El 10% restantes se deben a una entidad conocida como neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico (NENQ), idiopático o benigno, caracterizado generalmente por ausencia de lesión abdominal. Por lo general se atribuye a causas extraabdominales, están descritas causas respiratorias (enfisema bulloso, barotrauma, neumonía, asma, ventilación mecánica); cardíacas como masaje cardíaco; ginecológicas (salpingooforitis, ejercicios postparto o postcoital), causas abdominales (neumatosis quística o infección por *Clostridium difficile*) e idiopáticas. La clínica es muy oscilante, pudiendo encontrar desde paciente asintomáticos hasta otros con dolor y distensión abdominal. Esta entidad debe ser sospechada cuando la distensión abdominal y el dolor son leves, no presenta signos de irritación peritoneal, fiebre ni reactantes de fase aguda.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 64 años, sin antecedentes de interés, en estudio y seguimiento por parte de Cirugía General y Aparato Digestivo por episodios repetidos hasta en 10 ocasiones de neumoperitoneo espontáneo idiopático, que debutan con molestias abdominales y distensión. Ha requerido varios ingresos para estudio sin evidenciar patología subyacente en pruebas complementarias y en otras ocasiones se ha seguido de forma ambulatoria dada la escasa repercusión clínica. En esta última ocasión la paciente es vista en consultas externas de Aparato Digestivo por molestias abdominales inespecíficas de varios días de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología asociada. Dados los antecedentes de la paciente se realiza TC de abdomen preferente que muestra nuevo episodio de neumoperitoneo sin que se pueda precisar la causa (Figura 1). La paciente es revisada a los pocos

días estando en este momento completamente asintomática y con analítica sin leucocitosis ni elevación de PCR.



Figura 1

Neumoperitoneo sin poder precisar la causa.

Discusión

Es importante conocer esta entidad tan poco frecuente y sospecharla en caso de neumoperitoneo con leves molestias abdominales, sin signos de irritación peritoneal, fiebre ni leucocitosis. De esta manera se podrá evitar una posible intervención quirúrgica innecesaria.

CP-123. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A FRAGMENTO DE BEZOAR

VIDAL VILCHEZ, B¹; DIÉGUEZ CASTILLO, C²; DÍAZ ALCÁZAR, MM¹; GARCÍA MÁRQUEZ, J¹; ROA COLOMO, A¹; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ¹; GARCÍA ROBLES, A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA

Introducción

El bezoar gástrico es una patología infrecuente que se produce por ingesta de material difícil de digerir. Habitualmente es asintomático y no suele presentar complicaciones.

Caso clínico

Mujer de 54 años sin antecedentes que acude a Urgencias por cuadro súbito de vómitos incoercibles con intolerancia a la ingesta de una semana de duración. Analíticamente destaca creatinina de mg/dl.

Se realiza esofagogastroduodenoscopia que objetiva gran cantidad de contenido líquido de aspecto retencionista en tercio medio de esófago y estómago junto con imagen sólida verdosa oscura de

aparente contenido orgánico en parte alta de cuerpo gástrico, que podría tratarse de bezoar, que se intenta movilizar sin éxito.

La paciente presenta mala evolución clínica, con cuadro sugerente de obstrucción intestinal, por lo que se solicita tomografía computarizada (TC) abdominal que objetiva bezoar gástrico y posible fragmento del mismo impactado en zona de íleon supramesal (Figuras 1-3). Se realizan enterotomía con extracción de cuerpo extraño junto con gastrectomía vertical a nivel de fundus con extracción de bezoar gástrico.

Discusión

El bezoar gástrico se produce por la ingesta de material no digerible, que puede ser: vegetal (fitobezoar), medicamentos (farmacobezoar) o pelo (tricobezoar). Es más frecuente en personas con gastroparesia y/o alteración de la motilidad gastrointestinal, aunque puede darse en personas con tránsito normal o acelerado.



Figura 1

Corte axial de TC abdominal donde se observa formación en miga de pan en estómago de unos 36x46 mm muy sugerente de bezoar.



Figura 2

Corte axial de TC abdominal que objetiva en íleon supramesal imagen en miga de pan de unos 35 mm compatible con fragmento de bezoar impactado y dilatación retrógrada de asas intestinales.



Figura 3

Corte axial de TC abdominal donde se observa dilatación de asas de intestino delgado.

Suele cursar de forma asintomática durante años, siendo un hallazgo casual en pacientes sometidos a endoscopias gastrointestinales o técnicas de imagen. En caso de que aparezcan síntomas, la clínica es inespecífica: dolor abdominal, vómitos, saciedad precoz, anorexia y pérdida de peso. Aunque es infrecuente que se complique, en ocasiones, como en el caso presentado, puede derivar en obstrucción o perforación intestinal, apendicitis o pancreatitis.

El tratamiento inicial consiste en intentar disolverlos. Si los síntomas persisten o son más graves se recomienda tratamiento endoscópico. En caso de que las terapias anteriores fracasasen, no se puedan realizar o aparezcan complicaciones como obstrucción, perforación o sangrado, debe plantearse la cirugía.

CP-124. PACIENTE VARÓN CON ANEMIA Y MASA ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

TORRICO LAGUNA, AM; GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Los GIST son tumores del estroma gastrointestinal poco frecuentes, cuya sintomatología es muy variable. Se caracterizan por ser tumores de localización fundamentalmente a nivel ileal y colónica y con un comportamiento agresivo en la mayoría de casos, siendo el tratamiento principalmente quirúrgico.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 63 años, exfumador, sin consumo enólico, hipertenso, diabético, con antecedentes de infarto agudo de miocardio hacía cuatro meses e hiperplasia prostática, que consulta en Urgencias por astenia, pérdida de

peso y anemia de perfil microcítico de dos meses de evolución, sin clínica cardiológica ni estigmas de sangrado. El paciente se transfunde dos bolsas de sangre y es derivado a consultas de aparato digestivo para estudio. El paciente vuelve a Urgencias dos semanas después por episodio presincope, con nuevos hallazgos de anemia en rango transfusional en la analítica, por lo que es ingresado en planta para estudio. La bioquímica general muestra solamente ferropenia y los marcadores tumorales son negativos. Se solicita gastroscopia y colonoscopia, que no muestran alteraciones, y se solicita TC de tórax y abdomen, en el que se evidencia una masa de partes blandas a nivel de íleon distal, por lo que se decide biopsia percutánea por radiología intervencionista, cuyo informe anatomopatológico informa de células con componente neoplásico de componente estromal. Los niveles de cromogranina A y 5-HIA son normales y la gammagrafía con octreótido no muestra lesiones a distancia. El paciente es intervenido, realizándose resección ileal, informando en la pieza quirúrgica de presencia de masa a nivel de íleon compatible con tumor del estroma gastrointestinal. El paciente es posteriormente dado de alta y derivado a consultas de Oncología, manteniéndose asintomático en las revisiones.

Discusión

Los tumores del estroma gastrointestinal son neoplasias poco frecuentes, derivadas de las células intersticiales de Cajal, ocasionado en la mayoría de casos por la mutación del protooncogen KIT, ocasionando el sobrecrecimiento de estas células. Es un tumor agresivo, cuya sintomatología aparece principalmente en estadios avanzados, fundamentalmente en forma de dolor abdominal, presencia de masa, síndrome constitucional y anemia en los datos analíticos. Su localización más frecuente es a nivel gástrico y de intestino delgado, siendo el diagnóstico fundamental por endoscopia y prueba de imagen, como la TC. La gammagrafía con octreótido permite establecer presencia de lesiones a distancia. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, asociado a quimioterapia en estadios avanzados, planteando quimioterapia exclusivamente en aquellos pacientes con tumor irresecable o paliativo.

CP-125. PANICULITIS MESENTÉRICA: ¿QUÉ SIGNIFICACIÓN CLÍNICA TIENE?

ROA COLOMO, A¹; DIÉGUEZ CASTILLO, C²; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ¹; DÍAZ ALCÁZAR, MM¹; VIDAL VÍLCHEZ, B¹; GARCÍA MÁRQUEZ, J¹; MARTÍNEZ TIRADO, P¹; MARTÍN RUIZ, JL¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA

Introducción

La paniculitis mesentérica (PM) es la inflamación crónica e inespecífica del mesenterio. Su epidemiología es poco conocida con datos de prevalencia entre 0,16-7,83%. Un 67% de los casos son varones, con una media de 61,7 años. A continuación se presenta un caso clínico de PM, a partir del cual se hace una revisión de esta entidad.

Caso clínico

Mujer de 59 años con síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con sertralina 50 mg/24 horas consulta por dolor abdominal difuso y distensión abdominal, sin síntomas de alarma. La exploración física es normal. En TC abdominal existe aumento de densidad de la grasa mesentérica extensa desde raíz de mesenterio con ganglios de 4 mm de eje menor, que sugieren el diagnóstico de PM (Figura 1). Se realiza analítica completa, serologías, autoinmunidad y marcadores tumorales normales. TC torácico normal. Tras el despistaje de otras patologías, inicia tratamiento sintomático con naproxeno 500 mg sin notar mejoría al cabo de dos meses, por lo que se suspende e inicia budesonida 9 mg/24 horas en pauta descendente por intolerancia a prednisona. Tras tres meses de tratamiento, la paciente refiere mejoría de la sintomatología.



Figura 1

Corte axial de TC abdominal con contraste intravenoso. Se observa hiperdensidad de la grasa mesentérica ("mesenterio nebuloso" / "misty mesentery") con adenopatías milimétricas múltiples.

Discusión

En la PM la evolución clínica es crónica en la mayoría de los casos (76,9%). El síntoma más frecuente es el dolor abdominal (55,9%), seguido de la pérdida de peso (9,3%). La exploración física suele ser normal aunque es posible detectar una masa abdominal.

Las alteraciones analíticas son poco frecuentes y la prueba radiológica más utilizada para el diagnóstico es la TC abdominal (93,3%). Cuando se realiza biopsia de la lesión (33%) la mayoría presentan tanto datos inflamatorios, como fibrosis y necrosis grasa.

En cuanto a su etiología, se han descrito enfermedades de distinta naturaleza, destacando por su frecuencia las neoplasias malignas (26%), fundamentalmente hematológicas, y la cirugía abdominal (3,3%).

El tratamiento se debe individualizar. En la literatura se describen numerosas opciones médicas y quirúrgicas, sin que existan estudios

comparativos sobre su eficacia. Un 45% de pacientes reciben tratamiento médico (principalmente glucocorticoides), un 39,5% precisan intervención quirúrgica (por obstrucción intestinal o sospecha de neoplasia) y en el 28,2% el tratamiento es sintomático o de soporte. Independientemente de la opción terapéutica elegida, la tasa de respuesta es del 80%.

Conclusiones

- La PM es un hallazgo inespecífico cuya significación clínica está aún por determinar.
- Es importante descartar un proceso oncológico asociado.
- Son necesarios más estudios para comprender mejor este proceso y establecer el tratamiento más adecuado.

CP-126. PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL CARCINOMA ANAL

LEAL TÉLLEZ, J; RAMOS-CLEMENTE ROMERO, MT; CARNERERO RODRÍGUEZ, JA; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

Varón con relaciones sexuales de riesgo, con carcinoma anal epidermoide de gran tamaño asociado a virus del papiloma humano (VPH) y sífilis concomitante.

Caso clínico

Varón de 65 años fumador, con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y con prácticas homosexuales de riesgo. Derivado a consulta por proctalgia, rectorragia intermitente y masa anal que relaciona con hemorroides de un año de evolución. En la inspección anal se identifica una tumoración perianal, excrecente, ulcerada y pétreo, de aproximadamente 3 cm que contacta con el ano (**Figura 1**). El tacto rectal no se puede realizar por dolor.

Para el estudio se realiza rectoscopia donde se identifica la masa, que ocupa el canal anal sin estenosallo (**Figura 2**). En la retrovisión en recto se observa que la tumoración no se extiende hacia el interior del recto (**Figura 3**). Se toman biopsias de la lesión vía endoscópica y vía externa (perianal), que confirman la presencia de un carcinoma epidermoide con VPH genotipo 33.

Ante la sospecha inicial de que la lesión perianal se tratase de un chancro sífilítico se realizan estudios serológicos que resultan positivos, demostrándose también afectación neurológica (sífilis terciaria). El resto de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) estudiadas han resultado negativas incluyendo VIH. Se inició tratamiento con penicilinas con buen resultado. Se completa el estudio de extensión con TAC que no demuestra lesiones a distancia y en RMN pélvica (**Figuras 4 y 5**) se estadía T3N0M0. Se decide tratamiento quimio-radioterápico.



Figura 1

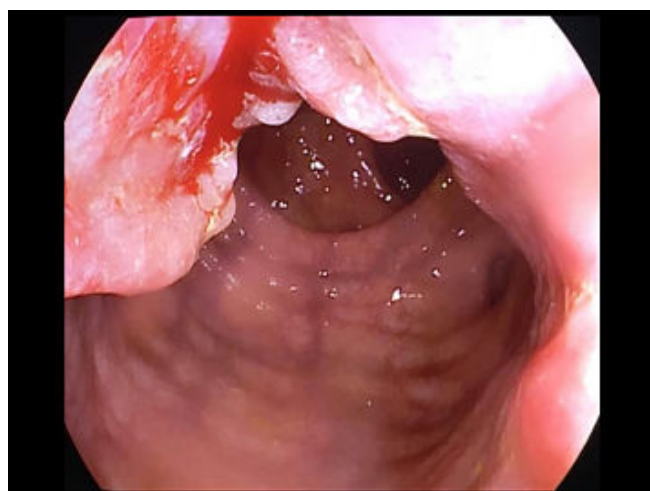


Figura 2

La tumoración ocupa el canal anal.



Figura 3

La lesión no se extiende internamente, queda confinada al canal anal.

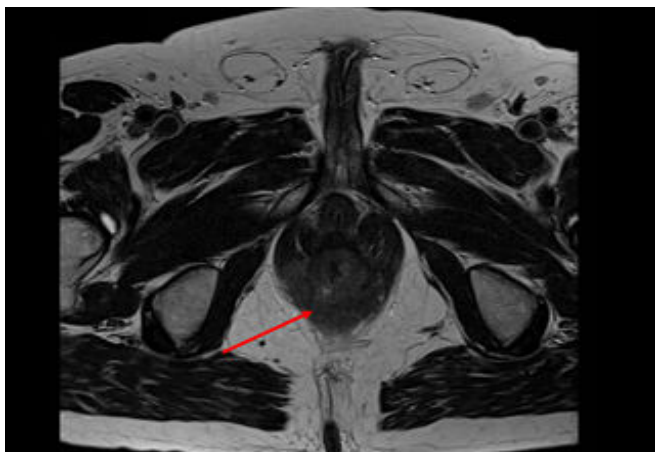


Figura 4

La tumoración infiltra el músculo puborrectal y se extiende a la grasa de la fosa isquioanal.

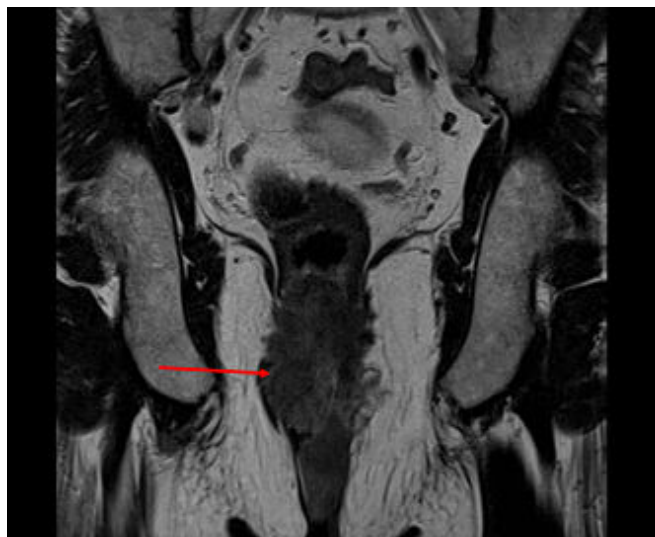


Figura 5

La tumoración se extiende cranealmente por encima del esfínter superior y caudalmente presenta una extensión nodular a nivel del pliegue interglúteo. El diámetro longitudinal es de 9 cm.

Discusión

La manifestaciones más frecuentes del cáncer anal son la rectorragia, dolor y sensación de ocupación anal. Hasta un 20% al diagnóstico se encuentran asintomáticos. En nuestro caso el paciente demora la consulta médica por lo que encontramos una masa anal de gran tamaño con extensión a la piel perianal y la coexistencia de una sífilis en estadio terciario.

Entre los factores de riesgo del cáncer anal se encuentra el tabaco y las relaciones sexuales anales de riesgo. Su relación con el VPH es habitual, así como con otras ETS, con mayor riesgo en los genotipos más oncogénicos (16, 18, 31, 33). El cribado en los grupos de riesgo no está establecido. La prevención más eficaz es evitar la promiscuidad y las relaciones anales sin protección.

CP-127. PSEUDOMIXOMA PERITONEAL

GARCÍA GARCÍA, AM; COBOS RODRIGUEZ, J; PINAZO BANDERA, J; ALCÁNTARA BENITEZ, R; ANDRADE BELLIDO, RJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Introducción

El pseudomixoma peritoneal (PMP) es una rara condición clínica resultado de un tumor mucoproducente del apéndice cecal en el 90% de los casos. En algunos pacientes, estos tumores crecen y causan una ruptura de la pared apendicular que conlleva a la presencia de células productoras de mucina en la cavidad peritoneal, situación clínica conocida como *“abdomen de gelatina”*.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 50 años, sin antecedentes médicos de interés, que consulta por cuadro de dolor abdominal difuso, más localizado en hipogastrio y pérdida de unos 10 Kg de peso. Sin nada que destacar analíticamente, se realiza un TC de abdomen (**Figura 1**) donde se visualiza abundante líquido ascítico con áreas de calcificación en distintos compartimentos peritoneales con un hígado de tamaño y morfología normales, sin signos de HTP. En la colonoscopia se visualiza el orificio apendicular permeable que rezuma material de aspecto mucopurulento. Se completa el estudio con serología, Mantoux y booster, Rx de tórax y analítica de estudio hepático completo, todo ello normal. Se realiza paréntesis con GASA <1,1 y ADA 25,8. Asimismo se realiza una punción abdominal guiada por TC obteniendo mínimos fragmentos de material fibrinoso con escasas células mesoteliales reactivas. Finalmente se decide realizar una laparoscopia exploradora (**Figura 2**) que muestra un peritoneo engrosado y asas intestinales cubiertas por material mucoide con morfología vesicular del cual se toman muestras y cuya histología (**Figura 3**) informa: pseudomixoma peritoneal (lesión mucinosa de bajo grado). El tumor está formado por lagos de mucina, algunos revestidos por células epiteliales mucinosas con atipia de bajo grado, secundario a una extensión peritoneal de una neoplasia mucinosa.



Figura 1

TC de abdomen con contraste.

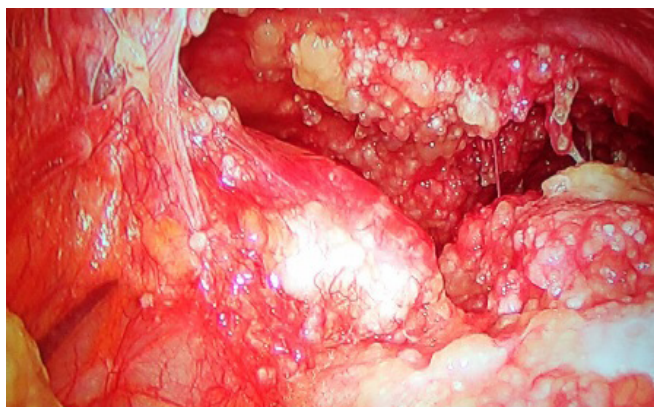


Figura 2

Laparoscopia.

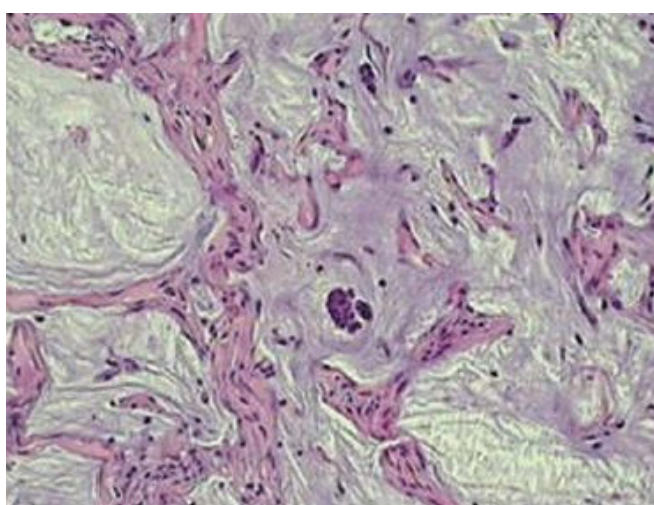


Figura 3

Histología.

Discusión

La incidencia de PMP se estima en 1 a 2 pacientes por cada 1.000.000 personas/año, con discreta prevalencia en mujeres. Presenta una clínica muy variada, desde discreto disconfort abdominal hasta obstrucción intestinal. En pacientes mujeres puede debutar como una gran masa metastásica ovárica.

Aunque al inicio se puede considerar benigno, invariablemente es letal sin recibir tratamiento. El tratamiento de elección, si las condiciones clínicas lo permiten, consisten en la combinación de cirugía citorreductora (CRS) más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC). La cantidad de carcinomatosis, determinada por el índice de carcinomatosis peritoneal, generalmente correlaciona con la supervivencia posterior.

Siguiendo un tratamiento combinado (cirugía citorreductora completa e HIPEC), la tasa de supervivencia a 5 años alcanza el 70% para los pseudomixomas peritoneales no agresivos en pacientes tratados en un centro especializado.

CP-128. RECTORRAGIA EN PACIENTE CON NEOPLASIA VESICAL INTERVENIDA

TORRICO LAGUNA, AM; BENITEZ RODRIGUEZ, B; GALVAN FERNANDEZ, MD; GOMEZ RODRIGUEZ, BJ; CAUNEDO ALVAREZ, A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La rectorragia es un motivo de consulta muy frecuente en las consultas tanto de atención primaria como de especialista, siendo su origen muy diverso, con mayor frecuencia de patología anorrectal benigna, aunque también pueden ser de origen inflamatorio intestinal o de origen tumoral a nivel intestinal, aunque su origen también puede ser extradigestivo, orientando fundamentalmente la clínica y la exploración física, ayudando la endoscopia para el diagnóstico avanzado y permitir un tratamiento dirigido.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 70 años, con antecedentes de ex-fumador y ex-bebedor, hipertenso e intervenido de neoplasia vesical 8 años antes mediante nefrectomía y anastomosis uretero-sigmoidea bilateral, que consulta por rectorragia de un mes de evolución. La exploración abdominal era anodina y la analítica mostraba una discreta anemia de perfil ferropénico. Se realiza colonoscopia, en la que se evidencia a nivel de la anastomosis uretero-sigmoidea lesión excrecente que protruye a través de la anastomosis y cuya anatomía patológica informa de células transicionales con displasia de alto grado y focos de carcinoma de estirpe urotelial. La TC y la urografía intravenosa realizadas al paciente informan de una masa a nivel de tercio distal de uréter izquierdo y dilatación de uréter ipsilateral proximal, compatible con neoplasia de la unión uretero-sigmoidea.

Discusión

El carcinoma de vejiga es una patología tumoral frecuente, que afecta principalmente a pacientes de edad avanzada, varones y con hábito tabáquico activo. En la mayoría de casos cursa de forma asintomática hasta estadios avanzados, donde el síntoma principal es la hematuria. El diagnóstico se realiza fundamentalmente mediante realización de citología de orina acompañado de la ecografía abdominal, sirviendo la resección transuretral como técnica de obtención de material para estudio histológico y terapéutico en estadios muy iniciales. El tratamiento se basa en la cistectomía, asociada a quimioterapia en estadios avanzados, optando únicamente por esta última en fases avanzadas. La opción de realizar anastomosis uretero-sigmoidea con idea de evitar la nefrostomía es una opción en algunos pacientes, aunque se han descrito casos de alteraciones iónicas y diarreas en pacientes con dicha técnica, siendo muy poco frecuente el desarrollo de neoplasias a este nivel.

CP-129. RECTORRAGIA EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS: ¿PATOLOGÍA ANORRECTAL O SCREENING DE CÁNCER DE COLON (CCR)?

GARCÍA GAVILÁN, MC¹; PUYA GAMARRO, M¹; SORIA LÓPEZ, E¹; RIVAS RUIZ, F²; SÁNCHEZ CANTOS, A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²UNIDAD INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

El 10-15% de los CCR se diagnostican <50 años, con una incidencia en aumento en los últimos años. Por ello, se cuestiona la necesidad de adelantar el screening de CCR, sobre todo ante factores de alto riesgo. La rectorragia es un signo de alarma y muchas veces queda justificada por patología anorrectal, sin la realización de más estudios. Nuestro objetivo fue valorar cuántos de los pacientes con rectorragia atribuida inicialmente a patología anorrectal finalmente tienen otra patología y estudiar sus posibles factores de riesgo.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de los pacientes <50 años estudiados por rectorragia distal atribuida inicialmente a patología anorrectal, en el Hospital Costa del Sol desde julio de 2016 a julio de 2018. Criterios de exclusión: presencia de otra sintomatología (dolor abdominal, diarrea o cuadro constitucional), antecedente personal de CCR, enfermedad inflamatoria intestinal o síndrome de CCR hereditario. Se valoró la influencia del sexo, edad, características del sangrado, índice neutrófilo/linfocito (INL) y plaqueta/linfocito (IPL), con la detección de pólipos, adenomas avanzados y otras patologías. Se realizó un análisis bivariado de evaluación de factores de riesgo con el test de Ji-Cuadrado. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron 374 pacientes con una edad media de 37,36 años, el 56,9% varones y 8,8% con antecedentes familiares de primer grado de CCR. En el 61,1% el sangrado fue moderado, el 85,5% siempre postdefeactorio y solo el 43,7% en el contexto de un estreñimiento crónico. A 208 se les realiza rectoscopia y a 167 colonoscopia, objetivándose en el 20,9% patología diferente a la anorrectal y en el 17,1% pólipos, siendo el 84,6% pólipos sésiles, el 67,2% <5mm y el 27,7% adenomas tubulares. Se objetivaron 9 adenomas avanzados (14,1%) y un CCR (0,3%). Al analizar los factores de riesgo, se observa para el grupo entre 40-50 años mayor riesgo de pólipos y adenomas avanzados ($p = 0,005$ y $p = 0,049$ respectivamente). El sexo varón presentó un mayor riesgo de pólipos ($p = 0,003$). Aunque no fue estadísticamente significativo se observa una tendencia a tener el INL alto, en aquellos con patología diferente a la anorrectal ($p = 0,06$) y en presencia de pólipos ($p = 0,09$). No se observó relación con el IPL ni el tipo de sangrado.

Estudio descriptivo	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes familiares		
1 ^{er} grado	33	8,8%
2 ^o grado	25	6,7%
Edad 40-50 años	67	17,9%
Estreñimiento crónico	142	43,7%
Características del sangrado:		
Manchado	134	36,4%
Moderado	225	61,1%
Coágulos	9	2,4%
Patrón del sangrado:		
Siempre postdefeactorio	290	85,8%
A veces sin relación	48	14,2%
Anemia (Hb <12mg/dL)	17	5,6%
INL >3	27	8,7%
IPL >160	30	9,7%

Tabla 1

Estudio descriptivo de los factores de riesgo.

Factores de riesgo	Patología diferente a la anorrectal	Pólipos	Adenomas Avanzados
Sexo: Varón	$p = 0,84$	$p = 0,003$	$p = 1,00$
Edad: 40-50 años		$p = 0,005$	$p = 0,04$
Índice neutrófilo/linfocito >3	$p = 0,06$	$p = 0,09$	$p = 1,00$
Índice plaqueta/linfocito >160	$p = 1,00$	$p = 0,85$	$p = 1,00$
Características del sangrado	$p = 0,56$	$p = 0,70$	$p = 0,32$
Tacto rectal con hallazgos que justifiquen el sangrado	$p = 0,21$	$p = 0,58$	$p = 0,06$

Tabla 2

Análisis de la influencia de los factores de riesgo en objetivar otra patología diferente a la anorrectal, pólipos o adenomas avanzados.

Conclusiones

El 20,9% de los pacientes finalmente tienen hallazgos diferentes en la colonoscopia, siendo factor de riesgo la edad entre 40-50 años. La edad y el sexo varón se relacionan con la mayor detección de pólipos y el INL alto aunque no es estadísticamente significativo, parece estar aumentado en estos pacientes.

CP-130. RECTORRAGIA MASIVA POST-EMBOLIZACIÓN

VALDÉS DELGADO, T; GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; JIMÉNEZ GARCÍA, A; RODRÍGUEZ-TÉLLEZ, M; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La colitis isquémica (CI) es la forma más frecuente de isquemia intestinal (60-70%), las formas leves y transitorias son las más frecuentes, y las formas fulminantes representan menos del 5% en esta entidad.

Caso clínico

Mujer de 61 años ingresa para estudio de dolor abdominal y vómitos de meses de evolución. Tras tres días de hospitalización comienza con episodios de rectorragia franca con repercusión hemodinámica (Hb 6) y fracaso renal agudo (Cr 6). Se realiza angioTAC abdominal urgente apreciándose sangrado activo hacia luz de la flexura esplénica del colon (**Figura 1**), por lo tanto se procede a embolización de la rama distal de la arteria cólica izquierda.

Posteriormente, presenta nuevos episodios de rectorragia masiva, realizándose colonoscopia urgente con diagnóstico de pancolitis isquémica fulminante (**Figura 2**).

Presenta mala respuesta al tratamiento conservador (sueroterapia y antibioterapia iv) con repercusión hemodinámica y necesidad de transfusión en distintas ocasiones, por lo que finalmente se decide intervención quirúrgica, realizándose una colectomía total con ileostomía.

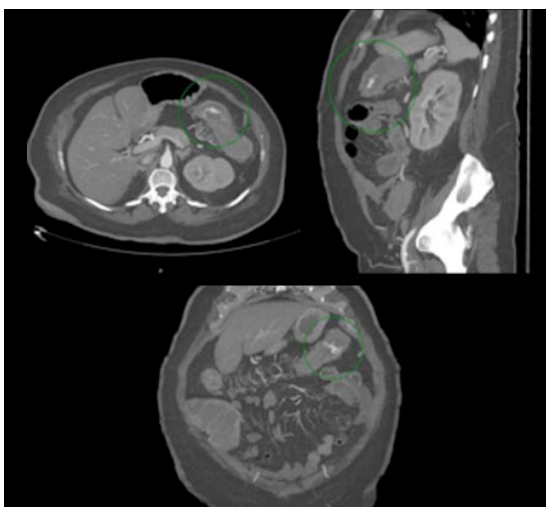


Figura 1

TAC Abdominal c/c iv: sangrado activo hacia la luz de la flexura esplénica colónica de la rama distal de la arteria cólica izquierda (círculo verde).

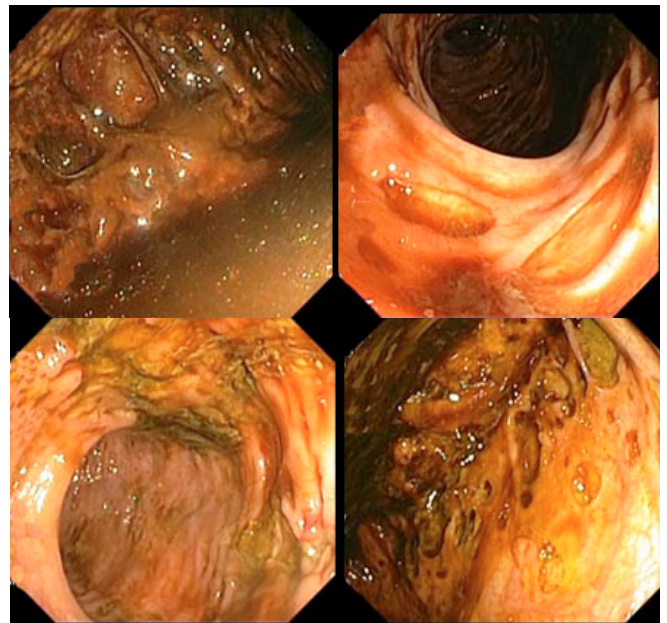


Figura 2

Colonoscopia: amplias úlceras en sacabocados extendidas por toda la mucosa colónica, compatible con colitis isquémica fulminante.

Discusión

Las formas fulminantes como presentación de la CI no superan el 5% y conducen a un estado de necrosis gangrenosa con perforación, peritonitis y muerte. Únicamente una endoscopia precoz permite asegurar el diagnóstico con precocidad y conceder una oportunidad al tratamiento (colectomía total).

Muy múltiples factores predisponen al desarrollo de CI, las causas más frecuentes son las no oclusivas (aterosclerosis, situaciones de bajo gasto, etc.), siendo más atípicas las formas oclusivas, y excepcionales hoy día, las secundarias a embolización.

Las complicaciones de la embolización son infrecuentes, los pocos casos de isquemia reportados actualmente son debidos a que no se respetan las vías de circulación colateral compensatorias.

Dichas formas de presentación son potencialmente muy graves y mortales si no se toman medidas precoces, si bien, muy infrecuentes debido al avance en los procedimientos de embolización, que actualmente se realizan de forma superselectiva.

CP-131. RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE ADENOMA DE ORIGEN MIXTO. POLIPOSIS SERRADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; HERGUETA DELGADO, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El adenoma tubular es el tipo de adenoma más frecuente. Nace por la proliferación de células epiteliales displásicas de la mucosa, a partir de mutaciones en la vía del gen APC y β -catenina. La mayoría son asintomáticos y descubiertos incidentalmente. El riesgo de malignización de los adenomas depende del tamaño, grado de displasia y tipo de arquitectura. Los adenomas con displasia de alto grado tienen un riesgo de malignización de 27%, mayor a los de bajo grado, 5% en 15 años. Asimismo, la arquitectura vellosa presenta mayor riesgo que la tubular (RR 8,3). Se considera un promedio de 10 años para que un pólipo adenomatoso menor a 1 cm se transforme en un cáncer colorrectal invasivo.

Los pólipos serrados son adenomas que en la evaluación microscópica presentan una arquitectura aserrada; es decir con pliegues intraluminales al interior de las criptas y en la superficie, lo que genera un aspecto estrellado o dentado. Por esa particular arquitectura, pueden ser diagnosticados erróneamente como pólipos hiperplásicos. Este grupo incluye al adenoma aserrado tradicional, el adenoma aserrado sésil y el pólipo mixto.

Caso clínico

Paciente de 60 años de edad y sexo femenino que acude a consulta por clínica dispéptica y rectorragia. Se solicita ecografía abdominal y analítica con perfil celíaco que no muestra alteraciones. Se realiza endoscopia digestiva alta con toma de biopsias gástricas, objetivándose gastritis crónica superficial asociada a *Helicobacter pylori*, instaurándose tratamiento erradicador. Asimismo se realiza endoscopia digestiva baja, en la que se describe lesión tipo O-Isp de 10 mm a 35 cm de margen anal reseca y según estudio anatomopatológico tipificó como adenoma tubular con displasia epitelial de bajo grado. Es descrita también lesión tipo O-Isp de 20 mm a 20 cm de margen anal, que es reseca, y tras estudio histológico catalogada como adenoma mixto (adenoma tubular y adenoma serrado). Asimismo se detalla la presencia de pólipos menores de 5 mm en recto de morfología plana, que no fueron biopsiados ni reseca y hemorroide internas congestivas. La paciente presenta mejoría clínica y es incluida en protocolo de seguimiento mediante realización de colonoscopias.

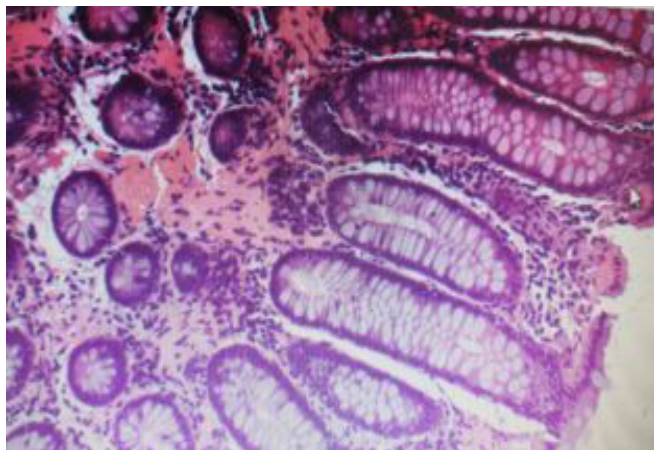


Figura 1

Discusión

Los pólipos serrados han sido objeto de atención recientemente, ya que tienen potencial de malignización, considerándose actualmente que alrededor del 20% de los carcinomas colorrectales se originan a partir de adenomas serrados. Estos pólipos siguen una vía distinta a la tradicional secuencia adenoma-adenocarcinoma, lo cual plantea retos desde el punto de vista tanto de diagnóstico como de seguimiento.

CP-132. SÍNDROME DE WÜNDERLICH TRAS INICIO DE ANTICOAGULACIÓN EN TROMBOSIS PORTAL AGUDA

HALLOUCH TOUTOUH, S; DELGADO MAROTO, A; BARRIENTOS DELGADO, A; MORENO MORALEDA, I; PRÁXEDES GÓNZALEZ, E; AMADO VILLANUEVA, PP; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La hemorragia renal espontánea subcapsular o perirrenal de etiología no traumática se conoce como síndrome de Wunderlich (SW). Es una entidad poco frecuente pero potencialmente grave. La etiología en más del 50% de los casos es debida a patología tumoral (más frecuentes: adenocarcinoma y angiomiolipoma), siendo otras causas menos frecuentes como discrasias sanguíneas, hidronefrosis o tratamiento anticoagulante. La tríada de Lenke suele ser su presentación clínica más típica, la cual consiste en dolor agudo, masa palpable y shock hipovolémico. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen, siendo de elección la TC con contraste intravenoso.

Presentamos el caso clínico de un paciente cirrótico con trombosis portal aguda, que tras iniciar terapia anticoagulante con enoxaparina subcutánea, desarrolló un SW secundario.

Caso clínico

Se trata de un varón de 61 años con antecedentes de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, cirrosis hepática Child-Pugh A6 de origen enólico con hipertensión portal. Ingresó por cuadro de encefalopatía hepática grado II y trombosis portal aguda, iniciando enoxaparina a dosis terapéuticas (40 mg cada 12 horas), siendo dado de alta tras mejoría clínica y analítica.

Dos semanas más tarde acudió a Urgencias por dolor en flanco derecho de instauración aguda y sensación de masa, constatándose inestabilidad hemodinámica por cuadro de hipotensión, taquicardia y sudoración profusa.

En la analítica de evidenció anemia de Hb 9 g/dL y Hematocrito 25%), insuficiencia renal aguda con creatinina 2,2 mg /dL y leucocitosis de 17.180 (neutrofilia del 91%), recuento plaquetar y coagulación normal.

Se realizó inicialmente ecografía abdominal que objetivó hematoma subcapsular en riñón derecho de 7x12x12 cm. Se amplió el estudio con angioTC que apreció una dudosa LOE mal definida en polo inferior de 4 cm con una imagen sugerente de punto de sangrado activo en tercio medio renal, extendiéndose el hematoma a espacio pararenal posterior, gotiera derecha y pelvis.

Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos para estabilización con cristaloides y transfusión de hemoderivados, y se optó por embolización mediante arteriografía sin complicaciones inmediatas.

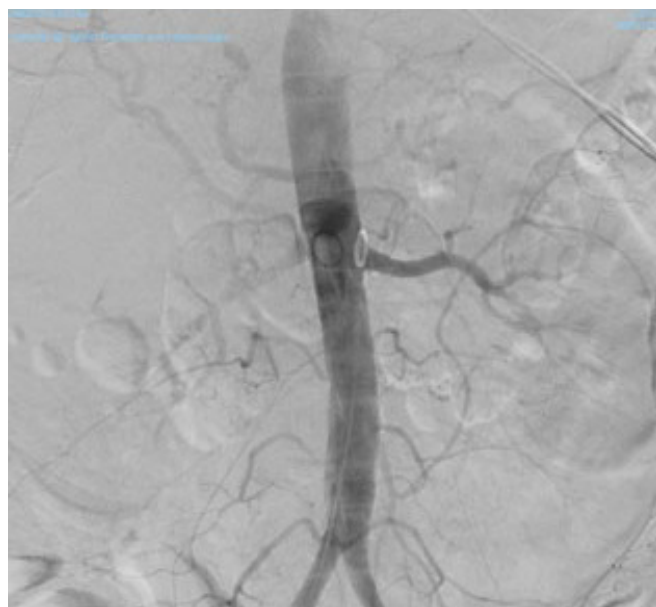


Figura 1
Arteriografía + embolización de LOE mal definida en polo inferior de 4 cm con una imagen sugerente de punto de sangrado activo en tercio medio renal.

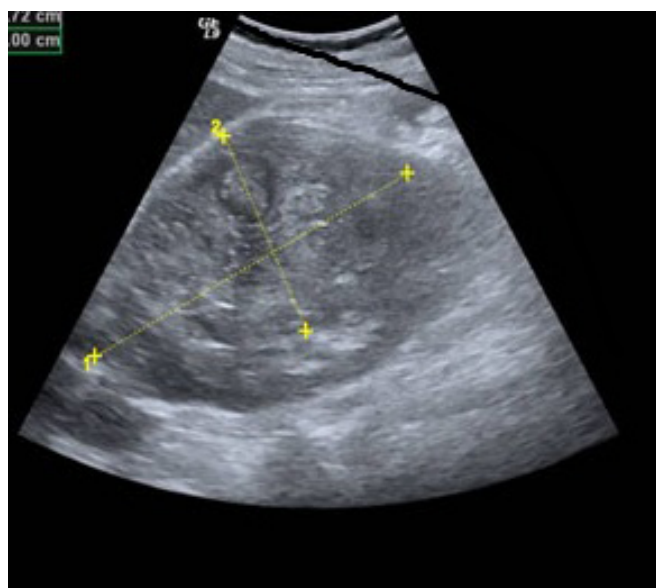


Figura 2
Ecografía abdominal: hematoma subcapsular en riñón derecho de 7x12x12 cm.

Discusión

La asociación del hematoma retroperitoneal espontáneo y el tratamiento anticoagulante (si bien no es infrecuente) ha sido descrita en series de casos en la literatura científica, siendo una complicación considerable en todo paciente sometido a dicho tratamiento, haciendo especial hincapié en el paciente cirrótico cuya morbimortalidad es superior que la población general.

CP-133. SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO

ROMERO MORENO, S¹; AYUSO CARRASCO, CAB²; DE VICENTE ORTEGA, A¹; CASTILLO MOLINA, L¹; DEL CASTILLO CODES, MI¹; TERCERO LOZANO, M¹; OJEDA HINOJOSA, M¹; MARTÍNEZ GARCÍA, R¹; JIMÉNEZ ROSALES, R²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

El síndrome del ligamento arcuato o síndrome de compresión del tronco celiaco, es una alteración rara, causada por la compresión extrínseca del ligamento arcuato medio, bandas fibrosas prominentes y/o tejido ganglionar periaórtico.

En más del 80% de los casos es asintomático y se halla de forma casual. Cuando presenta clínica, ésta se caracteriza por dolor epigástrico postprandial intermitente, náuseas, vómitos, diarrea y pérdida de peso, en casos atípicos, dolor torácico, dolor abdominal que aparece con el ejercicio intenso por angina intestinal intermitente que se alivia en posición mahometana.

Caso clínico

Varón de 31 años con cuadro de dolor abdominal de larga evolución, localizado en epigastrio, que se alivia con la dorsiflexión y empeora horas después de la ingesta. Se acompaña de episodios de diarrea. No presenta náuseas ni vómitos. Sin pérdida de peso. Con analgesia el dolor mejora, pero reaparece de nuevo tras la ingesta oral. Niega consumo de tóxicos o fármacos habituales.

En la exploración el paciente presenta un abdomen blando, depresible, sin masas ni organomegalias, con dolor a la palpación en epigastrio, sin defensa ni peritonismo, presentando ruidos hidroaéreos normales y sin evidencia de soplos.

En gastroscopia "gastritis bulbar y test de ureasa positivo", comprobando erradicación posterior. Sin mejoría del dolor, se realiza ecografía y TAC abdominal hallando "litiasis biliar". Tras colecistectomía programada el dolor persistía.

En análítica: hemograma, coagulación y bioquímica dentro de la normalidad, salvo aumento leve de transaminasas (GGT 112, GOT 101, GPT 163, BrT 1,36). Se amplía con marcadores tumorales, autoinmunidad, serología de celiaquía y víricas con resultados dentro de la normalidad. Coprocultivo y toxina sin hallazgos.

Tras nueva ecografía abdominal con resultados normales, solicitamos RM abdominal que no muestra hallazgos significativos.

Pedimos angioTC abdominal que muestra "aorta de calibre normal, con mínima disminución del calibre en origen del tronco celiaco, compatible con síndrome del ligamento arcuato" (Figura 1 y 2).



Figura 1
AngioTC: reconstrucción 3D.



Figura 2
AngioTC

Discusión

Como muestra nuestro caso y se reporta en otras series, es una patología con predominio en personas jóvenes y con clínica característica de dolor abdominal postprandial de larga evolución.

En el manejo de esta patología, es fundamental que el radiólogo especifique el diámetro del tronco celiaco, determine exactamente la presencia de colaterales y/o aneurismas, puesto que la gravedad determina la necesidad de cirugía.

En nuestro caso, el paciente mejoraba de los síntomas con analgesia habitual y presenta mínima disminución de calibre del tronco celiaco. Por este motivo, se optó por tratamiento conservador.

CP-134. TUMOR NEUROENDOCRINO EN DIVERTÍCULO DE MECKEL: HALLAZGO INCIDENTAL EN PACIENTE INTERVENIDA DE ENFERMEDAD DE CROHN

MORENO MORALED A, I; DELGADO MAROTO, A; LÁZARO SÁEZ, M; HALLOUCH TOUTOUH, S; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; BARRIENTOS DELGADO, A; LÓPEZ GONZÁLEZ, J; AMADO VILLANUEVA, PP; VEGA SÁENZ, JL

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tubo digestivo y se presenta en el 1-3% de la población. Origina síntomas en alrededor del 25% de los casos. Lo más frecuente es que se manifieste en forma de hemorragia digestiva baja, aunque no es excepcional que permanezca silente hasta la edad adulta.

Caso clínico

Mujer de 41 años diagnosticada hace más de 10 años de enfermedad de Crohn estenosante, con afectación de 9-10 cm de íleon terminal. Presentado el caso en sesión médico-quirúrgica de enfermedad inflamatoria intestinal por presentar estenosis ileal distal con cuadros suboclusivos de repetición de dos años de evolución que no responden a tratamiento. Corticodependencia, refractariedad a dos biológicos y ausencia de respuesta a vedolizumab. Actualmente en tratamiento con ustekinumab cada dos semanas.

Mediante colonoscopia se objetiva una estenosis inflamatoria en colon derecho con múltiples imágenes pseudopolipoides residuales, confirmándose mediante RM y TC abdominopélvico una estenosis ileal con cambios inflamatorios con realce de pared y dilatación preestenótica.

La paciente es intervenida mediante ileocequ coastomía ampliada abierta con resección de 27 cm de íleon y 4 cm de ciego, destacando en la evaluación microscópica una obliteración luminal con fibrosis parietal asociada a fisuras/fístulas y cambios regenerativos

pseudo-polipoides de la mucosa. Como hallazgo, la pieza de íleon presenta un divertículo de Meckel de 1,2 cm con mucosa gástrica heterotópica, identificándose en la pared del mismo un tumor neuroendocrino bien diferenciado (NET G1) con invasión de todas las capas hasta la serosa y estudio inmunohistoquímico positivo a cromogranina A y sinaptofisina.

Se recomendó seguimiento evolutivo tras evidenciarse márgenes libres y ausencia de enfermedad ganglionar residual y metástasis a distancia mediante TC y Octreoscan.

Discusión

Los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (NET-GEP) son neoplasias infrecuentes del tubo digestivo originadas a partir de células neuroendocrinas. La incidencia de tumores en un divertículo de Meckel es de 1,44 por cada 10 millones de personas al año. La mayoría de los tumores son neuroendocrinos (77%), seguidos por adenocarcinomas (11,4%).

El diagnóstico en la mayoría de los casos es incidental, constituyendo la presentación clínica más común la obstrucción intestinal por la reacción desmoplásica asociada.

No existen guías clínicas específicas del manejo de los TNE localizados en el divertículo de Meckel, sin embargo, estudios recientes han reportado que el comportamiento y el pronóstico es similar al de los tumores ileales, considerándose el tratamiento de elección la resección quirúrgica.

CP-135. ÚLCERA RECTAL EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO. REPORTE DE UN CASO.

GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; HERGUETA DELGADO, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El linfogranuloma venéreo es una enfermedad de transmisión sexual causada por los serotipos L1, L2 o L3 de *Chlamydia trachomatis*. Es endémica de África, sudeste asiático, y América Central y América del Sur, e infrecuente en países industrializados. Su período de incubación es de 3 a 30 días, apareciendo después en la fase primaria de la enfermedad, una pápula de aspecto botonoso que puede erosionarse. Esta fase también puede presentarse con disuria, con uretritis inespecífica, trombolinfangitis y perilinfangitis. La fase secundaria se presenta alrededor de la segunda semana y se caracteriza por linfadenopatías regionales dolorosas que pueden drenar espontáneamente con trayectos fistulosos. En esta fase también se pueden asociar otras manifestaciones como: fiebre, escalofríos, malestar general, meningoencefalitis, hepatoesplenomegalia, artralgias, rigidez de nuca y cefalea. La fase terciaria o síndrome ano-genital caracterizado por procesos inflamatorios con tendencia a la cronicidad con proctocolitis, fibrosis y estenosis con edema del área genital. El síndrome rectal

agudo, se caracteriza por dolor rectal, secreción mucopurulenta, proctocolitis y finalmente estenosis.

Caso clínico

Paciente de 35 años de edad, sexo masculino, en seguimiento en consultas de Enfermedades Infecciosas por infección por VIH, con carga viral actualmente indetectable y adecuada situación inmunológica, en tratamiento con efavirenz, emtricitabina y tenofovir de mantenimiento. Consulta por cuadro de fiebre de corta duración y dolor en región ano-rectal. Como antecedente refiere relación anal receptiva con protección previa a dicho episodio. Se solicita hemocultivo y urocultivo que son negativos y serología para sífilis, con resultado negativo. Asimismo, se indica realización de rectosigmoidoscopia, apreciándose en unión rectoanal, úlcera excavada de 20 mm de bordes lisos y aspecto no neoplásico, tomándose biopsias, en las que se describen cambios inflamatorios y no se aprecian datos de malignidad. Se solicita asimismo exudado rectal, objetivándose PCR positiva para *Chlamydia trachomatis*. Se pauta tratamiento antibiótico con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 21 días con adecuada evolución clínica y endoscópica, visualizándose en rectosigmoidoscopia de control, erosión fibrinada de 6 mm, en canal anal, de la cual se toman nuevamente biopsias que descartan malignidad.

Discusión

El método diagnóstico actual consiste en técnicas de biología molecular de alta especificidad basadas en la detección del gen de la proteína de membrana H mediante PCR. La serología ha sido sustituida por los test de detección directa. Es necesario establecer controles y definir el seguimiento en las poblaciones de riesgo para impedir el aumento de los casos y el de las infecciones concomitantes.



Figura 1



Figura 2

CP-136. UTILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL ESTUDIO DEL PACIENTE CON ANEMIA SEVERA POR PROBABLE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OCULTO

RODRÍGUEZ MONCADA, R; LEÓN LUQUE, M; GONZÁLEZ ZAMORANO, S; GÓMEZ DELGADO, E; VÁZQUEZ MORÓN, JM; JIMENO MATÉ, C

UGC INTERCENTROS APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA

Introducción

Ante un cuadro de anemia ferropénica severa en el contexto de probable hemorragia digestiva sin obtenerse diagnóstico etiológico tras gastroscopia y colonoscopia (hemorragia digestiva de origen oculto), es importante realizar otros estudios que nos permitan inspeccionar los segmentos del intestino delgado no explorados, entre los cuales destaca la cápsula endoscópica

Caso clínico

Varón de 59 años con antecedentes familiares de cáncer colorrectal, ex-fumador e hipertenso. Refería astenia de dos meses de evolución sin otra sintomatología asociada. Exploración física sin hallazgos significativos. Análítica compatible con anemia ferropénica severa (Hb 6,9 g/dL); resto de parámetros, incluyendo marcadores tumorales, TC abdominal y gastroscopia dentro de la normalidad. La colonoscopia objetivó en colon izquierdo un

pólipo pediculado subcentimétrico que se resecó, con histología de adenoma tubular con displasia de bajo grado, y un pólipo sésil de 1,5 cm que se resecó sin poder recuperarse. Se estableció el diagnóstico de anemia secundaria a pólipos colónicos. Seis meses después de nuevo presenta anemia severa, por lo que se solicitó cápsula endoscópica, objetivando en la primera porción yeyunal una lesión compatible endoscópicamente con una neoplasia (Figuras 1 y 2). Se repitió TC abdominal apreciando un pseudo engrosamiento mural inespecífico a nivel yeyunal, sin alteraciones locorregionales asociadas, no presente previamente. Ante la sospecha de tumor yeyunal y tras descartar enfermedad a distancia, se realizó resección intestinal amplia del segmento afecto y anastomosis duodenoyeyunal laterolateral. El estudio histológico confirmó que se trataba de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, infiltrante hasta la muscular, con bordes quirúrgicos libres, sin identificar ganglios linfáticos.

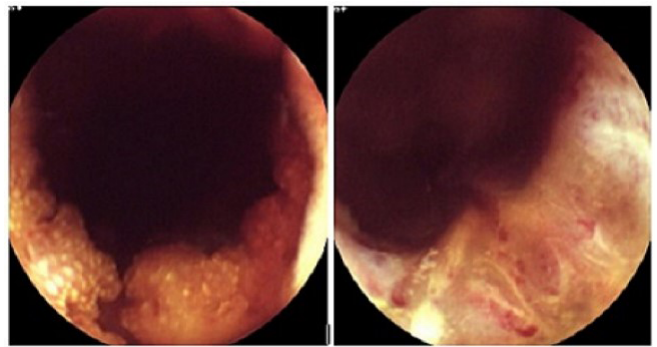


Figura 1

A nivel yeyunal se observa una lesión circunferencial de aspecto infiltrativo que protruye hacia la luz intestinal.

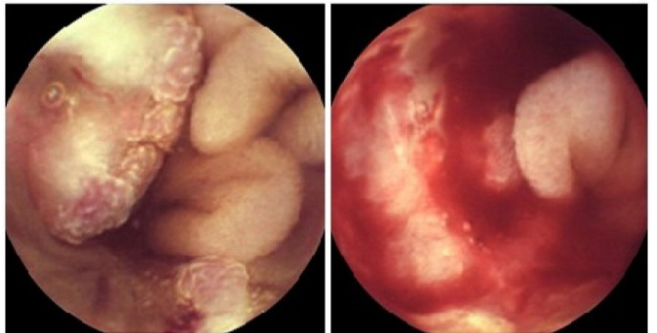


Figura 2

La lesión se presenta ampliamente ulcerada, con restos hemáticos frescos en superficie y borde anfractuoso mamelonado.

Discusión

Los tumores malignos del intestino delgado representan el 3% de las neoplasias gastrointestinales, siendo el adenocarcinoma el subtipo más frecuente. La forma de presentación es inespecífica y el diagnóstico complejo y frecuentemente tardío. La cápsula endoscópica es un método no invasivo que permite visualizar todo el intestino delgado, siendo de primera elección en casos

de sospecha de sangrado a este nivel, aunque no permite tomar muestras. Si bien en estos casos estaría indicado realizar una enteroscopia para toma de biopsias y marcaje de la lesión de cara a una posterior confirmación histológica y cirugía, en el caso que se presenta, con clínica desde hacía más de seis meses e imágenes de cápsula endoscópica compatibles con una lesión neoplásica, su realización podría haber supuesto un retraso diagnóstico aún mayor, empeorando el pronóstico del paciente. El diagnóstico precoz (estadío T2N0M0) permitió realizar una cirugía curativa sin necesidad de terapia adyuvante, permaneciendo el paciente actualmente libre de enfermedad.

CP-137. UTILIDAD DE LA COLONOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA COMO DESPISTAJE DE CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DIVERTICULAR AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; HERGUETA DELGADO, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La colonografía por tomografía computarizada (TC), también denominada colonoscopia virtual es una técnica de imagen mínimamente invasiva capaz de examinar la totalidad del colon. Se utiliza la TC helicoidal para obtener imágenes de alta resolución, que son posteriormente analizadas. Esta técnica se introduce a mediados de la década de los 90 y ha sufrido importantes avances, mejorando la calidad de las imágenes obtenidas, aumentando la rapidez en su lectura y disminuyendo la cantidad de radiación recibida por el paciente. Se realiza siguiendo los siguientes pasos:

- 1) Limpieza intestinal con una preparación activa osmóticamente, sola o combinada con contraste, o bien sin laxantes, solo con dieta y marcaje.
- 2) Insuflación colónica con dióxido de carbono o aire ambiente vía rectal.
- 3) Obtención de la imagen mediante movimientos helicoidales del foco emisor del haz de rayos X alrededor del paciente. No precisa contraste intravenoso.
- 4) Procesamiento e interpretación de las imágenes, mediante paquetes informáticos que obtienen imágenes bidimensionales en 3 planos (axial, coronal y sagital).

Caso clínico

Paciente de 74 años de edad, sexo femenino, que acude a consulta por cuadro de dolor abdominal difuso asociado a cambio en el ritmo intestinal con tendencia a diarrea de meses de evolución. Asimismo refiere pérdida de peso no cuantificada. Se indica realización de tomografía computarizada, que muestra datos

compatibles con diverticulosis colónica sin signos de diverticulitis. Se realiza asimismo colonoscopia con sedación profunda, no consiguiendo sobrepasar los 30 cm de margen anal, por presencia de área diverticular congestiva que condiciona estenosis. Ante estos hallazgos, se solicita colonoscopia virtual, que muestra engrosamiento concéntrico de 12 mm de grosor de la pared del sigma, sin distensión que coincide con divertículos, sin poder descartar lesión neoplásica. Se remite tras este resultado a la paciente a Cirugía Colorrectal, siendo intervenida sigmoidectomía mediante anastomosis colo-cólica. El examen de la pieza quirúrgica se cataloga como diverticulitis crónica agudizada y reacción tipo A a cuerpo extraño. La paciente se encuentra actualmente asintomática.

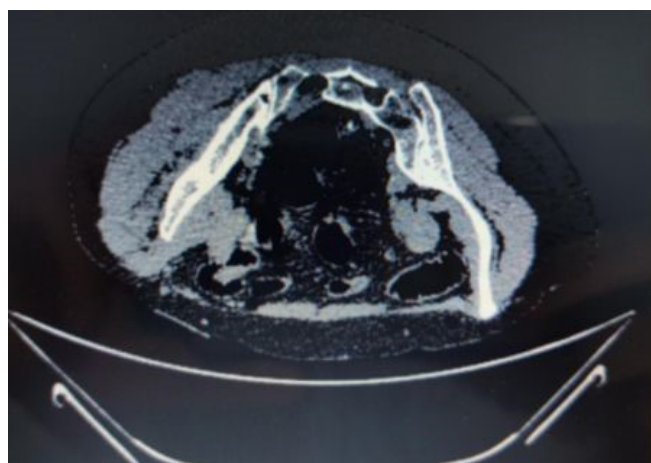


Figura 1

Discusión

La colonografía TC, o colonoscopia virtual, es una técnica mínimamente invasiva, no necesita sedación y es un procedimiento de bajo riesgo con pocas complicaciones, con un potencial importante en el diagnóstico de pólipos colorrectales. La indicación actual aceptada es la imposibilidad de realizar una colonoscopia convencional completa. En esta situación, permite detectar neoplasias sincrónicas cuando existe una neoplasia que impide el paso del endoscopio. La utilidad de la colonografía TC como técnica de cribado del cáncer colorrectal es controvertida.

CP-138. VARICES PANCOLÓNICAS SECUNDARIAS A ANEURISMA EN LA CONFLUENCIA ESPLENO-PORTAL

SORIA LÓPEZ, E¹; GÁLVEZ FERNÁNDEZ, RM¹; RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F¹; ÁLVAREZ ALRIOLS, A²; VILLAR PUERTAS, A²; PUYA GAMARRO, M¹; SÁNCHEZ CANTOS, AM¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²SERVICIO RADIODIAGNÓSTICO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

Las varices colónicas son una patología poco frecuente y una causa poco común de hemorragia digestiva. La mayoría se asocian a hipertensión portal (HTP) secundaria a cirrosis hepática, pero también puede ocurrir en pacientes con HTP no cirrótica, trombosis portal o malformaciones vasculares.

Caso clínico

Mujer de 63 años, con EPOC como único antecedente de interés, que en TC abdominal realizado en contexto de coledocolitiasis, se objetiva como hallazgo incidental un aneurisma sacular de 30 mm en la confluencia de la vena mesentérica superior (VMS) con la vena porta (**Figura 1**), con colaterales en VMS (**Figura 2**). Las pruebas de imagen revelan un hígado sin alteraciones y sin datos de hipertensión portal, así mismo las pruebas de función hepática están dentro de la normalidad. Durante la colecistectomía laparoscópica programada se realiza biopsia hepática, sin datos relevantes en el resultado anatómico-patológico. Valorada por Cirugía Vasculár que desestima intervención por el momento, continuando seguimiento en nuestras consultas.

Por test de sangre oculta en heces positivo se realiza colonoscopia completa, donde se observan numerosos cordones azulados que desaparecen parcialmente con la insuflación, compatibles con varices de colon (**Figura 3**).

Discusión

Los aneurismas del sistema venoso portal son los aneurismas venosos viscerales más frecuentes, constituyendo el 3% de los aneurismas venosos. Su presencia implica cierta resistencia al flujo venoso portal lo que conduce al desarrollo de circulación colateral. A pesar de la baja prevalencia de varices colónicas, son una causa de hemorragia digestiva baja que puede llegar a ser grave, llevando a la necesidad de colectomía en caso de sangrado masivo o incontrolable. Su presencia nos debe llevar a investigar una posible cirrosis hepática, así como malformaciones venosas del sistema portal.



Figura 2

TC abdomen con contraste (corte coronal): colaterales mesentéricas, tributarias de VMS.

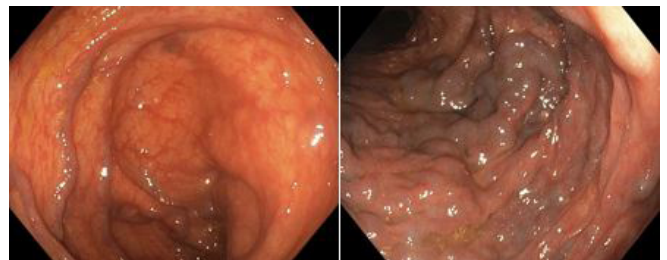


Figura 3

Colonoscopia: cordones azulados compatibles con varices colónicas.

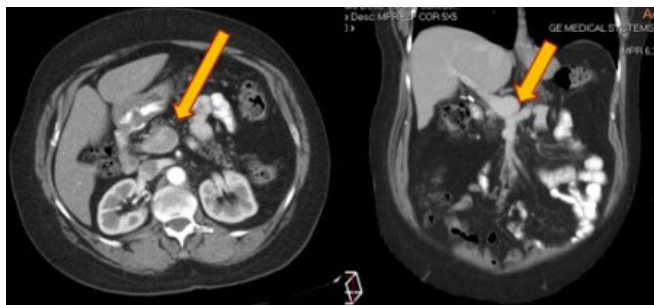


Figura 1

TC abdomen con contraste (cortes axial y coronal): aneurisma sacular de vena porta de 30mm localizado en confluencia esplenomesentérica.

CP-139. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE PICO PRECOZ EN TEST DE INTOLERANCIA A LACTOSA-FRUCTOSA Y EL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO?

GÓMEZ ESPEJO, SM¹; MÉNDEZ SÁNCHEZ, MI¹; LÓPEZ VEGA, MC¹; FERNÁNDEZ MORENO, N¹; PUYA GAMARRO, M¹; BISSO ZEIN, JK¹; RIVAS RUIZ, F²; SÁNCHEZ CANTOS, A¹; PÉREZ AISA, Á¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²UNIDAD INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

El sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) es un síndrome de malabsorción por un exceso de bacterias en el intestino delgado, que suele presentar síntomas similares a los de la malabsorción de hidratos de carbono. Se ha relacionado la presencia de SIBO en los pacientes con presencia de pico precoz en los test de H₂ (TH) de tolerancia a lactosa (TAHL) y fructosa (TAHF). El reciente consenso norteamericano propone de rutina realizar en todos los pacientes a los que se les evalúa malabsorción de hidrocarbonados, evaluación de SIBO. Pero la evidencia que sostiene esa recomendación es escasa y de baja calidad.

Objetivo

Establecer la relación entre la presencia de pico precoz en dichos TH y la presencia de SIBO.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de la presencia de pico precoz (definido como H₂ en aire expirado ≥ 20 ppm en los primeros 60 minutos) en TAHL y/o TAHF entre enero de 2017 a junio de 2018 en el área de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. Se revisaron todos los TAHL y TAHF durante este período, seleccionando los pacientes que presentaban pico precoz en uno u ambos test, y de éstos se estudiaron los pacientes a los que se les había evaluado SIBO.

Resultados

Se seleccionaron 129 pacientes, 39 (30%) tenían pico precoz en TAHL (2 (5%) SIBO evaluado, y 37 (95%) no); 48 (37%) era en TAHF (10 (21%) SIBO evaluado y 38 (79%) no); y 42 (33%) era en ambos (23 (55%) SIBO evaluado, y 19 (45%) no). De los 129 pacientes, tenían evaluado SIBO 35 (27%); y tras analizarlos, el 77,1% eran mujeres con una edad media de 41 años. Ninguno tenía ni HTA ni DM ni ERC. El 30,6% eran fumadores. Los síntomas de sospecha fueron distensión abdominal (69,4%), dolor abdominal (52,8%), diarrea (38,9%), estreñimiento (11,1%), vómitos (8,3%), pérdida de peso (5,6%). De ellos, 2 (5,7%) presentaban pico precoz en TAHL, 11 (31,4%) en TAHF, y 22 (62,9%) en ambos test. De los 35 pacientes, en 2 (5,56%) fue positivo, uno con pico precoz en ambos TH y otro con pico precoz en TAHL.

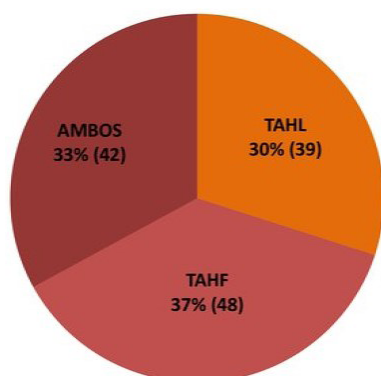


Figura 1

Test de hidrocarbonados.

■ NO ■ SÍ

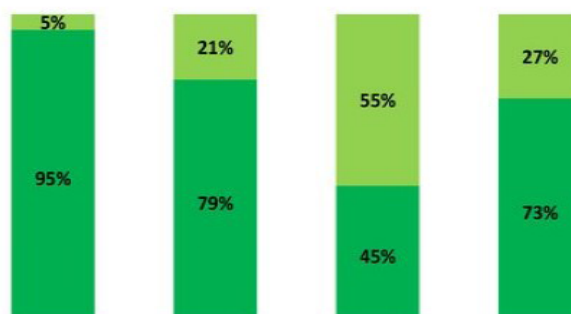


Figura 2

Evaluación SIBO.

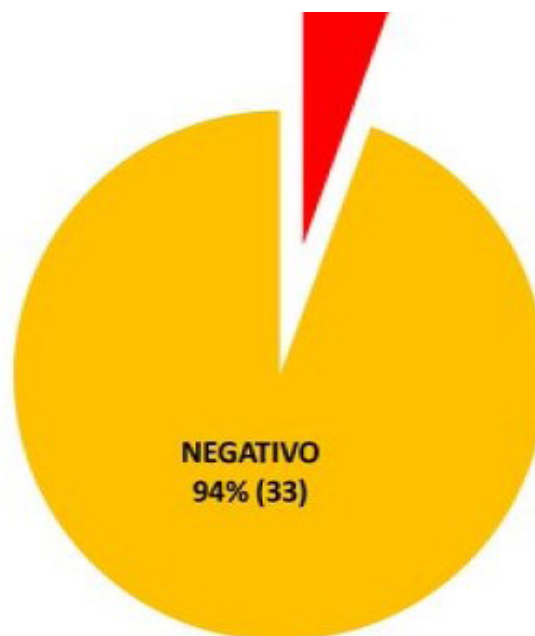


Figura 3

SIBO.

Conclusiones

La presencia de SIBO positivo fue baja en los pacientes que presentaban pico precoz en los TAHL y TAHF. De ello podemos concluir que no sería eficiente solicitar SIBO en todos los pacientes con pico precoz en dichos test, aunque son necesarios más estudios prospectivos para extraer conclusiones más sólidas.

COMUNICACIONES PÓSTER
ÁREA PÁNCREAS/ VÍA BILIAR

CP-140. ABSCESO SUBHEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE COLECISTECTOMÍA

DIÉGUEZ CASTILLO, C¹; MOYA, S¹; RODRÍGUEZ RUIZ, AJ²; DEL MORAL MARTÍNEZ, M³

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ, CUENCA

Introducción

La mayoría de las complicaciones de la cirugía biliar son intraoperatorias. Las complicaciones postoperatorias inmediatas más frecuentes son la hemorragia y fugas biliares, siendo los abscesos más raros. Entre las complicaciones postoperatorias tardías destacan las estenosis biliares.

Caso clínico

Varón de 83 años con EPOC e insuficiencia cardíaca, intervenido hace 9 meses de colecistectomía y anastomosis hepático-duodenal. Acude por cuadro de epigastralgia intensa irradiada a ambos flancos. No asocia náuseas, vómitos ni fiebre. A la exploración discreto tinte icterico de las escleróticas y abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio. La analítica muestra una colestasis completa (BT 2,8, GPT 100, GGT 1393, fosfatasa alcalina 819 mg/dl) junto leucocitosis con neutrofilia y proteína C reactiva 215. Ante la sospecha de estenosis de la anastomosis biliar o presencia de coledocolitiasis residual se solicita ecografía abdominal, la cual se complementa con TC abdominal. Se evidencia la presencia de una masa inflamatoria de 7,3x4,9x6,2 cm en borde medial de segmentos hepáticos 5-6, en contacto con cabeza pancreática y anastomosis hepato-duodenal (**Figura 1**). También un trayecto con gas desde la masa descrita al ángulo hepático de colon, compatible con fístula (**Figuras 2 y 3**). Es valorado por Cirugía desestimando tratamiento quirúrgico urgente y se ingresa con antibioticoterapia empírica. Durante los primeros días de ingreso se desestima drenaje percutáneo y ante mala evolución se decide laparotomía exploradora urgente que objetiva isquemia mesentérica masiva, por lo que se decidió conjuntamente con la familia limitación del esfuerzo terapéutico.

Discusión

La formación de absceso subhepático se produce hasta en el 5% de los pacientes sometidos a cirugía biliar. Se manifiesta con fiebre, leucocitosis y dolor en hipocondrio derecho y pudiendo añadirse subictericia. La presentación atípica de nuestro caso, apareciendo dicha complicación de forma tan tardía y clínica poco florida con ausencia de fiebre, no hacía sospechar la presencia de un absceso subhepático con fistulización a colon transverso. La presencia de complicaciones de la cirugía biliar supone la necesidad de reintervención más compleja con aumento de la morbimortalidad.

La posibilidad de dilataciones y colocación de prótesis biliares por endoscopia pueden limitar la cirugía en caso de estenosis biliares. Para ello, es fundamental establecer previamente un diagnóstico adecuado y de forma precoz.

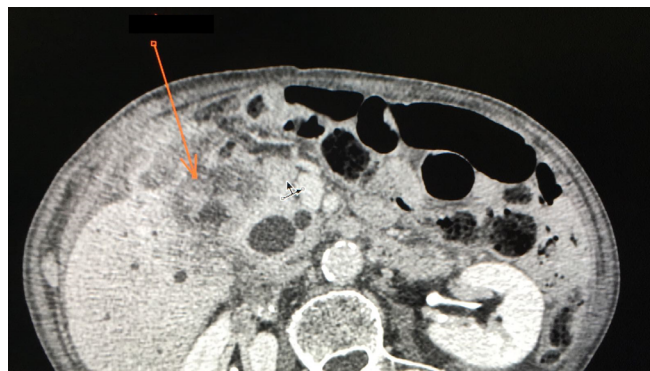


Figura 1 Absceso subhepático en corte transversal (flecha naranja).

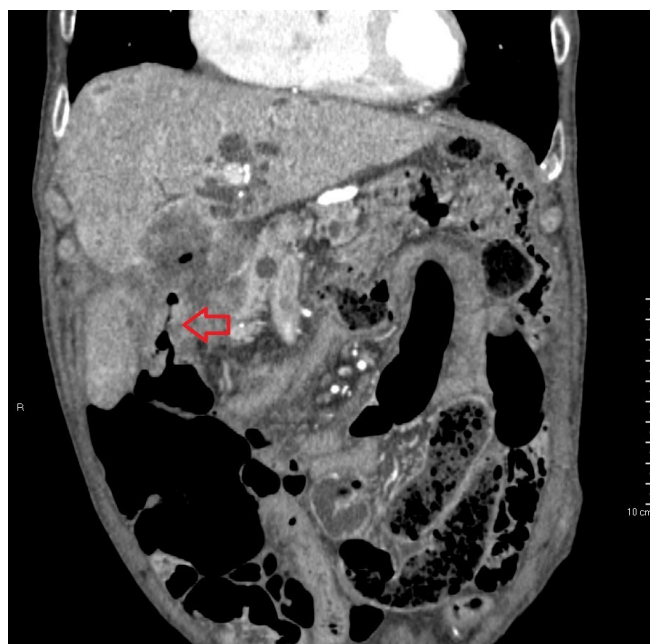


Figura 2 Trayecto fistuloso de absceso a colon en corte coronal (flecha roja).

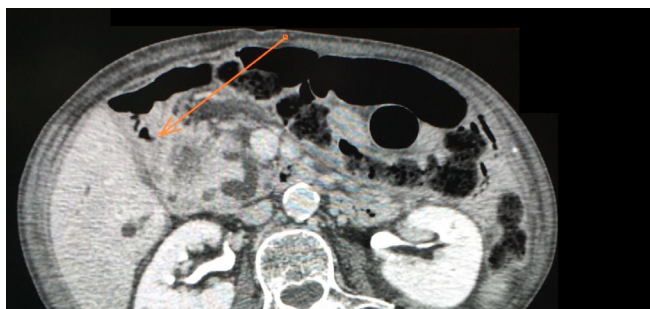


Figura 3 Trayecto fistuloso de absceso a colon en corte transversal (flecha naranja).

CP-141. APLICACIÓN DEL ÍNDICE PRONÓSTICO COPPS EN UN GRUPO DE PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA

DIÉGUEZ CASTILLO, C¹; JIMÉNEZ LUNA, C²; RUIZ ESCOLANO, E³; MARTÍN RUIZ, JL³

¹SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA. ²GRUPO INVESTIGACIÓN. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA ³UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

El índice pronóstico COPPS (chronic pancreatitis prognosis score) desarrollado por Beyer *et al.* se asemeja al Child-Pugh en la cirrosis hepática clasificando a los pacientes en estadios A, B y C según la puntuación de las variables analizadas, con la finalidad de predecir el riesgo de ingreso hospitalario y la duración de la estancia. El objetivo es aplicar dicho índice pronóstico a nuestra población de estudio para valorar si los resultados obtenidos se asemejan a los descritos por dichos autores.

Material y métodos

Presentamos un estudio retrospectivo con una muestra inicial de 50 pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica en seguimiento en la consulta de Aparato Digestivo del Hospital Universitario San Cecilio. Se recogieron las variables empleadas en el desarrollo del índice pronóstico COPPS, a saber: escala visual analógica del dolor (0 = no dolor; 10 = el peor dolor imaginable), hemoglobina glicosilada (HbA1c), proteína C reactiva (PCR), índice de masa corporal (IMC) y plaquetas (Tabla 1). También se registraron el número de ingresos en el período comprendido entre noviembre de 2014 y noviembre 2015, así como la duración de la estancia hospitalaria. Se excluyeron 9 pacientes por falta de datos de alguna de las variables de interés.

	1 punto	2 puntos	3 puntos
Escala visual analógica del dolor (1-10)	0-2	3-6	7-10
HbA1c (%)	>6.0	5.5 – 6.0	< 5.5
PCR (mg/L)	< 3.1	3.1-20	>20
IMC (Kg/m ²)	>25	18-25	< 18
Plaquetas	150000-400000	100000-150000	<100000 ó >400000
	COPPS A = 5-6 puntos	COPPS B = 7-9 puntos	COPPS C = 10-15 puntos

*Modificado de Beyer y colaboradores, 2017

Tabla 1 Chronic Pancreatitis Prognosis Score (COPPS).

Resultados

De los 41 pacientes de la muestra final, 10 presentaban un estadio A (24,4%), 26 un estadio B (63,4%) y 5 un estadio C (12,2%) (Figura 1). El 33% (3/10) de los pacientes con estadio A precisaron ingreso frente al 38,5% (10/26) con estadio B y 60% (3/5) con estadio C

(Figura 2). La estancia media representada por la mediana fue de 3 días para el estadio A, 4 días para el estadio B y 6 días para el estadio C (Figura 3).

COPPS (chronic pancreatitis prognosis score)



Figura 1 Índice pronóstico COPPS.

Ingresos hospitalarios (% por estadio)

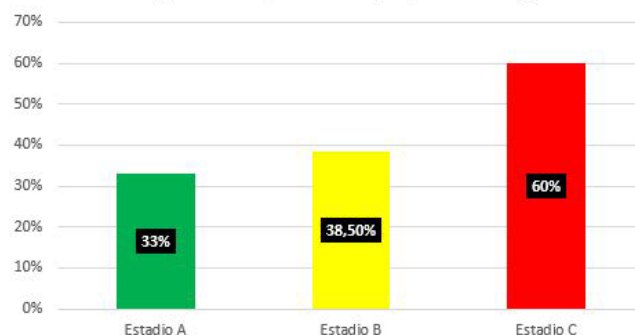


Figura 2 Ingresos hospitalarios.

Estancia media hospitalaria (mediana en días por estadio)

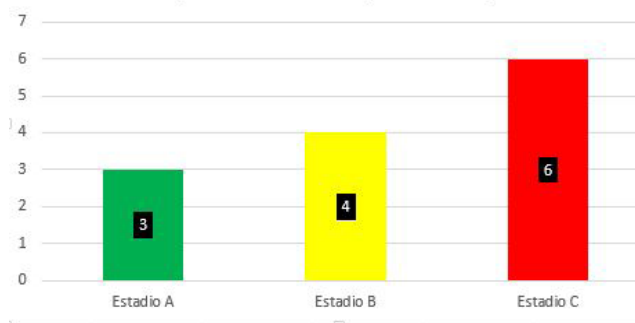


Figura 3 Estancia media hospitalaria.

Conclusiones

Nuestros resultados concuerdan con los datos presentados y validados por Beyer y colaboradores de manera que en estadios más avanzados de la pancreatitis crónica, definidos por las variables del índice pronóstico COPPS, el riesgo de ingreso hospitalario es mayor, así como una estancia hospitalaria más prolongada.

CP-142. BRUCELOSIS COMO CAUSA INFRECUENTE DE PANCREATITIS AGUDA

AMADO VILLANUEVA, PP; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; LÁZARO SÁEZ, M; HALLOUCH TOUTOUH, S; MORENO MORALEDA, I; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La pancreatitis aguda se caracteriza por la inflamación del mismo, en algunos casos asociada a una elevada morbimortalidad. Determinar la etiología es uno de los objetivos más importantes para tratar y prevenir la recurrencia de la enfermedad.

La *Brucella spp.* es una bacteria gram negativa de distribución mundial y transmitida por animales o sus derivados, que infecta al ser humano, manifestándose como un síndrome febril con afectación orgánica variable. La pancreatitis aguda secundaria a brucelosis es una entidad clínica poco frecuente.

Caso clínico

Mujer de 60 años sin antecedentes de importancia, no hábitos tóxicos que acude a urgencias por epigastria irradiada a espalda asociada a fiebre de 38º náuseas y vómitos de varias horas de evolución. En análisis de sangre destaca amilasa 653 U/mL, leucocitosis 16.690 U/mm³ (Neutrófilos 86%), proteína C reactiva 35 U/L; Calcio y triglicéridos normales. En la ecografía abdominal se evidenció vesícula alitiásica, glándula pancreática con edema en cabeza que ocasiona dilatación universal de la vía biliar, así como heterogeneidad del parénquima hepático en lóbulo derecho y presencia de áreas de hipocaptación con zonas de licuefacción en su interior siendo compatible con área flemonosa hepática con microabscesos confluentes (Figura 1), y realizándose una tomografía computarizada con los mismo hallazgos.

A pesar de la reposición hídrica y antibioterapia con imipenem 1 g/8 horas iv la paciente evoluciona de forma tórpida, por lo que se decide realizar un examen diagnóstico más completo solicitando las serologías de Echinococcus, toxoplasma, epstein-barr, citomegalovirus, VIH siendo negativas; Tras rehistoriar a la paciente, esta refiere ingesta de leche fresca de cabra recientemente, por lo que solicitamos los tests rosa de bengala, y coombs, siendo ambos positivos. Finalmente se diagnostica de pancreatitis aguda secundaria a *Brucella* complicada con colangitis, y abscesos hepáticos, y cambiando radicalmente la antibioterapia a doxiciclina 100 mg/12 horas vía oral más rifampicina 600 mg/24 horas vía oral

durante seis semanas, con mejoría clínica favorable y normalización de las alteraciones tanto analíticas como radiológicas.

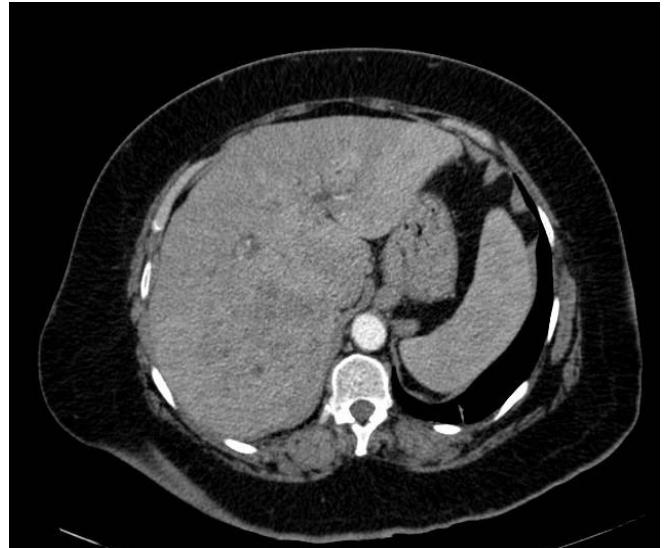


Figura 1

Tomografía de abdomen con contraste donde se observa microabscesos hepáticos.

Discusión

Entre el diagnóstico diferencial de todas las posibles causas de pancreatitis, el realizar una anamnesis exhaustiva es fundamental, ya que en casos excepcionales como el descrito puede ser la clave para el tratamiento óptimo. La pancreatitis por brucelosis es una entidad infrecuente de curso agudo y habitualmente benigno, si se diagnostica de una forma precoz, siendo el tratamiento de elección, la asociación de rifampicina con doxiciclina. En caso contrario puede presentarse como un cuadro clínico grave con shock séptico, e incluso la muerte.

CP-143. CARCINOSARCOMA DE LA VÍA BILIAR: REPORTE DE UN CASO

MORENO MORALEDA, I; BARRIENTOS DELGADO, A; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; GÁLVEZ MIRAS, A; LÓPEZ GONZÁLEZ, J; AMADO VILLANUEVA, PP; VEGA SÁENZ, JL; ANGUITA MONTES, F

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El carcinosarcoma constituye una neoplasia infrecuente de la vía biliar, con muy pocos casos descritos en la literatura médica mundial. Se caracteriza por la presencia de dos componentes histológicos: epitelial (carcinoma) y stromal (sarcoma).

Caso clínico

Varón de 39 años sin antecedentes de interés que ingresa para estudio de ictericia obstructiva, tras evidenciarse en ecografía un colédoco de 19 mm de tamaño y un molde denso en su interior de más de 15 mm, con sospecha de coledocolitiasis como primera posibilidad diagnóstica. Se realiza colangio-RM para completar el estudio, objetivándose una dilatación difusa y masiva de la vía biliar intra y extrahepática secundaria a lesión obstructiva endoluminal en colédoco proximal y medio, obligando de este modo a realizar un diagnóstico diferencial con una lesión tumoral.

Se decide realización de CPRE, produciéndose durante la técnica perforación de colédoco medio, con extravasación de contraste a cápsula de Glisson y peritonitis biliar secundaria. En TC urgente franco crecimiento del contenido en vía biliar sugestivo de lesión intrabiliar hipocaptante de crecimiento rápido, decidiéndose cirugía de forma electiva para drenaje de vía biliar. Los resultados anatomopatológicos mostraron una neoplasia maligna pobremente diferenciada de alto grado con componente bifásico: sarcomatoso (predominante) y carcinomatoso (focal).

El paciente se encuentra en seguimiento en consultas de Oncología para valorar inicio de tratamiento quimioterápico paliativo.

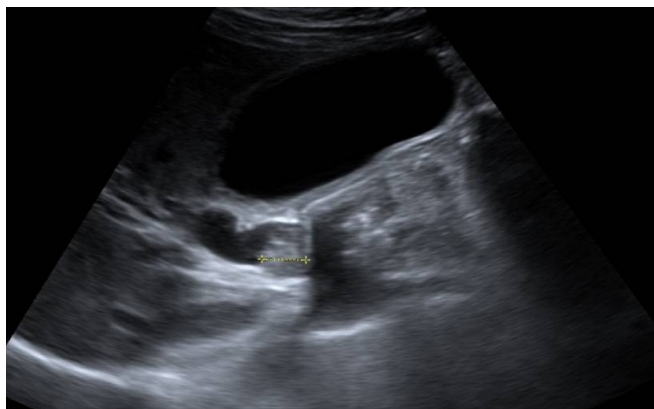


Figura 1 Ecografía de abdomen. Dilatación vía biliar extrahepática.

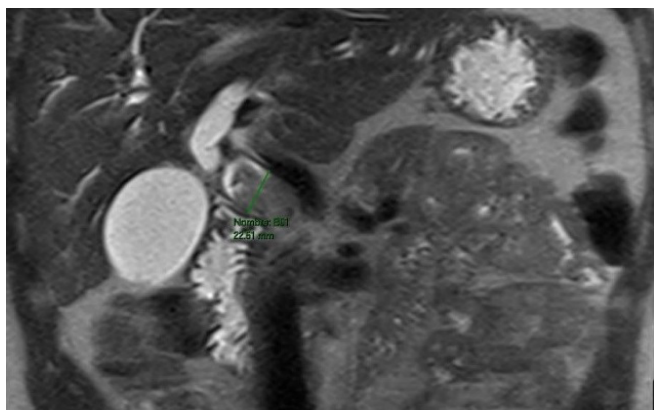


Figura 2 Colangio-RM. Lesión obstructiva endoluminal en colédoco proximal y medio sospechosa de neoplasia de la vía biliar

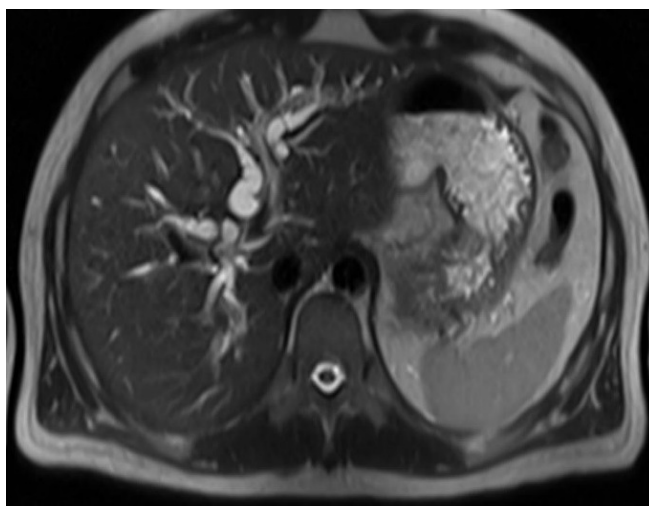


Figura 3 Colangio-RM (corte transversal). Dilatación difusa y masiva de la vía biliar intra y extrahepática .

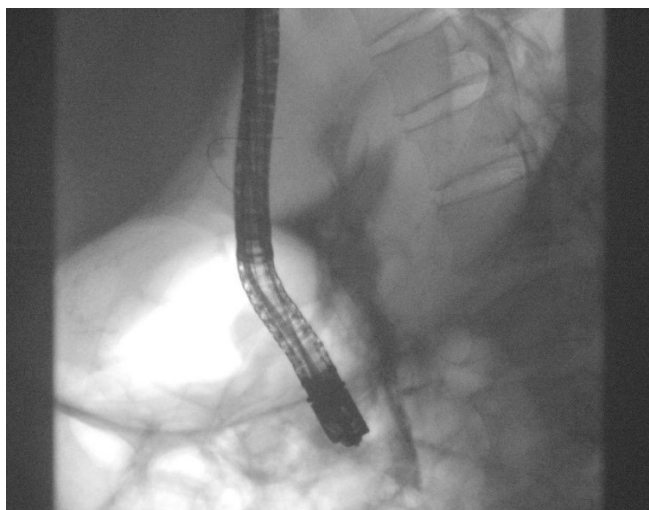


Figura 4 CPRE. Perforación de colédoco medio con extravasación de contraste a cápsula de Glisson.



Figura 5 TC urgente. Neumoperitoneo.

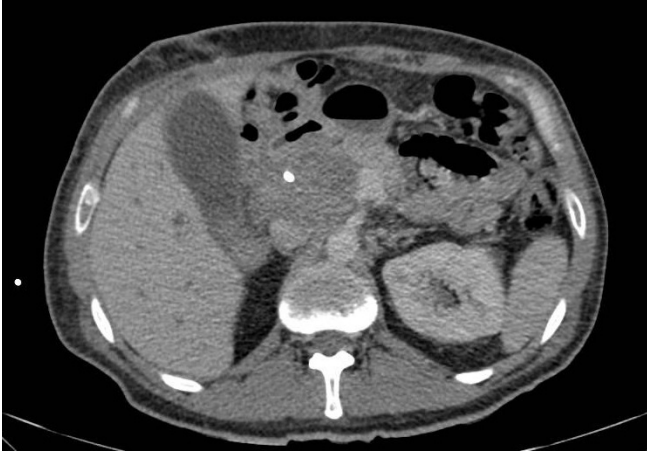


Figura 6
TC urgente. Lesión intrabiliar hipocaptante de crecimiento rápido

Discusión

El carcinosarcoma es una neoplasia infrecuente, descrita en diferentes localizaciones anatómicas, siendo excepcional su origen en el sistema biliar. En nuestro caso, por los hallazgos en el acto quirúrgico y las características macroscópicas, se valoró la posibilidad diagnóstica de un colangiocarcinoma por ser, desde el punto de vista histológico, el tumor más frecuente de las vías biliares; sin embargo, microscópicamente se confirmó un carcinosarcoma de la vía biliar, que representa menos del 1% de los tumores en esta localización.

Para el diagnóstico es fundamental el examen histopatológico y las técnicas inmunohistoquímicas con vimentina y proteína S-100 para determinar el componente estromal.

El único tratamiento reconocido es la cirugía, aunque en la mayoría de casos sin intención curativa. No se ha demostrado la efectividad de tratamiento complementario con quimio-radioterapia.

Estos tumores presentan un comportamiento agresivo con rápida diseminación local y recurrencia, condiciones que determinan un pronóstico infausto, con un promedio de supervivencia menor a un año.

Es fundamental realizar el diagnóstico diferencial de esta entidad con otras patologías obstructivas de la vía biliar, ya que el tratamiento y el pronóstico en ambos casos puede ser diametralmente opuesto.

CP-144. CAUSA INFRECUENTE DE DISPEPSIA: LIPOMATOSIS PANCREÁTICA

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; AMO TRILLO, V; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; OCAÑA LEDESMA, A; BRAVO ARANDA, AM; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La lipomatosis pancreática o reemplazo graso del páncreas es una entidad benigna poco frecuente, que se puede presentar de forma focal (con afectación limitada) o difusa (afectando a toda la glándula), siendo la forma difusa o total la menos frecuente.

Caso clínico

Mujer de 68, con antecedentes de dislipemia y enfermedad de Parkinson, consulta por clínica dispéptica de un año de evolución consistente en distensión abdominal con molestias epigástricas y alteración del hábito intestinal con tendencia al estreñimiento, que relaciona con la toma de medicación para la enfermedad de Parkinson, y meteorismo, sin clara pérdida de peso asociada.

Tras la normalidad de los resultados en las pruebas iniciales para el estudio de dispepsia, se solicita TC abdomen sin contraste intravenoso donde no se evidencia el páncreas por sustitución del mismo por grasa en relación con lipomatosis pancreática (Figura 1), resto del estudio normal. Dado el resultado, se realiza RMN abdominal sin identificarse páncreas por estar totalmente sustituido por material graso con diagnóstico de lipomatosis pancreática difusa (Figura 2).



Figura 1
Imagen de TC abdomen sin contraste donde se evidencia contenido graso en la celdilla teórica del páncreas.



Figura 2
Imagen de RMN abdominal donde se evidencia páncreas completamente reemplazado por contenido graso.

Discusión

La etiología de la lipomatosis pancreática puede ser idiopática o puede estar relacionada, sobre todo, con la obesidad y la edad avanzada, pero también con diabetes, pancreatitis crónica, fibrosis quística, síndrome de Shwachman-Diamond, obstrucción del Wirsung y síndrome de Cushing.

La clínica puede ser variable, y suele depender del grado de reemplazo graso, pudiendo diagnosticarse de forma incidental si no tiene sintomatología asociada. Una gran proporción de los pacientes pueden debutar con una insuficiencia pancreática exocrina, debiendo realizarse las pruebas complementarias oportunas para descartar las principales etiologías asociadas. Dado la importancia que presenta este fenómeno por su asociación con enfermedades sistémicas y su infrecuencia, supone un reto diagnóstico para el clínico.

En cuanto a los hallazgos en las pruebas de imagen (ecografía, TC, RMN, ecoendoscopia) presenta un aspecto característico, aunque la apariencia es variable según el grado de afectación de la glándula, presentando en las formas focales compromiso sobre todo de la cabeza pancreática y en las formas difusas suele haber áreas de tejido pancreático normal con áreas de tejido graso.

CP-145. CAUSA INUSUAL DE FUGA BILIAR

VADILLO CALLES, F; FERNÁNDEZ CANO, MC; MARTÍNEZ CARA, JG; ORTEGA SUAZO, EJ; LÓPEZ DE HIERRO RUIZ, M; REDONDO CEREZO, E

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

Introducción

La fuga biliar es una complicación relativamente frecuente de la cirugía abdominal, sobre todo de la colecistectomía (0,3-0,9%) y del trasplante hepático. En caso de ser detectada intraoperatoriamente, se puede corregir en el mismo acto, pero si se detecta de manera diferida, la primera aproximación es la terapia endoscópica por CPRE.

Caso clínico

Varón de 39 años que ingresa a cargo de UCI tras precipitación de 8 metros de altura, inconsciente e inestable desde el punto de vista hemodinámico. Se realiza TAC corporal donde se evidencia traumatismo torácico, traumatismo pélvico, fractura de huesos largos y traumatismo abdominal con laceración hepática grado IV y laceración esplénica grado I-II. Se decide intervención quirúrgica donde se evidencia un hemoperitoneo y una peritonitis biliar, con salida de bilis desde el lecho vesicular que se sutura y se electrocoagulan las laceraciones en hígado. Ante la persistencia de salida de bilis por los drenajes, nos consultan para valorar la integridad de la vía biliar.

Se realiza CPRE que muestra una fuga biliar a nivel de colédoco medio, adyacente a implantación de cístico. Se realiza papilotomía

y paso con balón sin arrastrar material ni litiasis. Se procede a colocación de prótesis plástica biliar de 10 Fr x 10 cm. El paciente evoluciona de manera favorable en los TACs de control por lo que se decide repetir la CPRE a los tres meses para retirada de prótesis. Se realiza colangiografía que muestra vía biliar extrahepática normal, sin defectos de repleción en su interior ni extravasación de contraste.

Discusión

La fuga biliar postraumática es una causa rara de discontinuidad de la vía biliar que se puede observar en pacientes politraumatizados. Se presenta un caso en el que se pudo resolver con CPRE y colocación de prótesis plástica sin complicaciones asociadas.

CP-146. COLEDOCOLITIASIS MASIVA: NO SIEMPRE ES EFECTIVA LA CPRE

DELGADO MAROTO, A; BARRIENTOS DELGADO, A; MORENO MORALED, I; VENGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

Los quistes biliares son dilataciones únicas o múltiples del árbol biliar de origen congénito o adquirido. La incidencia estimada en Occidente es de 1 caso por cada 150.000 habitantes, siendo más frecuente en mujeres (3:1). Clásicamente se clasifican en cinco tipos: el tipo I o dilatación fusiforme de la vía biliar extrahepática, son los más comunes. El tipo II (2%) o divertículos de la vía biliar principal. El tipo III (1,5-4,5%) son dilataciones intramurales de la vía biliar principal, conocidos como coledococele. El tipo IV (10-15%), el segundo en frecuencia, consiste en dilataciones intra y extrahepáticas. El tipo V o enfermedad de Caroli es una afectación difusa quística de la vía biliar intrahepática.

Caso clínico

Varón de 77 años que ingresa en nuestro servicio por cuadro de cólico biliar. En analítica de ingreso destaca ligera elevación de parámetros de colestasis: bilirrubina total 0,9 mg/dl, GOT 133 U/l, GPT 32 U/l, GGT 232 U/l, FA 374 U/l. Realizamos ecografía abdominal en la que se observa colelitiasis y franca dilatación de vía biliar con presencia de barro biliar/coledocolitiasis.

Completamos estudio mediante colangioRMN, observándose colédoco de 30 mm de diámetro con múltiples defectos de repleción en su interior (**Figura 1**). Ante estos hallazgos solicitamos CPRE en la que no se puede realizar colangiografía completa debido a colédoco mayor de 35 mm repleto de coledocolitiasis. Se extraen múltiples litiasis, alguna de ellas mayores de 20 mm, sin ser posible la limpieza completa del colédoco. El paciente evoluciona de forma tórpida, con crisis de dolor recurrentes que impiden la ingesta oral y fiebre. Contactamos con servicio de Cirugía General, realizándose finalmente colecistectomía y coledocoduodenostomía. El paciente permanece asintomático en sucesivas revisiones posteriores.



Figura 1

Colangiografía RMN: vía biliar dilatada con colédocolitiasis múltiple en su interior.

Discusión

El quiste biliar tipo I es el más frecuente. La mayoría se diagnostican antes de los 10 años, siendo infrecuente su presentación en personas mayores. Clásicamente se presenta como cuadro de dolor abdominal, ictericia y masa palpable. Se considera una lesión premaligna ya que el riesgo de colangiocarcinoma se eleva a un 30%, aumentando con la edad. El diagnóstico se realiza mediante ecografía abdominal, aunque en ocasiones es precisa una segunda prueba como CPRE, colangiografía-RMN o ecoendoscopia.

El tratamiento de elección es la escisión completa o parcial de la vía biliar, reduciéndose considerablemente el riesgo de degeneración maligna. Generalmente se realiza colecistectomía y exéresis completa de la vía biliar extrahepática, con hepatoyeyunostomía en Y de Roux, debiéndose individualizar en cada caso.

CP-147. DRENAJE ENDOSCÓPICO DE NECROSIS ENCAPSULADA POR STENT AXIOS

LÓPEZ GONZÁLEZ, J; HALLOUCH TOUTOUH, S; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; MORENO MORALEDA, I; AMADO VILLANUEVA, PP; VEGA SAEZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La necrosis pancreática encapsulada es una complicación frecuente y grave de la pancreatitis aguda necrotizante. Aunque clásicamente tratada de forma quirúrgica, el tratamiento endoscópico de la misma está cobrando gran interés en los últimos años. El drenaje de la necrosis encapsulada sintomática combinado con la necrosectomía endoscópica llega a superar a la cirugía por su

simplicidad, menor morbilidad y mortalidad e igual tasa de éxito. La evolución de la técnica, la aparición de nuevos materiales y el ultrasonido endoscópico lineal han sido algunas de las claves de este progreso.

Caso clínico

Mujer 73 años con múltiples FRCV y antecedente de pancreatitis aguda dos años antes de origen no filiado, que ingresa por nuevo cuadro de pancreatitis aguda grave que precisa ingreso en la unidad de cuidados intensivos (fallo multiorgánico), donde permaneció durante 20 días. El TAC inicial informaba de necrosis de más del 50% de la glándula. Al mes del ingreso, un nuevo TAC abdominal informa de necrosis de prácticamente el 100% de la glándula con colección peripancreática de 17x5,5 cm extendida adyacentemente a la curvatura mayor gástrica, compatible con necrosis encapsulada ("Walled on Necrosis") con signos de infección, además de complicaciones extrapancreáticas como derrame pleural izquierdo con atelectasia del pulmón adyacente y presencia de líquido libre intraabdominal (índice de severidad modificado por TC 10/10). Clínicamente, la paciente presentaba fiebre, intolerancia oral y dolor abdominal. Dados los signos de infección y la sintomatología, se instaura tratamiento antibiótico con carbapenémicos intravenosos y se decide colocación guiada por ecoendoscopia de stent HOT Axios de 15x10 mm de forma transgástrica asociado a necrosectomía endoscópica y lavado con suero fisiológico de forma diaria durante las dos primeras semanas y espaciando posteriormente el intervalo temporal. Tras 22 controles endoscópicos y la mejoría clínica de la paciente, con recuperación de la tolerancia oral, disminución del dolor y ausencia de fiebre, se procedió al alta hospitalaria con controles endoscópicos y de imagen de forma ambulatoria, consiguiendo la disminución de la colección a 28 mm.

Discusión

El acceso endoscópico en casos de necrosis organizadas originadas como complicaciones de pancreatitis aguda está surgiendo como gran alternativa a la cirugía debido a la alta tasa de mortalidad de la misma, que puede alcanzar el 35% (frente al 7,5% del drenaje



Figura 1

TAC abdominal: imagen donde observamos la necrosis encapsulada.



Figura 2

TAC abdominal: imagen donde observamos la necrosis encapsulada.



Figura 3

TAC abdominal: imagen donde observamos la necrosis encapsulada.

endoscópico). En nuestro caso, gracias al manejo endoscópico y a los controles periódicos realizados, se ha conseguido la reducción de la necrosis de manera significativa y la mejoría clínica, evitando la morbimortalidad de la cirugía.

CP-148. ESPONDILODISCITIS, UNA COMPLICACIÓN INUSUAL DE LAS COLANGITIS DE REPETICIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MARTÍNEZ BURGOS, M¹; ANGULO MCGRATH, I¹; FLORES MORENO, H¹; RICO CANO, A¹; BERLANGA CAÑETE, S²; PALOMINO LUQUE, P¹; BRAVO ARANDA, A¹; OCAÑA LEDESMA, A¹; JIMENEZ PEREZ, M¹

¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA
²DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La colangitis es una infección/inflamación potencialmente grave de la vía biliar. La etiología más frecuente es la obstrucción del drenaje biliar, bien por litiasis o bien por estrecheces secundarias a cirugías, CPRE, quistes, malformaciones, procesos oncológicos, parásitos o compresiones extrínsecas. Otra posible causa es la presencia de una comunicación artificial entre la vía biliar y el intestino en relación a fistulas biliodigestivas, prótesis biliares o cirugías de derivación bilioentérica, como la hepaticoyunostomía.

Caso clínico

Varón, 74 años. Hipertenso, diabético y dislipémico. Antecedentes: síndrome de Mirizzi tratado mediante colecistectomía y posterior realización hepaticoyunostomía en “Y” de Roux por fístula biliar (2008). Colangitis de repetición por disfunción de la derivación biliodigestiva con necesidad de CTPH y dilatación de la anastomosis (2009). Último episodio de colangitis por *Escherichia coli* multisensible (2018). Acude a revisión refiriendo astenia, dolor lumbar de dos semanas de evolución y pérdida de 10 Kg en un mes.

Rx columna lumbar: aplastamiento a nivel de L2-L3 y RM: Espondilodiscitis de L2 y L3 y esquina inferior de L1, con absceso intraóseo en L2 y de los psoas. Mínimo absceso epidural anterior.

Ante los hallazgos de la resonancia y la sospecha diagnóstica de espondilodiscitis por *E.Coli* vs TBC se realiza biopsia del cuerpo vertebral guiada mediante TC de L2. Cultivo: *Escherichia coli* multisensible. Se inicia antibioterapia con amoxicilina-clavulánico durante 8 semanas, inicialmente iv y posteriormente oral.



Figura 1

RM columna.

Discusión

Las colangitis de repetición debido a trasposición bacteriana son una complicación habitual en pacientes que han sufrido manipulación en el drenaje de la vía biliar. Los microorganismos más comúnmente aislados en un paciente con colangitis son los gram-negativos entéricos (*Escherichia coli*, *Klebsiella* y Enterococos). Los hemocultivos son positivos aproximadamente en el 50% de los casos. Las complicaciones secundarias a una bacteriemia son más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos (VIH, trasplantados), aunque también existe un riesgo aumentado en diabéticos. Las complicaciones más frecuentes de una bacteriemia son la endocarditis, la meningitis, la osteomielitis/espondilodiscitis. Estas complicaciones suelen presentarse como un reto diagnóstico debido a sus manifestaciones inespecíficas y el curso tórpido de su evolución. El tratamiento de todas ellas es el tratamiento antibiótico intensivo hasta conseguir erradicar la infección.

CP-149. EXPERIENCIA DE ABORDAJE DE CARCINOMA DE VÍAS BILIARES EN HOSPITAL TORRECÁRDENAS

PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; HALLOUCH TOUTOUH, S; DELGADO MAROTO, A; BARRIENTOS DELGADO, A; MORENO MORALEDA, I; SAN JUAN LÓPEZ, C; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El colangiocarcinoma o carcinoma de las vías biliares constituye el 3% de las neoplasias de origen digestivo, con gran relevancia por su alta morbimortalidad. Por ese motivo, realizamos la siguiente revisión con el objetivo de describir nuestra experiencia en el manejo del colangiocarcinoma atendiendo al diagnóstico, tratamiento y evolución.

Material y métodos

Hemos realizado un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de colangiocarcinoma en el Hospital Torrecárdenas de Almería desde enero de 2013 hasta junio de 2018. Los datos (edad, sexo, hábitos tóxicos, clínica, localización, diagnóstico, marcador tumoral Ca 19,9 en el momento del diagnóstico, drenaje, citología, cirugía, quimioterapia y supervivencia) han sido recogidos a través de la base de datos DIRAYA.

Resultados

Se ha recogido un total de 49 casos, 27 de ellos hombres (55%) y 22 mujeres (45%). La edad media de diagnóstico fue de 73 años. La clínica de presentación más habitual fue la aparición de ictericia (81%), asociada a dolor abdominal en el 16% de los pacientes, y a síndrome constitucional en el 38% de los mismos. Atendiendo a la localización, 14 casos se manifestaron como tumor de Klatskin (29%), 10 intrahepáticos (20%), 4 en hepático común

(8%), 1 en colédoco proximal (2%), 12 en colédoco distal (24%) y 8 multicéntricos (16%).

La confirmación histológica se llevó a cabo en 9 pacientes (18%) a través de biopsia, siendo el resto (82%) diagnosticados por sospecha a través de pruebas de imagen. En 4 de los pacientes sometidos a CPRE se realizó citología, con resultado negativo para todos ellos. Solamente 4 casos de los colangiocarcinomas localizados, fueron subsidiarios de tratamiento quirúrgico mediante duodenopancreatectomía cefálica (33% de los colangiocarcinomas distales). Con respecto al tratamiento paliativo, en 11 pacientes se colocó prótesis biliar mediante CPRE (22%) y en 11 pacientes se realizó drenaje transparietohepático (22%). Entre los pacientes fallecidos, con excepción de 1 paciente que se perdió por traslado de residencia, la supervivencia media desde el momento del diagnóstico fue de 9,28 meses; de los cuatro pacientes intervenidos quirúrgicamente uno de ellos falleció a los 4 meses por complicaciones post-quirúrgicas, dos de ellos tras 20 y 21 meses, y un cuarto continúa vivo tras 22 meses de seguimiento sin datos de recidiva.

Conclusiones

Tras realizar el estudio se confirma la elevada mortalidad asociada al carcinoma de vías biliares. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico asocia una mayor supervivencia e incluso la curación en algunos pacientes. Del mismo modo, cabe destacar la dificultad diagnóstica con una escasa rentabilidad de la citología por CPRE y la necesidad de procedimientos invasivos para su estudio y confirmación histológica.

CP-150. FÍSTULA COLECISTOCOLÓNICA: UNA COMPLICACIÓN LITIÁSICA INFRECIENTE

HALLOUCH TOUTOUH, S; BARRIENTOS DELGADO, A; LÁZARO SÁEZ, M; PRAXEDES GONZÁLEZ, E; MORENO MORALEDA, I; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La fístula bilioentérica es una comunicación anómala de la cavidad biliar con el tubo digestivo. Es una complicación poco frecuente de la patología biliar litiásica, con una incidencia del 2-8%. En el 80-90% de los casos el cálculo atraviesa espontáneamente la pared vesicular sin dar síntomas produciéndose una comunicación con el duodeno (70%), colon (26%) o estómago (4%).

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 81 años, con antecedentes personales de coledocolitiasis previamente diagnosticada por colangioRM, DM, hipertrofia benigna de próstata y cardiopatía isquémica; que presenta clínica aguda de síndrome febril, junto con dolor epigástrico irradiado en cinturón y semiología colestásica sin

alteraciones del hábito intestinal. A la exploración se evidenciaba dolor a la palpación en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destacaba aumento de la bilirrubina en rango de 3,28 mg/dL, hipertransaminasemia (GOT 242, GPT 479), hiperamilasemia de 1.235 y leve leucocitosis con neutrofilia.

Ante la sospecha inicial de pancreatitis aguda se realiza TC de abdomen, que describe: aerobilia además de engrosamiento inflamatorio a nivel de flexura hepática del colon derecho en comunicación con vesícula biliar atrófica (no visualizada previamente en estudio de colangioRM) compatible con fístula bilioentérica (vesícula-colon) descartándose el diagnóstico inicial de pancreatitis aguda.

Se consultó con el servicio de Cirugía que solicitó una endoscopia baja, sin objetivar lesiones mucosas relevantes. El paciente es sometido a CPRE durante el ingreso con extracción exitosa de las coledocolitiasis. Se ha realizado posteriormente de forma programada colecistectomía abierta y cierre simple y epiploplastia del orificio fistuloso en ángulo hepático del colon.



Figura 1 Engrosamiento inflamatorio de colon derecho con comunicación a vesícula biliar atrófica.



Figura 2 Comunicación biliar a ángulo hepático de colon con aerobilia.

Discusión

Las fístulas colecistocolónicas generalmente no causan obstrucción intestinal y sus manifestaciones clínicas son inespecíficas, siendo la mayoría de los casos diagnosticados en base a pruebas de imagen o en el acto quirúrgico. Por ello debe de ser una patología considerable a la hora de hacer el diagnóstico diferencial en paciente con patología biliar. El tratamiento suele ser quirúrgico, con una evolución favorable posteriormente.

CP-151. HALLAZGO INFRECUENTE EN EL ESTUDIO DE UNA MASA ABDOMINAL: NEOPLASIA PSEUDOPAPILAR GIGANTE DE COLA DE PÁNCREAS

ROA COLOMO, A; MARTÍN-LAGOS MALDONADO, A; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; DÍAZ ALCÁZAR, MM; VIDAL VÍLCHEZ, B; GARCÍA MÁRQUEZ, J; MUNDI SÁNCHEZ-RAMADE, JL; CERVILLA SÁEZ DE TEJADA, E

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

El tumor pseudopapilar de páncreas es infrecuente, comprende entre el 0,13-2,7% de las neoplasias pancreáticas primarias y menos del 4% de los tumores quísticos pancreáticos resecaados.

Predomina en mujeres no caucásicas en la segunda o tercera década de la vida (90%).

Caso clínico

Varón de 40 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, consulta por sensación de masa en abdomen. Asintomático, sin pérdida ponderal. En la exploración física, destaca palpación de masa dura y no móvil de gran tamaño en mesogastrio y epigastrio.

En TC abdominal se visualiza una gran masa abdominal que depende de cuerpo y cola de páncreas, sólida y bien definida de 12,5x13x8,5 cm (**Figura 1**).

Ecoendoscopia y PAAF con citología sospechosa de malignidad. Estudio inmunohistoquímico negativo. Estudio de extensión torácico negativo.

Se programa laparotomía exploradora donde se realiza exéresis de la tumoración, pancreatomectomía distal y esplenectomía.

El diagnóstico anatomopatológico de la pieza quirúrgica concluye: neoplasia pseudopapilar sólida de cola pancreática de bajo grado de malignidad de 15,2x10x9 cm, bien diferenciado (G1). Invade tejidos blandos peripancreáticos, bien delimitado y pseudoencapsulado. Ausencia de invasión vasculolinfática y perineural y ganglios linfáticos regionales negativos. Márgenes de resección libres de tumor (pT3pN0M0).

Pasados 6 meses, se encuentra en seguimiento y vigilancia por Oncología Médica.

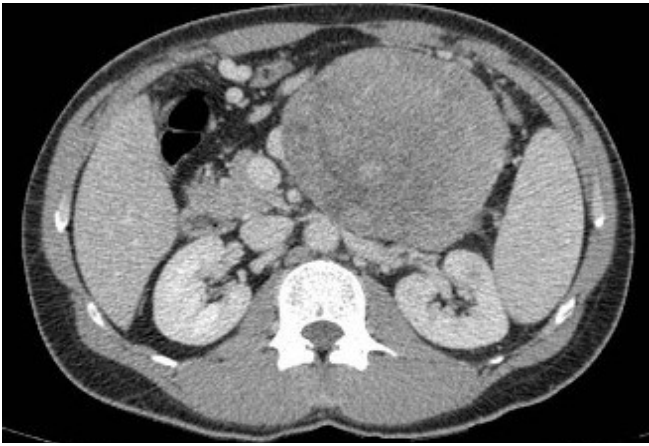


Figura 1

Corte axial de TC abdominal en el que se visualiza una masa heterogénea de 12,5x13x8,5 cm, con calcificaciones en su periferia y realce con contraste intravenoso en fase portal.

Discusión

Los tumores pseudopapilares se diagnostican de manera casual en una prueba de imagen solicitada por otro motivo ya que causan escasa sintomatología hasta que alcanzan grandes dimensiones. Si aparecen síntomas, son inespecíficos: dolor abdominal, distensión, saciedad precoz, anorexia, náuseas, pérdida de peso, ictericia o masa palpable. Los marcadores tumorales normales en suero o en el líquido de los quistes pueden ser útiles en el diagnóstico diferencial con otras neoplasias. La TC y la RM abdominal se utilizan para caracterizar la masa y realizar el estudio de extensión. La ecoendoscopia-PAAF es un método diagnóstico mínimamente invasivo y seguro que diagnostica el 75% de los casos.

Son neoplasias de lento crecimiento, no agresivas pero malignas. Presentan componentes sólidos y quísticos, y se distribuyen de manera equitativa en todo el páncreas. Suelen ser masas solitarias, bien delimitadas y con cápsula fibrosa. Con frecuencia tienen gran tamaño (diámetro medio: 6 cm).

Se recomienda la cirugía en todos los pacientes (el tamaño no es criterio de irresecabilidad). Cuando la resección es completa el pronóstico a largo plazo es excelente (supervivencia a los 5 años: 95%). Respecto al tratamiento adyuvante, no hay datos concluyentes, por lo que dado el buen pronóstico, se realiza vigilancia estrecha.

CP-152. HIDROPS VESICULAR EN PACIENTE CON LITIASIS IMPACTADA EN CÍSTICO

RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; DÍAZ ALCÁZAR, MM; ROA COLOMO, A; VIDAL VÍLCHEZ, B; GARCÍA MÁRQUEZ, J; CABALLERO MATEOS, AM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

El hidrops vesicular o hidropesía vesicular es una distensión de la vesícula, ocupada por secreciones mucosas, secundaria a distintas causas como una obstrucción completa del conducto cístico por un cálculo. También puede relacionarse con diabetes mellitus, colangitis esclerosante primaria, leptospirosis o drogas. Su espectro clínico puede ir desde asintomático, hasta masa palpable en hipocondrio derecho o incluso desarrollo de una colecistitis aguda.

En cuanto a su tratamiento, en las formas asintomáticas sin tamaño considerable, no precisa intervención. En las formas sintomáticas puede ser subsidiaria de intervención quirúrgica en determinados casos por el riesgo de complicaciones como la perforación.

Caso clínico

Paciente de 96 años con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular e hipertiroidismo. Desde el punto de vista digestivo, destaca un cuadro de cole-coledocolitiasis sintomática con posterior CPRE con extracción de cálculo. No se realizó colecistectomía posterior por pluripatología de la paciente y alto riesgo quirúrgico.

Meses después, acude a urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho de tres días de evolución, con náuseas y vómitos, sin fiebre asociada. En las analíticas destaca una creatinina de 1,23 mg/dL, bilirrubina total de 1,52 mg/dL con fracción directa de 0,62 mg/dL, elevación de gamma glutamiltransferasa de 1017 U/L y fosfatasa alcalina de 781 U/L. Proteína C reactiva de 169,1 mg/L sin leucocitosis asociada.

Durante su ingreso se realizó colangiografía con resonancia magnética abdominal con hallazgos de vesícula hidrópica de 14 cm con litiasis de 2 cm en cuello vesicular y pared sin engrosamiento, dilatación de vía extrahepática con colédoco en hilio de aproximadamente 13 mm. Ante estos hallazgos se realiza CPRE con extracción de cálculo y limpieza posterior de colédoco. La paciente fue dada de alta hospitalaria tras desaparición de la clínica y normalización de datos analíticos. La paciente sigue actualmente asintomática sin haber reingresado tras seis meses de evolución. La paciente fue desestimada de intervención quirúrgica por su elevado riesgo quirúrgico y la mejoría del cuadro clínico.

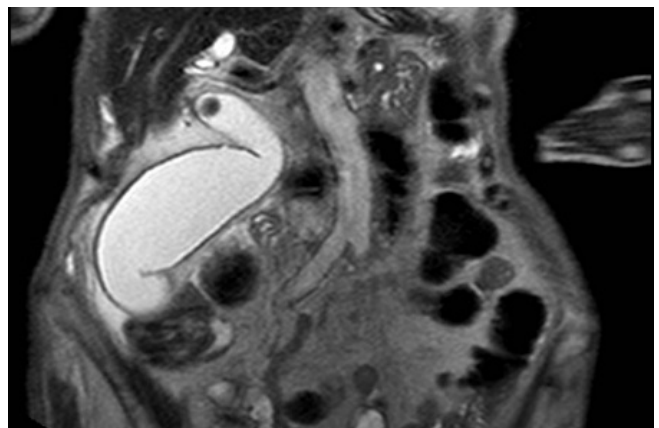


Figura 1

Hidrops vesicular con colelitiasis.

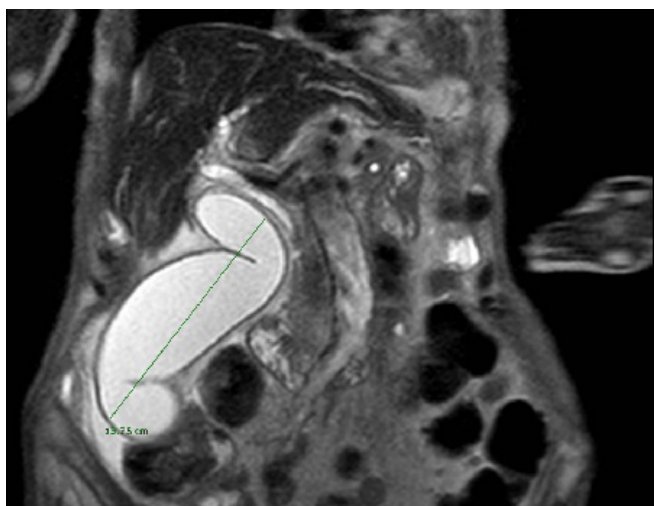


Figura 2
Diámetro hidrops vesicular.

Discusión

El hidropo vesicular es una entidad frecuente. En este caso fue secundaria a la impactación de una litiasis en el cístico, que se resolvió tras la CPRE. La CPRE no siempre consigue el resultado deseado en los casos de impactaciones en cístico, sin embargo, en este caso fue posible, con disminución del hidropo a 8 cm en ecografía abdominal de control.

Otras causas de hidropo, son indicaciones de intervención quirúrgica de colecistectomía por el riesgo de complicaciones que conlleva.

CP-153. ICTERICIA DOLOROSA SECUNDARIA A COMPRESIÓN EXTRÍNSECA POR PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

LÓPEZ GONZÁLEZ, J; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; HALLOUCH TOUTOUH, S; MORENO MORALEDA, I; AMADO VILLANUEVA, PP; CASADO MARTÍN, M; VEGA SAEZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El pseudoquiste pancreático es una complicación relativamente frecuente (incidencia de 1 por cada 100.000 adultos por año y prevalencia de 6 a 18,5%) tanto de pancreatitis crónicas (hasta 20-40%) como de pancreatitis aguda. Su tratamiento está indicado en caso de asociar dolor y otras complicaciones, como el caso que presentamos a continuación, que precisó drenaje del pseudoquiste con colocación de prótesis Axios a través de ecoendoscopia.

Caso clínico

Paciente varón de 75 años exfumador con antecedente personal de dos ingresos previos por cuadros de pancreatitis aguda necrotizante

que ingresa en nuestra unidad por dolor abdominal e ictericia. A la exploración abdominal se objetiva abdomen globuloso con dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Analíticamente, destaca bilirrubina total de 8,4 mg/dl a expensas de bilirrubina directa (7,7 mg/dl), GOT 152 U/L, GPT 182 U/L y amilasa normal. Con la sospecha de coledocolitiasis secundaria a coledocistitis, se realiza colangiografía RM que informa de dilatación de vía biliar intrahepática y el conducto biliar común secundaria a compresión por pseudoquiste pancreático de 11x8,3x12 cm (Figura 1) que, sin embargo, no provocaba obstrucción duodenal ni mala tolerancia oral. Durante el ingreso el paciente presenta picos febriles de hasta 38°C que plantean el diagnóstico diferencial entre colangitis aguda y quiste pancreático sobreinfectado. Por ello, finalmente, se opta por la intervención del quiste, planteándonos la colocación de prótesis transgástrica Axios mediante ecoendoscopia o la realización de intervención quirúrgica, decidiéndonos por la primera opción. Al colocar la prótesis, se visualiza salida de abundante líquido seroso y oscuro (hasta 1 litro) con reducción significativa inmediata de la colección (Figura 2) y mejoría de la clínica con reducción del dolor abdominal y la ictericia, con valores de bilirrubina prácticamente normales a los 4 días (BT 3,1 mg/dl, BD 1,3 mg/dl) y sin presentar fiebre asociada.

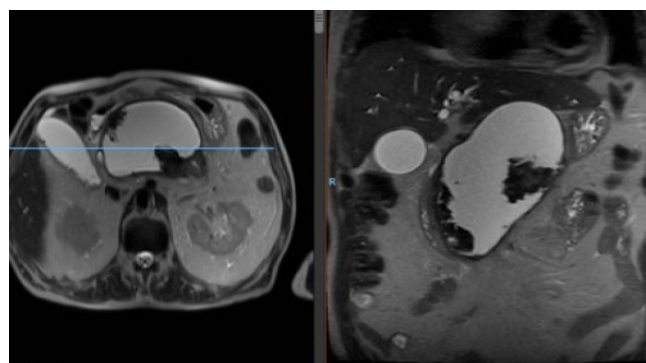


Figura 1
Imágenes de TAC abdominal donde se observa el gran volumen del pseudoquiste.

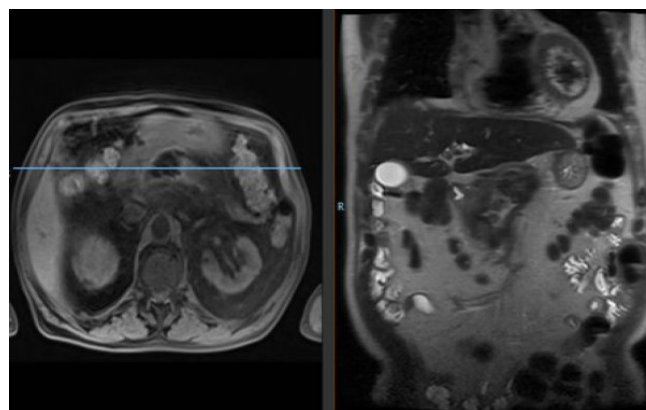


Figura 2
Imagen de TAC abdominal donde se observa la resolución de la lesión de forma casi total.

Discusión

Los pseudoquistes pancreáticos en su mayoría son asintomáticos y autolimitados. Sin embargo, existen complicaciones derivadas de los mismos (infección, ictericia obstructiva, ruptura, hemorragia o hipertensión portal) que nos obligan a su drenaje. Para ello, podemos realizar intervención quirúrgica o endoscópica avanzada, que es la que está adquiriendo gran importancia en los últimos años por su enorme reducción de la morbimortalidad. La técnica endoscópica se prefiere también si han transcurrido menos de 4 semanas desde la formación, ya que se considera que el quiste todavía no ha adquirido una pared sólida y debe evitarse el abordaje quirúrgico.

CP-154. ICTERICIA OBSTRUCTIVA: NO TODO ES LO QUE PARECE

FERNÁNDEZ ALVAREZ, P; ROMERO VÁZQUEZ, FJ; MORENO MÁRQUEZ, C; CAUNEDO ÁLVAREZ, A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La sarcoidosis es una enfermedad idiopática que se caracteriza por la formación de granulomas epitelioides no caseificantes en más de un sistema orgánico. El cáncer y la sarcoidosis se han asociado en algunas series de casos, siendo esta asociación muy controvertida.

Caso clínico

Mujer de 76 años con antecedentes de colecistectomía. Consultó por dolor abdominal e ictericia. Análiticamente datos de colestasis. Se realizó tomografía computerizada sugestiva de lesión pancreática ocupante de espacio (**Figura 1**), adenopatías peripancreáticas y en hilio hepático. En tórax múltiples nódulos bilaterales en parénquima pulmonar y adenopatías mediastínicas (**Figuras 2 y 3**). Nuestra sospecha diagnóstica era una neoplasia pancreática con afectación metastásica. Se colocó prótesis biliar alcanzando mejoría clínica y normalización del perfil hepático. Tras varios intentos fallidos de punción guiada sobre la lesión pancreática sospechosa, tanto por vía endoscópica como percutánea; se desestimó finalmente por elevado riesgo del procedimiento. Se tomaron muestras de lesiones pulmonares y adenopatías peripancreáticas para estudio histopatológico, confirmando ambas la presencia de inflamación granulomatosa no necrotizante de tipo sarcoide.

Un mes más tarde la paciente reingresó nuevamente por colangitis con datos de sepsis secundaria a obstrucción de prótesis biliar. Se realizó recambio de la misma mediante colangiografía retrógrada endoscópica, durante el procedimiento se realizó cepillado de la estenosis a nivel de colédoco distal. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de colangiocarcinoma.

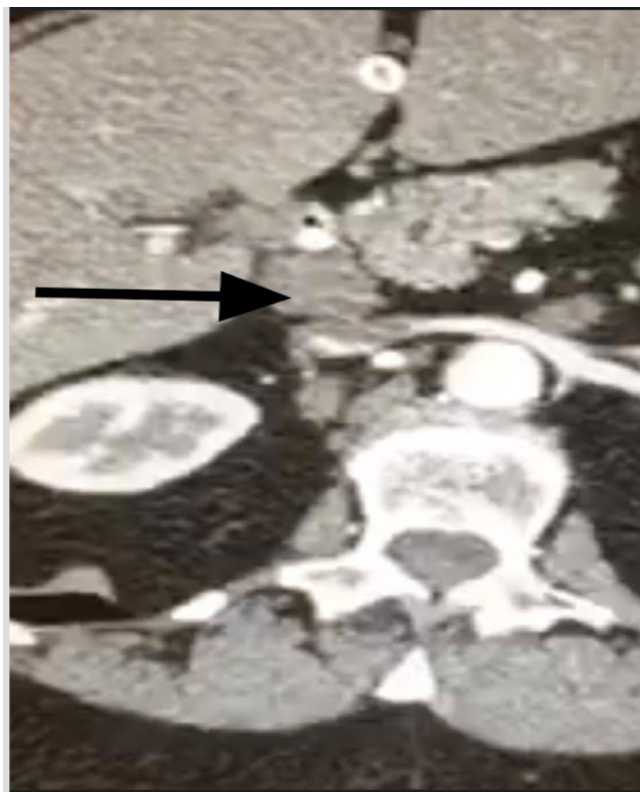


Figura 1

Imagen de tomografía computerizada sugestiva de lesión ocupante de espacio a nivel de la cabeza de páncreas, sin poder descartar conglomerado de adenopatías peripancreáticas (flecha negra).

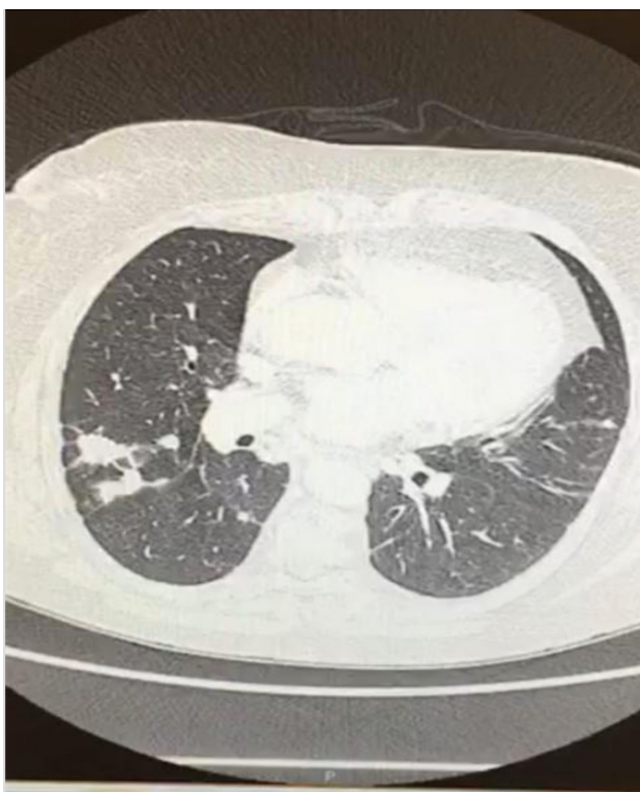


Figura 2

Nódulos bilaterales en parénquima pulmonar.



Figura 3 Adenopatías mediastínicas (flecha negra).

Discusión

La enfermedad gastrointestinal afecta a un 0,1%-0,9% de los pacientes con sarcoidosis. Una revisión de la literatura demostró 25 casos de sarcoidosis pancreática, 12 de los cuales se presentaron como masa pancreática. Otra revisión más antigua encontró 13 pacientes con granulomas comprobados por biopsia en el páncreas o ganglios peripancreáticos.

En nuestro caso aunque había sospecha de una lesión dependiente de la glándula pancreática, no se obtuvo la confirmación histológica por dificultades del abordaje. Sin embargo, sí se demostró la afectación de los ganglios peripancreáticos tras punción ecoendoscópica.

Nos planteamos un segundo debate; las estenosis biliares pueden estar causadas por un amplio espectro de lesiones. En el caso que presentamos es fundamental diferenciar el origen neoplásico de una reacción sarcoidea. Los granulomas epitelioides no caseificantes no son exclusivos de la sarcoidosis y dichas lesiones, sin datos sistémicos de sarcoidosis, se encuadran en el contexto de una reacción sarcoidea.

En nuestra paciente, con diagnóstico de sarcoidosis sistémica, la estenosis biliar se debía a un colangiocarcinoma, con infiltración

vascular periganglionar, pudiendo plantear que los granulomas linfáticos estaban relacionados con una reacción sarcoidea en relación a la neoplasia.

CP-155. ÍLEO BILIAR COLÓNICO: UNA RARA CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

LEÓN LUQUE, M; RODRÍGUEZ MONCADA, R; GONZÁLEZ ZAMORANO, S; CABELLO FERNÁNDEZ, A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA

Introducción

El íleo por cálculos biliares es una forma poco frecuente de obstrucción intestinal causada por la impactación de un gran cálculo biliar en la luz intestinal. El punto de entrada más común en el intestino es el duodeno, seguido en frecuencia por el ángulo hepático del colon, el estómago y el yeyuno. Inicialmente, los síntomas son similares a los de la colecistitis aguda, aunque a veces el cálculo puede pasar al intestino y excretarse sin provocar síntomas. Si el cálculo tiene más de 25 mm de diámetro, puede manifestarse como una obstrucción del intestino delgado; la zona ileocecal constituye el lugar de obstrucción más común. Los síntomas son los típicos de una obstrucción intestinal mecánica y comprenden dolores cólicos, vómitos y distensión abdominal.

Caso clínico

Mujer de 93 años con antecedentes de diverticulosis en sigma y colecistitis aguda (Figura 1) tratada de forma conservadora con tratamiento antibiótico por la edad y las características de la paciente. Acude a Urgencias por dolor abdominal de tres días de evolución y vómitos autolimitados. Cese de las deposiciones cinco días antes. Sin fiebre u otra sintomatología.

En la exploración, presenta abdomen distendido, doloroso a la palpación en flanco izquierdo. En analítica, 15.280 leucocitos, resto normal incluyendo perfil abdominal completo. Se realizó TC abdominal (Figura 2) donde se concluyó que se trataba de un cuadro oclusivo/suboclusivo que implicaba únicamente al marco cólico y que podría estar causado por una litiasis biliar (íleo biliar) que había pasado de la vesícula por una probable comunicación con el bulbo duodenal en el contexto de una inflamación vesicular subaguda/crónica.

La paciente presentó oclusión incompleta que le permitía ventosear por lo que se realizó colonoscopia para extraer el cálculo (Figura 3) que resultó imposible por encontrarse a 40-55 cm del margen anal una zona estenótica/inflamatoria de aspecto benigno que pudiera corresponder a diverticulitis aguda/crónica. Se decide manejo conservador con antibiótico y se repite la colonoscopia posteriormente sin identificar el cálculo (probablemente ya expulsado) y objetivándose mejoría del estado colónico. Presentó buena evolución con tolerancia a dieta oral y tránsito intestinal conservado.



Figura 1

TAC de abdomen durante el cuadro de colecistitis aguda. Vesícula con litiasis en su interior, aumentada de tamaño con pared engrosada; hallazgos compatibles con colecistitis litiasica.



Figura 2

TAC de abdomen al ingreso actual. La litiasis que en estudio previo estaba dentro de la vesícula, en el estudio actual se encuentra en la luz del colon descendente.

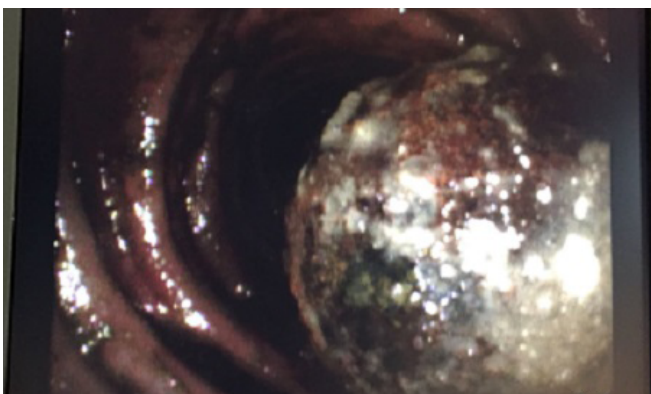


Figura 3

Imagen de la colonoscopia donde vemos la litiasis impactada en colon descendente.

Discusión

Aunque poco frecuente, el íleo biliar constituye una causa de obstrucción intestinal, siendo más frecuente en mujeres mayores de 70 años, como en nuestro caso. El tratamiento suele dirigirse a la restauración de líquidos y electrolitos, seguido por laparotomía exploradora. En nuestro caso, no fue necesario ya que se produjo la expulsión espontánea del cálculo sin complicaciones.

CP-156. *KLUYVERA CRYOCENSSES*, CAUSA MUY RARA DE BACTERIEMIA EN PACIENTE CON DRENAJE BILIAR

AYUSO CARRASCO, CAB¹; ROMERO MORENO, S¹; DE VICENTE ORTEGA, A¹; OJEDA HINOJOSA, M¹; TERCERO LOZANO, M¹; CASTILLO MOLINA, L¹; JIMÉNEZ ROSALES, R²; MARTÍNEZ GARCÍA, R²; DEL CASTILLO CODES, MI¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

La *Kluyvera cryocrescens* es una enterobacteria gram negativa que se comporta principalmente como patógeno oportunista. Se ha aislado en esputo, orina, secreción biliar, líquido peritoneal y sangre en los seres humanos, aunque raramente es causa de infección clínicamente significativa. No obstante, se han descrito algunos casos en la bibliografía, en los que se ha manifestado como bacteriemia e incluso sepsis severa.

A continuación se presenta un caso de bacteriemia en paciente portadora de prótesis biliar.

Caso clínico

Mujer de 61 años con diagnóstico reciente de adenocarcinoma de páncreas con metástasis hepáticas en tratamiento paliativo. Ingresó en nuestra unidad por ictericia (bilirrubina directa de 18 mg/dl y GGT 1.220 U/l), realizándose ecografía en la que se evidenció dilatación de vía intra y extrahepática secundaria a compresión tumoral a nivel pancreático.

Se decidió la realización de CPRE para colocación de prótesis biliar siendo imposible la canulación de la papila, por lo que se optó por realizar un drenaje interno-externo por vía percutánea (CPTH) para posteriormente colocar prótesis biliar metálica.

A los cuatro días de realizar la CPTH, la paciente comienza con fiebre y escalofríos, molestias abdominales a la palpación y aumento de reactantes de fase aguda con colestasis en descenso. Se realizaron hemocultivos y cultivo del líquido del drenaje biliar, en ambos se aisló *Kluyvera cryocrescens*, que se trató con cefotaxima según antibiograma durante diez días con mejoría clínica y analítica.

Posteriormente se realizó la colocación de prótesis biliar sin complicaciones asociadas.

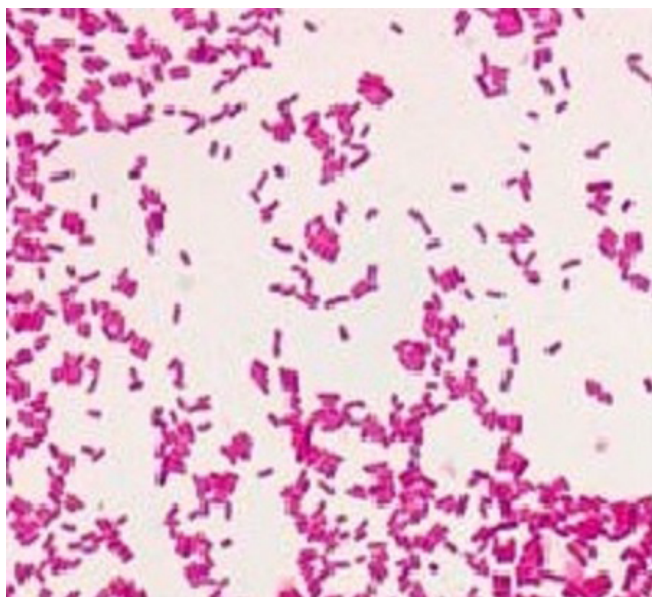


Figura 1 *Kluverella cryocrescens*, enterobacteria gram negativa.

	<i>Kluverella cryocrescens</i>	CMI
AMPICILINA	S	≤8
AMOXICILINA/CLAVULANICO	S	≤8/4
PIPERACILINA/TAZOBACTAM	S	≤8
CEFUROXIMA	-	≤8
CEFOTAXIMA	S	≤1
CEFTAZIDIMA	S	≤1
CEFEPIME	S	≤1
IMIPENEM	S	≤1
MEROPENEM	S	≤1
ERTAPENEM	S	≤0.5
GENTAMICINA	S	≤2
TOBRAMICINA	S	≤2
AMIKACINA	S	≤8
CIPROFLOXACINA	S	≤0.5
LEVOFLOXACINA	S	≤1
TIGECICLINA	I	2
TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL	S	≤2/38

Figura 2 Perfil de sensibilidad antibiótica dirigido a *Kluverella cryocrescens*.

Discusión

La infección por *Kluverella cryocrescens* es inusual en el ser humano; hay solamente 13 casos reportados donde la *Kluverella cryocrescens* ha sido aislada como germen causal.

En nueve ocasiones han sido bacteriemias, en otro caso se aisló en urocultivo, uno en líquido peritoneal, uno en líquido biliar en un paciente con colecistitis y un caso de infección de tejidos blandos en un dedo.

El hecho de ser portador de un catéter externo, parecer ser un factor de riesgo, aunque no está claramente relacionado. El desenlace impresiona ser favorable en la mayoría de los casos. De los 13 reportados por *Kluverella cryocrescens*, solo dos fallecieron.

CP-157. NEOPLASIA DE PÁNCREAS, ¿QUIRÚRGICA DE ENTRADA?

FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, E; VADILLO-CALLES, F; MARTÍNEZ-CARA, JG; FERNÁNDEZ-CANO, MC; REDONDO-CEREZO, E

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

Introducción

El 2% de las neoplasias pancreáticas son metástasis. Las localizaciones primarias más frecuentes son el riñón, el pulmón, la mama y el aparato digestivo. El carcinoma de células pequeñas es el subtipo que más se relaciona con afectación pancreática. Clínicamente simula una neoplasia primaria de páncreas y en algunos casos debutan como una pancreatitis aguda. El patrón de afectación más habitual es una masa solitaria en cabeza pancreática aunque existen patrones de afectación infiltrativa o multicéntrica. El diagnóstico se realiza por TAC abdominal y la confirmación histológica mediante USE-PAAF. El tratamiento será el propio del tumor primario.

Caso clínico

Paciente de 61 años con antecedentes de hernia discal intervenida, dislipemia y tabaquismo activo de 20 cigarrillos al día durante 40 años. Acude a urgencias con ictericia de una semana de evolución con esteatorrea y sensación de plenitud precoz, no refería síndrome constitucional, disnea, tos, dolor torácico o prurito. Análítica con BT 28 mg/dl, GOT 224 UI/mL, GPT 520 UI/mL, GGT 594 UI/mL, FA 465 UI/mL. Se solicita TAC toracoabdominal que evidencia masa en cabeza pancreática de 3.5 cm sin infiltración de estructuras vecinas sugerente de neoplasia pancreática, adenopatías mediastínicas y una masa de 3 cm en lóbulo superior derecho compatible con carcinoma broncogénico. Se decide realizar USE-PAAF de cabeza pancreática cuya anatomía patológica es compatible con carcinoma de células pequeñas, se realiza ecobroncoscopia con PAAF de adenopatías precarinales con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma de células pequeñas. Se solicita CPRE para colocación de prótesis. Por último se realiza PET-TAC de cuerpo entero con captación patológica en lóbulo superior derecho y cabeza pancreática. El paciente es derivado a Oncología Médica con diagnóstico de carcinoma pulmonar de células pequeñas en estadio diseminado para tratamiento con quimioterapia.

Discusión

El páncreas es una localización infrecuente para las metástasis de tumores de órgano sólido sin embargo siempre hay que plantearlo en el diagnóstico diferencial en pacientes con neoplasia activa o antecedentes de ella. Las pruebas de imagen pueden no ser suficientes para establecer la diferencia entre tumor primario y

secundario. La USE-PAAF es la prueba de elección para obtener la anatomía patológica de la lesión pancreática. El pronóstico dependerá del tumor primario y de si existen otros órganos afectados aunque la supervivencia será corta al tratarse de enfermedad metastásica. El tratamiento será el dirigido contra el tumor primario y por lo general implicará quimioterapia sistémica y en algunos casos cirugía o radioterapia.

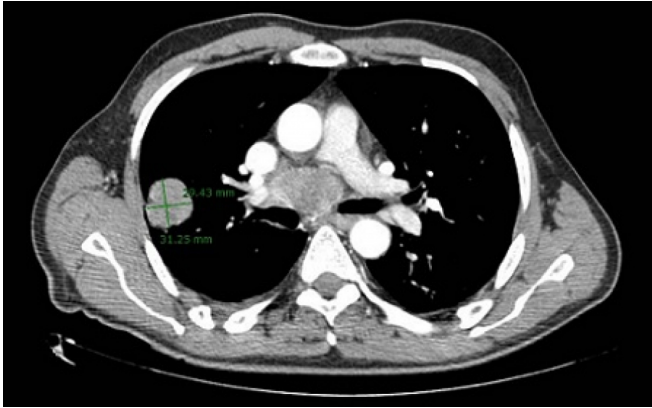


Figura 1 TAC torácico: tumoración de 3,5 x 3 cm en lóbulo superior derecho.

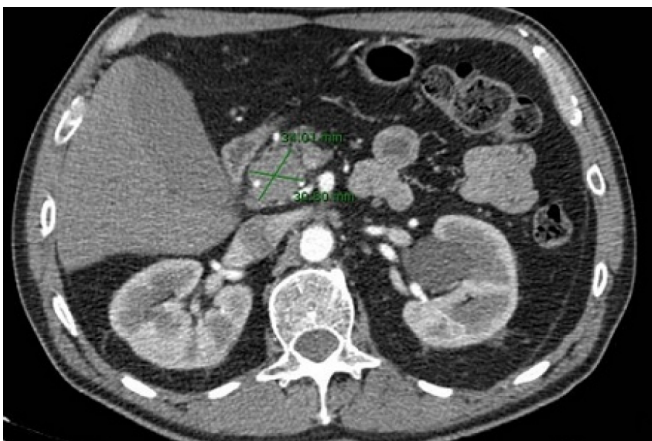


Figura 2 TAC abdominal: masa sólida de 3,5 cm x 3 cm en cabeza pancreática sin infiltración de estructuras vasculares.

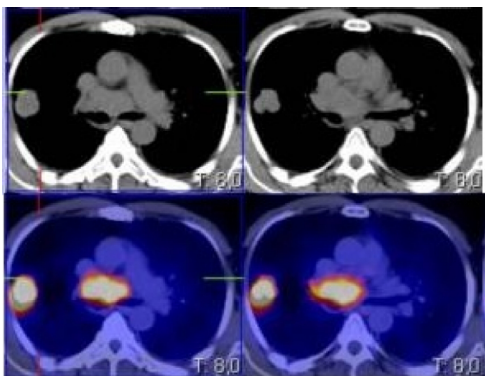


Figura 3 PET TAC: captación en masa pulmonar.

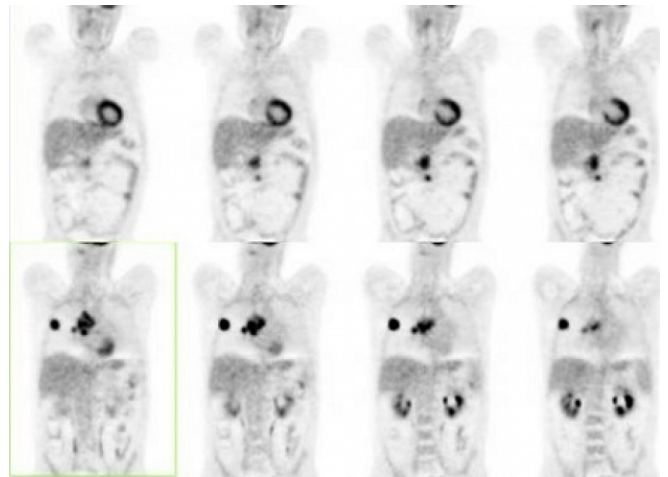


Figura 4 PET body: captación en cabeza pancreática y pulmón derecho.

CP-158. NEOPLASIA PANCREÁTICA MUY INFRECIENTE: TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES OSTEOCLASTO-LIKE

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; PINTO GARCÍA, I; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

Los tumores de células gigantes pancreáticas son neoplasias extremadamente raras. Se subdividen en dos tipos: el de células gigantes osteoclasto-like y el de células gigantes pleomórficas. El primero de los dos, sobre el que va nuestro caso, tiene un pronóstico más favorable, basándose el diagnóstico en la observación histológica de células gigantes, análogas a los osteoclastos junto a células fusiformes atípicas y material osteoide.

Caso clínico

Varón de 65 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes tipo I, acude a consulta por clínica de un año de evolución de pérdida de peso del 14% (13 Kg) junto con epigastralgia, sin otra sintomatología asociada. A la exploración presenta abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas.

Se solicita analítica completa con marcadores tumorales evidenciándose un CA 19,9 elevado (4.857), siendo el resto de los resultados normales, incluido el perfil hepático. En la tomografía axial computerizada con contraste de abdomen se identifica (Figura 1) masa hipodensa en cuerpo pancreático de 5,7x3,8 cm que infiltra al eje esplenoporal, con dudosa afectación de las arterias mesentéricas y la arteria esplénica, y dos nódulos hepáticos de 1 cm sospechosos de metástasis.

Dado los hallazgos se realiza ecoendoscopia donde se confirma la presencia de una lesión sólida mal delimitada a nivel de cuerpo

pancreático, realizándose punción y aspiración con aguja fina de 22 G, siendo los resultados de la citología positiva para células neoplásicas sugestiva de carcinoma indiferenciado con células gigantes tipo osteoclasto-like.

Con este diagnóstico se presenta en comité de tumores, no siendo resecable por la afectación vascular y se incluye en proceso paliativo.



Figura 1
TC abdomen con masa hipodensa en cuerpo pancreático.

Discusión

El cáncer de células gigantes osteoclasto-like es muy infrecuente, siendo menos del 1% de los tumores no endocrinos pancreáticos.

Se presenta clínicamente con dolor abdominal, masa palpable, pérdida de peso e ictericia, y se localiza generalmente a nivel de cabeza y cuerpo de páncreas, apareciendo como una lesión de gran tamaño (5-8 cm) debido al rápido crecimiento que tienen, como en nuestro caso que mide 5 cm, y con aspecto de estructuras quísticas y necrosis, aunque debido a lo raros que son no se ha podido determinar sus características en las pruebas de imagen y tampoco se ha podido establecer una línea de tratamiento clara, aunque parece que es de elección la resección quirúrgica del mismo.

CP-159. NEURITIS ÓPTICA Y PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA COMO DEBUT PARANEOPLÁSICO DE UN TUMOR NEUROENDOCRINO DE PÁNCREAS

ROMERO MORENO, S¹; DE VICENTE ORTEGA, A¹; AYUSO CARRASCO, CAB¹; JIMÉNEZ ROSALES, R²; TERCERO LOZANO, M¹; OJEDA HINOJOSA, M¹; CASTILLO MOLINA, L¹; DEL CASTILLO CODES, MI¹; MARTÍNEZ GARCÍA, R¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

Los tumores pancreáticos neuroendocrinos son en un 50-75% no funcionantes. Cada vez se diagnostican más como incidentalomas de pruebas diagnósticas por otras causas. La mayoría de ellos son esporádicos y el resto se asocia a síndromes hereditarios.

Su clínica depende de síntomas locales y/o metástasis. Los síndromes paraneoplásicos en estos casos son muy infrecuentes, puesto que se relacionan con la secreción de hormonas.

Caso clínico

Mujer de 52 años sin antecedentes personales de interés. Ingresa a cargo de Neurología por parálisis facial periférica derecha y neuritis óptica bilateral desmielinizante.

Realizan analíticas de sangre, LCR, TC y RM craneal con resultados normales. Descartan origen neurológico, por lo que solicitan TAC tóraco-abdominal "lesiones hipervasculares en cabeza de páncreas e hígado en relación a tumor carcinoide multifocal con metástasis hepáticas asociadas". Se sospecha origen paraneoplásico secundario a tumor neuroendocrino.

Completamos estudio con: hemograma completo, coagulación, bioquímica, marcadores neuroendocrinos (Cromogranina-A, 5-HIA en orina, enolasa específica neuronal, insulina, glucagón, gastrina, PIV, polipéptido pancreático, somatostatina, serotonina), tumorales, autoinmunidad y estudio de hepatopatía con resultados normales.

Solicitamos RM de abdomen que muestra: "hígado con múltiples LOES hipervasculares en ambos lóbulos hepáticos, las de mayor tamaño en segmentos hepáticos 7 y 8 de 22 y 15 mm, en probable relación con metástasis hipervasculares. Páncreas de tamaño normal y realce homogéneo con imagen pseudonodular de 1 cm en el cuerpo con realce similar al resto del parénquima, inespecífica".

Realizamos colonoscopia y gastroscopia, en las que hallamos lesión polipoidea en sigma de 3mm (pólipo adenomatoso) y lesión polipoidea duodenal sésil de 8 mm (pólipo hiperplásico), ambos (Paris 0-Is).

Octreoscan sin evidencia de lesiones con sobreexpresión significativa de receptores de somatostatina.

Se confirma el diagnóstico con biopsia de LOE hepática: carcinoma endocrino no funcionante del páncreas.

Discusión

Como se reporta en otros casos, no es frecuente en el sexo femenino, pero predomina la edad mayor a 50 años, la localización intrapancreática, el gran tamaño, su carácter no funcionante y su diagnóstico tardío con metástasis hepáticas.

Aproximadamente 1/10.000 pacientes oncológicos cursan con un síndrome paraneoplásico neurológico (SNP). Generalmente, los tumores malignos relacionados con el SNP expresan proteínas neuroendocrinas y anticuerpos antineuronales. Lo infrecuente

de nuestro paciente, es el hallazgo de un tumor no secretor con expresión de un SNP.

Con esto podemos deducir que, en algunos casos, a pesar de la negatividad de las pruebas analíticas, algunos tumores catalogados como de "no funcionantes" podrían secretar sustancias que aún no podemos detectar con las pruebas actuales.



Figura 1

TAC: múltiples lesiones focales hepáticas de tamaño variable, con marcado realce en fase arterial, correspondiendo a metástasis hipervasculares.

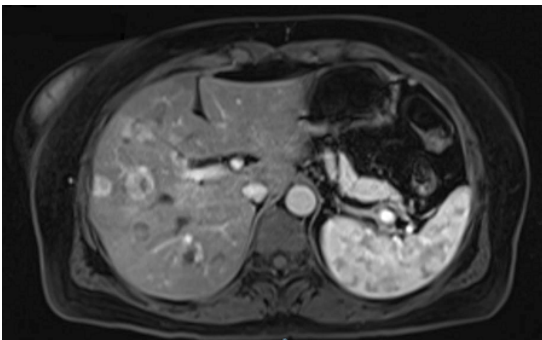


Figura 2

RM: se observan múltiples lesiones ocupantes de espacio hipervasculares en ambos lóbulos hepáticos, en relación con metástasis hipervasculares.

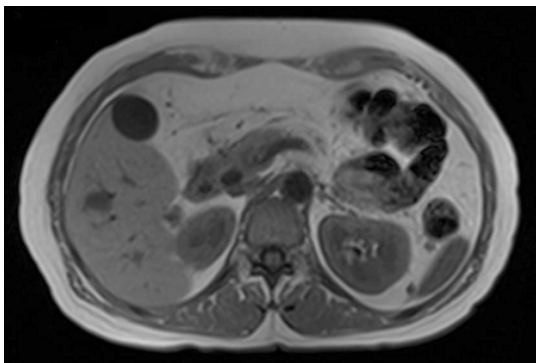


Figura 3

RM: páncreas de tamaño normal y realce homogéneo con imagen pseudonodular de 1 cm en el cuerpo con realce similar al resto del parénquima.

CP-160. NON-ALCOHOLIC FATTY PANCREAS DISEASE (NAFPD): ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA Y DE ACTUALIDAD POR SU CORRELACIÓN CON EL SÍNDROME METABÓLICO

TENORIO GONZÁLEZ, E; MARÍN GARCÍA, D; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La esteatosis pancreática o "non alcoholic fatty pancreas disease (NAFPD)", antes denominada lipomatosis pancreática, es el acúmulo excesivo/reemplazo de grasa en el tejido pancreático.

Esta entidad puede idiopática o secundaria a patologías sistémicas, benignas o malignas (fibrosis quística, pancreatitis crónica, tratamiento con esteroides, síndrome de Shwachman-Diamond, pseudohipertrofia pancreática, síndrome de Johanson-Blizzard, infecciones virales y obstrucción de conductos pancreático u otras).

Aunque el páncreas es un órgano vital, los efectos de su sustitución grasa han sido mucho menos investigados que los mismos en el hígado. Su fisiopatología y relevancia clínica son aún en gran parte desconocidos, pero se sabe que, entre otros aspectos, incrementa el riesgo de fístulas postoperatorias tras cirugía pancreática, así como de diseminación y mortalidad del cáncer de páncreas. Existe asimismo cada vez mayor evidencia de su asociación con componentes del síndrome metabólico, sin aclarar aún si se trata de un marcador o un desencadenante del mismo, correlacionándose directamente con la edad y el índice de masa corporal, al igual que ocurre en la esteatosis hepática.

Su repercusión clínica tiene lugar cuando la funcionalidad del órgano se ve comprometida, esto es, tras la pérdida >60% de la función pancreática, siendo reconocible radiológicamente en fases más tardías. Sin embargo, mediante ecoendoscopia es posible reconocer la presencia de alteraciones del parénquima incluso antes de la aparición de síntomas posibilitando, por ende, su reversibilidad.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 62 años que acude repetidamente a Urgencias por dispepsia tipo distrés postprandial que no mejora con procinéticos, sin otros datos de alarma.

Se realiza gastroscopia y colonoscopia, analítica básica y Ag Helicobacter pylori, sin hallazgos patológicos. Se solicita posteriormente TAC abdomen observándose lipomatosis difusa de páncreas, tras lo cual se solicita elastasa pancreática, con niveles por debajo de rango normal, por lo que se pauta kreon con mejoría sintomática.

Discusión

Si no existe sintomatología, puede diagnosticarse como hallazgo incidental; se han reportado síntomas leves, como epigastralgia

y mínimo aumento de enzimas colestásicas, así como síntomas de insuficiencia pancreática exocrina (cuadro malabsortivo, con esteatorrea) que responde satisfactoriamente a la sustitución enzimática.

El reemplazo de grasa en el páncreas es un hallazgo poco frecuente, que puede darse en forma parcial o total, siendo esta última menos común. El reconocimiento de este fenómeno es importante, ya que puede estar vinculado a diversas patologías con signos, síntomas y alteraciones sistémicas; destacando, entre ellas, el síndrome metabólico, pudiendo constituir un marcador precoz del mismo. En este sentido, las diferentes pruebas de imagen (RM, TAC, USE, US) presentan una alta sensibilidad para determinar con seguridad la infiltración grasa.

Aún existen pocos datos y estudios que establezcan su etiología y protocolicen su diagnóstico, manejo y consecuencias clínicas. En el futuro, más investigaciones deberán centrarse en esta patología.



Figura 1 
Corte en RMN. Lipomatosis total pancreática.



Figura 2 
Corte en TAC.

CP-161. PANCREATITIS AGUDA CON COLECCIÓN PERIPANCREÁTICA QUE FISTULIZA A COLON

GARCÍA MÁRQUEZ, J; DÍAZ ALCÁZAR, MM; GARCÍA ROBLES, A; VIDAL VÍLCHEZ, B; RUÍZ RODRÍGUEZ, AJ; ROA COLOMO, A; RUÍZ ESCOLANO, E

SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

Las colecciones peripancreáticas suelen ser extra-pancreáticas, no tienen una pared definida y pueden contener material líquido o sólido. Una complicación rara que pueden presentar es la fistulización a colon, facilitada por la contigüidad anatómica del páncreas y colon transversal o descendente, siendo potencialmente mortales.

Caso clínico

Paciente varón de 56 años con hepatopatía alcohólica y bebedor activo que tras 2º episodio de pancreatitis aguda necrotizante de origen alcohólico desarrolla tres colecciones peripancreáticas en hemiabdomen izquierdo, situándose la de mayor tamaño en el espacio pararenal izquierdo y presentando un tamaño de 18x12,8x10,9 cm con abundante gas en su interior (**Figura 1**). Tras varias semanas de evolución presenta cuadro febril, por lo que se realiza tomografía computarizada abdominal en la que se evidencia disminución del tamaño de la colección por fistulización a colon descendente (**Figuras 2 y 3**). El paciente es intervenido quirúrgicamente realizándose limpieza de las colecciones y resección segmentaria de colon descendente con colostomía terminal.

Discusión

Las colecciones y pseudoquistes son una complicación frecuente en las pancreatitis agudas. Inicialmente se intenta manejo conservador, pero en caso de ser sintomáticas se recurre al drenaje, preferiblemente endoscópico.

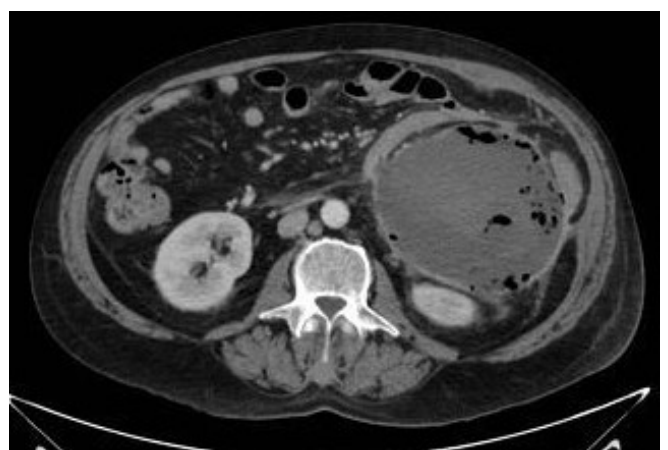


Figura 1 



Figura 2



Figura 3

La perforación espontánea o fistulización de las colecciones ocurre en menos del 3% de los casos, pudiendo ocurrir a estómago, duodeno, colon o piel entre otros. La apertura a colon suele requerir intervención quirúrgica urgente dado el alto riesgo de peritonitis, mientras que en casos de fístulas a estómago y duodeno puede optarse por esperar a la resolución espontánea, a menos que exista sangrado o formación de abscesos.

La contigüidad anatómica entre el páncreas y el colon transverso y descendente facilita la diseminación de la inflamación. Se han propuesto tres mecanismos patogénicos de ruptura de pseudoquistes: la inflamación descontrolada y activación de enzimas pancreáticas que provocan una digestión de la pared vascular; la compresión ejercida por la colección que puede causar isquemia y erosionar los vasos; y trombosis portal o esplénica debida al proceso inflamatorio y el pseudoquiste que producen una hipertensión portal localizada.

CP-162. PANCREATITIS COMO EFECTO ADVERSO DEL TRATAMIENTO CON MESALAZINA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

DÍAZ ALCÁZAR, MM; MARTÍNEZ TIRADO, P; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; ROA COLOMO, A; GARCÍA MÁRQUEZ, J; VIDAL VÍLCHEZ, B; ZÚÑIGA DE MORA-FIGUEROA, B

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

El 75% de los casos de pancreatitis se deben a colelitiasis y alcoholismo crónico. Otras causas incluyen hipertrigliceridemia, post-CPRE, mutaciones genéticas, fármacos, toxinas e infecciones, traumatismo, malformaciones pancreáticas, enfermedad vascular, etc.

Caso clínico

Caso 1: paciente varón de 20 años con enfermedad de Crohn ileocólica en tratamiento únicamente con mesalazina. Antecedente de brote leve reciente tratado con corticoterapia. Refiere epigastralgia no irradiada de dos días de evolución, sin otra clínica asociada. Análíticamente destaca amilasa 470 U/L, lipasa >1200 U/L y PCR 128,7 mg/L. Perfil hepático (bilirrubina, transaminasas y enzimas de colestasis) sin alteraciones. Ecografía abdominal muestra únicamente signos de pancreatitis aguda. No hábitos tóxicos. Colangiorrsonancia sin alteraciones, autoinmunidad negativa.

Caso 2: paciente varón de 20 años con antecedentes de colitis ulcerosa y colectomía subtotal con ileostomía terminal a la espera de reconstrucción del tránsito en tratamiento con mesalazina supositorios que consulta por epigastralgia irradiada en cinturón de un día de evolución. Se acompaña de fiebre de hasta 38°. Análítica: bilirrubina total 2,26 mg/dL (bilirrubina directa 0,65 mg/dL), transaminasas y enzimas de colestasis en rango, amilasa 468 U/L, lipasa 958 U/L, PCR 29,83 mg/L y leucocitosis (16.460/μL). Ecografía abdominal con hallazgo de pancreatitis aguda sin signos de complicación. Se cambia tratamiento de enfermedad de base a mercaptopurina, pero presenta exantema, por lo que se suspende. Reinicia de nuevo tratamiento con mesalazina vía rectal y veinte días después presenta de nuevo epigastralgia irradiada en cinturón con sensación distérmica. Análíticamente destaca bilirrubina 1,7 mg/dL, amilasa 437 U/L, lipasa 906 U/L y PCR 41,8 mg/L.



Figura 1

Mesalazina.

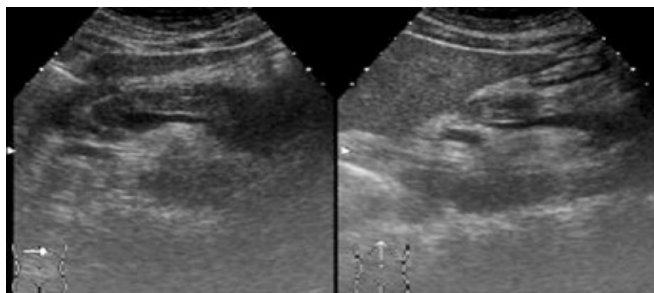


Figura 2

Imagen ecográfica de pancreatitis aguda.

Discusión

Las pancreatitis por fármacos son infrecuentes (<1,5%), aunque hay datos que indican que se encuentran en aumento. Se clasifican en cuatro grupos según el número de casos descritos, la demostración de un periodo de latencia y la reacción a la reintroducción del fármaco. Los mecanismos asociados incluyen reacciones inmunológicas, efecto tóxico directo, acumulación de metabolitos tóxicos, isquemia, trombosis intravascular y aumento de la viscosidad del jugo pancreático.

Se han descrito dos casos de pancreatitis leve asociada a mesalazina que se resolvieron tras suspender el tratamiento. La mesalazina se encuentra entre los fármacos inductores de pancreatitis aguda de clase Ia, lo que supone que es un fármaco con gran potencial para producir pancreatitis aguda, más que la azatioprina (clase Ib) utilizada también en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal.

CP-163. PROBLEMÁTICA DEL CRIBADO DE CÁNCER DE PÁNCREAS EN PANCREATITIS CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

DIÉGUEZ CASTILLO, C¹; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ²; IÑIGO CHAVES, A³; DÍAZ ALCÁZAR, MM²; MARTÍN RUIZ, JL²; RUIZ ESCOLANO, E²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN

Introducción

La pancreatitis crónica se asocia a un riesgo elevado de cáncer de páncreas con respecto a la población general. Sin embargo, no se ha establecido claramente con qué periodicidad y ni mediante qué técnica de imagen debe hacerse el cribado en este grupo de riesgo.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 65 años con antecedentes de HTA, DM-2 y pancreatitis crónica autoinmune en seguimiento en consulta. Ingresó derivado desde consulta por síndrome

constitucional junto con dolor abdominal que no cede con analgesia ni pauta de corticoides. Previamente de forma ambulatoria se realizó TC abdominal con hallazgo de LOE en cabeza pancreática (**Figura 1**), la cual se biopsió por ecoendoscopia descartando malignidad. También se realizó RMN abdominal sin visualizar la LOE descrita en TC. En el presente ingreso se decide nueva ecoendoscopia ante empeoramiento clínico y analítico (BT 2,04, GOT 271, GGT 1451, FA 509 mg/dl). A nivel de cabeza pancreática se aprecia área mal definida de ecoestructura heterogénea, con áreas hipocogénicas y líneas hiperecogénicas; procediendo a PAAF. Además muestra dilatación de CPP arrosariado y pequeñas adenopatías. En el mismo ingreso, se consigue drenaje biliar mediante colocación de prótesis plástica por CPRE. El estudio histopatológico vuelve a ser negativo para malignidad. Ante falta de mejoría clínica, se opta tratamiento quirúrgico. Se realiza duodenopancreatectomía subtotal con cierre de muñón pancreático. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informa de adenocarcinoma ductal de 1,7x1,5 cm con márgenes libres y sin invasión linfovascular, pero con invasión perineural masiva (tejido graso peripancreático, pared muscular duodeno y serosa vesícula biliar). Se remite a Oncología médica para iniciar tratamiento quimioterápico. En el última revisión este mismo año presenta en PET-TC captación compatibles con metástasis hepática aislada (**Figura 2**).

Discusión

En pacientes con pancreatitis crónica que presentan cambios en el curso clínico de la enfermedad debe realizarse una prueba de imagen, preferiblemente ecoendoscopia ya que permite aplicar técnicas asociadas (elastografía) y toma de biopsia que ayude a descartar malignidad. En aquellos casos con resultado citohistológico negativo para malignidad debe ser reevaluado a corto plazo mediante nueva ecoendoscopia y punción. Debemos sopesar pros y contras entre una cirugía tan agresiva como es la de área pancreática y el grado de sospecha de una neoplasia pancreática caracterizada por una alta letalidad.



Figura 1

TC abdominal. Área hipocaptante en cabeza de páncreas de 18x24x20mm (apx1x1), sospechosa de neoplasia.

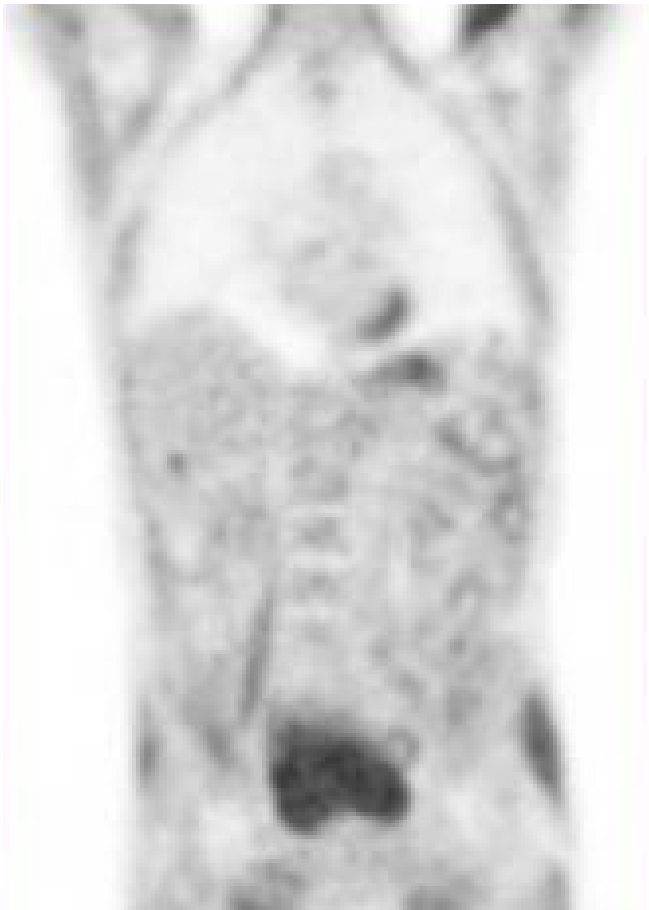


Figura 2

PET-TC. Pequeño foco hipermetabólico hepático en segmento V-VI que pudiera corresponderse una lesión metastásica.

CP-164. PRURITO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN EN ADENOMIOMA DE AMPOLLA DE VATER

COBOS RODRÍGUEZ, J; PINAZO BANDERA, JM; GARCÍA GARCÍA, AM; TORO ORTIZ, JP; FERNÁNDEZ GARCÍA, F; ANDRADE BELLIDO, RJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Introducción

Los adenomiomas de la vía biliar son tumores benignos poco frecuentes y de crecimiento lento. Suele presentarse con síntomas de coleditiasis con dolor de tipo cólico, aunque su entidad clínica varía desde ser completamente asintomática hasta sugerir una lesión maligna.

Se localiza habitualmente en la vesícula biliar aunque también puede hacerlo en distintas partes de la vía biliar extrahepática como en la ampolla de Vater como describiremos a continuación.

Caso clínico

Varón de 68 años que acude por intenso prurito que no responde a tratamiento de un mes de evolución. En analítica de sangre se aprecia colestasis con valores de GGT/FA 600/220 y BT 1,66, BD 1,17, Ca 19,9 normal. Se somete a realización de pruebas de imágenes apreciándose vía biliar extrahepática dilatada, por lo que se realiza ecoendoscopia para toma de PAAF con estudio de extensión, hepático (autoinmunidad y serología) y anatomopatológico negativo. Una semana después se le realiza una duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica y pancreatogastrostomía con resultado de adenomioma de la ampolla de vater.

Discusión

Las lesiones tumorales benignas de la ampolla de Vater constituyen una parte considerable de las lesiones ampulares que se diagnostican en la actualidad. Por sus características celulares se consideran benignos, y su malignidad viene determinada por la localización y clínica que provocan. Suelen presentarse en personas de edad media con ictericia de meses de evolución.

En ocasiones, son descubiertos como un hallazgo incidental en pruebas de imágenes. La analítica no es específica y la radiología proporciona generalmente resultados inciertos, siendo difícil de descartar malignidad por lo que suele ser necesario un estudio anatomopatológico para poder decidir así la actitud terapéutica.

Aunque se presenten de manera asintomática, lo correcto es el tratamiento quirúrgico según la localización del tumor, situación clínica del paciente y resultado de la biopsia.

Debido a su morbimortalidad, la duodenopancreatectomía cefálica debe reservarse, si es posible, para las lesiones malignas invasivas sin metástasis a distancia. Sin embargo, en la mayoría de los pocos casos publicados, este informe da un resultado incierto, lo que obliga a la realización de cirugía más o menos radical.

CP-165. PSEUDOANEURISMA DE LA VENA PORTA EN EL CONTEXTO DE PANCREATITIS AGUDA BILIAR

AMADO VILLANUEVA, PP; HALLOUCH TOUTOUH, S; BARRIENTOS DELGADO, A; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; MORENO MORALEDA, I; VEGA SÁENZ, JL

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

Los pseudoaneurismas son inusuales complicaciones vasculares de las pancreatitis crónicas (generalmente asociados a pseudoquistes), aunque se han descrito casos desarrollados durante pancreatitis aguda graves. Los pseudoaneurismas de tipo arterial son los más frecuentes, siendo la arteria esplénica la más comúnmente afectada.

Presentamos el caso clínico de un pseudoaneurisma portal autorresuelto de forma espontánea en el contexto de una pancreatitis aguda.

Caso clínico

Mujer de 38 años que presenta al ingreso dolor en hipocondrio derecho de dos semanas de evolución, con alivio parcial con analgesia convencional, asociado a febrícula. En el análisis de sangre se evidencia aumento de transaminasas (GOT 254, GPT 152). Se realiza ecografía de abdomen que evidencia colelitiasis y dilatación leve de colédoco sin evidenciar causa obstructiva. Se decidió ingreso en planta de hospitalización con diagnóstico de cólico biliar complicado.

A los cinco días de evolución, presenta intensificación del dolor abdominal asociado a náuseas, presentando en la analítica urgente valores de amilasa de 2.498, GOT 211 y GPT 423 diagnosticándose de pancreatitis aguda biliar. Se realizó TC de abdomen, confirmando el diagnóstico de pancreatitis aguda intersticial edematosa y como hallazgo casual se identifica pseudoaneurisma de la vena porta de unos 14 mm en cabeza pancreática (Figura 1).

Se decidió realizar angioTC de abdomen pasados nueve días, identificando foco hipodenso en la localización previa del pseudoaneurisma, sugestivo de trombosis del mismo (Figura 2). La evolución clínica de la paciente fue favorable, siendo derivada a consultas externas para su seguimiento y colecistectomía diferida.

Discusión

El desarrollo de pseudoaneurismas en pancreatitis aguda se explica por la erosión de las enzimas proteo y lipolíticas liberadas sobre los vasos circundantes. Dado que la mortalidad oscila entre el 15-50%, es necesario tenerlo presente en el diagnóstico. El tratamiento de elección es la embolización selectiva mediante arteriografía, aunque también hay que considerar la resección quirúrgica.

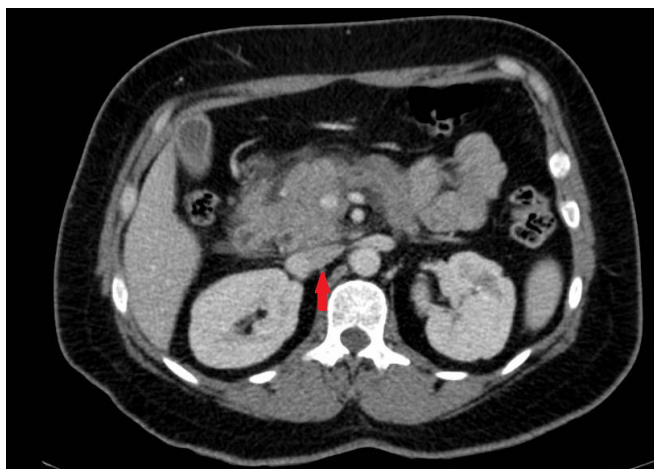


Figura 1 Tomografía de abdomen en fase arterial donde se observa el pseudoaneurisma de la vena porta.

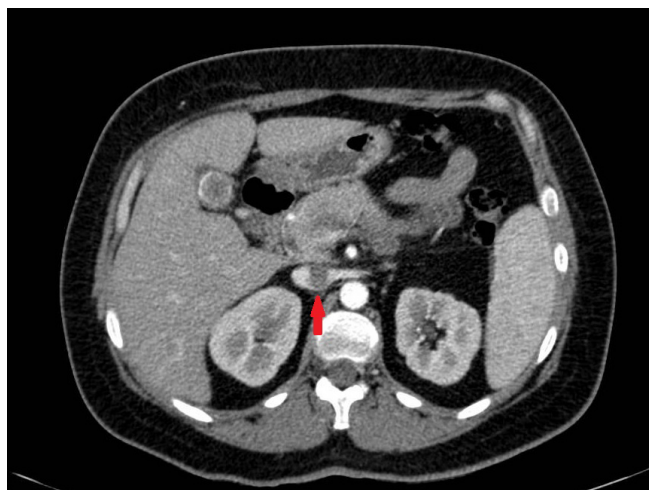


Figura 2 Tomografía de abdomen en fase arterial. En el lugar donde se veía el pseudoaneurisma, se aprecia un foco hipodenso lo que sugiere trombosis del mismo.

CP-166. ROTURA ESPLÉNICA ASOCIADA A PANCREATITIS CRÓNICA AGUDIZADA

PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; AMADO VILLANUEVA, PP; LÁZARO SÁEZ, M; LÓPEZ GONZÁLEZ, J; DELGADO MAROTO, A; HALLOUCH TOUTOUH, S; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

Las complicaciones vasculares derivadas de la pancreatitis aguda son poco frecuentes, entre ellas la rotura y el hematoma subcapsular esplénicos constituyen una rara complicación que obliga a una vigilancia estrecha en estos pacientes.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 65 años con antecedente personal de pancreatitis crónica de origen enólico que acude a urgencias hospitalarias por cuadro de dolor abdominal de dos días de evolución. A su llegada el paciente se halla hipotenso, taquicárdico, deshidratado y oligúrico así como con dolor abdominal epigástrico a la palpación. Se solicita análisis de sangre en el que destaca amilasa 848 U/L, bilirrubina total 0,29 mg/dL, proteína C reactiva 20 mg/dL y leucocitos 20.020/uL (neutrófilos 88%); y posteriormente se realiza ecografía y TC abdominal urgente que evidencian dilatación del conducto pancreático con múltiples calcificaciones groseras, y colecciones pancreáticas y perihepáticas así como caudales al cuerpo pancreático compatibles estas últimas con posibles quistes linfoepiteliales. Asimismo se halla gran colección periesplénica que rodea al bazo de 13x10 cm, en "capas de cebolla", heterogénea, sugerente de probable rotura esplénica espontánea, contenida, con hematoma periesplénico (Figuras 1 y 2). Posteriormente el paciente ingresa en unidad de cuidados intensivos donde precisa ventilación mecánica invasiva, fármacos vasoactivos, antibioterapia

y fluidoterapia intensiva. Tras estabilización del proceso agudo es trasladado a planta de Aparato Digestivo, donde el paciente evoluciona favorablemente de su proceso de pancreatitis crónica agudizada, con medidas conservadoras y sin precisar abordaje quirúrgico.

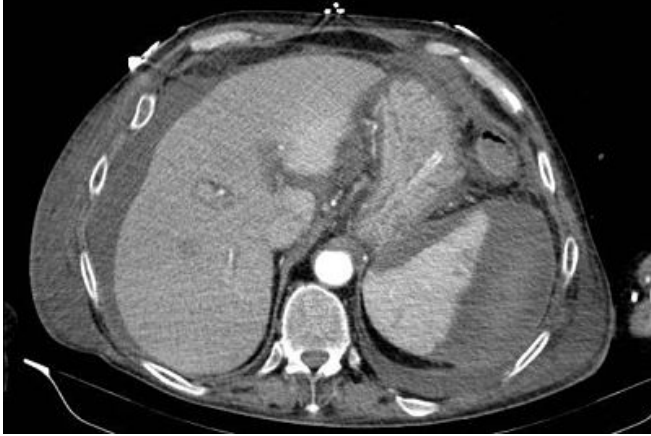


Figura 1



Figura 2

Discusión

Las complicaciones esplénicas de las pancreatitis incluyen hemorragias, abscesos, pseudoquistes intraesplénicos, infartos, roturas y lesiones vasculares; muchas de ellas diagnosticadas incidentalmente durante la evolución del cuadro a través de TC de abdomen. La etiopatogenia responsable de la rotura esplénica en las pancreatitis, si bien no es conocida, puede estar asociada a múltiples factores que incluyen la trombosis de la vena esplénica, las adherencias periesplénicas, los pseudosquistes pancreáticos, la inflamación del tejido pancreático ectópico en bazo o la liberación enzimática que tiene lugar durante el cuadro clínico. Aunque el tratamiento conservador de estas complicaciones esplénicas es una alternativa cuando el paciente permanece estable y su evolución es favorable, en un 12,5% de los casos puede requerir abordaje quirúrgico urgente y esplenectomía.

CP-167. SEPSIS, COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE TRAS ECOENDOSCOPIA Y PUNCIÓN DE LESIÓN PANCREÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

FLORES MORENO, H; PINTO GARCÍA, I; RICO CANO, A; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La ecoendoscopia (USE) y la ecoendoscopia con punción y aspiración con aguja fina (PAAF) son técnicas seguras, con una baja tasa de complicaciones (0,2-2%). Las complicaciones con mayor importancia son la perforación, pancreatitis aguda, hemorragia, infección, diseminación tumoral y las relacionadas con la sedación. La mayoría de casos, estas complicaciones se resuelven con tratamiento conservador, siendo la mortalidad global muy baja (1/10.000).

Caso clínico

Varón de 60 años, en estudio por Digestivo por tumoración quística que afecta a cabeza y cuerpo de páncreas. En RM pancreática se observa lesión quística uniloculada que ha crecido respecto a prueba de imagen previa, con probable diagnóstico de tumor mucinoso. Se decide realizar USE-PAAF de la lesión de forma programada sin incidencias, siendo alta con profilaxis antibiótica (ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas durante 5 días). Tras 24 horas, el paciente acude a urgencias con deterioro del estado general, desorientación, dolor abdominal de predominio en hemiabdomen superior y fiebre mayor de 38,5°. Se realiza analítica urgente que muestra elevación de reactantes de fase aguda, disfunción renal y elevación de lipasa pancreática 10 veces por encima del LSN. Se realiza tac de abdomen urgente que descarta perforación intestinal y muestra leve cantidad de líquido libre peripancreático y en pelvis (Figura 1). El hemocultivo extraído en urgencias es positivo para *Escherichia coli*. Inicialmente el paciente presenta evolución tórpida, sufriendo fallo multiorgánico que evoluciona de forma favorable con antibioterapia de amplio espectro y medidas de soporte adecuadas. Tras resolución del cuadro, el paciente fue intervenido quirúrgicamente con éxito, realizando una pancreatectomía cefálica con un postoperatorio favorable. El informe anatomopatológico demuestra una neoplasia quística masivamente necrosada con extensa denudación del epitelio compatible con neoplasia quística mucinosa con displasia moderada.

Discusión

Es de vital importancia conocer las posibles complicaciones que pueden surgir tras la realización de una USE-PAAF así como las comorbilidades del paciente, para poder realizar un diagnóstico precoz y realizar tratamiento adecuado. La incidencia de bacteriemia tras una USE diagnóstica es muy baja y prácticamente asintomática por lo que no está indicada la profilaxis antibiótica. Existe mayor riesgo de sepsis tras punción de quistes como mostramos en nuestro caso, por lo que la profilaxis antibiótica es recomendable tras su realización.

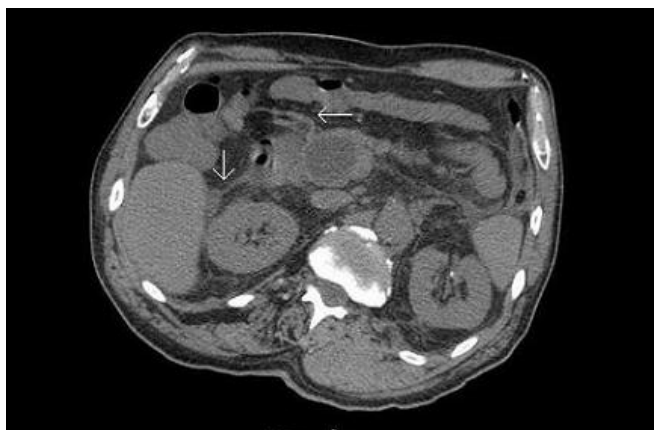


Figura 1

TC de abdomen que muestra muestra cantidad de líquido libre peripancreático.

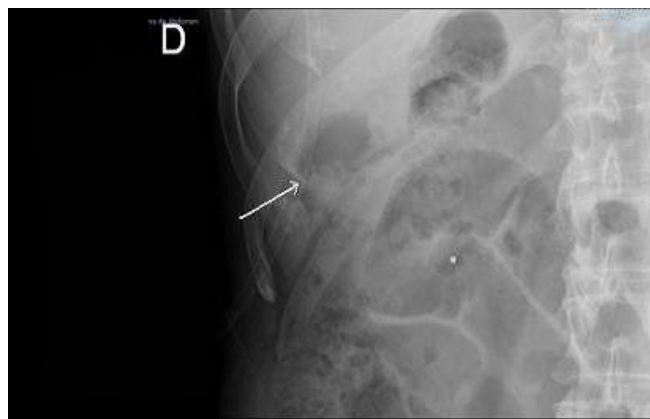


Figura 1

Radiografía simple de abdomen en la que se se puede intuir aire en vesícula.

CP-168. SIGNO DEL MERCEDES-BENZ. A PROPÓSITO DE UN CASO.

FLORES MORENO, H; RICO CANO, A; TENORIO GONZÁLEZ, E; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

Habitualmente los cálculos biliares puede ser de colesterol, de pigmentos (como el bilirrubinato de calcio) o mixtos como la gran mayoría, compuestos por 94% de colesterol, 3% de calcio y 1% de bilirrubina.

El signo del Mercedes-Benz consiste en la presencia de gas en los cálculos biliares que adquieren forma de estrellas de tres puntas (logotipo de Mercedes-Benz) y pueden ser visualizados tanto en radiografía simple como en tomografía computarizada (TC).

Caso clínico

Se trata de un varón de 58 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución de localización en epigastrio e hipocondrio derecho y refractario a analgesia habitual. En área de Urgencias se realiza analítica completa siendo normal y radiografía simple de abdomen (**Figura 1**) en la que se puede intuir aire en vesícula. Por refractariedad del dolor se realiza TC de abdomen mostrando la imagen característica del signo de Mercedes-Benz (**Figura 2**) por presencia de gas en los cálculos biliares, sin datos de complicación.

El paciente ingresa en planta de digestivo para completar estudio y para control del dolor mejorando con tratamiento sintomático. Una vez descartado otro origen de la clínica (gastroscoopia normal) y la presencia de coledocolitiasis mediante colangio-RMN, el paciente fue derivado a cirugía general para colecistectomía.



Figura 2

El TC de abdomen muestra la imagen característica del signo de "Mercedes-Benz" por presencia de gas en los cálculos biliares.

Discusión

Sólo el 20% de los paciente portadores de coledocolitiasis tienen cálculos radiopacos que puede visualizarse en radiografía simple, por lo que identificar la imagen de gas tiene gran importancia diagnóstica. Es importante conocer otras causas de gas intravesicular que tienen mayor repercusión clínica como la colecistitis enfisematosa y la aerobilia.

CP-169. TUMOR NEUROENDOCRINO METASTÁSICO SOBRE PANCREATITIS CRÓNICA

FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, E; RODRÍGUEZ-SICILIA, MJ; ABELLÁN ALFOCEA, P; ORTEGA-SUAZO, EJ; REDONDO-CEREZO, E

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

Introducción

Las neoplasias pancreáticas neuroendocrinas son tumores poco comunes del páncreas endocrino. Pueden secretar diversas hormonas como la insulina, la gastrina o el glucagón aunque la mayoría son no secretores. Clínicamente pueden dar el síndrome correspondiente a la hormona que segreguen o de ser no secretores producirán síntomas compresivos (dolor, ictericia, náuseas, etc.). Histológicamente se dividen en bien diferenciados (denominados tumores neuroendocrinos) o poco diferenciados (denominados carcinomas neuroendocrinos), según las características morfológicas y de bajo o alto grado en función de la tasa de proliferación celular.

Caso clínico

paciente de 51 años con antecedente de una trombosis portal de 6 años de evolución por mutación en el Factor XII con síndrome de hipertensión portal asociado y pancreatitis crónica diagnosticada en 2013 por RMN abdominal con seguimiento en otro centro. Dicha pancreatitis crónica había sido evaluada por última vez por RMN abdominal en junio de 2017. Se realizó USE en enero de 2017 que por la abundante colateralidad venosa solo logra identificar la cola pancreática.

Ingresa a cargo de Digestivo por ictericia a estudio con bilirrubina total de 27 mg/dl y síndrome constitucional en junio de 2018. Se solicita TAC que evidencia glándula pancreática difusamente aumentada de tamaño por neoplasia infiltrante pancreática con afectación vascular y con una metástasis única hepática de 2 cm, una dilatación de vía biliar desde su paso por cabeza pancreática y abundante colateralidad peripancreática. Se programa ecoendoscopia digestiva alta con realización de PAAF que es positiva para tumor neuroendocrino con índice de proliferación menor del 1%. Se intenta drenaje por CPRE que resulta infructuosa por lo que se solicita CPTH que es exitosa. Por último se solicita gammagrafía con octreótido y SPECT-TC abdominal que confirma la presencia masa pancreática con metástasis hepática con expresión de receptores de somatostatina.

Discusión

Presentamos un caso de tumor neuroendocrino con baja tasa de proliferación pero rápida progresión clínica. La presencia de una pancreatitis crónica y un síndrome de hipertensión portal con colaterales dificulta la evaluación del páncreas por técnicas de imagen. Al contrario de lo que ocurre con el adenocarcinoma de páncreas, la asociación de pancreatitis crónica con tumores neuroendocrinos del páncreas no está bien establecida y no se considera actualmente un factor de riesgo. Debido a la presencia de trombosis portal con colateralidad se decidió no tratar quirúrgicamente la metástasis única hepática que puede tratarse para control de síntomas y aumento de la supervivencia. El paciente inició tratamiento por parte de Oncología Médica con lanreótido por presentar un tumor con baja tasa de proliferación.



Figura 1

TAC abdominal: neoplasia neuroendocrina pancreática con afectación difusa de la glándula.



Figura 2

Gammagrafía: masa pancreática con afectación hepática metastásica en el segmento VIII, que muestra una expresión positiva de receptores de somatostatina.

CP-170. ANÁLOGOS DE LA SOMATOSTATINA COMO TRATAMIENTO DEL SANGRADO DIGESTIVO RECURRENTE POR MALFORMACIONES VASCULARES: A PROPÓSITO DE UN CASO

DIÉGUEZ CASTILLO, C; GUERRERO PUENTE, LN; SERRANO RUIZ, FJ; GUILARTE LÓPEZ-MAÑAS, J

SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA

Introducción

Las malformaciones vasculares del tracto gastrointestinal son una causa poco frecuente de hemorragia digestiva. En su manejo existen distintas alternativas médicas, endoscópicas, y quirúrgicas; estando entre ellas los análogos de la somatostatina (octreotide). No obstante, no se ha definido todavía el tratamiento ideal.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 95 años hipertenso, diabético, EPOC, con insuficiencia cardíaca e hipertensión pulmonar severa, insuficiencia renal crónica y fibrilación auricular no anticoagulada. Presenta historia previa de anemia crónica por pérdidas digestivas secundarias a angiodisplasias intestinales y ectasias vasculares múltiples gástricas, con necesidad de varios ingresos por HDA y rectorragia con tratamiento endoscópico incluido enteroscopia. Actualmente en seguimiento por Hematología con transfusiones periódicas y administración de hierro intravenoso. En los últimos 6 meses ha tenido un deterioro progresivo con aumento del requerimiento transfusional y ha ingresado en dos ocasiones por HDA precisando tratamiento endoscópico con argón.

Acude a urgencias por cuadro de hematemesis con cuadro presincoanal asociado. A su llegada se encuentra hipotenso presentando buena respuesta a fluidoterapia. En la analítica se objetiva Hb 4,5 g/dL con cifras previas de 7,3 antes de transfundir 3 concentrados de hematíes en Hematología 2 semanas antes. Tras estabilizar al paciente e iniciar transfusión, se procede a endoscopia precoz con terapéutica con argón (Figura 1). La evolución posterior en planta de hospitalización es favorable. Teniendo en cuenta la evolución y características del paciente se consensua tratamiento con octreotide solicitando su uso compasivo. Previamente al alta, se inicia octeotride 100 µg subcutáneo cada 8 horas que mantendrá durante un mes y se programa a los 15 días de iniciarlo la primera dosis de octeotride LAR 20 mg intramuscular, siendo el tratamiento de mantenimiento con carácter mensual (Figura 2).

Al acudir a revisión a los 2 meses de iniciar tratamiento, el paciente no ha vuelto a presentar sangrado digestivo manifiesto ni ha acudido a urgencias, no ha precisado ninguna transfusión sanguínea y mantiene cifras de hemoglobina >8 g/dL. Como único efecto adverso refiere discreta elevación de las glucemias con ajuste de insulino terapia.

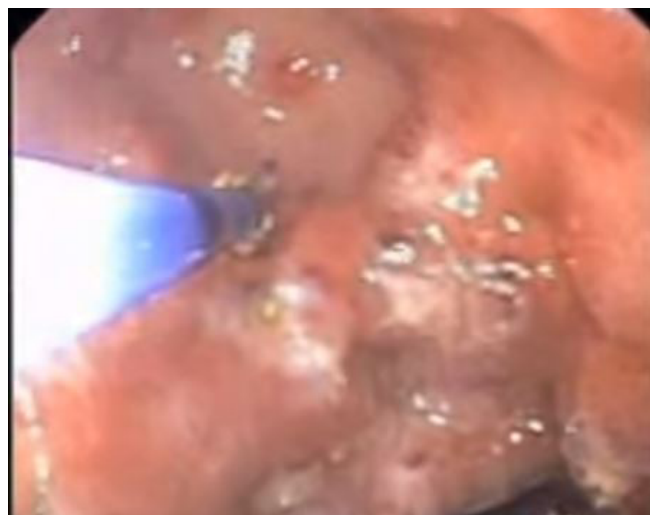


Figura 1

Endoscopia digestiva alta precoz (primeras 24 horas).

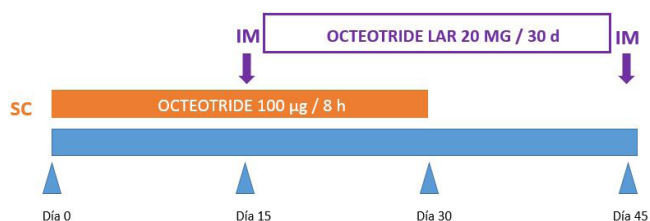


Figura 2

Esquema terapéutico octeotride subcutáneo (SC) e intramuscular (IM).

Discusión

Los análogos de la somatostatina (octreotide) se plantean como una alternativa terapéutica segura y eficaz, permitiendo mejorar la calidad de vida y limitar el consumo de recursos. Son de especial elección en aquellos pacientes de edad avanzada, con comorbilidades y no subsidiarios de procedimientos invasivos como el tratamiento endoscópico o quirúrgico.

CP-171. ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA DEL BIOFEEDBACK DE DEFECACIÓN EN LA DISINERGI A DEFECATORIA

PÉREZ AISA, APA; CHAVES ELENA, ACE; LOZANO LANAGRAN, MLL; TELLADO, ST; ROSON, PR

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN, MÁLAGA

Introducción

El biofeedback de defecación (BFB-D) es el tratamiento de elección en la disiner gi a defecatoria (DD). En los estudios randomizados y controlados en centros terciarios superespecializados se estiman

tasas de respuesta del 70-80%. La experiencia en el ámbito privado evaluando sus resultados y si existe algún factor predictor es limitada.

Evaluar la respuesta clínica y los factores predictivos de respuesta en los pacientes con DD sometidos a tratamiento con BFB-D en un ámbito privado

Material y métodos

Estudio retrospectivo seleccionando de la base de datos de la Unidad de Motilidad de Hospital Quirón Málaga los pacientes con DD sometidos a tratamiento con BFB de forma completa durante los últimos 18 meses. Se recogen variables clínicas, de financiación, manométricas, número de sesiones, cumplimiento y resultado final clínico.

En cuanto a la técnica, es realizada en la sala de Motilidad por facultativo y enfermera utilizando sonda de cuatro canales con balón para medición de presiones y sistema de registro visual para mostrar al paciente la forma correcta de realizar la maniobra de relajación del esfínter anal externo, mejorar la contracción abdominal y entender la finalidad del tratamiento. Se realizan sesiones con parámetros estándar cada 2-3 semanas.

Resultados

Analizamos 28 pacientes remitidos por DD y que han completado el tratamiento con BFB-D. El 87% eran mujeres (25/28) y sólo tres eran hombres (13%). La mediana de edad 59 años (9-70). La mediana de tiempo de evolución fue de 8 años (1-40).

La frecuencia defecatoria semanal era de 2 dep/espontáneas semanales con dificultad defecatoria autorreferida en el 95%. El 60,9% presentaban sensibilidad rectal disminuida y un test expulsivo no superado. En el 74% de los pacientes el tratamiento fue financiado por su compañía y un 26% eran privados. El 91,3% acudió de forma adecuada a las sesiones propuestas.

Se realizaron una mediana de tres sesiones de tratamiento por paciente (1-9). Siendo la contracción paradójica y la ausencia de relajación la disfunción más frecuente. Se consiguió éxito con mejoría clínica del 85,8% (24/28), 14,2% (4/28) abandonaron el tratamiento o fracasó.

La respuesta al tratamiento no guarda relación con la edad, nivel cultural, tipo de financiación, obesidad, patología previa, años de evolución o características manométricas, tan sólo el cumplimiento en la asistencia a las sesiones fue significativo con $p < 0,040$.

Conclusiones

En nuestra serie, en un ámbito privado, el BFB de defecación resulta eficaz en el 85,8% de los pacientes con disinergia defecatoria con una mediana de tres sesiones por paciente con un cumplimiento del 91,3% del trabajo marcado siendo este el factor determinante del éxito terapéutico sin influir otros factores ni clínicos ni de formación, ni de financiación.

CP-172. ANEMIA Y ESPLENOMEGALIA EN PACIENTE MUJER

TORRICO LAGUNA, AM; GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; CAUNEDO ÁLVAREZ, A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La esferocitosis hereditaria es una entidad clínica frecuente pero de difícil diagnóstico inicial dado que cursa de forma asintomática a en la mayoría de pacientes, siendo su diagnóstico fundamentalmente basado en el estudio de la serie roja ante una anemia crónica de perfil hemolítico, frecuentemente asociado a ictericia indolora y esplenomegalia, lo que lleva en numerosas ocasiones al diagnóstico diferencial con otras entidades como el linfoma, la esquistosomiasis o entidades que cursen con hipertensión portal.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente mujer de 37 años con antecedentes de cáncer colorrectal en dos hermanos, que es valorada en consultas de aparato digestivo por discreta anemia normocítica y leve hiperbilirrubinemia indirecta, siendo el resto del hemograma y la bioquímica general y hepática normales. La paciente no presentaba sintomatología digestiva alguna de alarma. Se solicita gastroscopia y colonoscopia, sin hallazgos significativos, y ecografía abdominal, que mostraba marcada esplenomegalia (188 cm), sin signos de hipertensión portal ni cirrosis.

La serología de virus hepatotropos, así como la determinación de leishmaniasis son negativas. Se solicita frotis de sangre periférica, en el que se evidencia presencia de esferocitos y signos de hemólisis crónica, siendo el resto de las series normales, así como también la citometría de flujo.

Discusión

La esferocitosis hereditaria es una patología de herencia autosómica dominante, caracterizada por la alteración de la membrana de los hematíes, lo que conlleva a una alteración morfológica y provocando un fenómeno de hemólisis por eliminación esplénica y, en determinados casos, hepática. Este fenómeno ocasiona la aparición de datos analíticos de anemia normocítica e hiperbilirrubinemia indirecta por fenómeno hemolítico, así como la aparición de esplenomegalia y, en ocasiones, hepatomegalia.

Es una patología que cursa asintomática en la mayoría de los casos, siendo su diagnóstico basado en el análisis de la serie roja, tanto cuantitativo como morfológico, debiendo sospecharse ante una anemia con datos de hemólisis y asociación con esplenomegalia por hiperesplenismo. La citometría de flujo y sobre todo, la exclusión de otras causas de esplenomegalia, fundamentalmente mediante ecografía abdominal y despistaje de fenómeno de hipertensión portal y neoplasias permite su diagnóstico.

El tratamiento se basa fundamentalmente en la realización de esplenectomía en pacientes con anemia con requerimientos transfusionales de repetición, dado que ha sido la única terapéutica eficaz que ha demostrado aumento de la supervivencia y mejoría de la calidad de vida en pacientes sintomáticos, optándose por el seguimiento en pacientes que no presentan anemia significativa.

CP-173. COMPARACIÓN DE DOS POSOLOGÍAS EN LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI CON CUÁDRUPLE TERAPIA CON BISMUTO EN NUESTRO MEDIO (PYLERA®)

MORENO MÁRQUEZ, C; VALDÉS DELGADO, T; GÓMEZ RODRÍGUEZ, B; ARGÜELLES ARIAS, F; GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; CAUNEDO ÁLVAREZ, A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Recientemente se ha comprobado la eficacia de la cuádruple terapia con bismuto (Pylera®) en nuestro medio. La toma de los antibióticos por ficha técnica está recomendada asociada a las comidas; con una posología, poco adaptada a la dieta mediterránea y que podría dificultar la toma de algunas de las dosis.

Nos propusimos comparar la eficacia, cumplimiento y tolerancia del régimen erradicador, según un esquema posológico según "ficha técnica" (3 comprimidos cada 6 horas tras las comidas) comparada y otro esquema de tomas tipo "mediterránea" (4 comprimidos cada 8 horas tras las comidas) de Pylera® junto con un inhibidor de la bomba de protones (dos veces al día), durante 10 días.

Material y métodos

Se trata de un estudio prospectivo y observacional, incluyendo aquellos pacientes que han seguido erradicación con cuádruple terapia con bismuto (Pylera®), desde febrero de 2016 a febrero de 2018. Se han analizado en ambos grupos de posologías: la eficacia, el cumplimiento y la tolerancia al tratamiento (frecuencia y severidad de efectos secundarios).

Se estableció una escala para valorar la tolerancia al tratamiento:

- Buena: sin efectos secundarios.
- Regular: síntomas leves a moderados (no suspendieron la terapia).
- Mala: síntomas moderados o severos con discontinuación del tratamiento.

Resultados

Se incluyeron 195 pacientes con una edad media de 50 años (18-84 años). El 65% fueron mujeres. La eficacia erradicadora global de la terapia fue del 94,4% de los casos (n=184/195). Del total de

pacientes, el 18% (34/195) realizó posología "mediterránea" y el 82% (161/195) siguió la posología según "ficha". El grupo tomas según esquema de posología "mediterránea" fue mejor tolerada. En la **Tabla 1** se recogen las diferencias entre ambos grupos.

Un 30% del total de pacientes presentaron efectos adversos. El grupo posología "mediterránea" tuvo menos efectos secundarios que el grupo de esquema de tomas según "ficha técnica" (**Tabla 2**).

TABLA 1	Posología "ficha técnica"	Posología "mediterránea"	P
Eficacia Erradicadora	93,2%	100%	P=0,21
Cumplimiento completo	97,5%	100%	P=1,0
Buena Tolerancia	90,1%	100%	P=0,04
Regular Tolerancia	6,8%	0,0%	
Mala Tolerancia	3,1%	0,0%	

Tabla 1

Comparación de la eficacia y tolerancia de posología según ficha técnica frente a la posología mediterránea.

TABLA 2	Eventos adversos	Posología "ficha técnica"	Posología "tipo mediterránea"	p
CANTIDAD	Ninguno	67,7% (28/45)	76,5%	p=0,02
	Un evento adverso	32,3%	23,5%	
	Al menos 2 eventos adversos	30,9%	15,7%	
TIPO	Nauseas	8,8%	5,9%	p=0,676
	Diarrea	7,5%	2,9%	
	Astenia	5,7%	8,8%	
	Heces oscuras	3,1%	2,9%	
	Epigastralgia	2,5%	0,0%	
	Vómitos	1,3%	0,0%	
	Disgeusia	1,3%	0,0%	
	Cefalea	0,6%	2,9%	
	Dispepsia	0,6%	0,0%	
SEVERIDAD	Leve	87,8%	100%	p=0,382
	Moderado	6,1%	0,0%	
	Intenso	6,1%	0,0%	

Tabla 2

Se detectaron menos eventos adversos con la terapia mediterránea, siendo la diferencia estadísticamente significativa. Ni el tipo ni la gravedad de los mismos alcanzaron la significación estadística.

Conclusiones

Según nuestros resultados, la posología usando cuatro comprimidos de Pylera® tras las tres comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) junto al inhibidor de la bomba de protones, tiene mejor tolerancia que usar tres comprimidos cada 8 horas; con similares tasas de eficacia y cumplimiento completo, que el esquema convencional con tres comprimidos cada 6 horas.

CP-174. COMPLICACIÓN DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE

VADILLO CALLES, F; LOPEZ TOBARUELA, JM; VICENTE GUTIÉRREZ, MM; LIBRERO JIMÉNEZ, M; ABELLAN ALFOCEA, P; REDONDO CEREZO, E

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

Introducción

La infección por *Helicobacter pylori* (HP) provoca una inflamación de la mucosa gástrica, que puede resultar en una atrofia y metaplasia intestinal. Se asocia con un aumento del riesgo de aproximadamente seis veces de adenocarcinoma gástrico, incluidos el de tipo intestinal y difuso, aunque solo una pequeña proporción de individuos infectados por HP desarrollan cáncer.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 38 años con antecedentes personales de inmunodeficiencia común variable (ICV) e infección por HP hace tres años con comprobación posterior de erradicación, que refiere cuadro constitucional con pérdida de unos 4-5 Kg de peso en el último mes. Refiere a su vez epigastralgia, náuseas y vómitos, dispepsia e hiporexia. Se le prescribió nuevo tratamiento erradicador de manera empírica hace un mes sin mejoría. Desde hace un día presenta fiebre de hasta 39°C junto con malestar general, motivo por el cual acude a Urgencias.

En la exploración física no se aprecia ningún signo de alarma, se mantiene hemodinámicamente estable y con estado general conservado. Se realiza analítica urgente, electrocardiograma y radiografía de tórax sin encontrar datos de interés patológico. Es valorado por medicina interna quien recomienda alta con tratamiento sintomático y solicitar endoscopia digestiva alta (EDA) de manera preferente.

Se realiza EDA apreciándose un estómago de retención, una estenosis desde cuerpo distal hasta antro y píloro, con mucosa intensamente eritematosa, de la que se toman múltiples biopsias, con el diagnóstico de presunción de linitis plástica. Se decide realización de TAC toraco-abdominal y ecoendoscopia.

Ecoendoscopia

Neoplasia gástrica en estadio T3, N2, Mx. TAC toraco-abdominal: destaca la presencia de adenopatías mediastínicas, esplenomegalia, engrosamiento circunferencial del antro gástrico con varios ganglios a su alrededor, todo ello sugerente de neoplasia de antro gástrico con posible metástasis ganglionares y mediastínicas.

El resultado de la anatomía patológica no es concluyente por lo que se vuelve a citar al paciente para macrobiopsia, actualmente en espera de dichos resultados para plantear tratamiento.

Discusión

La ICV es un tipo de inmunodeficiencia primaria caracterizada por una diferenciación deficiente de células B con producción defectuosa de gammaglobulina. Supone un aumento del riesgo de cáncer gástrico, en probable relación con el aumento de la frecuencia de infección por HP, ya que en estos pacientes se asoció significativamente con gastritis atrófica multifocal, a su vez asociada con carcinoma gástrico. Se necesitan más estudios para determinar si estaría indicada la realización de un screening de HP en estos pacientes, aún asintomáticos.

CP-175. CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE MANOMETRÍA, TRÁNSITO BARITADO Y ENDOSCOPIA PARA LA HERNIA DE HIATO POR DESLIZAMIENTO

LLAMAS BELLIDO, I; ESTÉVEZ ESCOBAR, M

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

Introducción

La hernia de hiato es una condición anatómica definida por el paso de vísceras abdominales hacia el tórax a través del hiato esofágico. Se subdivide en distintos tipos siendo el más frecuente (hasta el 90% de casos) el tipo 1 o por deslizamiento (HHD) donde el esófago distal, cardias y estómago pasan al mediastino posterior. Se origina por ensanchamiento hiatal con laxitud de la membrana freno-esofágica causando así desplazamiento de la unión esofagogástrica por encima del diafragma. Están asociadas a mayor exposición ácida y mayor gravedad de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Su diagnóstico es complejo y controvertido utilizándose distintas herramientas con limitaciones asociadas. El objetivo de nuestro estudio es comparar el valor (precisión) diagnóstico de la endoscopia, tránsito baritado (TB) y manometría esofágica así como su correlación para diagnóstico de HHD.

Material y métodos

Se realiza un estudio retrospectivo de los últimos 9 años de los pacientes sometidos a manometría convencional por distintos motivos en nuestro centro. Se comparan los resultados con los hallazgos endoscópicos y radiológicos (en aquellos pacientes que tengan TB) atendiendo a los diagnósticos de: HHD en los 3 métodos, Incompetencia cardial en endoscopia (IC) e Hipotonía de EEI (HEEI) en Manometría. Se midió la correlación diagnóstica entre Manometría y Gastroscopia, y posteriormente entre los 3 métodos en el subgrupo de pacientes que tenían TB.

Resultados

Se analizaron las manometrías de 489 pacientes (213H/276M), y la gastroscopia más cercana en el tiempo en cada cual. De éstos, 161 tenían realizado TB. El índice de concordancia Manometría/Gastroscopia para HHD fue del 72,6% (k=0,374). De los 50 pacientes con IC sin HHD informada en gastroscopia, el 40% y el 10% presentaron HEEI y HHD en Manometría, respectivamente.

Cuando se compararon ambas técnicas con el estudio radiológico en el subgrupo de pacientes con éste realizado (n=166), el índice de concordancia diagnóstica para el diagnóstico de HHD fue de 72,7% para gastroscopia (k=0,378) y de 76,4% para Manometría (k=0,379).

Conclusiones

La concordancia para establecer el diagnóstico de HHD entre manometría y gastroscopia es solo aceptable, tanto entre sí como comparadas con TB, lo que indica una dificultad para el diagnóstico y la probable necesidad de combinar técnicas diagnósticas para éste.

CP-176. DILATACIÓN GÁSTRICA AGUDA: EXPRESIÓN DEL SÍNDROME DE WILKIE O DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR

TENORIO GONZÁLEZ, E; BERLANGA CAÑETE, S; RICO CANO, A; PALOMINO LUQUE, P; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

El síndrome de Wilkie o de pinza aortomesentérica es una causa inusual de oclusión intestinal alta, que se caracteriza por la compresión del duodeno a nivel de su tercera porción, secundaria a un estrechamiento del espacio entre la arteria mesentérica superior y la aorta (con distancia entre ambas igual o menor a 8 mm, siendo lo habitual entre 13 mm y 34 mm), por fijación alta del duodeno por ligamento de Treitz o variantes anatómicas de la arteria mesentérica superior.

Se han descrito múltiples factores de riesgo para esta patología, siendo el más frecuente la disminución de grasa mesentérica situada como cojinete entre la aorta y la salida de la arteria mesentérica superior, condicionando una reducción del ángulo formado entre ambas (menor a 25°, siendo normal entre 38° y 65°), y a través del cual discurre el asa duodenal, que queda "pinzada" con la consiguiente expresión clínica: dolor epigástrico postprandial, saciedad precoz, náuseas, vómitos, pirosis, ingurgitación y pérdida de peso; algunas posturas pueden aliviar la sintomatología (prono, decúbito lateral izquierdo), al liberar la compresión duodenal.

Otros factores relacionados son la infección VIH, neoplasias, diabetes, cirugía ortopédica para escoliosis, bariátrica o vascular, así como la pérdida súbita de peso (cabría destacar los trastornos de la conducta alimenticia tipo anorexia nerviosa).

La exploración física puede traducir distensión abdominal, dolor difuso y peristaltismo alterado. En cuanto a los hallazgos analíticos son habituales alteraciones hidroelectrolíticas secundarias a deshidratación severa.

Diversos estudios de imagen son útiles para el diagnóstico. El manejo puede ser desde conservador, hasta precisar cirugía, en función del tiempo de evolución y las comorbilidades del paciente.

Caso clínico

Mujer de 20 años, sin AP médicos ni quirúrgicos de interés, que acude a Urgencias por hiperemesis incoercible pese a varias líneas de antieméticos. Dada su refractariedad se realizan pruebas complementarias observándose tanto en radiografía como ecografía gran dilatación gástrica. Se ingresa y se realiza gastroscopia precoz, con abundante contenido bilioso en cavidad gástrica pese a débito por SNG de hasta 3L en <24 horas. Se progresa con el endoscopio y se observa fruncimiento de pliegues a nivel de paso a tercera porción duodenal con sensación de compresión extrínseca. Se realiza posteriormente TAC que evidencia una reducción del espacio aortomesentérico como desencadenante del cuadro.

Tras 24 horas con descompresión por sonda, procinéticos y reposición hidroelectrolítica la paciente recuperó tolerancia oral hasta mantenerse asintomática.

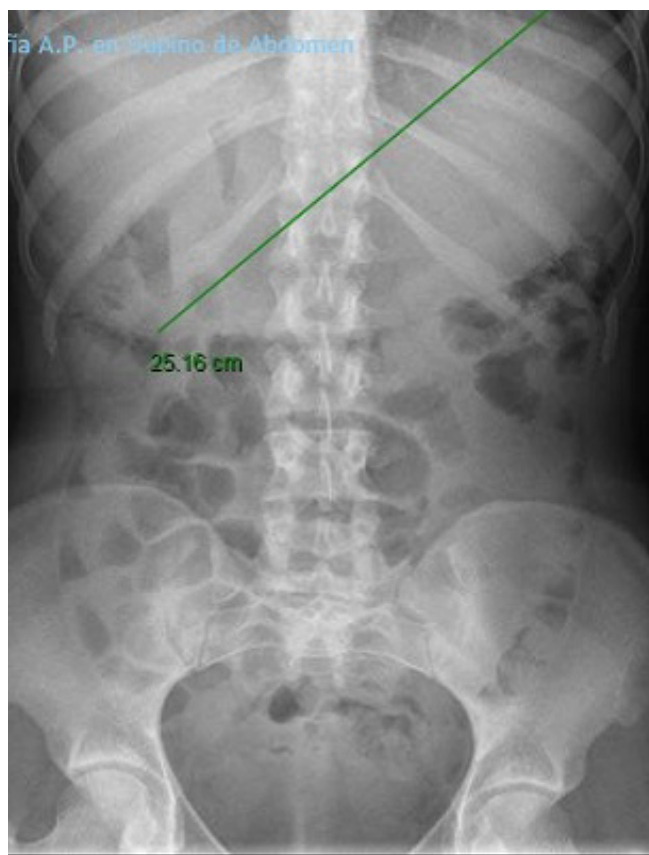


Figura 1 Dilatación gástrica. Visualizada en Rx tórax.



Figura 2 Pinza aortomesentérica. Imagen diagnóstica en TAC.

Discusión

El diagnóstico tardío puede llevar a complicaciones fatales; el tratamiento inicial suele ser estar dirigido a aliviar los síntomas mediante la hidratación intravenosa y colocación de una sonda nasogástrica descompresiva para evitar isquemia gástrica que desencadene perforación y/o infección abdominal.

En ocasiones, cuando no se consigue aliviar el cuadro clínico durante los primeros días es necesario un tratamiento quirúrgico siendo de elección la duodenoyeyunostomía laparoscópica.

CP-177. DISFAGIA COMO MANIFESTACIÓN DE UN SÍNDROME PARANEOPLÁSICO

ABELLÁN ALFOCEA, P; VADILLO CALLES, F; RUIZ CABELLO, M; FERNÁNDEZ CANO, C; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, E; REDONDO CEREZO, E

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

Introducción

La dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria que afecta a la piel y el músculo, su incidencia es de 2 por cada 100.000 habitantes, más frecuente en mujeres y presenta dos picos de incidencia en la primera y quinta década.

La asociación entre malignidad y dermatomiositis ha sido respaldada por numerosos estudios. El riesgo de neoplasias en estos pacientes es hasta 5-6 veces superior a la población general. Los tumores más comunes son cáncer de mama, pulmón, ovario, estómago y linfoma no Hodgkin.

La disfagia está presente en aproximadamente el 15% de los pacientes y ocurre debido a una afectación de los músculos estriados de la faringe y la parte superior del esófago, que predispone al paciente a la neumonía por aspiración, una de las principales causas de muerte.

El diagnóstico se basa en la clínica junto con pruebas complementarias como anticuerpos, electromiografía y biopsia. El tratamiento de elección son los corticoides e inmunosupresores.

Caso clínico

Mujer de 48 años remitida desde consultas de medicina interna para valoración de disfagia. La paciente fue diagnosticada en el pasado año de un carcinoma ductal infiltrante N1 M0, en tratamiento con quimioterapia. Unos meses después comienza con clínica de debilidad muscular, lesiones cutáneas y disfagia a sólidos y líquidos al inicio de la deglución. Los hallazgos de laboratorio destacan Ac anti EJ+ y acude para realización de manometría esofágica de alta resolución. En esta destaca una hipomotilidad del tercio esofágico superior, con integral contráctil media distal normal pero presentando hasta el 40% de las ondas una integral contráctil disminuida. La paciente es diagnosticada de dermatomiositis

paraneoplásica e inicia tratamiento con Prednisona presentando mejoría de la disfagia y debilidad.

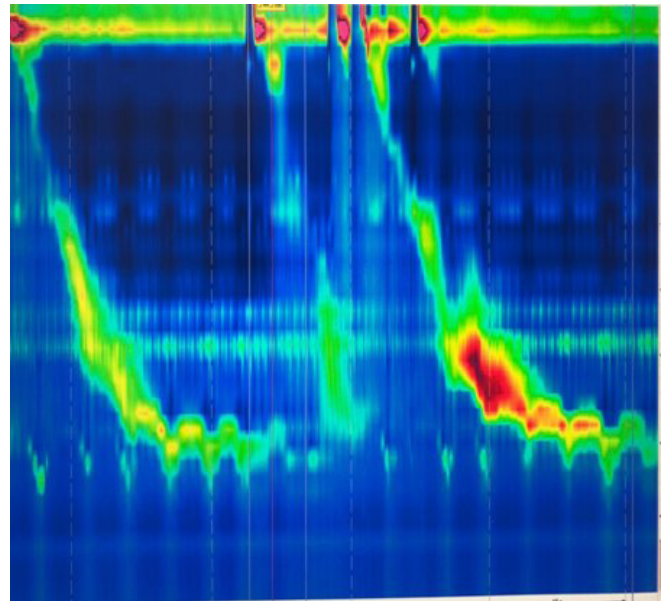


Figura 1

Hipomotilidad en tercio esofágico superior en manometría de alta resolución.

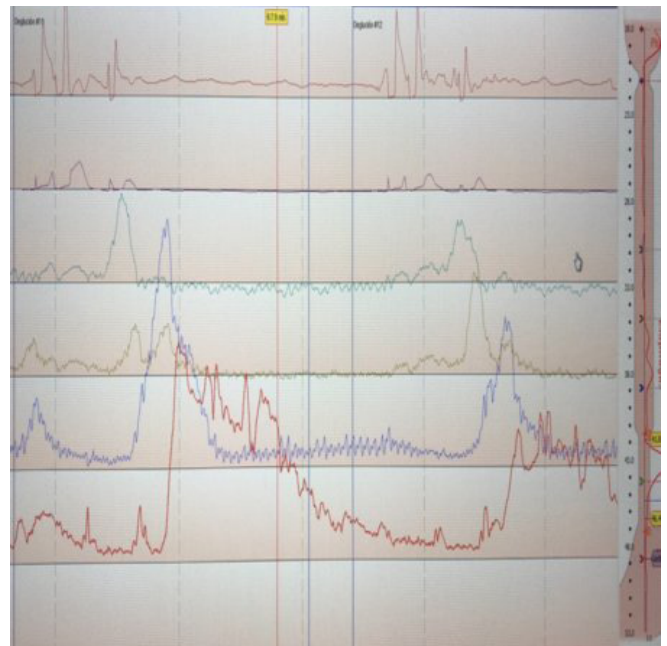


Figura 2

Hipomotilidad en tercio esofágico superior en manometría convencional.

Discusión

Son pocos los casos publicados de disfagia orofaríngea asociada a dermatomiositis. La importancia radica en que el cáncer puede ser diagnosticado antes, simultáneamente o después de la enfermedad inflamatoria. Algunos estudios indican que cuando

aparecen los síntomas neuromusculares, el cáncer se identifica en aproximadamente el 15% de los pacientes y el riesgo de malignidad es máximo en los primeros dos años después del diagnóstico, por lo tanto la vigilancia del tumor activo se debe realizar durante este período. Destacamos el papel de la manometría en el estudio de disfagia cuya causa no haya podido ser establecida por estudios endoscópicos, y es de importancia relacionar los resultados con el contexto clínico del paciente para llegar al diagnóstico certero.

CP-178. DISFAGIA POR COMPRESIÓN EXTRÍNSECA SOBRE ESÓFAGO SUPERIOR POR DIVERTÍCULO DE ZENKER GIGANTE

GONZÁLEZ AMORES, Y; PRIETO GARCÍA, JL; SERRANO ROMERO, M

CONSULTA APARATO DIGESTIVO. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR, ALGECIRAS

Introducción

El divertículo de Zenker es una causa infrecuente de disfagia en el adulto, hay que sospecharla cuando ésta es alta. Sólo dos de cada 100.000/habitantes/año debutan con una disfagia producida por divertículo de Zenker. Se desconoce el motivo, pero es más frecuente en varones mayores, en torno a la sexta-octava década de la vida.

Caso clínico

Paciente varón de 57 años que acude a consulta por clínica de disfagia a sólidos y líquidos de carácter propulsivo a nivel esofágico superior y pérdida de peso no cuantificada pero sí evidente en el plazo de un año. Se solicita una gastroscopia preferente por la pérdida de peso asociada.

Gastroscopia: se pasa por esfínter esofágico superior sin dificultad encontrándose inmediatamente el endoscopio en una estructura en fondo de saco, con mucosa macroscópicamente normal, con un orificio puntiforme en un extremo que sugiere la continuación de la luz esofágica. No seguimos para evitar iatrogenia.

Se completa el estudio con tránsito esofagogastroduodenal: Divertículo de Zenker de boca ancha de unos 2 cm de diámetro, de 8x5x4 cm. Comprime significativamente esófago pero no impide el paso de la papilla (Figura 1).

Discusión

El divertículo de Zenker es una patología poco frecuente o infradiagnosticada cuando los síntomas son leves. El paciente puede referir halitosis, regurgitación alimentaria a cavidad oral o pérdida de peso, entre otros.

En este caso llama la atención el impresionante tamaño adquirido por el divertículo. Es difícil explicar cómo un divertículo de tal tamaño no ocasionó síntomas previamente. El amplio orificio del divertículo pudo facilitar que éste evacuara bien su contenido hacia

esófago, evitando sí la regurgitación típica y la halitosis, apareciendo disfagia sólo cuando el divertículo fue lo suficientemente grande para provocar compresión extrínseca sobre esófago superior, como orienta los resultados de la prueba baritada.



Figura 1

Divertículo de Zenker de 8 cm de diámetro que comprime esófago superior desde su pared posterior, enlenteciendo el paso del contraste aunque no impidiéndolo.

CP-179. DISFAGIA PROGRESIVA, NO TODO SON TRASTORNOS MOTORES

SAN JUAN LÓPEZ, C; ANGUITA MONTES, F; MORENO MORALED A, I; DELGADO MAROTO, A; AMADO VILLANUEVA, PP; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El leiomioma es el tumor benigno más común hallado en el esófago, representando el 10% de todos los leiomiomas gastrointestinales. El diagnóstico diferencial preoperatorio entre ellos es fundamental

pues su abordaje terapéutico es muy diferente. Así, para el leiomioma es suficiente con la enucleación extramucosa.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 42 años ex-fumador desde hace varios años que ingresa por cuadro de dos semanas de evolución de disfagia progresiva a sólidos y posteriormente también a líquidos junto con pérdida ponderal en último mes.

Se le realiza gastroscopia observándose en esófago distal una lesión polipoidea grande de crecimiento excéntrico, con una zona ulcerada adyacente, muy friable al roce que obstruye por completo la luz (**Figura 1**). Se realiza Ecoendoscopia para confirmar la sospecha diagnóstica y estadaje de posible neoplasia donde se comprueba la existencia de dicha masa esofágica y la presencia de adenopatías mediastínicas que también se visualizan en el TAC toraco-abdominal realizado como parte del estudio de extensión. No se realiza biopsias de la masa debido al elevado riesgo de hemorragia u otra complicación.

Dado que el paciente se encontraba muy sintomático, y tras plantear el caso en el Comité Oncológico, se decidió intervención quirúrgica preferente para exéresis de la tumoración esofágica mediante esofagectomía parcial. Se realizaron biopsias intraoperatorias de la masa y posterior estudio anatomopatológico de la misma con inmunohistoquímica que confirmaron el diagnóstico de Leiomioma esofágico con componente mixoide.

El paciente presentó como complicación postoperatoria una fuga de la sutura esofágica que precisó reintervención quirúrgica para refuerzo de la sutura y realización de yeyunostomía de alimentación. En el seguimiento posterior la evolución del paciente es satisfactoria tanto clínica como radiológicamente

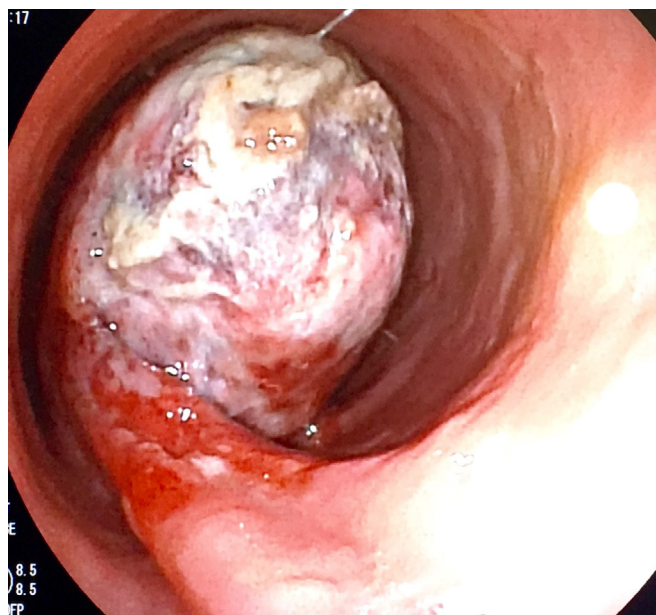


Figura 1
Gastroscopia.

Discusión

El leiomioma es el tumor benigno esofágico más común y se presenta más frecuentemente en hombres entre los 30 y 50 años. Los pacientes suelen estar asintomáticos ya que son tumores con crecimiento lento, ubicados en el tercio medio y distal esofágico, que no llegan a comprometer toda la luz esofágica.

El tratamiento de estos tumores es controvertido. Se puede realizar seguimiento radiológico anual en los leiomiomas asintomáticos o de pequeño tamaño, mientras que se reserva la cirugía para tumores sintomáticos, >5 cm, cuando hay ulceración de la mucosa ó cuando existen dudas diagnósticas. El planteamiento quirúrgico varía en función del tamaño, localización y morfología del tumor; siendo la enucleación extramucosa el tratamiento de elección; aunque en un 10% de los casos se requiere una esofagectomía.

CP-180. DOLOR ABDOMINAL DE REPETICIÓN EN ADOLESCENTE COMO PRIMER SÍNTOMA DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH

RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; DÍAZ ALCÁZAR, MM; ROA COLOMO, A; DIÉGUEZ CASTILLO, C; GARCÍA MÁRQUEZ, J; VIDAL VÍLCHEZ, B; RUIZ ESCOLANO, E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La púrpura de Schönlein-Henoch o vasculitis Ig A es la vasculitis más frecuente en niños. Se caracteriza por una erupción cutánea de aspecto violáceo que aparece típicamente en la parte inferior de las piernas y los glúteos. Otra manifestación clínica puede ser dolor abdominal o articular (40-50%). En ínfimas ocasiones puede presentarse un daño renal grave (1%).

Caso clínico

Paciente de 16 años que acude a Urgencias de forma repetida en una semana por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo de 8 días de evolución junto con diarrea con deposiciones verdosas y lumbalgia de 7 días de evolución.

En la exploración física destaca rash palpable en miembros inferiores y superiores y en zona dorsal, de características purpúricas. Analíticamente destaca una proteína C reactiva de 25 mg/L y 36.000 leucocitos (83,1% polimorfonucleares). Sin alteración de la coagulación y función renal dentro de la normalidad. Sin hematuria macro ni microscópica. Serologías de bacterias y virus negativas. Coprocultivo y estudio de parásitos en heces negativo. Inmunoglobulina A sérica normal. Se realiza biopsia incisional de las lesiones purpúricas de miembros inferiores apreciando infiltrado leucocitoclástico postcapilar e inmunofluorescencia positiva, diagnosticándose de púrpura de Schönlein-Henoch.



Figura 1

Púrpura en piernas.

Discusión

La púrpura de Schönlein-Henoch se produce por una respuesta anormal del sistema inmune, provocando la inflamación de los vasos sanguíneos microscópicos de la piel. Usualmente, dicha enfermedad se observa en niños de entre 3 y 15 años, pero puede presentarse a cualquier edad. Su diagnóstico es principalmente clínico, con la triada de púrpura palpable, artritis y dolor abdominal, todo esto sumado a leucocitosis y elevación de inmunoglobulina A sérica (50% de los casos).

El diagnóstico de certeza es mediante biopsia de las lesiones apreciando infiltrado leucocitoclástico postcapilar. Un elevado porcentaje de los casos, presentan síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, náuseas, vómitos o heces con sangre.

Su pronóstico es bueno, suelen ser cuadros autolimitados (4-8 semanas) sin tratamiento, aunque pueden aparecer brotes de la enfermedad, como el caso que nos atañe.

El tratamiento está indicado si presenta sintomatología intensa, realizándose con AINES para dolor óseo y corticoides a altas dosis (1 mg/kg/día).

CP-181. DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE MUJER CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

TORRICO LAGUNA, AM; GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; CAUNEDO ÁLVAREZ, A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El infarto omental es una entidad clínica poco frecuente y benigna, caracterizada por la aparición de dolor abdominal de inicio brusco en la mayoría de casos. Tanto la exploración abdominal como los hallazgos analíticos son muy inespecíficos, por lo que para su diagnóstico se requiere en la mayoría de las ocasiones de prueba de imagen, fundamentalmente la TC. El tratamiento es conservador en la gran mayoría de pacientes, teniendo muy buen pronóstico a largo plazo.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente mujer de 56 años, con antecedentes de tabaquismo ocasional y consumo enólico de unos 30 gramos de alcohol diarios, hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento farmacológico y apendicectomía, que acude a Urgencias por dolor en hipocondrio derecho de dos días de evolución, acompañado de náuseas. La paciente no presentaba fiebre, cambios de ritmo intestinal ni pérdida de peso. A la exploración abdominal destacaba una discreta hepatomegalia no dolorosa y dolor a palpación en hipocondrio derecho, con signo de Murphy negativo. La analítica únicamente mostraba una discreta leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. La función renal y la bioquímica hepática eran normales, y la radiografía de abdomen no mostraba signos obstructivos. Se realizó TC de abdomen, en el que se evidenciaba la presencia de rarefacción y engrosamiento a nivel del omento mayor en hipocondrio derecho, compatible con infarto omental. La paciente fue valorada por Cirugía General, manteniéndose actitud conservadora, por lo que ingresa en planta de hospitalización de digestivo. La paciente mantiene una buena evolución clínica, por lo que es dada de alta y enviada a consultas, permaneciendo asintomática en las revisiones.

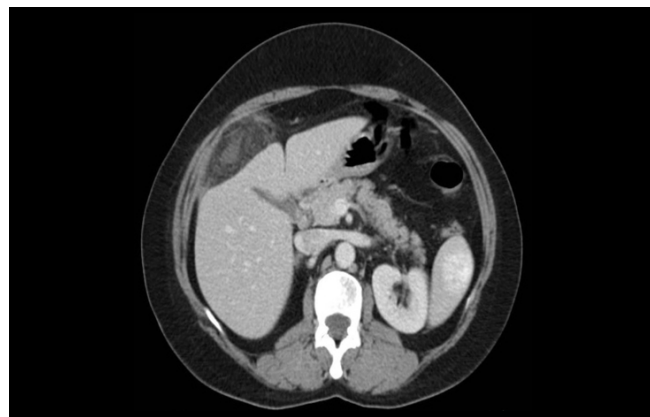


Figura 1

Infarto omental en TC.

Discusión

El infarto omental es una patología poco frecuente, afectando principalmente a varones de mediana edad. Esta patología es debida a la isquemia a nivel de la grasa del omento mayor, pudiendo ser su origen primario (idiopático) o secundario (tumores, traumatismos). El síntoma fundamental es el dolor abdominal in crescendo, que rara vez se asocia a otros síntomas digestivos. La analítica muestra hallazgos muy inespecíficos, principalmente leucocitosis leve y aumento de reactantes de fase aguda, requiriendo en la mayoría de ocasiones de pruebas de imagen para el diagnóstico, principalmente la TC. El tratamiento es conservador en la gran mayoría de las ocasiones, teniendo un curso benigno la mayoría de los pacientes.

CP-182. EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* CON CUÁDRUPLE TERAPIA CON BISMUTO (PYLERA®) EN NUESTRO MEDIO

MATA PERDIGÓN, FJ; VIEJO ALMANZOR, A; RAMÍREZ RAPOSO, R; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

Evaluar la eficacia del tratamiento con Pylera® en la erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* en nuestro medio.

Material y métodos

Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyen todos los pacientes tratados con Pylera® entre el 01/01/2016 y el 30/06/2018 con test de comprobación de la erradicación, analizándose la edad, el sexo, la indicación de la erradicación (dispepsia, anemia, patología ulcerosa u otras), la posología del tratamiento (3 cápsulas/6 horas o 4 cápsulas/8 horas), el IBP utilizado, la línea de tratamiento y el resultado de la erradicación. Se recogieron los efectos adversos que conllevaron la suspensión del tratamiento.

Resultados

Se incluyeron 252 pacientes, 65% mujeres y 35% hombres, con edad media de 52±14 años.

La indicación del tratamiento fue: dispepsia 60%, patología ulcerosa 20,6% (10,7% duodenal y 9,9% gástrica); anemia ferropénica 5,5% y otras indicaciones 13,9% (ERGE 5,16%, gastritis crónica 2,8%, entre otras).

La tasa de erradicación global fue:

- Por protocolo (PP): 94,28% (231/245)
- Por intención de tratar (PITT): 93,25% (235/252)

En relación a los tratamientos administrados (Ver **Tabla 1**):

1) Pylera® 3 cápsulas/6 horas, 126 pacientes (50%):

1.1) Combinado con omeprazol 20 mg/12 horas, 73 pacientes:

*** 1ª Línea: 55 // 2ª Línea: 14 // 3ª Línea: 4

- Erradicaron:
 - o PP: 97,18% (69/71)
 - o PITT: 97,26% (71/73)

1.2) Combinado con omeprazol 40 mg/12 horas, 47 pacientes:

*** 1ª Línea: 40 // 2ª Línea: 7

- Erradicaron:
 - o PP: 100% (45/45)
 - o PITT: 97,87% (46/47)

1.3) Tasa global del grupo Pylera® 3 cápsulas /6 horas:

- PP: 98,36% (120/122)
- PITT: 97,62% (123/126)

2) Pylera 4 cápsulas/8 horas, 126 pacientes (50%):

2.1) Combinado con omeprazol 20 mg/12 horas, 83 pacientes:

*** 1ª Línea: 72 // 2ª Línea: 10 // 4ª Línea: 1

- Erradicaron:
 - o PP: 88,9% (72/81)
 - o PITT: 87,95% (73/83)

2.2) Combinado con omeprazol 40 mg/12 horas, 38 pacientes:

*** 1ª Línea: 37 // 2ª Línea: 1

- Erradicaron:
 - o PP: 91,89% (34/37)
 - o PITT: 89,47% (34/38)

2.3) Tasa global de erradicación del grupo Pylera® 4 cápsulas / 8 horas:

- PP: 90,24% (111/123)
- PITT: 88,89% (112/126)

La **Figura 1** recoge las diferentes tasas de erradicación.

Siete pacientes (2,85%) suspendieron el tratamiento (3º-8º día). Seis por intolerancia gastrointestinal y uno por ingreso hospitalario programado que requería suspender toda medicación. Erradicaron 4 de ellos (57%).

POSOLÓGIA	IBP	PACIENTES	LÍNEA Y PACIENTES			COMPROBACIÓN	ERRADICACIÓN	PORCENTAJE DE ERRADICACIÓN	
			1ª	2ª	3ª			PP	PITT
3 CÁPSULAS CADA 6 HORAS (126 PACIENTES)	OMEPRAZOL 20MG/12H	73	1ª	55	2	55	54	98,11%	98,18%
			2ª	14	0	14	13	92,85%	92,85%
			3ª	4	0	4	4	100%	100%
	OMEPRAZOL 40MG/12H	47	1ª	40	2	39	39	100%	97,5%
			2ª	7	0	7	7	100%	100%
			3ª	1	0	1	1	100%	100%
ESOMEPRAZOL 40MG/12H	6	1ª	1	0	1	1	100%	100%	
		2ª	4	0	4	4	100%	100%	
		3ª	1	0	1	1	100%	100%	
4 CÁPSULAS CADA 8 HORAS (126 PACIENTES)	OMEPRAZOL 20MG/12H	83	1ª	72	1	71	63	88,73%	87,5%
			2ª	10	1	10	9	88,9%	90%
			4ª	1	0	1	1	100%	100%
	OMEPRAZOL 40MG/12H	38	1ª	37	1	37	34	94,4%	91,89%
			2ª	1	0	1	0	0%	0%
			3ª	0	0	0	0	0%	0%
ESOMEPRAZOL 20MG/12H	4	1ª	4	0	4	4	100%	100%	
		2ª	0	0	0	0	0%	0%	
PANTOPRAZOL 40MG/12H	1	1ª	1	0	1	1	100%	100%	
		2ª	0	0	0	0	0%	0%	

Tabla 1 Posología de tratamiento y tasas de erradicación.

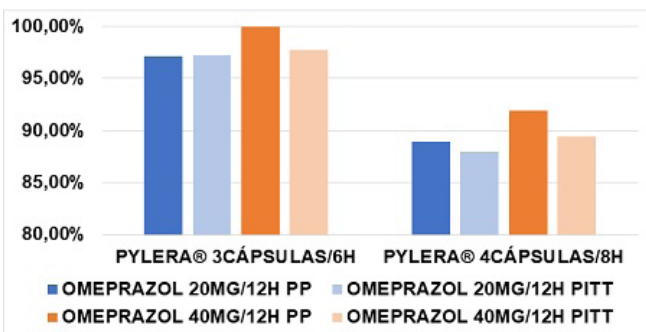


Figura 1 Tasa de erradicación según posología de Pylera® e IBP tanto por PP como PITT.

Conclusiones

En nuestro medio, Pylera® 3 cápsulas / 6 horas presenta mejores tasas de erradicación que Pylera® 4 cápsulas / 8 horas, y el uso de dosis doble de omeprazol (40 mg / 12 horas) mejora las tasas de erradicación independientemente de la pauta de Pylera®. Los efectos secundarios más frecuentes fueron gastrointestinales, conllevando la suspensión del tratamiento en <3%.

CP-183. EL PAPEL DE LA RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARICES ESOFÁGICAS

LÓPEZ-TOBARUELA, JM; FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, E; MARTÍNEZ-CARA, JG; FERNÁNDEZ-CANO, MC; ABELLÁN-ALFOCEA, P; ORTEGA-SUAZO, EJ; VADILLO-CALLES, F; LIBRERO-JIMÉNEZ, M; HERRADOR-PAREDES, M; REDONDO-CEREZO, E

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

Introducción

La cirrosis representa una etapa tardía de fibrosis hepática cuyas causas más frecuentes son infección viral, alcohol, hemocromatosis y esteatohepatitis no alcohólica. De entre las complicaciones, una de las más frecuentes y clínicamente relevante es el desarrollo de varices esofágicas (entre un 5% y un 15% de los pacientes cirróticos las desarrollan anualmente, y un tercio de ellos padecerán hemorragia digestiva de origen varicoso). El arsenal terapéutico incluye tratamiento farmacológico, endoscópico, colocación de TIPS, así como otras opciones menos frecuentemente utilizadas como la cirugía o el tratamiento endovascular mediante inyección de determinadas sustancias o colocación de coils.

Caso clínico

Varón de 64 años, con antecedentes de cirrosis hepática por esteatohepatitis no alcohólica y función hepática conservada, que tras un primer episodio de hemorragia digestiva por varices esofágicas tratado mediante ligadura con bandas, acude de nuevo a Urgencias diez días después por hematemesis. Se realiza endoscopia digestiva alta en la que se observan varices esofágicas grandes con escaras post-ligadura y sangrado activo masivo por una de las mismas, requiriendo de colocación de un balón de Sengstaken-Blakemore por no conseguirse un adecuado control del mismo.

Se procede a su retirada 24 horas después, sin incidencias inicialmente, pero tras 48 horas el paciente presenta nuevo episodio de sangrado, que requiere de nueva ligadura con bandas sin lograr control del sangrado, por lo que se decide colocación de TIPS. Inicialmente, desarrolla encefalopatía hepática grado III, que se resuelve sin complicaciones. Seis días después de dicha intervención presenta nueva hematemesis por sangrado de escara post-ligadura con importante anemia, realizándose nueva colocación de bandas y proponiéndose entonces la realización de embolización transportal de cordones varicosos vía colocación endovascular de coils. Desde entonces, el paciente continúa sin nuevos episodios de sangrado.

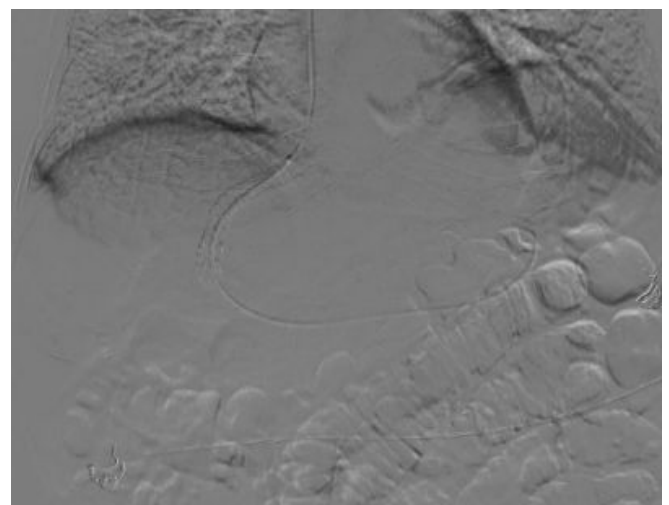


Figura 1

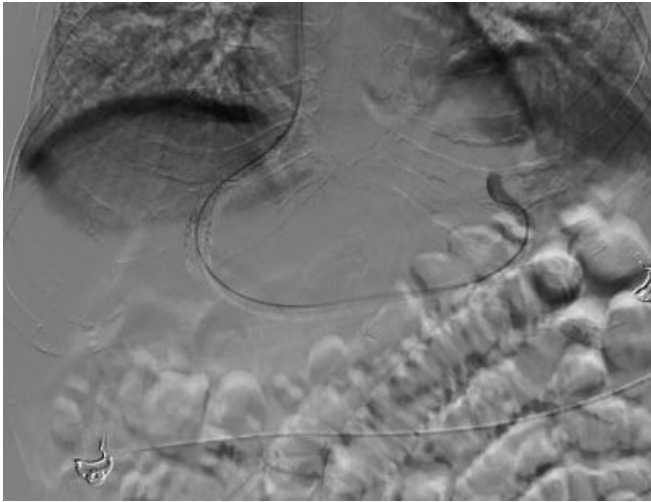


Figura 2

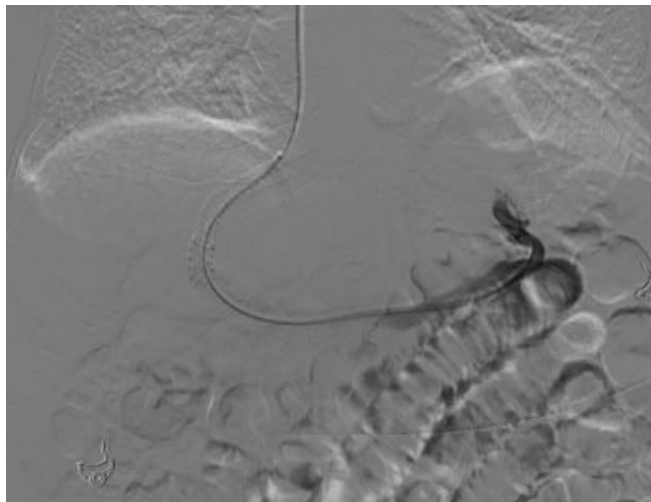


Figura 3

Discusión

Aunque las opciones más frecuentemente utilizadas para el tratamiento de la hemorragia varicosa aguda son el tratamiento farmacológico y endoscópico, con muy buenos resultados, en determinados casos el paciente puede beneficiarse de otras alternativas terapéuticas, como pueden ser la colocación de TIPS, cirugía o la embolización de cordones varicosos. El tratamiento endovascular permite tratar de forma selectiva la zona de origen del sangrado con una tasa de complicaciones menor que otras técnicas, por lo que puede ser una opción a tener en cuenta, especialmente en casos refractarios a otras terapias.

CP-184. ESOFAGITIS DE CAUSA FARMACOLÓGICA

ABELLÁN ALFOCEA, P; LÓPEZ TOBARUELA, JM; MARTÍNEZ CARA, JG; VADILLO CALLES, F; FERNÁNDEZ CANO, MC; MARTÍN RODRÍGUEZ, MM; REDONDO CEREZO, E

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

Introducción

Las lesiones esofágicas producidas por fármacos son poco frecuentes. Más del 50% de estas están producidas por antibióticos, y el más frecuente es la doxiciclina.

Los mecanismos implicados en la producción de la lesión son dos, su bajo pH después de disolverse en agua, y su acumulación en las células epiteliales esofágicas inhibiendo la síntesis de proteínas de su membrana. Los factores desencadenantes son el decúbito, después de la ingesta del medicamento y la toma de este con escaso líquido.

La localización más habitual es la unión entre el tercio superior y medio esofágico. Los síntomas más frecuentes son el dolor retroesternal y la odinofagia que aparecen desde las primeras horas a los 10 días después del comenzar el tratamiento.

Una buena historia clínica es suficiente para realizar el diagnóstico. La endoscopia digestiva alta está indicada en aquellos casos en los que hay que descartar otras lesiones.

La aparición de complicaciones es poco frecuente, y no se han descrito casos de mortalidad asociados a la toma de doxiciclina.

El tratamiento consiste en la retirada del fármaco y otras terapias que alivian los síntomas como los inhibidores de la bomba de protones o el Sucralfato aunque no hay evidencia de que mejoren la cicatrización.

La curación es la norma, con desaparición de los síntomas y la cicatrización espontánea de la lesión en 1-3 semanas.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 27 años que acude a Urgencias por fuerte dolor retroesternal, odinofagia y sialorrea, sin otra clínica asociada. Desde hace 5 días en tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas por infección genital. Presenta exploración, ECG, analítica y placa de tórax y cuello sin alteraciones. Se decide la realización de endoscopia digestiva alta en la que se aprecia úlcera esofágica de base fibrinada, circunferencial y segmentaria de 3 cm de longitud en tercio esofágico superior, se continúa hasta segunda porción duodenal sin otros hallazgos. Se retira tratamiento antibiótico y se pauta tratamiento con IBP y sucralfato con resolución clínica del cuadro en una semana.

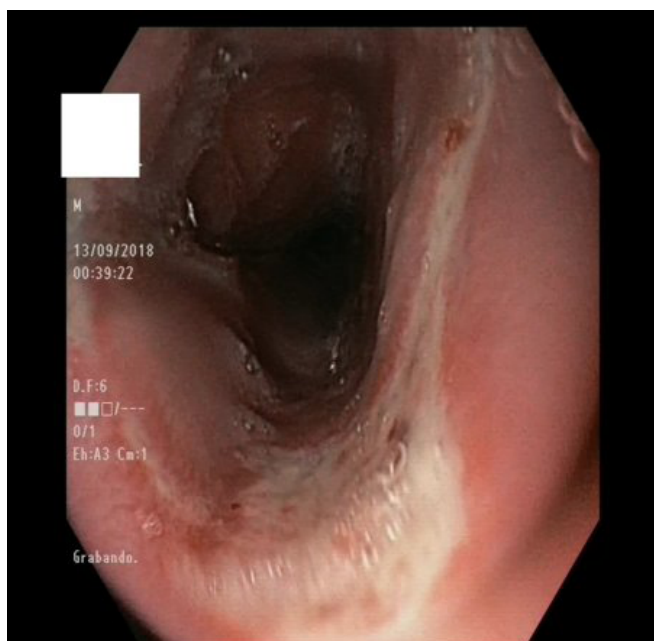


Figura 1

Se aprecia ulcera segmentaria y fibrinada en tercio esofágico medio/superior.



Figura 2

En esta otra imagen se aprecia como la ulcera ocupa la circunferencia esofágica completa.

Discusión

Es importante conocer las úlceras esofágicas inducidas por doxiciclina y aconsejar a los pacientes la ingesta de pastillas con abundante líquido y en posición supina para evitar la aparición de las lesiones. En caso de sospecha, sino existen otros signos de alarma, la historia clínica es suficiente para alcanzar el diagnóstico. La interrupción del tratamiento con antibióticos es el tratamiento principal.

CP-185. ESOFAGITIS HERPÉTICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

GALLARDO ORTIZ, V¹; DIÉGUEZ CASTILLO, C²; GUILARTE LÓPEZ-MAÑAS, J²; GUERRERO PUENTE, LN²; SERRANO RUIZ, FJ²

¹UGC MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA . ²SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA

Introducción

La esofagitis producida por el virus herpes simple suele ser descrita en pacientes inmunodeprimidos, pero no es frecuente que se produzca en inmunocompetentes.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 69 años, fumador y bebedor activo, sin otros antecedentes de interés. Acude a Urgencias por cuadro de vómitos persistentes, inicialmente alimentarios y posteriormente hemático, junto con epigastralgia que atribuye a la ingesta de pescado escabechado. A su llegada se encuentra hipotenso y taicárdico con mal estado general y signos de mala perfusión. A la exploración presenta abdomen distendido y timpánico con ruidos conservados, y doloroso a la palpación en epigastrio sin signos de peritonismo.

Se realiza inicialmente ECG, radiografía de tórax y abdomen, sin hallazgos patológicos. En la analítica destaca 29.220 leucocitos con neutrofilia, LDH 542, CK 1.579 y dímero D 5,9 siendo la Hb 13 g/dL. Se solicita TC abdominal urgente, objetivando Se realiza TAC abdominal en el que se visualiza una pared esofágica engrosada de difícil valoración, sin otras alteraciones. Se decide realizar gastroscopia en la que se observa mucosa eritematosa en los primeros 3-4 cm y desde ese punto hasta UEG, la mucosa presenta un aspecto blanquecino nacarado, con pequeñas áreas de necrosis <3-4 mm y ulcero-erosiones que se biopsian (Tabla 1). El aspecto de la lesión descrita sugiere una necrosis esofágica aguda o esófago negro. La anatomía patológica posterior revela esofagitis ulcerosa viral con positividad nuclear para virus herpes simple tipo I-II y negatividad inmunohistoquímica para CMV (Figura 1). Tras iniciar tratamiento con aciclovir a dosis de 400 mg cada ocho horas durante siete días, la evolución clínica es favorable iniciando tolerancia oral de forma satisfactoria.

Discusión

Nos encontramos ante un caso de esofagitis herpética atípica, que ocurre en un paciente inmunocompetente. Se produce en su gran mayoría el VHS-1, pero se han descrito algunos casos de VHS-2. La clínica habitual es odinofagia y disfagia, siendo menos frecuente el sangrado digestivo como en nuestro caso. La localización predilecta es esófago distal, pero las úlceras pueden alcanzar esófago proximal. El aspecto endoscópico de las lesiones tampoco era el habitual de úlceras superficiales confluentes o profundas con bordes sobreelevados. Por todo ello no se sospechó de entrada dicha etiología. Debemos tener en cuenta esta entidad ante una

esofagitis ulcerativa para tomar biopsias de los bordes de las úlceras, dónde se pueden observar células gigantes multinucleadas y cuerpos de inclusión intranucleares tipo Cowdry A.

Diagnóstico diferencial úlceras esofágicas

1. Esofagitis por reflujo gastro-esofágico
2. Esofagitis infecciosas
3. Esofagitis inducida por fármacos
4. Esofagitis por cáusticos
5. Úlcera esofágica de origen neoplásico
6. Enfermedad de Crohn
7. Esofagitis eosinofílica
8. Liquen plano
9. Enfermedades autoinmunes:
 - a. Pénfigo vulgar (intraepitelial)
 - b. Dermatitis ampollosas subepiteliales:
 - i. Penfigoide cicatricial
 - ii. Penfigoide bulloso
 - iii. Epidermolisis bullosa adquirida
 - iv. LES bulloso

Tabla 1

Diagnóstico diferencial de úlceras esofágicas.

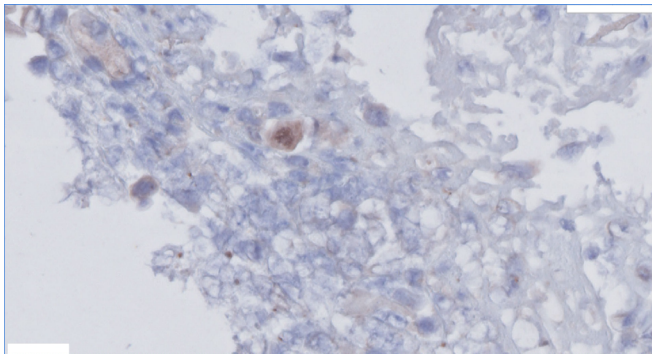


Figura 1

Las células muestran una tinción nuclear con la técnica Inmunohistoquímica de VHS.

CP-186. ESTENOSIS GÁSTRICA SECUNDARIA A INGESTIÓN DE CÁUSTICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; MORENO MORALED A, I; LÓPEZ GONZÁLEZ, J; AMADO VILLANUEVA, PP; HALLOUCH TOUTOUH, S; LÁZARO SÁEZ, M; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La ingestión de productos cáusticos constituye una urgencia médica que puede originar un amplio abanico de lesiones potencialmente

graves a corto y largo plazo. El motivo, accidental o autolítico, condiciona en este segundo supuesto volúmenes más elevados y agentes más corrosivos, que conllevan frecuentemente lesiones más severas; motivo por el cual presentamos el caso de una estenosis pilórica asociada a gran distensión gástrica en relación a ingesta previa de cáustico.

Caso clínico

Varón de 40 años que acude a Urgencias hospitalarias por intento autolítico a través de la ingesta de cáustico, presentando dolor faríngeo, dolor torácico retroesternal y sialorrea. Tras valoración por Aparato Digestivo se realiza radiografía de tórax y análisis de sangre sin hallazgos significativos, y endoscopia digestiva alta que evidencia esofagitis con edema, exudado y úlceras sin áreas de necrosis (Zargar IIa) y gastritis cáustica de predominio proximal con úlceras y áreas necróticas (Zargar III). Tras evolución favorable en planta se procede al alta a domicilio con seguimiento en consultas externas; si bien, el paciente acude 1 mes más tarde a Urgencias hospitalarias por cuadro de dolor abdominal epigástrico y vómitos. Se realiza TC abdomen que evidencia dilatación de esófago distal y de cámara gástrica que ocupa prácticamente todo el hemiabdomen superior hasta pelvis (Figuras 1 y 2). Por consiguiente, ingresa en planta para tratamiento conservador de cuadro suboclusivo, precisando finalmente nutrición parenteral y valoración por Cirugía General. Se realiza nueva endoscopia digestiva que evidencia estenosis pilórica no franqueable con el endoscopio y deformidad de antro gástrico con cicatrices en relación con lesiones previas. Finalmente se lleva a cabo yeyunostomía de alimentación Witzel por el servicio de Cirugía General, con evolución tórpida que obliga a antrectomía y reconstrucción intestinal en Y de Roux.



Figura 1

TC abdomen (plano transversal): dilatación de cámara gástrica.



Figura 2

TC abdomen (plano frontal): dilatación de cámara gástrica.

Discusión

Entre las complicaciones secundarias a la ingesta de cáusticos figura la estenosis esofágica y en ocasiones gástrica o duodenal, que se manifiesta frecuentemente como un cuadro de retención con náuseas, vómitos de repetición, saciedad precoz progresiva y pérdida de peso a partir de las 3-6 semanas tras la ingesta del cáustico. Para el manejo de dicha complicación puede ser necesario un tratamiento endoscópico o quirúrgico. En casos de estenosis antral o pilórica puede ser suficiente con técnicas como la piloroplastia si existe estenosis pilórica aislada, gastrectomía distal con vagotomía, o incluso técnicas de derivación como la gastroyeyunostomía.

CP-187. ESTRATEGIAS DE PRIMERA LÍNEA EN EL TRATAMIENTO ERRADICADOR DE HELICOBACTER PYLORI EN NUESTRO MEDIO

DIÉGUEZ CASTILLO, C; SERRANO RUIZ, FJ; GUERRERO PUENTE, LN; GUILARTE LÓPEZ-MAÑAS, J

SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA

Introducción

La IV Conferencia Española de Consenso se centró en la optimización del tratamiento estableciendo un aumento de la exigencia en la eficacia del tratamiento que debe alcanzar o preferiblemente superar el 90% de curación. Por otro lado, se recomendó emplear en primera línea tratamientos cuádruples con o sin bismuto, generalmente prescritos durante 14 días. El objetivo es analizar las diferentes estrategias empleadas en primera línea y las correspondientes tasas de erradicación.

Material y métodos

Presentamos un estudio retrospectivo de una muestra de 40 pacientes diagnosticados de infección por *Helicobacter pylori* en el área Sanitaria del Hospital de Baza y valorados posteriormente en la consulta de Aparato Digestivo. Fueron tratados con una de las siguientes estrategias: triple terapia, cuádruple terapia con bismuto (Pylera®) o cuádruple terapia sin bismuto (incluye un inhibidor de la bomba de protones, claritromicina, amoxicilina y metronidazol). La erradicación se confirmó mediante test de aliento.

Resultados

La tasa de erradicación global fue del 75% (30/40), con triple terapia del 40% (4/10), con cuádruple terapia sin bismuto del 76,5% (13/17), y con cuádruple terapia con bismuto del 100% (13/13) (Figura 1). La triple terapia más usada fue omeprazol con claritromicina y amoxicilina (80%) con una duración de 10 días en el 70% de los casos. En la cuádruple terapia sin bismuto la duración fue de 14 días y en la cuádruple con bismuto de 10 días. Las prescripciones desde Atención Primaria fueron del 100% en el caso de la triple terapia, del 46,2% en la cuádruple sin bismuto y del 0% en la cuádruple con bismuto (Figura 2).

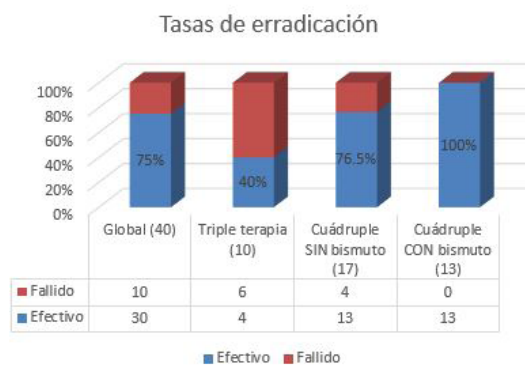


Figura 1 Tasas de erradicación.

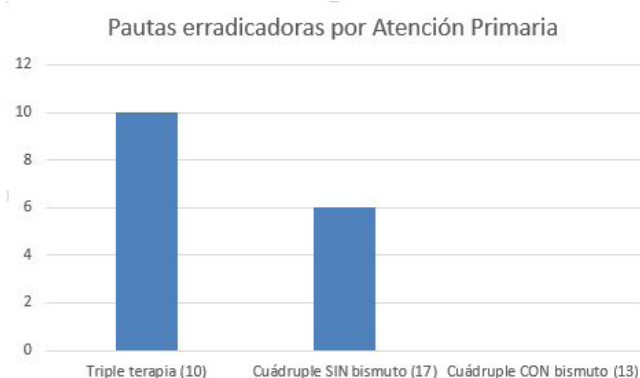


Figura 2 Pautas erradicadoras prescritas por Atención Primaria.

Conclusiones

A la vista de los resultados obtenidos en nuestra serie de casos, la mejoría de las tasas de erradicación pasan por mejorar la comunicación con Atención Primaria y puesta de conocimiento de las nuevas estrategias de erradicación para abandonar de forma definitiva la triple terapia como primera línea.

CP-188. EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN LAS DISFUNCIONES DEFECATORIAS EN EL ÁMBITO PRIVADO

PÉREZ AISA, APA; CHAVES ELENA, ACE; LOZANO LANAGRAN, MLL; TELLADO, ST; ROSON, PR

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN, MÁLAGA

Introducción

El tratamiento mediante *biofeedback* (BFB) de defecación o de continencia en las disfunciones defecatorias busca una mejora de la calidad de vida y del control del hábito defecatorio resultando el tratamiento de elección en este tipo de patologías. A pesar de

su eficacia su implementación en el ámbito público encuentra varias barreras. La experiencia en el ámbito privado evaluando sus resultados es limitada.

Determinar el porcentaje de pacientes remitidos a los diferentes tipos de BFB según la disfunción defecatoria que presentan, evaluar la respuesta clínica y cumplimiento del tratamiento propuesto e identificar las barreras en este ámbito.

Material y métodos

Estudio retrospectivo en el que se han seleccionado de la base de datos de la Unidad de Motilidad de Hospital Quirón Málaga los pacientes con disfunciones defecatorias en los que se ha aplicado tratamiento con BFB de forma completa durante los últimos 18 meses. Se recogen variables clínicas, de financiación, antropométricas, número de sesiones, cumplimiento y resultado final clínico.

En cuanto a la técnica, es realizada en la sala de Motilidad por facultativo y enfermera con el paciente en decúbito lateral y utilizando sonda de 4 canales con balón para medición de presiones y sistema de registro visual para mostrar al paciente la forma correcta de realizar la maniobra de contracción y relajación del esfínter anal externo o de continencia y entender la finalidad del tratamiento. Se realizan sesiones con parámetros estándar cada 4-6 semanas.

Resultados

De los pacientes valorados en nuestra Unidad 40 han sido sometidos a tratamiento con BFB. El 90% eran mujeres (36/40) y sólo 4 eran hombres (10%). La mediana de edad 56,5 años (9-83). La mediana de tiempo de evolución de la disfunción defecatoria fue de 5,50 años (1-40). En el 70% el tratamiento fue financiado por compañía y un 30% financiación privada. El 95% acudió de forma adecuada a las sesiones propuestas. Se realizaron una mediana de 3,50 sesiones de tratamiento por paciente (1-11).

De los BFB realizados 12/40 (30%) fueron de continencia y 28/40 (70%) fueron de defecación. La contracción paradójica durante la maniobra de defecación (32%) y la ausencia de relajación (40%) fueron las disfunciones más frecuentes. Se consiguió éxito con mejoría clínica del 87,5% (35/40) y 12,5% (5/40) abandonó o fracasó.

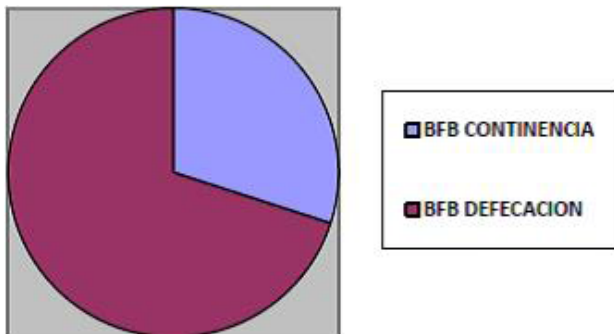


Figura 1
Tipo de *biofeedback*.

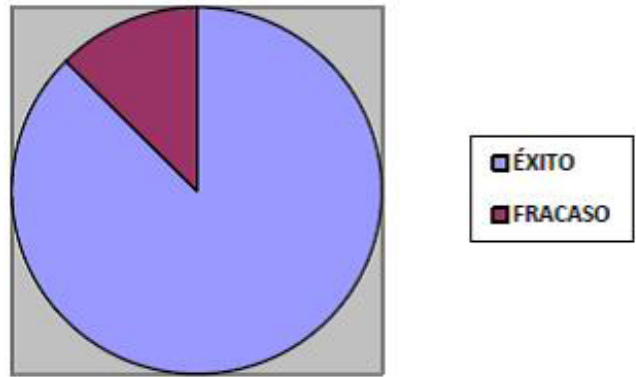


Figura 2
Resultados de *biofeedback*.

Conclusiones

La mayor parte de los pacientes tratados en nuestra Unidad por disfunción defecatoria son de sexo femenino. El BFB de defecación fue el tratamiento más aplicado. La mediana sesiones ha sido de 3,50 por paciente y tratamiento. Confirmamos un éxito clínico del 87,5% con un cumplimiento del 95% sin influir el tipo de financiación

CP-189. FÍSTULA GASTROCÓLICA ASOCIADA A SEPSIS EN PACIENTE INTERVENIDO DE ÚLCERA PÉPTICA

PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; DELGADO MAROTO, A; HALLOUCH TOUTOUH, S; MORENO MORALEDA, I; BARRIENTOS DELGADO, A; IGLESIAS ASENJO, E; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La fístula gastrocólica consiste en una comunicación anormal entre la cámara gástrica y el colon, secundaria a un abanico etiológico en el que destacan procesos malignos y benignos; como úlceras pépticas y la intervención quirúrgica de las mismas.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 79 años con antecedentes personales de EPOC y úlcera péptica intervenida (Billroth I), que acude a Urgencias Hospitalarias por cuadro de dolor abdominal con disminución de la ingesta de varios días de evolución, sin otros síntomas asociados. A la exploración resalta dolor mesogástrico a la palpación sin signos de irritación peritoneal en paciente ligeramente disneico, con signos de deshidratación y franca sensación de enfermedad. Se realiza análisis de sangre destacando Leucocitos 21.900 (Neutrófilos 95%), Urea 303 mg/dL, Creatinina 7,27 mg/dL, Bilirrubina total 1,13 mg/dL, GOT 28 U/L, GPT 25 U/L, Amilasa 32 U/L, sodio 137 mEq/L, potasio 4,98 mEq/L, proteína C reactiva 30 mg/dL, gasometría venosa pH 7,28 y HCO3 11, y análisis

y cultivo de orina que evidencian infección de tracto urinario secundaria a *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterococcus faecalis*. Bajo el diagnóstico de insuficiencia renal aguda prerrenal secundaria a cuadro séptico, se completa estudio de dolor abdominal con ecografía de abdomen sin hallazgos de interés, y TC de tórax y abdomen superior que halla amplia comunicación fistulosa entre cuerpo gástrico y colon transversal (Figura 1). Posteriormente se lleva a cabo endoscopia digestiva alta que confirma orificio fistuloso en área pre-anastomosis, y endoscopia digestiva baja que constata divertículos en colon y orificios en ciego; motivo por el que es valorado por Cirugía General que desestima intervención quirúrgica urgente a favor de medidas conservadoras. Tras evolución favorable del paciente, finalmente se procede al alta con omeprazol 20 mg cada 24 horas y seguimiento ambulatorio; en cuyas consultas se constata cierre fistuloso en TC de abdomen de control (Figura 2).



Figura 1



Figura 2

Discusión

Bien sobre una úlcera péptica crónica o bien sobre la boca anastomótica, las fístulas gastrocólicas frecuentemente se manifiestan con clínica de dolor abdominal que a menudo asocian pérdida de peso, desnutrición, diarrea y vómitos. La TC de abdomen es una técnica altamente sensible y específica para su diagnóstico; que si bien puede completarse con un estudio endoscópico, éste es útil para visualizar las lesiones ulcerosas pero rara vez el trayecto fistuloso. Su tratamiento incluye en gran parte de los casos el abordaje quirúrgico, aunque adquiere preferencia la conservación

del estado nutricional del paciente y el tratamiento de la causa subyacente.

CP-190. GIST COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; ROMERO CARA, P; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; OCAÑA LEDESMA, A; BRAVO ARANDA, AM; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimatosos más frecuentes del tracto gastrointestinal, aunque sólo representan del 0,1 al 3% de las neoplasias gastrointestinales y se localizan preferentemente a nivel de estómago (60-70%) e intestino delgado (25-30%). Tienen un patrón inmunohistoquímico específico, expresando la proteína kit (C-kit) y son positivos en el 95-100% para el factor de crecimiento de la tirosina kinasa (CD117).

Caso clínico

Mujer de 57 años, sin antecedentes de interés, ingresa por clínica de heces melánicas con anemia en la analítica de seis puntos, junto con dolor a nivel de epigastrio e hipogastrio, sin pérdida de peso.

Se realiza gastroscopia sin objetivarse restos hemáticos ni lesiones, y dos colonoscopias con presencia de sangre roja en todos los tramos del colon con único hallazgo de divertículos y sin conseguir progresar a íleon.

Se completa estudio con cápsula endoscópica sin observarse lesiones ni restos hemáticos en intestino delgado y TC abdomen con contraste donde se describe una masa pélvica sólida de 12x12 cm, heterogénea y muy vascularizada, en íntimo contacto con un segmento de intestino delgado y el útero (Figuras 1-3), planteando diagnóstico diferencial entre GIST vs. neoplasia ginecológica.

Tras presentación en sesión médico-quirúrgica, se realiza cirugía con resección de la masa y de 50 cm de íleon. El estudio histopatológico es diagnóstico para tumor del estroma gastrointestinal con índice mitótico alto. Dado el alto riesgo de recidiva, se inicia tratamiento adyuvante con imatinib.

Discusión

Las manifestaciones clínicas de los tumores del estroma gastrointestinal dependen de la localización y del tamaño del tumor, pudiendo producir dolor abdominal o alteración del hábito intestinal.

Existe un grupo de pacientes en los que la hemorragia digestiva es el síntoma más común y supone el 1% de las hemorragias

digestivas. En algunos casos puede presentarse como hemorragia digestiva de origen oscuro, definida como aquella que persiste o recurre tras gastroscopia y colonoscopia negativas, suponiendo un reto diagnóstico.

El TC es el método de elección para el diagnóstico de GIST, y se describe como una gran masa bien delimitada, hiperdensa y de aspecto heterogéneo. La biopsia preoperatoria conlleva un alto riesgo hemorrágico y solo está indicada en tumores irresecables o ante dudas diagnósticas.

El pronóstico depende del tamaño, la actividad mitótica y la localización, considerándose malignos cuando superan los 5-10 cm. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, existiendo terapias complementarias como imatinib o sunitinib que mejoran el pronóstico y supervivencia.

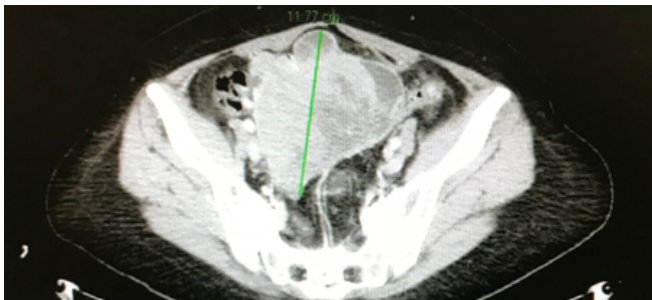


Figura 1
TC abdomen con contraste en un corte axial donde se observa la gran masa pélvica heterogénea.



Figura 2
TC abdomen con contraste en un corte sagital de la masa pélvica.



Figura 3
Masa pélvica en un corte coronal del TC abdomen con contraste.

CP-191. HEMATEMESIS Y VARICES GÁSTRICAS AISLADAS COMO PRESENTACIÓN DE HIPERTENSIÓN PORTAL IZQUIERDA SECUNDARIA A OCLUSIÓN DE LA VENA ESPLÉNICA

CARNERERO RODRÍGUEZ, JA; CAMACHO MONTAÑO, LM; VIDAL BELLO, V; SORIA DE LA CRUZ, MJ; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

La hipertensión portal izquierda (HPI) o segmentaria representa menos del 5% de todos los casos de hipertensión portal. La trombosis de la vena esplénica asociada a patología pancreática, descrita por primera vez en 1920 por Hirschfeldt, constituye su causa más frecuente. Presentamos un caso diagnosticado a raíz de episodio de hemorragia digestiva alta y discutimos su forma de presentación, diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico

Varón de 75 años colecistectomizado por pancreatitis aguda necrótica de origen biliar en 2003. Presenta hemorragia digestiva alta en forma de hematemesis sin inestabilidad hemodinámica. Anemización hasta 86 g/L de hemoglobina con ferropenia. Los días previos había realizado tratamiento con ibuprofeno por cuadro catarral.

En endoscopia oral se observa desgarro mucoso de 2 mm fibrinado en unión esofagogástrica y pequeñas úlceras

superficiales fibrinadas en bulbo duodenal. A nivel gástrico en retroversión, se identifica en fundus y curvatura mayor varios cordones varicosos, uno de ellos con máculas violáceas sobre su superficie, que confluyen en un conglomerado de 3 cm de diámetro. Sin datos de daño hepático, se confirma sospecha de hipertensión portal izquierda mediante ecografía y tomografía computarizada (TC) de abdomen, donde se evidencia oclusión de la vena esplénica (Figura 1), abundante circulación colateral gastroepiploica y gastroesplénica (Figura 2) con bazo de tamaño normal.

El paciente evolucionó favorablemente con control del sangrado digestivo bajo perfusión de omeprazol y somatostatina, descartándose la existencia de varices colónicas y rechazando esplenectomía planteada en consultas externas de cirugía.

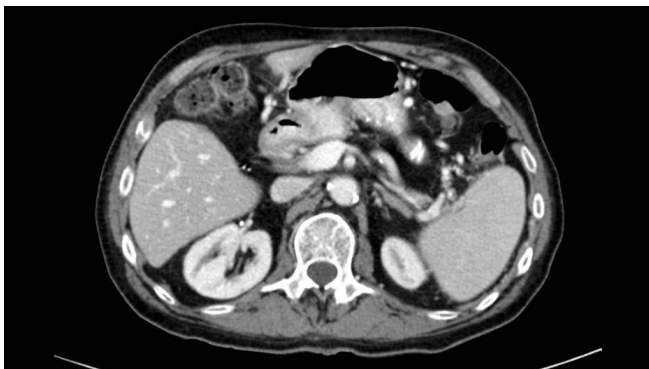


Figura 1



Figura 2

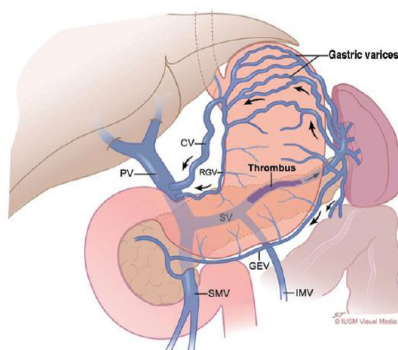


Figura 3

Discusión

La pancreatitis aguda es una causa bien definida de trombosis de la vena esplénica. Como consecuencia de la obstrucción esplénica, el retorno venoso del bazo se redistribuye hacia la vena gástrica izquierda desde las gástricas cortas y hacia la vena mesentérica superior a través de las gastroepiploicas. El aumento de presión a nivel de esta red venosa condiciona su dilatación y formación de varices gástricas (Figura 3), siendo infrecuente la presencia de varices esofágicas. La incidencia de sangrado variceal con este origen no está bien establecida, variando entre un 4% y 17% según las series. Dada su elevada disponibilidad, la TC constituye actualmente la técnica diagnóstica más empleada en la caracterización de la HPI. La esplenectomía asociada al manejo de la patología pancreática de base es el tratamiento de elección. La obliteración endoscópica de las varices o la embolización de la arteria esplénica pueden ser alternativas a la cirugía en pacientes seleccionados.

CP-192. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO ASOCIADA Y ASOCIADA A LA HIPERTENSIÓN PORTAL: ANÁLISIS COMPARATIVO EPIDEMIOLÓGICO Y DE MANEJO EN EL ÁREA HOSPITALARIA DE CÁDIZ

DÍAZ JIMÉNEZ, JA; LEAL TÉLLEZ, J; CALLE GÓMEZ, AR; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

Evaluar comparativamente diferentes aspectos epidemiológicos y de manejo en la Hemorragia Digestiva Alta no asociada (HDANHP) y asociada (HDAH) a la hipertensión portal en el Hospital Puerta del Mar (Cádiz).

Material y métodos

Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes ingresados en la Unidad de Aparato Digestivo del Hospital Puerta del Mar, entre enero y diciembre de 2016, por episodio agudo de Hemorragia Digestiva Alta (HDA).

Se analizaron las siguientes variables: relación con hipertensión portal (HTP), edad, factores de riesgo cardiovascular; tratamiento concomitante con inhibidores de bomba de protones (IBPs), antiagregantes, anticoagulantes, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y antidepresivos; presentación clínica y endoscópica; requerimiento transfusional e inicio de feroterapia. También se analizaron las tasas de supervivencia y recurrencia en un año de seguimiento.

Resultados

Se incluyeron 105 pacientes ingresados debido a un episodio de HDA (71,4% HDANHP y 28,6% HDAH), con una media de edad mayor en el primer grupo (69,7 años vs 59,8). Tanto la hipertensión arterial (HTA) (53,3% vs 36,7%) como la dislipemia (34,7% vs. 16,7%) eran más frecuentes en el grupo de HDANHP. No se encontraron

diferencias significativas entre grupos al analizar el uso de IBPs (37,1%) y antidepressivos (17,1%), aunque sí una mayor frecuencia de uso de antiagregantes (29,3% vs. 6,7%), anticoagulantes (29,3% vs. 3,3%) y AINEs (20% vs. 0%) en pacientes con HDANHP.

La presentación clínica como melenas (66,7%) y hematemesis (61,9%) fue similar en ambos grupos. No se encontraron diferencias significativas por etiología en relación al número de pacientes que precisaron transfusión sanguínea (62,9%), el número de concentrado de hemáties utilizado (4 como media) y el comienzo de ferroterapia (21,9%).

Las tasas de supervivencia a corto y medio plazo fueron ligeramente superiores en el grupo de HDAH: corto plazo (94,7% vs. 90%) y medio plazo (un año tras el ingreso, 84% vs 80%). Finalmente, la tasa de recurrencia en el seguimiento fue bastante mayor en el grupo asociado a la hipertensión portal (40,7% vs. 14,1%), especialmente en mujeres y asociado a gastropatía de HTP.

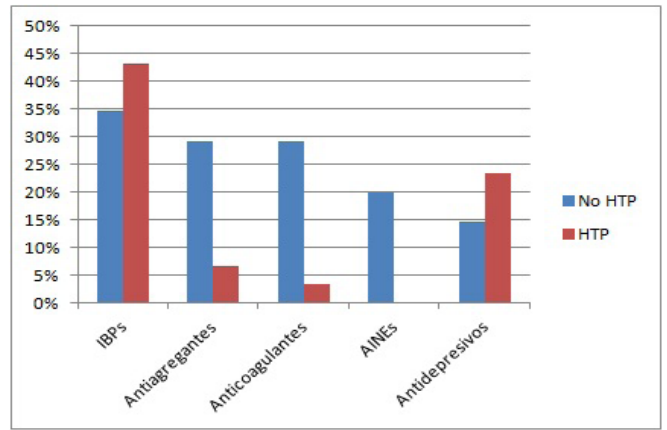


Figura 3 Tratamiento concomitante.

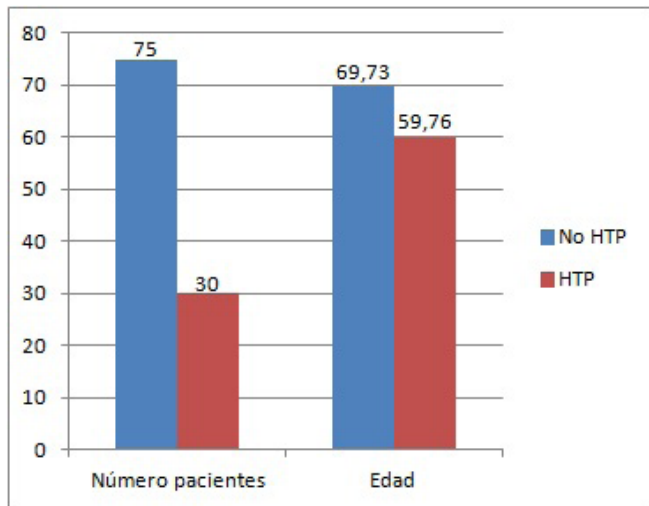


Figura 1 Número de pacientes y edad media.

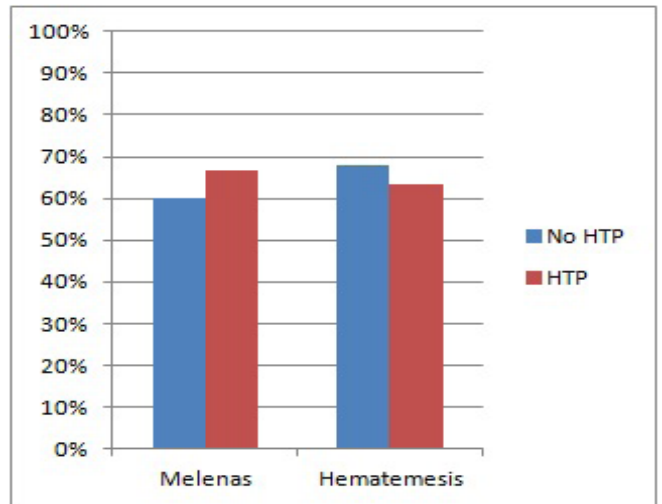


Figura 4 Presentación clínica.

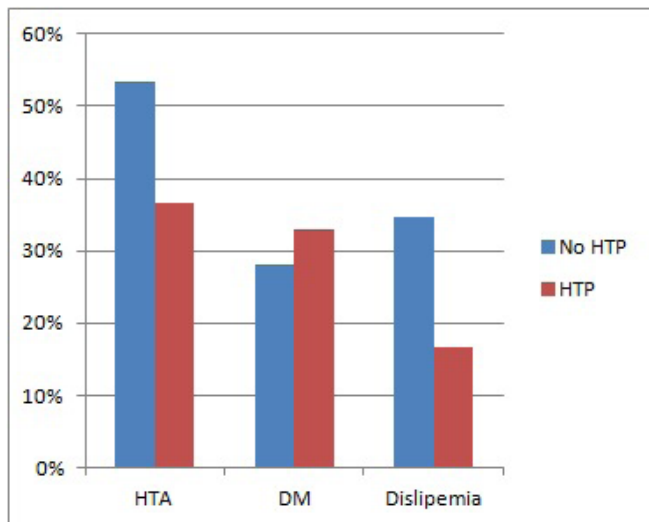


Figura 2 Factores de riesgo cardiovascular.

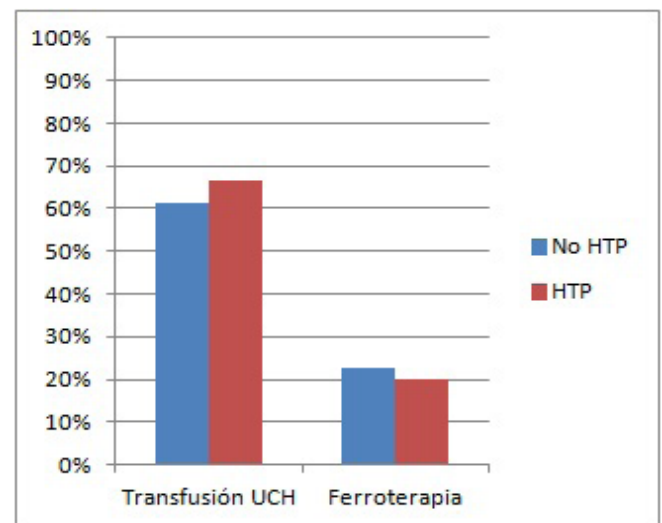


Figura 5 Requerimiento transfusional e inicio de ferroterapia.

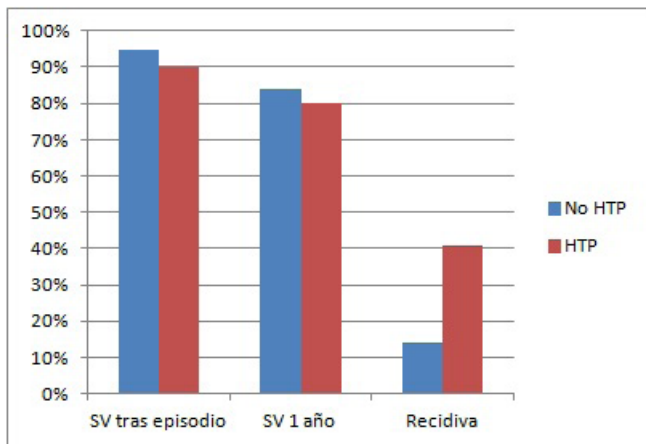


Figura 6 Supervivencia a corto, medio plazo y recidiva hemorrágica.

Conclusiones

La HDANHP es más frecuente que la HDAHP en nuestro medio. Los factores de riesgo cardiovascular como HTA y dislipemia o la terapia concomitante con antiagregantes, anticoagulantes y AINEs se relacionan más frecuentemente con HDANHP. El requerimiento de transfusión sanguínea y feroterapia fue similar en ambos grupos. Las tasas de supervivencia son ligeramente mayores en HDANHP, siendo más frecuente la recidiva hemorrágica en el grupo asociado a HTP.

CP-193. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A DIEULAFOY GÁSTRICO DE DIFÍCIL CONTROL ENDOSCÓPICO

MORENO-GARCÍA, AM; VIEJO-ALMANZOR, A; GONZÁLEZ-LÓPEZ, C; RODRÍGUEZ-PARDO, MJ; CORRERO-AGUILAR, FJ

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

La lesión de Dieulafoy es una anomalía vascular que afecta a las arterias submucosas terminales que son de mayor tamaño de lo habitual. En el tracto digestivo su localización más frecuente es el estómago, aunque también se han descrito en el resto de tramos del tubo digestivo. Están implicadas en un pequeño porcentaje de las hemorragias digestivas, un 2%.

Caso clínico

Varón de 60 años con antecedentes de un ingreso prolongado en Neurología por un hematoma intraparenquimatoso izquierdo de origen hipertensivo. A las 72 horas del alta de su problema neurológico ingresa por cuadro de hemorragia digestiva alta en forma de hematemesis con hipotensión y repercusión en el hematocrito. Se realiza endoscopia alta urgente en quirófano con

intubación orotraqueal, apreciando en estómago un gran coágulo rojo en fundus y a nivel de unión cuerpo-antró, cara anterior, un vaso visible sin lesión subyacente, compatible con Dieulafoy, con sangrado babeante, donde se inyecta adrenalina 1/1.000 y posteriormente se colocan 4 endoclips con cese del sangrado.

A las 8 horas del procedimiento el paciente presenta nuevo episodio de sangrado e inestabilidad hemodinámica repitiéndose la endoscopia, apreciando la zona donde estaban colocados los endoclips con un coágulo adherido sin sangrado activo (Figura 1), pero llama la atención que la zona presenta una pulsatilidad muy importante. Ante la sospecha que pudiese existir una lesión aneurismática subyacente se realiza angioTAC urgente que la descarta (Figura 2), apreciando que dicho movimiento se debe al latido transmitido del miocardio.

Ante la situación de alto riesgo de resangrado y una vez agotadas las opciones endoscópicas se decide realizar embolización vía femoral alcanzando el tronco celiaco (Figura 3) y la arteria gástrica izquierda (Figura 4) que es la que nutre la lesión (que está marcada por los endoclips) y se emboliza con 5 coils consiguiendo excluir de la circulación la zona sangrante (Figura 5). El paciente presenta buena evolución posterior sin nuevos episodios de sangrado ni complicaciones derivadas de la técnica usada.



Figura 1 Imagen de la segunda endoscopia, de los endoclips posicionados sobre la lesión y un coágulo rojo adherido.

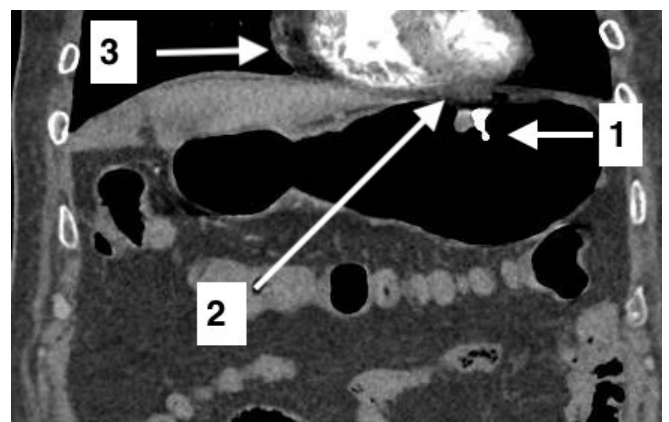


Figura 2 Corte coronal de TAC apreciando endoclips colocados en pared gástrica (1), adyacente al diafragma (2) y miocardio (3). Siendo el latido de este último lo que da el aspecto pulsátil a la lesión.

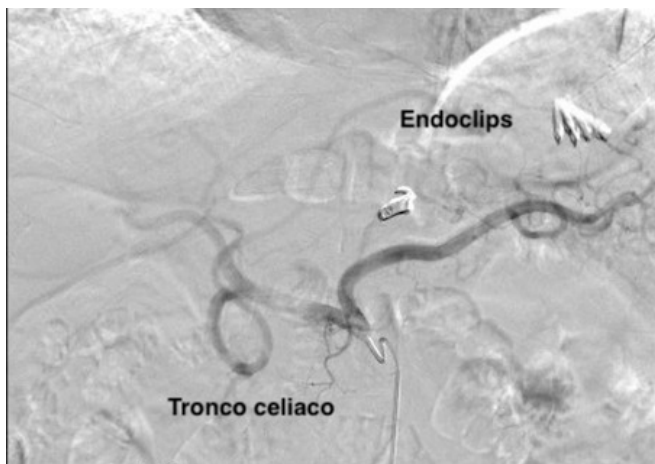


Figura 3

Imagen arteriografía donde se localiza el tronco celiaco y próximo al mismo se distinguen los endoclips que marcan la lesión sangrante.

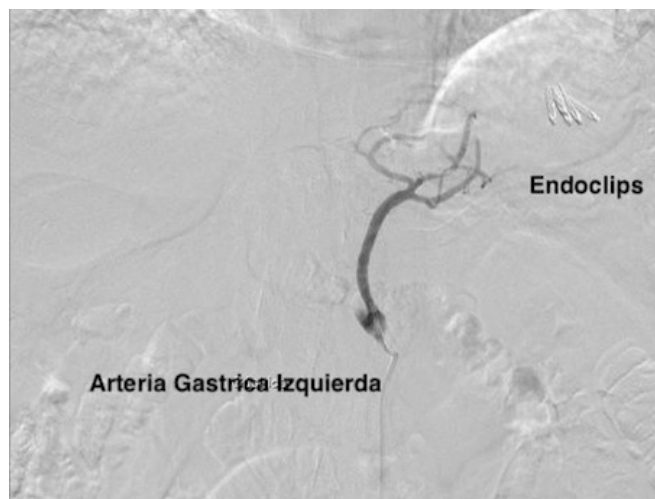


Figura 4

Se identifica la arteria gástrica izquierda como nutriente de la zona sangrante que está marcada por los clips.

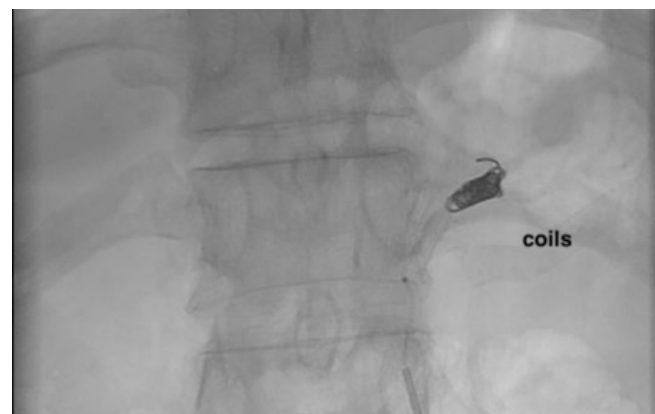


Figura 5

Coils obstruyendo la luz vascular.

Discusión

El tratamiento de elección es el endoscópico combinando escleroterapia con tratamiento mecánico con endoclips. En casos refractarios se puede recurrir a la Cirugía o al tratamiento angiográfico para embolizar la zona enferma.

Esta última opción tiene el riesgo de originar zonas de isquemia y necrosis amplias dependiendo de lo selectivo que se pueda ser. En nuestro caso no ocurrieron complicaciones secundarias a la técnica.

CP-194. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A GASTRITIS ISQUÉMICA POR FIBROSIS RETROPERITONEAL

DELGADO MAROTO, A; SAN JUAN LÓPEZ, C; BARRIENTOS DELGADO, A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La fibrosis retroperitoneal es una condición rara que se caracteriza por presencia de tejido inflamatorio y fibrótico a nivel retroperitoneal que a menudo envuelve a los uréteres u otros órganos retroperitoneales. El 70% son idiopáticas, tratándose de una enfermedad inmunomediada aislada o asociada a otras enfermedades autoinmunes o enfermedad relacionada con IgG4. Las secundarias pueden deberse a diferentes causas como fármacos, agentes biológicos, tumores, infecciones, radioterapia, hemorragia retroperitoneal o cirugía.

Caso clínico

Paciente de 74 años de edad con antecedente de ingreso una semana antes por obstrucción ureteral por fibrosis retroperitoneal tratado con nefrostomía percutánea izquierda y catéter doble J en riñón derecho. Acude a Urgencias de nuestro hospital por cuadro de dolor y distensión abdominal y vómitos de características retencionistas. Se realiza TC urgente (**Figuras 1 y 2**) observándose una severa distensión de estómago y duodeno hasta tercera porción duodenal, donde se visualiza una lesión extrínseca espiculada en relación a fibrosis peritoneal sin poder descartar proceso neoplásico. En EDA no se objetiva causa obstructiva aunque sí datos de sufrimiento mucoso gástrico sugestivos de gastritis isquémica (confirmado con biopsias). Dos días después presenta cuadro de hematemesis franca, hipotensión arterial y descenso de hemoglobina de 15,2 mgr/dl a 8,2 mgr/dl. El paciente es trasladado a UCI y se realiza laparotomía exploradora objetivándose dilatación de cámara gástrica con coágulos en su interior y fibrosis retroperitoneal con atrapamiento parcial de primera asa de intestino delgado. Se descomprime la cámara gástrica mediante SNG y se realiza gastroenteroanastomosis a 100 cm de ángulo de Treitz. Se toma biopsia de la fibrosis retroperitoneal, informándose como infiltración/metástasis por carcinoma pobremente diferenciado de probable origen en encrucijada pancreatobiliar o urotelial. El paciente evoluciona de forma tórpida, con inestabilidad

hemodinámica, insuficiencia respiratoria severa e insuficiencia renal, falleciendo cinco días después de la intervención.



Figura 1
TC abdomen: dilatación gástrica y duodenal severa.

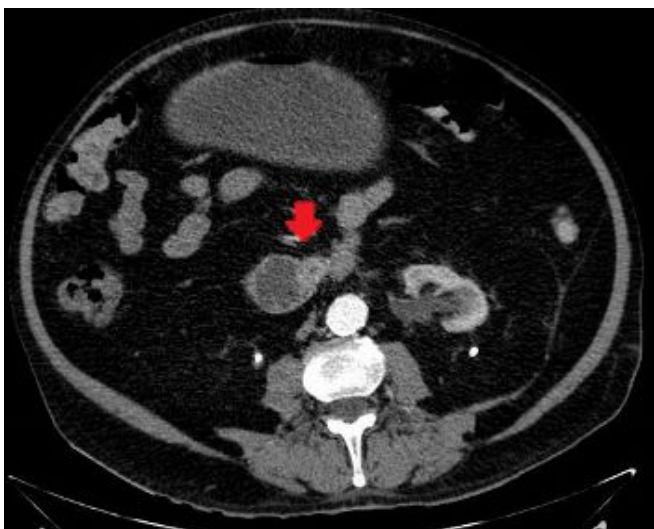


Figura 2
TC abdomen: estenosis duodenal secundaria a fibrosis retroperitoneal.

Discusión

La fibrosis retroperitoneal suele manifestarse mediante dolor abdominal inespecífico. El diagnóstico no suele considerarse hasta que no hay afectación de órganos, frecuentemente riñón. La manifestación mediante hemorragia digestiva es muy inusual, habiéndose descrito casos secundarios a hipertensión portal y fístula aorto-entérica. No hemos encontrado ningún caso secundario a gastritis isquémica en la literatura revisada.

El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen, aunque el diagnóstico de certeza se obtiene mediante biopsia.

El objetivo del tratamiento es parar la progresión y prevenir la recurrencia. En los casos idiopáticos el tratamiento es inmunosupresor principalmente con corticoides. En la fibrosis retroperitoneal secundaria, como en el caso de nuestro paciente, el tratamiento se basa en tratar la patología de base.

CP-195. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A METÁSTASIS GÁSTRICA DE MELANOMA

CARNERERO RODRÍGUEZ, JA; CALLE GÓMEZ, AR; VIEJO ALMANZOR, A; RAMÍREZ RAPOSO, R; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

El melanoma cutáneo metastásico afecta frecuentemente a más de una localización, siendo sus dianas más habituales los ganglios linfáticos, pulmones, hígado, cerebro, huesos y glándulas suprarrenales.

La infiltración gastrointestinal no es infrecuente, pero sí su diagnóstico pre mortem mediante procedimientos endoscópicos (<5%). Su presentación clínica a menudo se asemeja a la de otros tumores digestivos, variando desde cuadros larvados de anemia y pérdida de peso a otros potencialmente fatales como hemorragia digestiva, obstrucción o perforación intestinal.

Caso clínico

Varón de 62 años, hipertenso y con hipoacusia bilateral secundaria a síndrome de Ménière, que fue diagnosticado e intervenido en 2012 de melanoma nodular ulcerado en región lumbar y que, tras cuatro años, presenta una lesión cerebral de 5 cm (infiltración por melanoma) que se trata mediante tumorectomía y radioterapia holocraneal. En tomografía por emisión de positrones se observa progresión neoplásica adenopática y en partes blandas, irreseccable por su extensión, incluyéndose en un ensayo clínico para recibir tratamiento con vemurafenib, cobimetinib y atezolizumab.

A las dos semanas de iniciar el tratamiento, el paciente ingresó en cuidados intensivos en estado comatoso, con datos de hepatitis aguda y polineuropatía axonal periférica, siendo atribuido el cuadro clínico a toxicidad farmacológica.

Ya en planta de oncología, presenta evolución tórpida con refractariedad de síntomas y presencia de melenas intermitentes. En endoscopia oral se identificó, en cara anterior gástrica hacia vertiente de curvatura menor, una lesión polipoidea de 25 mm, abigarrada y de coloración violácea, así como otra lesión satélite de 5 mm en forma de semiluna, intensamente negruzca, siendo estos hallazgos muy sugestivos de infiltración mucosa por melanoma (Figuras 1 y 2). Se tomaron biopsias y se confirmó el diagnóstico anatomopatológico.

Ante el mal pronóstico a corto plazo, dada la evolución clínica y los hallazgos endoscópicos, el paciente fue asumido por cuidados

paliativos, consiguiéndose buen control sintomático hasta la fecha de su fallecimiento cinco meses después.



Figura 1



Figura 2

Discusión

La incidencia de lesiones gastrointestinales en el melanoma cutáneo metastásico es del 40% aproximadamente, siendo el intestino delgado el territorio más frecuentemente afectado, seguido por colon y estómago. Debe sospecharse en cualquier paciente con antecedentes de melanoma cutáneo y aparición de clínica digestiva. Endoscópicamente, se presenta como múltiples lesiones polipoideas ulceradas, pigmentadas o amelanocíticas, si bien pueden aparecer también grandes masas intraluminales o una infiltración difusa. El diagnóstico se confirma mediante biopsia y se asocia a una escasa supervivencia a corto plazo. El tratamiento debe individualizarse incluyendo quimiorradioterapia, cirugía y terapias dirigidas en ensayos clínicos.

CP-196. HERRAMIENTA DIGITAL (APPYLORI®) PARA ASISTIR A LOS PACIENTES EN EL TRATAMIENTO ERRADICADOR DE *HELICOBACTER PYLORI*: RESULTADOS PRELIMINARES

FERNÁNDEZ ALVÁREZ, P; LÓPEZ CARBÓ, M; GÓMEZ RODRÍGUEZ, BJ; ARGÜELLES ARIAS, F; PEREA AMARILLO, R; HERRERÍAS ESTEBAN, JM; CAUNEDO ÁLVAREZ, A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* suele incluir múltiples fármacos, lo cual dificulta la adherencia terapéutica del paciente, así como potencia la aparición de efectos adversos. El objetivo de nuestro trabajo es presentar una aplicación informática, APPylori®, desarrollada por la Unidad de Aparato Digestivo, cuya utilidad es asistir al paciente en el cumplimiento de la erradicación de *Helicobacter pylori*.

Material y métodos

Se trata de una aplicación móvil gratuita, disponible para sistema Android e iOS. Se ha llevado a cabo su instalación en pacientes seleccionados infectados por *Helicobacter pylori* que iban a recibir tratamiento erradicador, que tenían un dispositivo móvil compatible con la App y que firmaron el consentimiento informado. La aplicación pone a disposición del usuario información sobre la infección por *Helicobacter pylori* y su tratamiento (Figuras 1 y 2). Cuenta con un calendario de tomas (Figura 3) y avisos mediante alarmas. Recoge variables relacionadas con la administración del fármaco (calendario de tomas) y con la aparición de efectos adversos (diarrea, sabor metálico, náuseas o vómitos) así como la intensidad de los mismos (Figura 4). Una vez finalizado el tratamiento, el paciente envía los datos recogidos durante el tiempo del tratamiento. Finalmente le recuerda que debe realizar un test posterradicación.



Figura 1

Menú principal de la App.

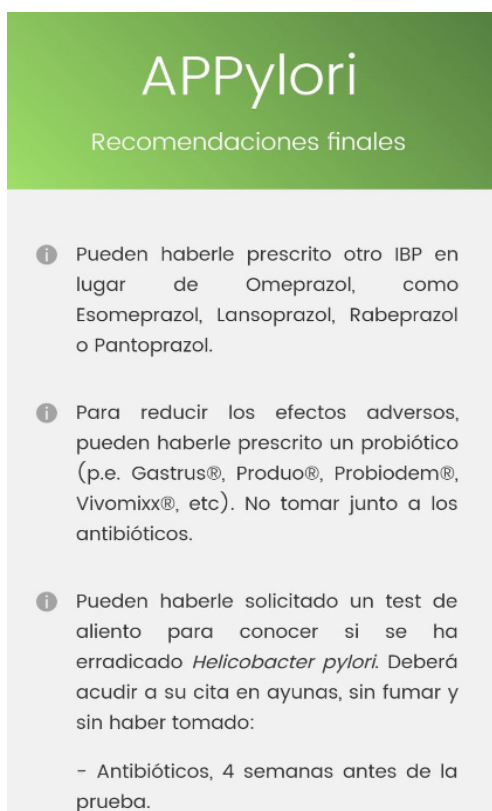


Figura 2 Recomendaciones finales.

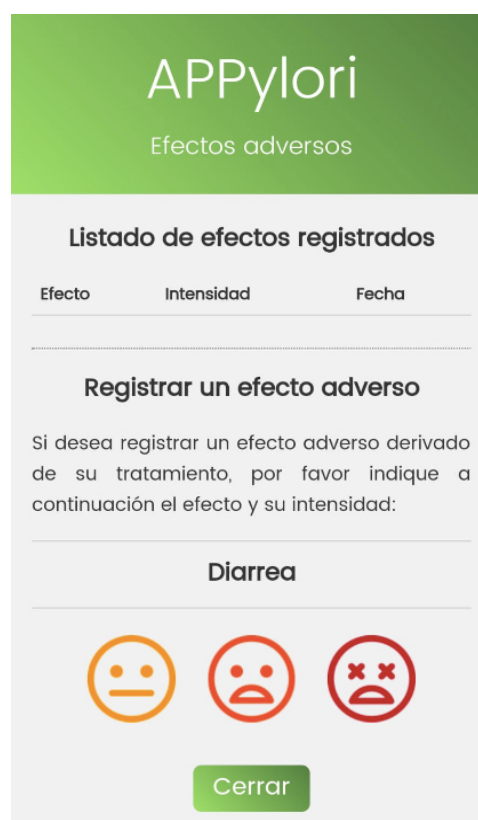


Figura 4 Registro de efectos adversos por el paciente.



Figura 3 Resumen de mis tomas.

Resultados

Los resultados son preliminares, sobre los primeros trece pacientes incluidos. Solo cinco pacientes rellenaron un formulario sobre el grado de satisfacción con la aplicación informática. Todos cumplieron con el tratamiento de forma adecuada y notificaron efectos adversos el 85% (11/13) de los participantes (Tabla 1).

Todos los pacientes usaron la aplicación sin necesidad de contactar con el equipo para dudas sobre su manejo.

Feedback de los pacientes	n (%)
Notificación de efectos secundarios	11/13 (85%)
Respuesta sobre satisfacción	5 (100%)
Grado de satisfacción óptimo	4,5 /5 (100%)

Tabla 1

Conclusiones

Según estos resultados muy iniciales, la aplicación informática APPylori®, parece ser útil en la erradicación de *Helicobacter pylori*. No obstante, se precisa ampliar la serie de participantes para confirmar errores en su uso y poder corregirlos, antes de incluirla en estudios clínicos comparativos.

CP-197. INCIDENTALOMA ESOFÁGICO EN PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA

DÍAZ ALCÁZAR, MM; RUIZ ESCOLANO, E; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; ROA COLOMO, A; VIDAL VÍLCHEZ, B; GARCÍA MÁRQUEZ, J; GARCÍA ROBLES, A

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

Dentro de las enfermedades estructurales del esófago, se encuentran los divertículos, lesiones poco frecuentes. Consisten en una evaginación de la mucosa a través de la capa muscular del esófago. Pueden ser asintomático o causar disfagia y regurgitación. El diagnóstico se efectúa mediante estudio de deglución con bario y rara vez está indicada la reparación quirúrgica.

Caso clínico

Paciente de 82 años que consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho y vómitos. Se realiza analítica y la paciente ingresa con diagnóstico de pancreatitis aguda. Durante el ingreso, a pesar de mejoría de clínica y analítica del cuadro inicial, presenta escasa ingesta oral con náuseas persistentes, por lo que se solicita tránsito esófago-gastro-duodenal con hallazgo de marcada dismotilidad de predominio hipotónico con retraso de la evacuación del material de contraste, múltiples divertículos esofágicos de aspecto no complicado, pequeña hernia de hiato por deslizamiento, marcado reflujo gastroesofágico espontáneo y divertículo en tercera porción duodenal (Figuras 1 y 2).

Discusión

Hay varios tipos de divertículos esofágicos: divertículos de Zenker (faríngeos, a través del músculo cricofaríngeo), divertículos medioesofágicos y divertículos epifrénicos (justo por encima del

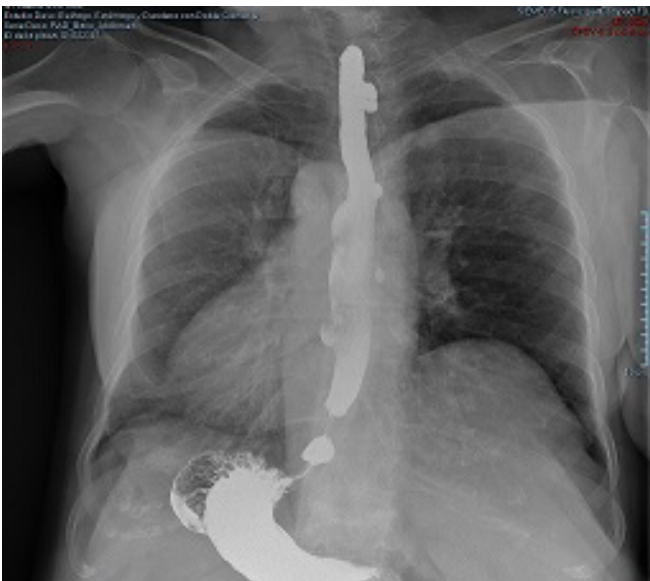


Figura 1

Imagen de tránsito esófago-gastro-duodenal en que se objetivan múltiples divertículos esofágicos.



Figura 2

Imagen de tránsito esófago-gastro-duodenal en que se objetivan múltiples divertículos esofágicos.

diafragma, suelen acompañar a un trastorno de motilidad). Los divertículos esofágicos no son frecuentes, y menos aún en adultos, siendo más frecuente el divertículo de Zenker.

Los divertículos medioesofágicos se pensaba que se debían a tracción por inflamación periesofágica, por adhesión entre la zona inflamatoria y el esófago. Actualmente se piensa que la mayoría se deben a dismotilidad esofágica, ya que el desarrollo de elevada presión intraluminal produciría el divertículo en zonas de debilidad de la pared.

Los divertículos por tracción y epifrénicos rara vez son sintomáticos, aunque sí puede serlo su causa subyacente, como tuberculosis o sarcoidosis.

Dado que los divertículos medioesofágicos y epifrénicos son habitualmente asintomáticos se suelen diagnosticar de forma casual en pruebas complementarias solicitadas por clínica no relacionada. Sin embargo, se han asociado a disfagia, regurgitación, pérdida de peso, pirosis, tos crónica, dolor torácico, etc. Habitualmente son únicos, pero en ocasiones se observan múltiples divertículos. Los divertículos medioesofágicos se localizan frecuentemente a nivel interbronquial o en la unión de esófago medio y distal.

CP-198. LINFOMA B ANTRAL Y NEOPLASIA DE COLON ESTENOSANTE CONCOMITANTE. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICA.

GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; HERGUETA DELGADO, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El linfoma difuso de células grandes B es el linfoma más frecuente, constituyendo un 35% de todos los casos de linfoma no Hodgkin. Su incidencia aumenta con la edad desde 0,3/100.000/año (entre los 35-39 años) a 26,6/100.000/año (entre los 80-84 años).

Se trata de una entidad heterogénea, actualmente considerado un síndrome clínico-patológico. La presentación clínica puede ser nodal o extranodal y se caracteriza por un alto índice de crecimiento. Su rápida progresión explica que pueda ser diagnosticado en estadios precoces (I y II) a diferencia de lo que ocurre en otros linfomas de comportamiento indolente. Un 40% de los linfomas difusos de células grandes B se originan en tejido linfoide de localización extraganglionar, siendo los sitios más frecuentes el tubo digestivo y el cavum. Los síntomas B se presentan en el 30% de los casos.

Caso clínico

Paciente de 72 años, sexo masculino, que ingresa en nuestra Unidad, por cuadro de rectorragia y anemia crónica. Se realiza endoscopia digestiva alta, apreciándose en antro gástrico, lesión de aspecto polipoideo de 10 mm de diámetro, umbilicada en su centro, tomándose biopsias. Se solicita asimismo colonoscopia, visualizándose neoformación estenosante en colon ascendente, procediéndose a toma de biopsias, que confirman la existencia de adenocarcinoma, así como pólipos de aspecto adenomatoso. Se realizan de nuevo endoscopia digestiva alta y baja, con toma de biopsias gástricas, objetivándose en el estudio anatomopatológico *Helicobacter pylori*, y resección endoscópica mucosa de lesiones polipoides adenomatosas colónicas, que muestran displasia de bajo grado. El estudio de patología molecular de la lesión gástrica muestra reordenamiento clonal para el gen IgH, compatible con un proceso linfoproliferativo neoplásico tipo B. Se pauta tratamiento erradicador para *Helicobacter pylori*.

Se remite al paciente a Cirugía Colorrectal, realizándose hemicolectomía derecha y posteriormente a Oncología, solicitándose PET-TAC, que describe lesiones óseas hipermetabólicas, por lo que se indica gammagrafía ósea para caracterizar dichas lesiones, previo a inicio de tratamiento quimioterápico tipo R-CHOP.

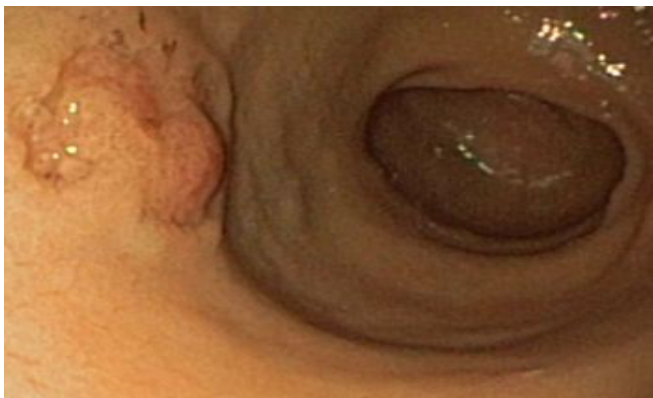


Figura 1



Figura 2

Discusión

Los diagnósticos diferenciales del linfoma difuso de células B grandes, incluyen el Linfoma de Burkitt, el linfoma primario de mediastino, el linfoma linfoblástico precursor B, el linfoma folicular y el linfoma de Hodgkin nodular de predominio linfocitario. La distinción inmunofenotípica entre el Burkitt y el LDCGB es compleja porque ambos son CD 10 positivos, BCL6 positivos y BCL2 negativos. Por ello, es importante el papel del estudio molecular mediante la amplificación del segmento reordenado VDJ de la cadena pesada de la inmunoglobulina IgH.

CP-199. LINFOMA NO HODGKIN EXTRANODAL GÁSTRICO. REPORTE DE UN CASO.

GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; HERGUETA DELGADO, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Los linfomas primarios gástricos son poco frecuentes, representan 2-8% de las neoplasias gástricas; por otro lado, los linfomas no Hodgkin extranodales pueden representar cifras muy variables. Los linfomas extranodales pueden afectar a otros órganos hematolinfoides como la médula ósea o el bazo; sin embargo, el tracto gastrointestinal es el sitio más frecuentemente afectado, el

estómago puede representar entre el 30% y el 40% de los todos los linfomas extranodales.

La mayoría de los linfomas gástricos se originan de linfocitos B, y en casos raros de linfocitos T. El linfoma de la zona marginal o también llamado linfoma MALT (linfoma de tejido linfoide asociado a mucosa) y el linfoma difuso de células grandes B son los más frecuentes, existiendo además otras variantes, como linfomas de Burkitt, linfoma de células del manto, linfoma folicular, linfoma T periférico, y linfoma de Hodgkin.

Caso clínico

Paciente de 52 años de edad y sexo femenino que consulta por dolor abdominal con predominio en epigastrio y vómitos de cinco meses de evolución, asociado a pérdida de peso y anorexia. Se solicita analítica, con perfil hepático, renal, férrico, tiroideo, celíaco, y marcadores tumorales sin alteraciones. Se realiza endoscopia digestiva alta, objetivándose a 43 cm de arcada dentaria afectación difusa con úlceras, que no distiende a la insuflación y no permite paso del endoscopio. Se toman biopsias, informándose tras el estudio anatomopatológico como proceso linfoproliferativo de células B grandes. Con el diagnóstico de neoplasia gástrica estenosante se solicita tomografía computarizada, sin apreciar datos de afectación metastásica. El paciente es remitido a Hematología, indicándose PET-TAC, en el que se describe masa hipermetabólica en cámara gástrica y afectación linfática infradiaphragmática. Se inicia tratamiento con primer ciclo de chop-rituximab sin incidencias significativas.



Figura 1

Discusión

Los linfomas gástricos se presentan principalmente en una etapa adulta, en la quinta década de la vida para los linfomas difusos de células grandes B, y a partir de la sexta década para los linfomas tipo MALT. La infección por *Helicobacter pylori* se asocia hasta en el 90% de los casos con linfoma tipo MALT, mientras que con el linfoma difuso esta relación es menor (35%). En conclusión, las dos variantes más importantes de linfoma gástrico están representadas en nuestro centro por el linfoma tipo MALT y el linfoma difuso de

células grandes B, cuya edad de presentación es principalmente adulta, con diferencias en el sexo, además en los linfomas MALT existe una clara asociación con *Helicobacter pylori*.

CP-200. OBSTRUCCIÓN GÁSTRICA SECUNDARIA A GRAN HERNIA UMBILICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

FLORES MORENO, H; RICO CANO, A; MOSTAZO TORRES, J; TENORIO GONZÁLEZ, E; SÁNCHEZ GARCÍA, O; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

Una eventración abdominal es un desplazamiento de vísceras abdominales a través de un defecto de la pared abdominal, habitualmente sucede tras un traumatismo o después de una cirugía abdominal. Existen factores de riesgo para desarrollarla como la obesidad, diabetes, inmunosupresión, factores relacionados con la técnica quirúrgica, etc.

Caso clínico

Mujer de 67 años, con antecedentes de histerectomía hace 15 años y con eventración abdominal conocida que hasta ahora se ha mantenido asintomática. La paciente es vista en consultas de digestivo por dolor abdominal progresivo, vómitos y pérdida de peso de varios meses de evolución. Se realiza TC de abdomen preferente que muestra gran hernia umbilical que contiene y estrangula al antro pilórico (Figuras 1 y 2). Dicho saco herniario contiene además asas de intestino delgado y colon transverso.

Durante el periodo de espera de la cirugía programada, la paciente acude a urgencias con empeoramiento del cuadro, aumento del dolor abdominal e intolerancia oral. En analítica se observa datos de deshidratación con disfunción renal y alteraciones iónicas. Se realiza TC de abdomen que muestra el mismo saco herniario pero en este caso, la estrangulación antral produce gran dilatación del estómago por obstrucción al vaciamiento del mismo, además de contener asas de intestino delgado y colon transverso con hiperrealce de su pared que podría estar en relación con sufrimiento del mismo (Figuras 3 y 4). La paciente es sometida a cirugía urgente diferida de forma satisfactoria, teniendo que realizar durante la misma colectomía subtotal con anastomosis ileosigmoidea y reparación del defecto abdominal con malla.

Discusión

Los síntomas debidos a la eventración son muy diversos, desde pacientes asintomáticos, molestias abdominales leves, dolor abdominal importante, cuadros suboclusivos si existe componente adherencial de asas intestinales, o cuadros más severos por abdomen agudo debido a proceso de encarceración o estrangulamiento con sufrimiento de asas. Cuando se produce alguna de estas complicaciones el manejo debe ser quirúrgico de manera urgente. Habría que estudiar y valorar la posibilidad de realizar cirugía

programada de reparación en pacientes asintomáticos que tengan alto riesgo de presentar complicaciones.



Figura 1

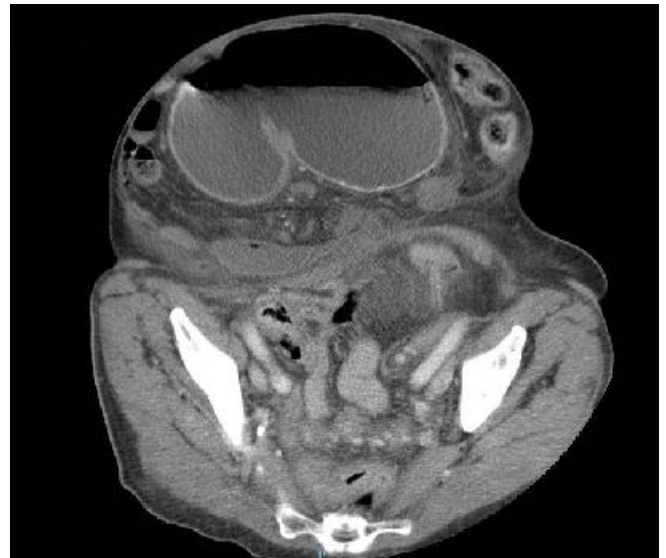


Figura 4



Figura 2



Figura 3

CP-201. PAPEL DEL TEST DE ALIENTO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN NUESTRO MEDIO

DIÉGUEZ CASTILLO, C; GUERRERO PUENTE, LN; SERRANO RUIZ, FJ; GUILARTE LÓPEZ-MAÑAS, J

SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA

Introducción

La investigación del *Helicobacter pylori* (HP) en el contexto de la estrategia "test and treat" se recomienda a los pacientes con dispepsia no investigada <50 años sin datos de alarma. El test de aliento con urea marcada con C13 es de elección, así como para el control tras el tratamiento erradicador cuando no se precisa endoscopia. El objetivo es analizar las situaciones clínicas en las que se investiga la infección por HP mediante métodos indirectos o directos.

Material y métodos

Estudio descriptivo de 52 test de aliento realizados en 50 pacientes en el Hospital de Baza. Se recogieron las variables de interés: sexo, edad, motivo de investigación de HP, test de aliento empleado como diagnóstico o comprobar erradicación y en su caso test diagnóstico alternativo, indicación y hallazgos de endoscopia. En nuestro medio el test de aliento no está a disposición de Atención Primaria.

Resultados

La edad media de nuestra población de estudio fue de 52,7 años, siendo el 62% mujeres y el 38% restante varones. El motivo de investigación de HP más frecuente fue dispepsia tipo distrés posprandial (44%), seguido en frecuencia por dispepsia tipo dolor epigástrico (20%), presencia de síntomas de alarma con gastroscopia

(12%) y úlcera péptica (10%). Indicaciones menos frecuentes fueron antecedente familiar de 1º grado de cáncer gástrico (2%), anemia ferropénica no aclarada (2%), estómago de retención con gastritis atrófica en endoscopia (2%) y protocolo de cirugía antirreflujo (2%). Un 6% presentaban dolor abdominal inferior con diarrea o estreñimiento (Figura 1).

El test de aliento se empleó para el diagnóstico de HP en 12 casos (23%) y para comprobar erradicación tras tratamiento en los 40 casos restantes (77%). Dentro de éste 77% los test utilizados para el diagnóstico fueron antígeno en heces en 21 casos, test de ureasa en 14 y biopsias de mucosa gástrica en 5 (Figura 2). En los sujetos que se usaron métodos directos, la indicación de endoscopia más frecuente fue falta de respuesta a tratamiento médico (57,9%) seguido de la presencia de síntomas de alarma (26,3%). Se objetivaron hallazgos patológicos en el 26,3% de las endoscopias realizadas, en ningún caso neoplasia.

Motivos de investigación de *Helicobacter pylori*



Figura 1 Motivos de investigación de *Helicobacter pylori*.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS
HELICOBACTER PYLORI

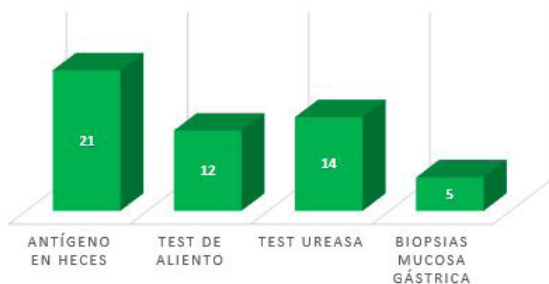


Figura 2 Métodos diagnósticos de *Helicobacter pylori*.

Conclusiones

En nuestro medio el escenario clínico más habitual en el que se investiga la infección por HP es la dispepsia, siendo el test de aliento más usado para comprobar la erradicación.

CP-202. PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA PANCREÁTICO-DUODENAL POSTERIOR COMO CAUSA INFRECUENTE DE DISPEPSIA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA

SILVA RUIZ, MP¹; PEDRAJAS CRESPO, C²; MARAVER ZAMORA, M²; JIMENO MATÉ, C²

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA . ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA

Introducción

Los aneurismas de la arteria pancreático-duodenal constituyen una patología poco frecuente, representando el 2% de los aneurismas viscerales, siendo de difícil diagnóstico, y con una alta morbilidad y mortalidad. Los síntomas de presentación varían desde dispepsia, hemorragia digestiva hasta un shock hemorrágico a causa de su rotura.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 64 años, hipertenso, fumador severo y bebedor moderado, que ingresa por epigastralgia asociada a ictericia leve y síndrome constitucional de varios meses de evolución. Se solicita TAC abdomen ante la sospecha de neoplasia biliopancreática, objetivándose un pseudoaneurisma dependiente de la arcada pancreático duodenal posterior, con hematoma asociado y efecto masa sobre primera porción duodenal (Figura 1). Es sometido a arteriografía femoral y embolización sin incidencias, comprobándose buena respuesta en controles posteriores. Tras la misma se solicita endoscopia oral, detectándose un tejido edematoso, parcialmente estenosante, con dudoso componente adenomatoso en primera porción duodenal, biopsiado en dos ocasiones (edema y congestión en lámina propia). Paralelamente, es diagnosticado de cirrosis con datos de hipertensión portal y hepatocarcinoma de 15 mm, que es sometido a radiofrecuencia con respuesta completa.

Tras más de seis meses sin presentar síntomas, ingresa por hemorragia digestiva alta, manifestada como melenas y hematemesis, con repercusión analítica y hemodinámica. En endoscopia urgente se aprecia un bulbo edematoso, de dudoso aspecto neoplásico, con una zona ulcerada, vaso visible y sangrado babeante, tratado con buen resultado. Se repite la misma para toma de biopsias, comprobándose mejoría del proceso inflamatorio y objetivándose un orificio de unos 8-9 mm, profundo, con restos hemáticos coagulados en su fondo, sospechándose fistulización (Figuras 2 y 3), la cual se corrobora en angioTAC, en la que se descarta la existencia de una neoplasia duodenal subyacente. Buena evolución clínica en los meses posteriores.

Discusión

Los aneurismas viscerales son lesiones de difícil diagnóstico por presentarse con clínica muy inespecífica, desarrollándose muchos de ellos en el contexto de procesos inflamatorios, enfermedades autoinmunes, traumatismos o cirugía abdominal. En nuestro

caso no hay factores desencadenantes claros, aunque no era descartable la presencia de un proceso inflamatorio pancreático, dado el magma inflamatorio alrededor del pseudoaneurisma en las pruebas de imagen iniciales. La fistulización hacia tubo digestivo es una complicación poco frecuente de la embolización, pero debe sospecharse ante la presencia de hemorragia digestiva.

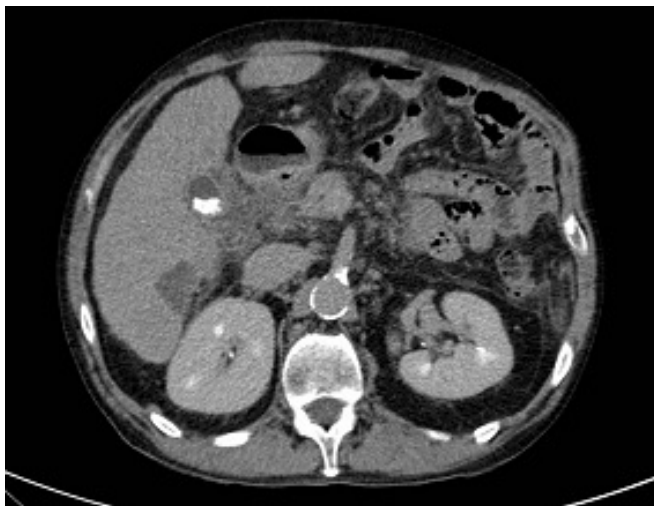


Figura 1
Imagen de la TAC donde se detecta el pseudoaneurisma.



Figura 2
Orificio fistuloso en cara anterior de bulbo duodenal.



Figura 3

CP-203. REFLUJO GASTROESOFÁGICO DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE

PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; DELGADO MAROTO, A; HALLOUCH TOUTOUH, S; SAN JUAN LÓPEZ, C; MORENO MORALED A, I; BARRIENTOS DELGADO, A; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La enfermedad de Chagas es una entidad infrecuente en nuestro medio donde casos como el que aquí se presenta, obliga a una anamnesis atenta y detallada.

La evolución crónica de dicha enfermedad lleva en última instancia al desarrollo de trastornos gastrointestinales entre los que destaca la dilatación esofágica, que el paciente frecuentemente manifiesta como reflujo gastroesofágico.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 68 años, natural de Argentina, que acude a consultas externas de Aparato Digestivo por molestias abdominales difusas acompañadas de regurgitación, pirosis leve y episodios intermitentes de vómitos. A la anamnesis la paciente refiere antecedente personal de infección aguda de Enfermedad de Chagas a los 30 años de edad, autolimitado sin tratamiento. Se realiza endoscopia digestiva alta que evidencia dilatación de esófago distal sin otras lesiones asociadas.

Se solicita manometría que informa de aperistalsis esofágica sin signos de obstrucción distal al flujo; y posteriormente seriada esofagográfica que halla escasas ondas peristálticas propulsivas acompañadas de una leve dilatación de 3-6 cm de diámetro y mínima irregularidad en mucosa de esófago distal (**Figuras 1 y 2**). La asociación de los hallazgos en el contexto clínico y personal de la paciente, llevó al diagnóstico de megaesófago secundario a Enfermedad de Chagas.



Figura 1



Figura 2

Discusión

La enfermedad de Chagas es una entidad causada por el parásito *Trypanosoma cruzi* y propagada por la picadura de insectos reducidos triatomíneos (chinchas), que se inicia con un nódulo cutáneo local ("chagoma") acompañado de un cuadro febril inespecífico, y cuya evolución a lo largo de los años lleva al desarrollo de una fase crónica caracterizada por patología gastrointestinal y cardíaca. Las manifestaciones del cuadro esofágico son similares a la acalasia primaria con una manometría que a menudo observa relajación incompleta del esfínter esofágico inferior y alteración de la peristalsis esofágica, traduciéndose radiológicamente en una imagen en "punta de lápiz". El manejo terapéutico plantea medidas como el uso de calcioantagonistas y nitritos, la inyección de toxina botulínica y la dilatación esofágica; siendo la miotomía de Heller la alternativa quirúrgica tras el fracaso de medidas conservadoras.

CP-204. TRASTORNO MOTOR ESOFÁGICO POSTQUIRÚRGICO: DILATACIÓN ATÓNICA ESÓFAGO MEDIO

DIÉGUEZ CASTILLO, C¹; DELGADO MAROTO, A²; IÑIGO CHAVES, A³; ROA COLOMO, A⁴; CASADO CABALLERO, F⁴

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN. ⁴SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

Dentro de las causas de la disfagia esofágica podemos diferenciar entre intrínsecas (tumores, estenosis, divertículos, esofagitis, anillos), extrínsecas (por compresión de anomalías cardiovasculares) y trastornos motores esofágicos. Éstos últimos incluyen tanto los considerados primarios como los que secundariamente afecta a la motilidad esofágica.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 51 años con múltiples antecedentes quirúrgicos. Intervenido de una tumoración mamaria benigna hace años, histerectomía y doble anexectomía por endometriosis hace 4 años e intervenido de leiomioma del tercio superior esofágico hace 2 años. Hace un mes reintervenido del tercio distal esofágico por recidiva de leiomioma. Acude a urgencias por disfagia, regurgitaciones y en los últimos días vómitos alimenticios de predominio matutino y pérdida de peso progresiva. No asocia fiebre ni dolor abdominal ni retroesternal y el hábito intestinal está conservado. A la exploración física presenta discreta deshidratación cutánea mucosa y el abdomen es anodino. En la analítica los reactantes de fase aguda son normales y destaca discreta alteración de los electrolitos y función renal. La radiografía de abdomen no muestra signos de obstrucción. Ante deterioro clínico progresivo con imposibilidad para la ingesta oral, se decide ingreso para rehidratación, control sintomático y completar estudio. Dado que la paciente rechaza estudio endoscópico, se opta por estudio de contraste baritado. Se pone de manifiesto una dilatación a modo de bolsa de esófago medio (Figura 1), siendo el calibre y la motilidad del esófago proximal y distal normal con paso del contraste a cámara gástrica (Figura 2). Tras unos días de hospitalización comienza con tolerancia adecuada a dieta líquida y triturada y se procede al alta. En seguimiento posterior ambulatorio, la paciente refiere que come adecuadamente y mantiene el peso, aunque sigue teniendo algunos vómitos esporádicos.

Discusión

En nuestro caso se expone una secuela de la doble intervención esofágica, una dilatación atónica del tercio medio del esófago, que le provoca vómitos por acúmulo de material en la bolsa esofágica. Esto se atribuye a una lesión de los plexos mientéricos submucosos y

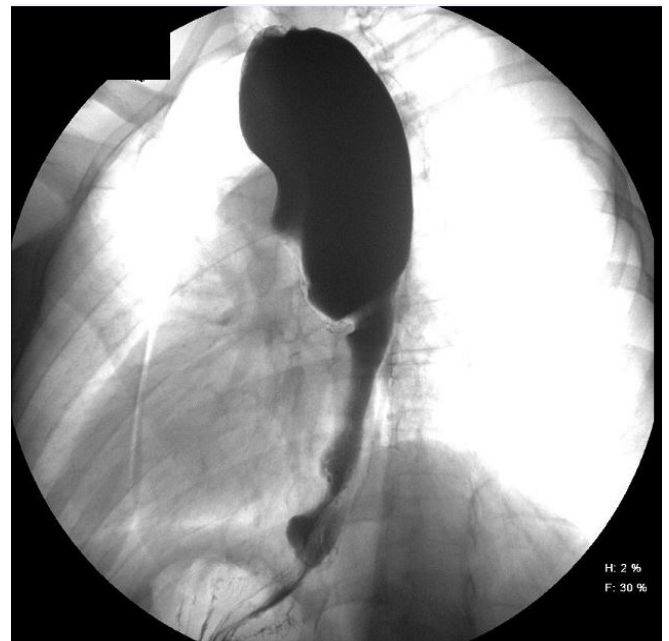


Figura 1

Dilatación atónica esófago medio como secuela cirujía de leiomioma esofágico.

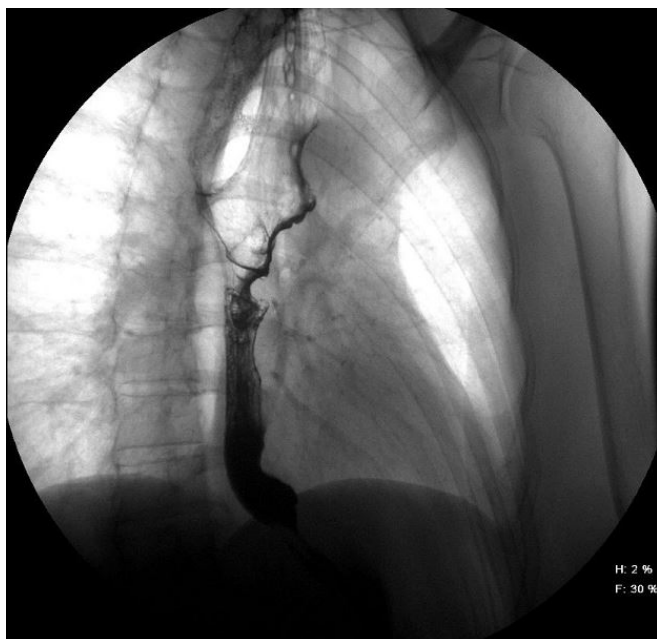


Figura 2

Esófago medio dilatado con restos de contraste baritado que delimitan contorno y esófago distal relleno de contraste y configuración normal.

musculares esofágicos, responsables del tono muscular y motilidad. Esta circunstancia no es rara si se tiene en cuenta que la tumoración extirpada (leiomioma) dependía de las capas musculares.

CP-205. TUMOR DE KRUKENBERG UNILATERAL CON AFECTACIÓN GÁSTRICA Y BILIAR

CAMACHO MONTAÑO, LM; CARNERERO RODRÍGUEZ, JA; MATA PERDIGÓN, FJ; SORIA DE LA CRUZ, MJ; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

El tumor de Krukenberg (TK) se define como la extensión metastásica ovárica de un adenocarcinoma de células en anillo de sello. Habitualmente bilateral, representa únicamente el 1-2% de todas las neoplasias anexiales. El estómago constituye el origen primario en la mayoría de los casos (76%), siendo excepcional su procedencia biliar (3%). La presentación de TK unilateral con afectación gástrica y biliar no ha sido descrita con anterioridad.

Caso clínico

Mujer de 55 años con hallazgo incidental en ecografía de gran masa anexial izquierda de aspecto sólido-quístico. En resonancia magnética nuclear presenta unas dimensiones de 14,5x8,7x12,5 cm con importante restricción de la difusión y captación de gadolinio sugestivo de malignidad (Figura 1). En espera de intervención programada, desarrolla ictericia con elevación marcada de enzimas de colestasis y CA 19,9 (1.505 U/ml).

Se completa estudio con ecografía, TC dinámico y RM hepática, así como mediante colangio-RM, donde se objetiva lesión sólida de 15 mm en confluencia de las ramas biliares principales e inicio del hepático común, con realce de contraste y dilatación biliar intrahepática (Figura 2). Por progresión de la ictericia se realiza CPRE para colocación de endoprótesis biliar, apreciándose durante el procedimiento una mucosa gástrica nodular y rígida compatible con linitis plástica. La anatomía patológica confirma el resultado de adenocarcinoma gástrico indiferenciado con células en anillo de sello.

Con diagnóstico de tumor de Krukenberg, completa dos líneas de tratamiento quimioterápico y se realiza exéresis de tumoración ovárica con intención paliativa citorreductora. En controles tomográficos se observa progresión de la enfermedad con implantes peritoneales, ascitis y clínica obstructiva recurrente (Figura 3), falleciendo la paciente once meses después del diagnóstico.

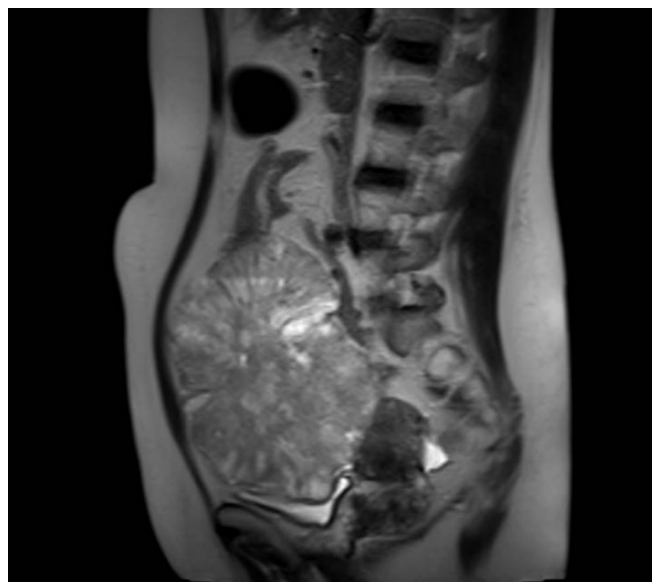


Figura 1

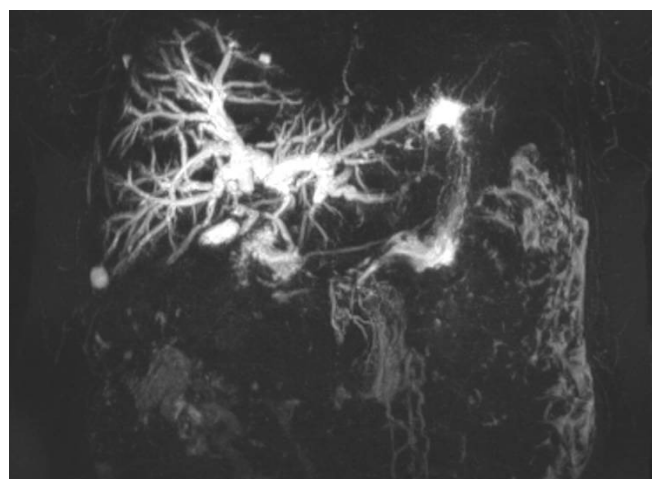


Figura 2



Figura 3

Discusión

El TK fue descrito por primera vez por el ginecólogo y patólogo alemán Friedrich Ernst Krukenberg en 1896. Consiste en una proliferación sarcomatoide estromal ovárica por células en anillo de sello productoras de mucina, las cuales se diseminan desde su localización inicial por vía linfática, hematogena o peritoneal. Su diagnóstico suele ser tardío y de pronóstico infausto, ya que normalmente la clínica está condicionada por la masa ovárica metastásica. La afectación primaria y de otros órganos debe tenerse en cuenta a la hora de afrontar complicaciones tales como la ictericia, obstrucción intestinal o hemorragia digestiva. Con una esperanza de vida inferior a dos años, deben considerarse medidas paliativas inclusive cirugía anexial citorreductora en todos los pacientes con enfermedad sintomática.

CP-206. TUMOR DE VANEK O PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO CON SINTOMATOLOGÍA OBSTRUCTIVA

ARIAS ROMANO, AJ¹; PUYA GAMARRO, M²; ARREBOLA LUQUE, LM¹; RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F¹; SÁNCHEZ CANTOS, AM²; GÁNDARA ADÁN, N¹

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

Introducción

El tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio (PFI), es una lesión benigna, rara, de localización submucosa, que puede ubicarse a lo largo del tracto digestivo, siendo más frecuente en el antro gástrico (80 %). Representa el tumor gástrico benigno menos frecuente (1-4%), con predominio en el sexo masculino y un pico de incidencia

a partir de la sexta década de la vida, siendo la malignización un evento excepcional.

Caso clínico

Paciente de 72 años que consultó por vómitos intermitentes y saciedad precoz de larga evolución. Analíticamente, presentaba anemia ferropénica. Solicitamos endoscopia digestiva alta en la que observamos una lesión pediculada de 3x5 cm en antro pilórico, que se prolapsaba hacia bulbo duodenal. En la ecoendoscopia, la lesión era hipoeoica, homogénea, y parecía depender de la submucosa. Se tomaron muestras que fueron inespecíficas, con una sospecha diagnóstica inicial de tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Completamos el estudio con TC de abdomen (Figuras 1 y 2). Dado que no fue posible confirmar el diagnóstico histológico, y que la lesión era sintomática, se intervino a la paciente realizándose una resección transgástrica de la lesión por vía abierta (Figura 3), dejando un margen macroscópicamente libre ante la posibilidad de tratarse de un GIST. El postoperatorio se desarrolló sin incidencias. El estudio anatomopatológico con técnicas inmunohistoquímicas mostró que se trataba de un pólipo fibroide inflamatorio (Figura 4). La paciente se encuentra asintomática.



Figura 1

Corte coronal en el que se aprecia la cabeza del pólipo ocupando la práctica totalidad del bulbo duodenal.



Figura 2

Corte axial en que se aprecia el pólipo prolapsándose hacia bulbo duodenal a través del píloro.



Figura 3

Se aprecia la cabeza del pólipo a través de una incisión transgástrica.

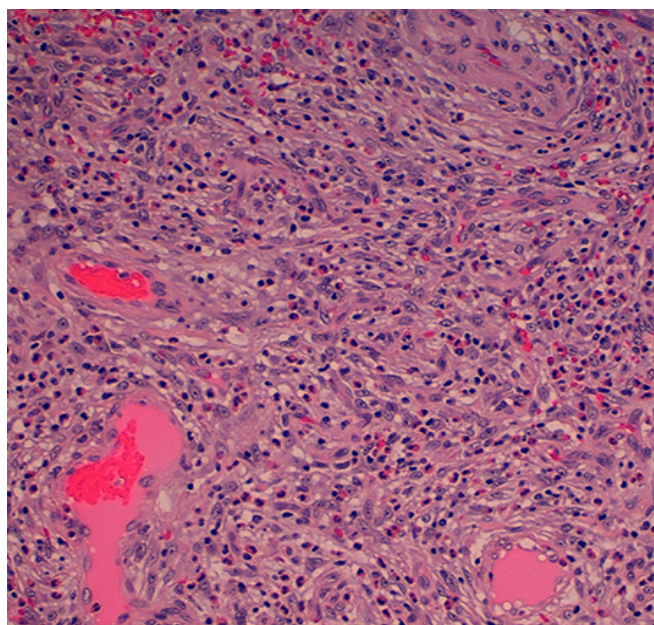


Figura 4

Proliferación mal circunscrita de células fusiformes y fibras conjuntivas dispuestas concéntricamente alrededor de capilares engrosados con infiltrado de eosinófilos. Vimentina y CD34 positivas.

Discusión

El PFI es un tipo raro de tumor mesenquimal de origen submucoso del tracto gastrointestinal. Suele ser asintomático. Puede presentarse con síntomas dispépticos, anemia, pérdida de peso o hemorragia digestiva alta. También, se ha descrito sintomatología obstructiva

por rápido crecimiento de la lesión, ejerciendo un efecto de presión valvular sobre el píloro. El aspecto endoscópico es el de una lesión polipoidea, séstil o pediculada, revestida por mucosa de aspecto normal, ocasionalmente deprimida o ulcerada, en antro o región prepilórica. Por lo general, son únicos. La ecoendoscopia suele mostrar una lesión de márgenes mal definidos, hipocogénica, homogénea, localizada en la segunda, tercera capa o ambas. Tiene una apariencia similar a la del GIST, siendo necesario el estudio inmunohistoquímico para el diagnóstico diferencial.

El tratamiento curativo es la resección quirúrgica. Este tipo de pólipos, se consideran reactivos y no neoplásicos. Tras la resección, no suelen recidivar y no es necesario el seguimiento. Éste es un caso raro, no sólo por tratarse una entidad infrecuente, sino por su forma de presentación con clínica de obstrucción del vaciado gástrico.

CP-207. TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) LOCALIZADO EN LIGAMENTO GASTROHEPÁTICO

ROA COLOMO, A; MARTÍN-LAGOS MALDONADO, A; DÍAZ ALCÁZAR, MM; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; GARCÍA MÁRQUEZ, J; VIDAL VILCHEZ, B; GARCÍA ROBLES, A

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

El GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor) es un sarcoma del tejido conectivo del tubo digestivo y estructuras contiguas, que puede surgir en cualquier punto, desde el estómago hasta el ano.

Caso clínico

Mujer de 71 años con dolor en hipogastrio irradiado hacia ambos flancos, progresivo y de gran intensidad. Se acompaña de astenia, anorexia, estreñimiento y picos febriles de 38,5°C. En la exploración física, destaca intenso dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha. En analítica: GGT 93 U/L, ALP 129 U/L, PCR 16 mg/dl y marcadores tumorales negativos. Se realiza TC abdominal que visualiza una masa de 5x4x4,6 cm localizada en el ligamento gastrohepático, con borde medial en íntimo contacto con estómago. Sugiere GIST (Figura 1). En ecoendoscopia se localiza la masa y se realiza PAAF (Figura 2) cuyo análisis anatomopatológico informa de neoplasia mesenquimal con áreas de necrosis e inmunofenotipo sugerente de GIST (CD117+/DOG1+). Se interviene mediante laparoscopia realizando resección de tumoración a nivel del espacio gastrohepático con pedículo fino de 1,5 cm que depende de la pared gástrica a nivel de curvatura menor. El diagnóstico anatomopatológico quirúrgico es de tumor estromal gastrointestinal de células fusiformes de 6,5x4,2x4 cm. Índice mitótico <5 mitosis/5 mm² con necrosis tumoral <10% y grado histológico G1 (bajo grado). Células tumorales positivas para DOG1, CD117 y actina de músculo liso. Muestra negativa para mutaciones en exones 9, 11, 17 y gen CKIT. Márgenes libres y ganglios negativos. La paciente sigue revisiones periódicas en Oncología Médica y se encuentra asintomática.



Figura 1

TC abdominal con contraste iv. Masa con captación significativa de contraste de manera heterogénea, zonas hipervasculares y pequeñas áreas hipocaptantes, de 5x4x4,6 cm.

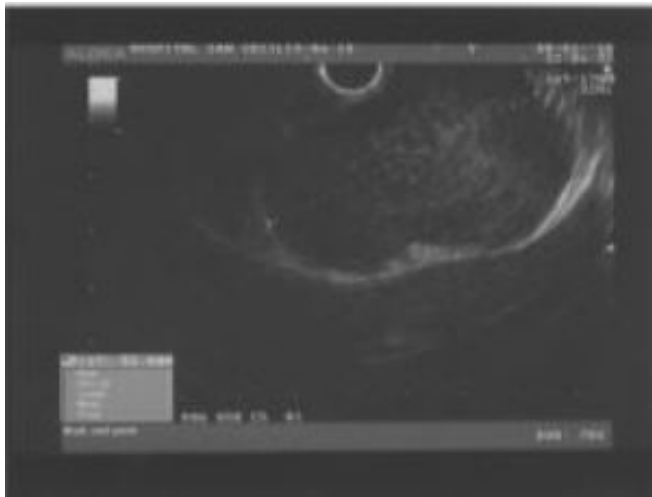


Figura 2

Visualización de la masa en ecoendoscopia previamente a la realización de PAAF.

Discusión

Es un cáncer infrecuente con una incidencia anual de 1,11 casos por 100.000 habitantes en España. Existe una mutación en el gen cKIT que produce la proteína KIT, dando lugar a la proliferación exponencial y vida ilimitada de las células intersticiales de Cajal. Los síntomas suelen manifestarse en una fase avanzada de la enfermedad, siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente.

También pueden producir anemia, diarrea, hemorragia, obstrucción intestinal, etc. En ocasiones, puede ser un hallazgo casual en una prueba de imagen.

Para su diagnóstico es preciso localizar una tumoración de partes blandas en una prueba de imagen y realizar una biopsia con análisis inmunohistoquímico de la misma. En tumores localizados, la cirugía es el único tratamiento disponible para curarlos. En los últimos años, el uso de imatinib y sunitinib, inhibidores tirosina quinasa, ha supuesto una revolución en el tratamiento de los GIST no operables y los GIST operados con alto riesgo de recaída.

CP-208. ÚLCERAS DE ESTRÉS. SITUACIÓN ACTUAL Y CONTROVERSIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

VIDAL BELLO, V; CARNERERO RODRÍGUEZ, JA; MORENO GARCÍA, AM; CAMACHO MONTAÑO, LM; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

Las úlceras de estrés se producen como consecuencia de un desequilibrio en los factores protectores de la mucosa gastrointestinal y un aumento de la secreción ácida parietal. Habitualmente poco profundas, suelen localizarse en fundus y cuerpo gástrico. Sin embargo cuando su presentación es tardía en la hospitalización tienden a ser más distales y profundas, pudiendo originar sangrados masivos o perforación. La profilaxis con inhibidores de la bomba de protones es actualmente tema de debate, dado que se ha relacionado su uso con un aumento en la incidencia de neumonía nosocomial e infección por Clostridium difficile.

Caso clínico

Varón de 89 años hipertenso, EPOC, IRC en régimen de hemodiálisis, anemia de trastornos crónicos e importante comorbilidad cardiocirculatoria en forma de insuficiencia cardíaca con frecuentes descompensaciones y arteriopatía ocluyente crónica grado IV con amputación infracondílea de miembro inferior derecho y bypass femoropoplíteo izquierdo. Antiagregado con AAS-100 mg.

Ingresa en cirugía vascular por sepsis secundaria a infección falángica de primer y segundo dedo del pie izquierdo que requiere amputación transmetatarsiana. Desde el ingreso bajo tratamiento con omeprazol 20 mg y enoxaparina 40 mg días alternos.

Con evolución favorable del cuadro séptico presenta melenas al sexto día postquirúrgico. Estable hemodinámicamente precisa transfusión de hemoderivados por anemización, alcanzando una hemoglobina mínima de 46 g/L. En endoscopia oral se objetivan dos úlceras de 5-6 mm con vaso visible, una situada en canal pilórico y la otra en primera rodilla duodenal (**Figura 1**). Se trata inicialmente la úlcera duodenal mediante inyección de adrenalina y colocación de dos hemoclips (**Figura 2**). Posteriormente se aborda la úlcera pilórica que presenta sangrado babeante tras lavado del coágulo (**Figura 3**), el cual se controla con adrenalina y hemoclip (**Figura 4**).

Sin nuevos datos de exteriorización de sangrado, el paciente es dado de alta con derivación a consultas de digestivo.

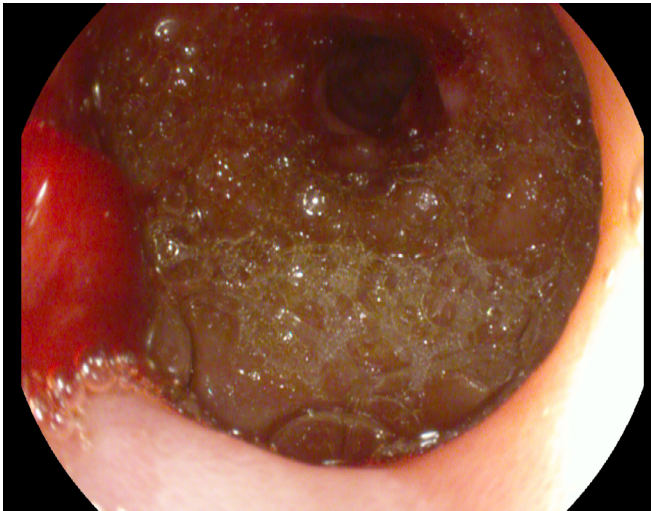


Figura 1

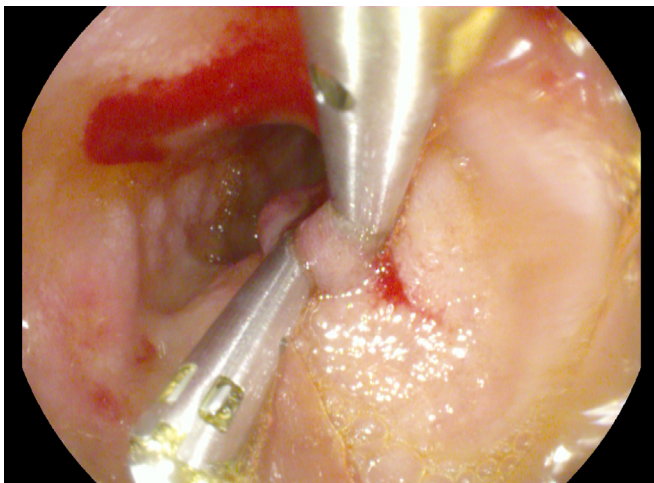


Figura 2



Figura 3

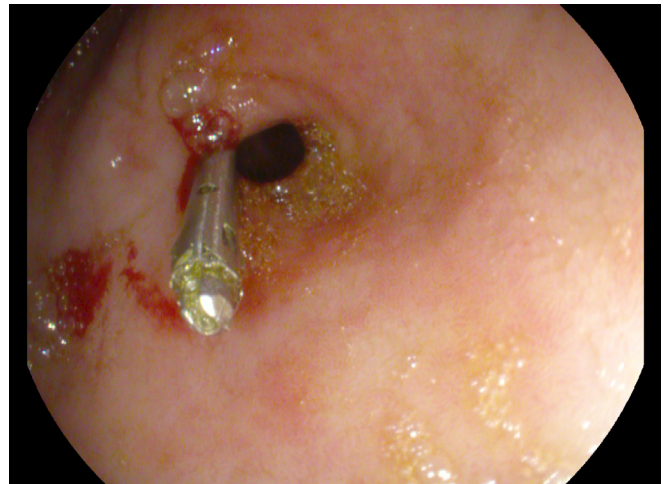


Figura 4

Discusión

La incidencia de hemorragia digestiva secundaria a úlceras por estrés varía entre el 1,5% y el 8,5% de los pacientes hospitalizados, llegando a alcanzar hasta el 15% en aquellos que no reciben profilaxis para evitar su aparición. El desarrollo de coagulopatía y la necesidad de ventilación mecánica durante más de 48 horas constituyen los dos principales factores de riesgo. La sepsis está incluida como criterio menor de profilaxis en la mayoría de estudios y guías de práctica clínica. El potencial aumento en la frecuencia de neumonía nosocomial e infección por *Clostridium difficile* con el uso de agentes profilácticos que aumentan el pH gástrico, no debe impedir su administración a pacientes graves con indicación establecida.

CP-209. UN CASO EXCEPCIONAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

FERNÁNDEZ ALVAREZ, P; MALDONADO PÉREZ, B; VALDÉS DELGADO, T; CAUNEDO ALVAREZ, A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La gastritis isquémica (GI) es una patología muy infrecuente debido a la rica vascularización gástrica. Su prevalencia es desconocida y su incidencia sigue un curso paralelo al envejecimiento de la población y al auge de las enfermedades cardiovasculares. Es una patología muy grave que se asocia a una elevada mortalidad.

Caso clínico

Varón de 79 años con antecedentes de HTA, DM II, dislipemia y cardiopatía isquémica. Acude a Urgencias por vómitos en posos de café y melenas. A la exploración dolor a la palpación de epigastrio, con masa palpable de bordes irregulares, resto anodina.

Analíticamente Hb 10, leucocitosis 12.870, neutrófilos 9.900, LDH 1.383 y PCR 203. Se realizó gastroscopia con hallazgos de úlceras Forrest II-C y protrusión gástrica intraluminal sugestiva de masa submucosa vs. compresión extrínseca (Figura 1). Tras 48 horas presentó nuevo episodio de hematemesis franca manteniendo estabilidad hemodinámica. Se realizó EDA que mostraba área extensa de mucosa con aspecto necrótico y úlceras fibrinadas, sugestivas de GI (Figura 2); no susceptible de tratamiento endoscópico. Se complementó estudio con angio-TC que objetivó conglomerado adenopático que englobaba hilio hepático, eje esplenoportal (trombosado), tronco celiaco, vena esplénica y arteria mesentérica superior (Figura 3). Se tomaron biopsias mediante aguja gruesa del conglomerado con resultado anatomopatológico de neoplasia neuroendocrina maligna de alto grado compatible con paraganglioma. Dado el mal pronóstico se desestimó intervención quirúrgica y se iniciaron cuidados paliativos, con exitus del paciente.



Figura 1
Protrusión intrínseca a nivel de antro gástrico.

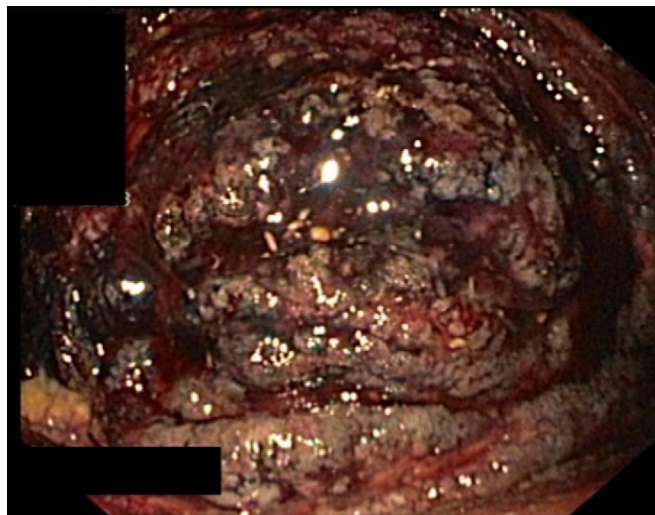


Figura 2
Área extensa con úlceras fibrinadas y mucosa gástrica de aspecto necrótico.



Figura 3
Gran conglomerado adenopático retroperitoneal y mesentérico que engloba el tronco celiaco y sus ramas, desplazando el páncreas en sentido anterior.



Figura 4
En un corte más inferior, conglomerado adenopático que engloba arteria mesentérica superior y arterias renales.

Discusión

La GI es una patología infrecuente. En un estudio multicéntrico realizado en EE.UU. durante 9 años solo se recogen 12 casos, esto da una idea de la rareza de ésta entidad.

La etiología más común son las causas vasculares, especialmente de origen aterotrombótico. Se incluyen en este grupo el bajo gasto y la isquemia tras intervenciones endoscópicas (escleroterapia e inyección de adrenalina).

En nuestro caso, teniendo en cuenta los antecedentes del paciente parece clara una base arterioesclerótica en el diagnóstico final de GI, sin embargo la evolución tórpida y aguda del paciente en 48 horas confirman que la causa desencadenante, bien por compresión

o por fenómenos embólicos paraneoplásicos, fue el componente tumoral.

Revisando en la literatura los casos de GI asociado a tumores, sólo hemos encontrado un caso de linfoma folicular de células B que se resolvió con rituximab. El paraganglioma es un tumor neuroendocrino extremadamente raro que presenta una incidencia del 0,012% de todos los tumores, siendo tan solo un 3% de los mismos malignos como el caso que nos ocupa.

CP-210. VARÓN JOVEN CON DOLOR TORÁCICO Y FIEBRE

MARTÍN-LAGOS MALDONADO, A; ROA COLOMO, A; DÍAZ ALCÁZAR, MM; ZÚÑIGA DE MORA-FIGUEROA, B; CASADO CABALLERO, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Caso clínico

Varón de 20 años sin antecedentes conocidos acude a Urgencias por dolor retroesternal de 2 días de evolución, intensificado en las últimas horas y acompañado de fiebre. En la exploración física destaca taquicardia (120 lpm) y fiebre (38,8°C). Analítica: leucocitos 16,410/ml (PMN 85%) y PCR 116 mg/dl. El TC toraco-abdominal evidencia a nivel paraesofágico una opacidad nodular con aumento de la densidad de la grasa mediastínica a nivel medio-superior sugestivo de quiste de duplicación esofágica sobreinfectado sin poder descartar microperforación encubierta (Figura 1). El estudio baritado con gastrografin no muestra fugas compatibles con perforación. Se interviene de forma urgente realizándose toracotomía lateral derecha con hallazgo de líquido pleural turbio y mediastinitis de aspecto reactivo sin evidencia de colecciones pleurales-mediastínicas; la pared lateral del esófago se identifica engrosada a nivel de tercio medio sin observar formación quística. Mediante gastroscopia intraoperatoria se identifica en esófago medio una región protruida hacia la luz con mucosa violácea y presencia de dos pequeños orificios (Figura 2); se pasa una guía por uno de ellos confirmando la ausencia de comunicación con el mediastino y observando el drenaje hacia la luz de líquido turbio. Se coloca drenaje paraesofágico y dos drenajes pleurales y se pauta antibioterapia de amplio espectro. 48 horas después el control radiológico con TC confirma la reducción del tamaño de la colección paraesofágica. La gastroscopia de control evidencia una laceración mucosa en fase cicatrizal, y las biopsias distales y proximales sobre mucosa sana descartan esofagitis eosinofílica. El paciente niega consumo de tóxicos, y tras valoración por la unidad de enfermedades sistémicas se descartan otras entidades. El paciente es dado de alta con el diagnóstico de pequeña disección intramural esofágica con formación de colección esofágica de origen no dilucidado.

Discusión

La disección esofágica intramural es una entidad muy infrecuente caracterizada por la ruptura o fisura de la capa submucosa esofágica. Puede ocurrir de forma espontánea o secundaria a un

daño directo en la mucosa esofágica. Ocurre cuando un hematoma intramural esofágico diseca la mucosa del esófago, pudiendo considerarse un paso intermedio entre una laceración mucosa (síndrome de Mallory-Weiss) y la ruptura esofágica (síndrome de Boerhaave). Se manifiesta con dolor retroesternal agudo, disfagia o hematemesis. En raras ocasiones se puede complicar con una perforación, sobreinfección o formación de fístulas. El diagnóstico es radiológico mediante estudio baritado, TC o ecoendoscopia, y resulta imprescindible diferenciarlo de una verdadera perforación para intentar evitar una cirugía innecesaria.



Figura 1

TC toraco-abdominal: A nivel paraesofágico, entre dorsal D5 y D9, se observa opacidad nodular de unos 27x30x100 mm, que causa efecto masa sobre el esófago.

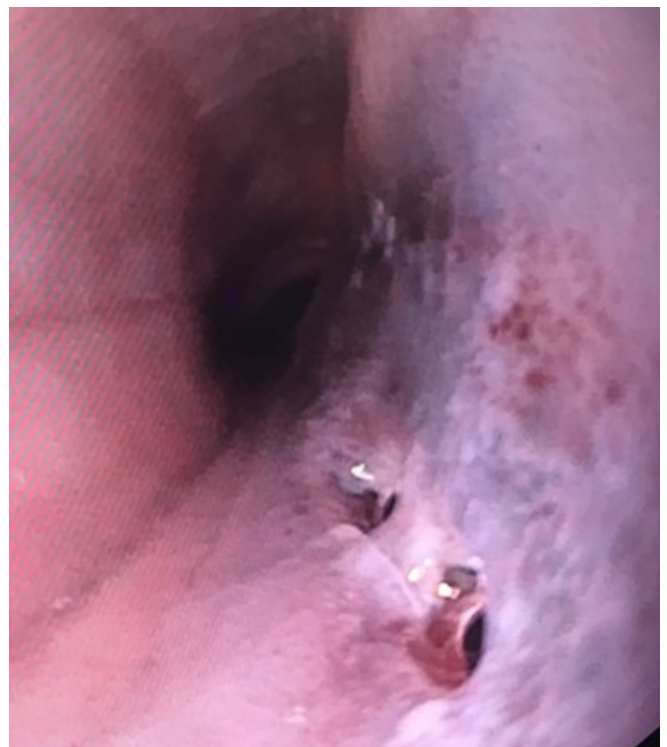


Figura 2

Gastroscopia intraoperatoria. Se observa a nivel de esófago medio la mucosa violácea y protruida hacia la luz, con 2 orificios por los que drena contenido líquido, no abiertos hacia fuera.

CP-211. VÓLVULO GÁSTRICO, LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CAMACHO MONTAÑO, LM; LEAL TÉLLEZ, J; CARNERERO RODRÍGUEZ, JA; SORIA DE LA CRUZ, MJ; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

La hernia paraesofágica es un tipo infrecuente de hernia de hiato, presenta normoposición de la unión gastroesofágica asociada a un defecto herniario lateral al hiato esofágico. Puede conducir al desarrollo de complicaciones graves como estrangulación o volvulación de contenido herniario.

Caso clínico

Mujer 91 años, antecedentes de estenosis de mesentérica superior revascularizada y del tronco celíaco. Colelitiasis y hernia de hiato desde hacía 30 años.

Acude al área de Urgencias por epigastralgia irradiada en cinturón de una semana y vómitos. Intolerancia oral por agravamiento del dolor, mayor los últimos dos días. A su llegada TA 121/82 mmHg, FC 88 lpm, bien perfundida. Abdomen doloroso a la palpación profunda de epigastrio, sin peritonismo.

En la analítica presentaba elevación de enzimas pancreáticas (amilasa en 167 UI/L, lipasa 441 UI/L) transaminasas, función renal, iones, troponinas y hemograma sin alteraciones. En la radiografía de tórax se observa una imagen de doble burbuja gástrica que plantea el diagnóstico diferencial con hernia hiatal de gran tamaño (Figura 1).

Se decide ingreso con el diagnóstico diferencial de pancreatitis aguda, isquemia mesentérica crónica reagudizada o complicación de hernia hiatal. A las 24 horas presenta deterioro renal (Cr 2 mg/dL), elevación de transaminasas (GOT 492 UI/L, GPT 407 UI/L) y de RFA (PCR 128 mg/L, 14.110 leucocitos con neutrofilia). En escáner urgente se objetiva una gran hernia de hiato paraesofágica con marcada distensión de cámara gástrica, encontrándose la región antropilórica en el interior de la hernia, en relación con volvulación órgano-axial con datos de estrangulación (Figuras 2 y 3).

Ante este diagnóstico es valorada por Cirugía, por el deterioro cardiorrespiratorio desestima intervención quirúrgica, manteniéndose tratamiento conservador, falleciendo finalmente la paciente.

Discusión

El vólvulo gástrico es una patología grave y de incidencia desconocida. Presenta rotación gástrica superior a 180° en su eje órgano-axial (59%), mesenterio-axial (29%), o ambos (2%). La forma crónica leve e intermitente, se diagnostica como hallazgo casual en pruebas de imagen. La máxima incidencia es la quinta década y en el 70% se asocia a defectos diafragmáticos. Los datos de laboratorio son inespecíficos, puede objetivarse elevación de amilasa llevando a un diagnóstico erróneo de pancreatitis aguda. La

técnica diagnóstica es la tomografía computerizada. El tratamiento convencional es quirúrgico, aunque el endoscópico junto a la gastrostomía percutánea puede usarse para pacientes de alto riesgo sin necrosis gástrica.

Con este caso, vemos la importancia del diagnóstico diferencial clínico, dada la gran mortalidad (50-70%) sin un diagnóstico precoz.

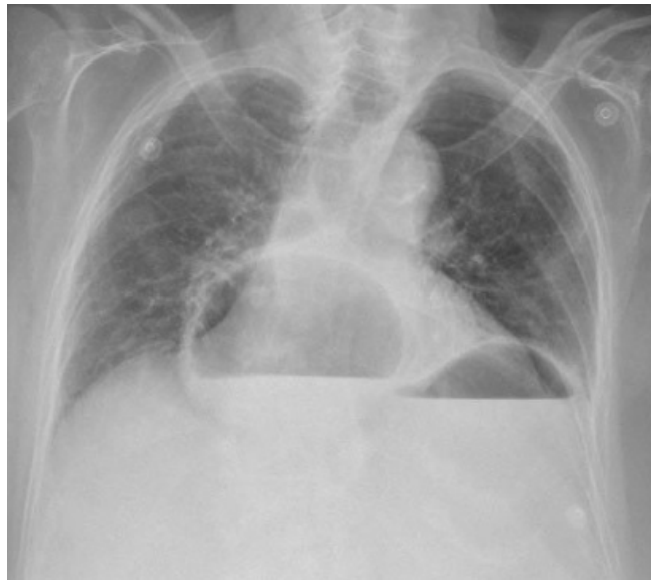


Figura 1

Radiografía de tórax con imagen de doble burbuja gástrica.



Figura 2

TC abdomen. Marcada distensión de cámara gástrica.

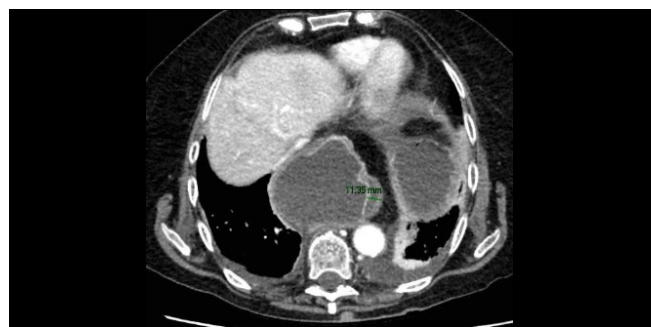


Figura 3

TAC abdomen. Volvulación órgano-axial con datos de estrangulación.

CP-212. CAUSA INUSUAL DE TRASPLANTE HEPÁTICO: POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR

HALLOUCH TOUTOUH, S; BARRIENTOS DELGADO, A; JORDÁN MADRID, T; DELGADO MAROTO, A; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; CASADO MARTIN, M; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

Bajo el título de las amiloidosis se engloba, un grupo heterogéneo de entidades cuyo nexa común es, el depósito patológico en distintos órganos y sistemas, de una proteína, alterando de esta manera, su correcto funcionamiento.

A pesar de no ser la forma más frecuente de amiloidosis, la polineuropatía amiloidótica familiar (PAF), es una patología a ser considerada por el especialista en gastroenterología, al ser el trasplante hepático, su único tratamiento etiológico y tiene un curso inexorablemente progresivo causando la muerte 7-15 años después del inicio de las manifestaciones clínicas.

Caso clínico

Presentamos el caso clínico de un varón de 65 con antecedentes de hipertensión, dislipemia y bloqueo de rama derecha. Es derivado a consulta de digestivo, tras ser estudiado por el servicio de cardiología, al fallecer su hermano por amiloidosis primaria. Relata clínica neurológica de cinco años de evolución consistente en: dolor y sensación de empastamiento en miembros inferiores, que evoluciona a torpeza motora para movimientos finos y pérdida de fuerza.

Se realiza estudio neurofisiológico: severa polineuropatía mixta de predominio en miembros inferiores de tipo desmielinizante y axonal. El estudio genético revelaba mutación del gen que codifica la síntesis de la TTR, una proteína plasmática sintetizada predominantemente en el hígado, siendo su transmisión autonómica dominante.

La ecocardiografía mostraba hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo con una fracción de eyección del 60% y patrón diastólico restrictivo.

En el estudio integridad celular miocárdica tras la administración de pirofosfato marcado, se aprecia un depósito intenso difusamente distribuido, sugestivo de afectación miocárdica global. La negatividad del estudio con Galio 67 y la positividad con pirofosfato inclina el diagnóstico hacia una amiloidosis hereditaria.

El estudio endoscópico macroscópico era de característica normales. Pero a nivel anatomopatológico de se evidenciaba un depósito amiloide en las biopsias rectales.

El resto de valoraciones (Otorrinolaringología, Neumología, etc.) fueron normales, por lo que, tras aconsejar la realización de estudio genético en pacientes de primer grado, el paciente se deriva al centro hospitalario de referencia para trasplante hepático.



Figura 1

Se objetiva depósito intenso difusamente distribuido en todo el miocardio, sugestivo de afectación miocítica global, en probable relación a amiloidosis hereditaria. Negatividad Galio apoya diagnóstico.

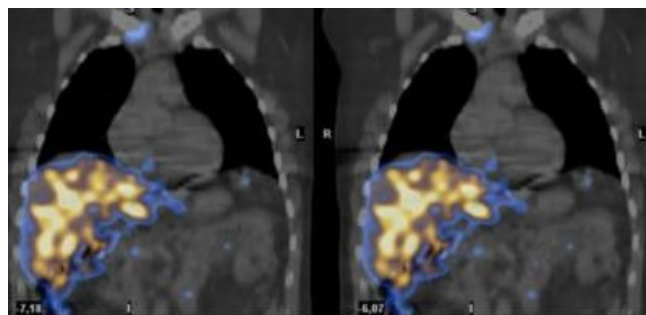


Figura 2

SPECT-TAC: rastreo con citrato de galio negativo. No se objetiva depósito patológico de actividad a nivel miocárdico.

Discusión

El único tratamiento eficaz para la PAF es el trasplante hepático (TH), tras el cual, la TTR anómala pasa a ser prácticamente indetectable en sangre, deteniéndose así la progresión de la enfermedad y observándose una lenta mejoría sintomática e incluso una progresiva disminución del depósito de amiloide.

La supervivencia postrasplante de estos pacientes ha demostrado ser similar a la obtenida en otros grupos de pacientes trasplantados, alcanzando más de un 70% al año y más de un 60% a los cinco años del TH.

COMUNICACIONES VIDEOFORUM

VF-01. ESTENOSIS PROGRESIVA DE ANASTOMOSIS ESOFAGOYEUINAL POR RECURRENCIA TUMORAL EXTRALUMINAL

BISSOZEIN,JK¹;ORTIZLÓPEZ,N²;JIMÉNEZCONTRERAS,S²;CUETO TORREBLANCA, I²; MARTÍN OCAÑA, F²; SÁNCHEZ YAGÜE,A²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. XANIT HOSPITAL INTERNACIONAL, BENALMÁDENA

Introducción

Actualmente el papel de la endoscopia en las neoplasias del tracto digestivo abarcan diagnóstico, medidas terapéuticas de la propia neoplasia como de las complicaciones que puedan derivarse del tratamiento quirúrgico. Una de las complicaciones derivadas de la cirugía es la estenosis de la anastomosis, manifestándose en forma de disfagia, ante la cual podemos tomar medidas como la dilatación neumática o la colocación de una prótesis.

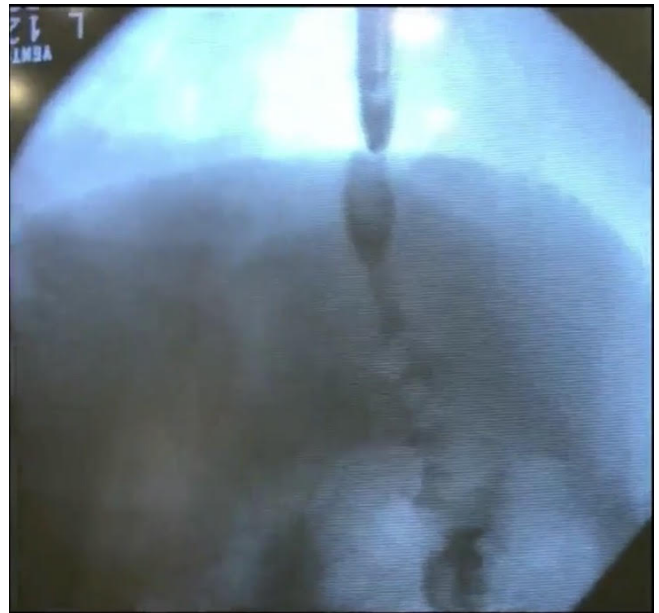
Caso clínico

Paciente de 51 años con antecedente de adenocarcinoma gástrico al que se le practicó una gastrectomía total con la correspondiente anastomosis esófago-yeyunal. Fue remitido a nuestra unidad de endoscopias por disfagia. En marzo de 2017 se realiza una endoscopia donde se puede observar la estenosis de la anastomosis, con un efecto valvular del yeyuno, además de una lesión distal a la estenosis, compatible con recidiva tumoral. Se procedió a realizar dilatación neumática. En mayo de 2017 el paciente había recibido quimioterapia, pero persiste con disfagia, observándose en la nueva endoscopia el efecto valvular del yeyuno, lo cual explicaría la persistencia de síntomas, destacando que esta vez no observamos la lesión que era sugestiva de recidiva tumoral. Se decide repetir dilatación con balón. En septiembre de 2017 persiste la disfagia, y se observa edematización de la estenosis, momento en el cual se coloca una prótesis en diábolo, además de dilatar con balón. En noviembre de 2017 se repite endoscopia y se observa cómo hay establecida una estenosis proximal a la prótesis que colocamos en septiembre, permaneciendo la prótesis bien posicionada. Se decide colocar una segunda prótesis de mayor longitud en el interior de la primera, con la idea de que el sobresaliente de la segunda prótesis sea suficiente para paliar esa estenosis.

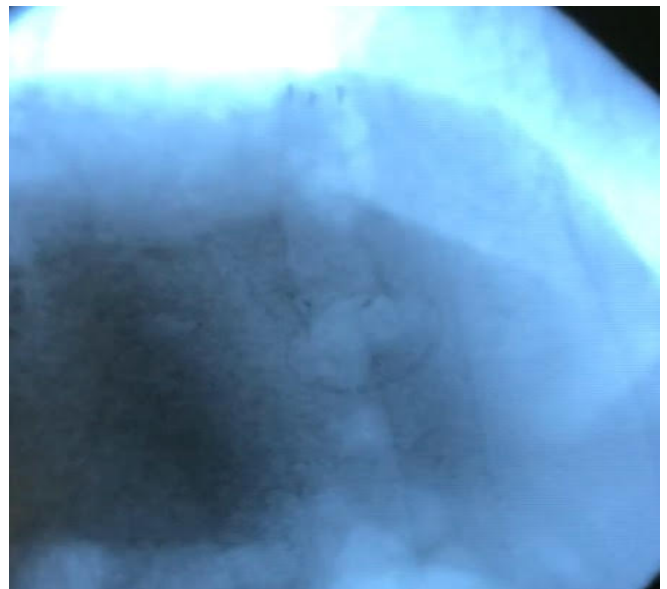
Al comprobar que no es suficiente, se decide tirar de la segunda prótesis, produciéndose un desplazamiento proximal de la segunda prótesis respecto la primera, quedando concatenadas ambas prótesis. De esta forma se logró salvar la estenosis que se mantenía proximal a la primera prótesis.

Discusión

La colocación de prótesis de aposición luminal en estenosis lumbinales es una opción a tener en cuenta, siendo posible concatenar las prótesis en diábolo.

**Figura 1**

Paso de contraste tras la colocación de la primera prótesis.

**Figura 2**

Concatenación de dos prótesis en diábolo.

VF-02. EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS AXIOS POR EL CANAL DEL ECO-ENDOSCOPIO Y REENVAINADO COMO TÉCNICA DE RESCATE ANTE LIBERACIÓN ANÓMALA DURANTE EL DRENAJE DE COLÉDOCO

PUYA GAMARRO, M; SÁNCHEZ YAGÜE, A; GÓMEZ ESPEJO, SM; RIVERA IRIGOIN, R; SÁNCHEZ CANTOS, A

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

El drenaje guiado por ecoendoscopia ofrece una alternativa menos invasiva para el tratamiento paliativo de la obstrucción biliar por neoplasia de cabeza pancreática con CPRE fallida por imposibilidad para la canulación o alcance de la papila. La realización de una coledocoduodenostomía eco-endoscópica con prótesis de aposición luminal resulta una opción aplicada en los últimos años. La utilización de un dispositivo de acceso con punta energizada y liberación de una prótesis metálica cubierta de aposición luminal (PMCAL) en un solo paso disminuye el tiempo de la técnica y el riesgo de fuga biliar asociado. Sin embargo, esta técnica puede complicarse y en esos casos, resultan necesarios conocimientos en endoscopia terapéutica para resolver las complicaciones.

Caso clínico

Paciente de 42 años con adenocarcinoma de cabeza de páncreas irresecable y obstrucción duodenal que impedía el acceso a papila. Se planteó la realización de coledocoduodenostomía con PMCAL utilizando una técnica de acceso a mano alzada.

Tras la punción con dispositivo Hot AXIOS (Figura 1) se procedió a liberar el extremo distal de la prótesis, pero este quedó entre la pared duodenal y el colédoco (Figura 2). Se procedió a pasar un hilo guía y realizar un intercambio manteniendo el hilo guía y extrayendo la prótesis por el canal (Figura 3).

Una vez fuera se reenvainó la prótesis (Figura 4) y se volvió a insertar sobre el hilo guía. Se avanzó a colédoco y se liberó por segunda vez, pero de nuevo, quedó fuera del colédoco, por lo que se decidió extraer el catéter con la prótesis y el hilo guía.

Se reenvainó de nuevo la prótesis y se buscó un nuevo punto de punción en el colédoco. Se realizó punción a mano alzada de nuevo y se liberó el extremo distal en colédoco bajo control ecoendoscópico (Figura 5). El extremo proximal se liberó en el canal y se empujó bajo control ecoendoscópico observándose por endoscopia la salida de pus. Posteriormente se avanzó un endoscopio convencional comprobándose la salida de pus, pero sin observar perforación probablemente por la expansión de la PMCAL. Se continuó tratamiento antibiótico. La paciente evolucionó favorablemente, sin signos de peritonismo. Al mes requirió una prótesis duodenal.

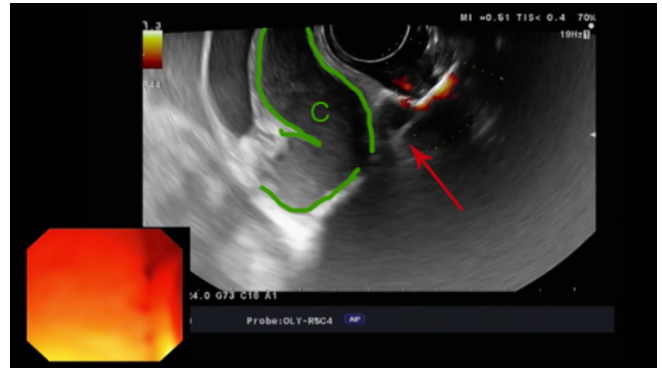


Figura 2

Liberación del extremo distal de la prótesis bajo control ecoendoscópico, quedando entre la pared duodenal y el colédoco. C: Colédoco; Flecha: Extremo distal de la prótesis.

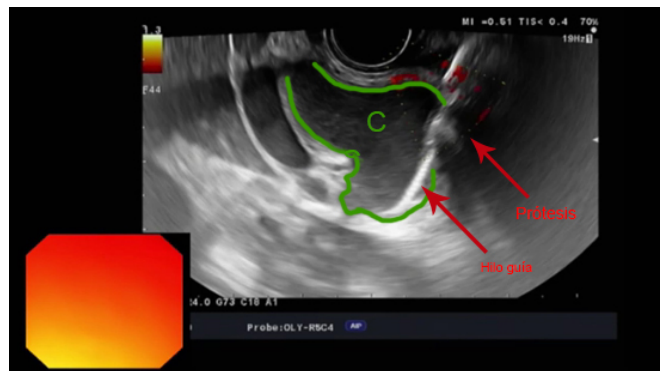


Figura 3

Introducción de hilo guía y extracción de la prótesis por el canal.

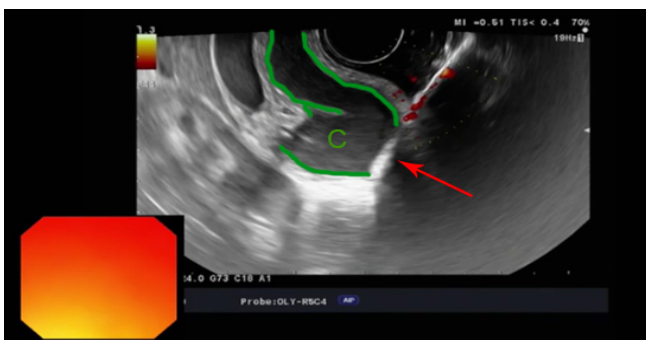


Figura 1

Punción con dispositivo Hot AXIOS a mano alzada. C: Colédoco; Flecha: Punta del dispositivo.

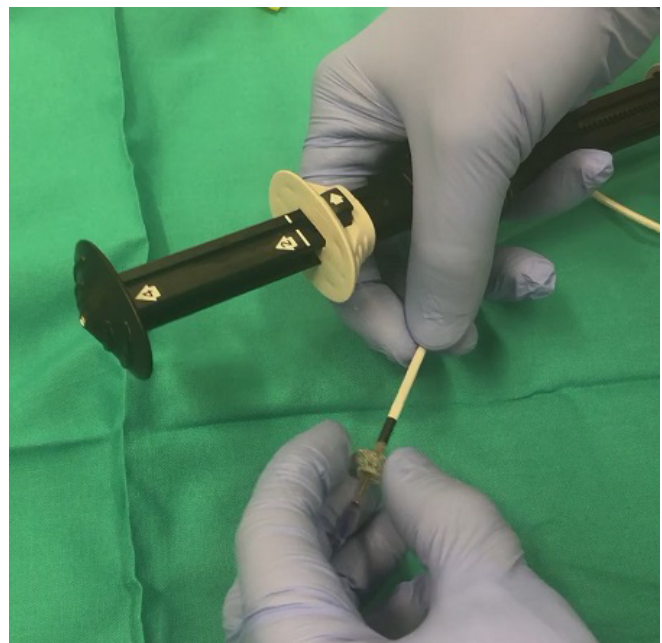


Figura 4

Reenvaino de la prótesis AXIOS.

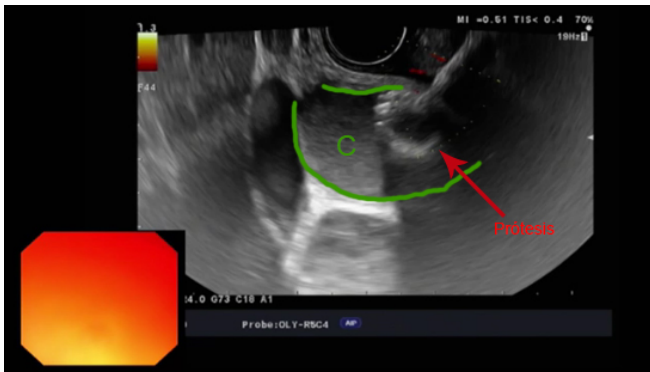


Figura 5

Prótesis con extremo distal correctamente posicionado en colédoco.

Discusión

Las PMCAL con catéter de punta energizada disminuyen los tiempos de procedimiento de drenaje a segundos, sin embargo, no están exentos de complicaciones que requieren de experiencia en endoscopia intervencionista. Las prótesis de pequeño calibre pueden extraerse a través del canal y reenvainarse.

VF-03. GASTROENTEROANASTOMOSIS CON PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL MEDIANTE TÉCNICA UNDERWATER COMO TRATAMIENTO PALIATIVO DE OBSTRUCCIONES GASTROINTESTINALES

PUYA GAMARRO, M; SÁNCHEZ YAGÜE, A; GÓMEZ ESPEJO, SM; RIVERA IRIGOIN, R; GONZÁLEZ CANÓNIGA, Á; LÓPEZ MUÑOZ, C; SÁNCHEZ CANTOS, AM

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

Las prótesis de aposición luminal (PAL) han supuesto un gran avance en la terapéutica guiada por ecoendoscopia, permitiendo el drenaje de colecciones no adheridas al tracto digestivo con bajo riesgo de migración debido a su diseño en diábolo. La creación de gastroenteroanastomosis utilizando este tipo de prótesis se ha postulado durante años, pero las técnicas utilizadas presentaban múltiples inconvenientes, principalmente para determinar el punto de punción y conseguir el acceso al asa intestinal. La utilización de una técnica bajo agua permite que el estómago esté más fijo y mejora la calidad de visualización durante la ecoendoscopia.

Caso clínico

Se realizó la técnica en modelo animal con un prototipo de ecoendoscopio de visión frontal y un prototipo de prótesis de posición luminal con catéter de punta energizada. Se rellenó el estómago de agua y se instiló agua por duodeno. Se determinó un punto de punción en intestino delgado al azar. Utilizando el catéter de

punta energizada con corriente de corte puro se puncionó la pared del estómago y del asa de intestino delgado bajo control ecoendoscópico. Una vez en el interior del asa se procedió a liberar el extremo distal también bajo control ecoendoscópico (Figura 1). Posteriormente se traccionó la pared intestinal hacia pared gástrica y se procedió a liberar el extremo proximal bajo control endoscópico (Figura 2). Se dilató la prótesis con balón neumático hasta 15 mm (Figura 3). Una vez dilatada la prótesis se accedió a la luz intestinal y se comprobó la ausencia de complicaciones (Figura 4). Se realizó el procedimiento en tres puntos distintos con éxito técnico en los tres casos.

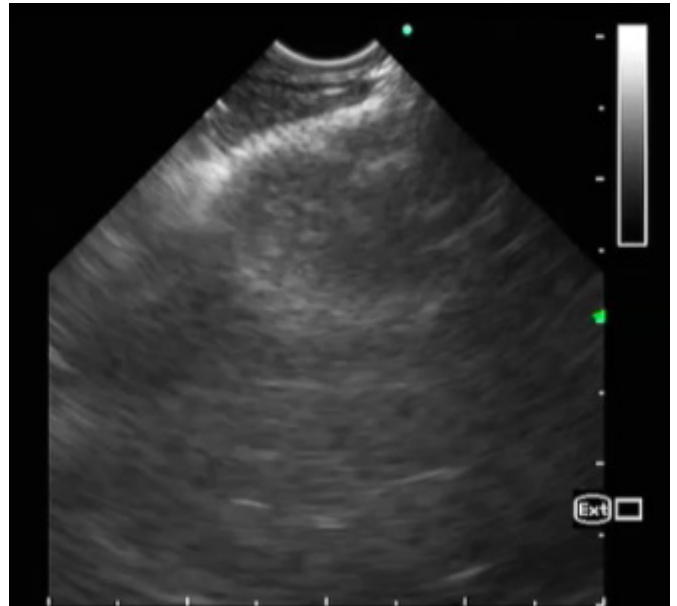


Figura 1

Liberación del extremo distal de la prótesis bajo control ecoendoscópico.

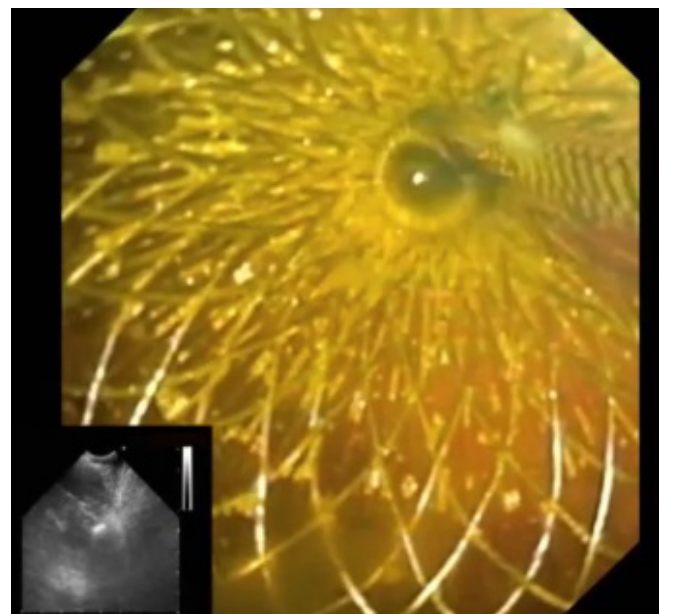


Figura 2

Liberación del extremo proximal bajo control endoscópico.

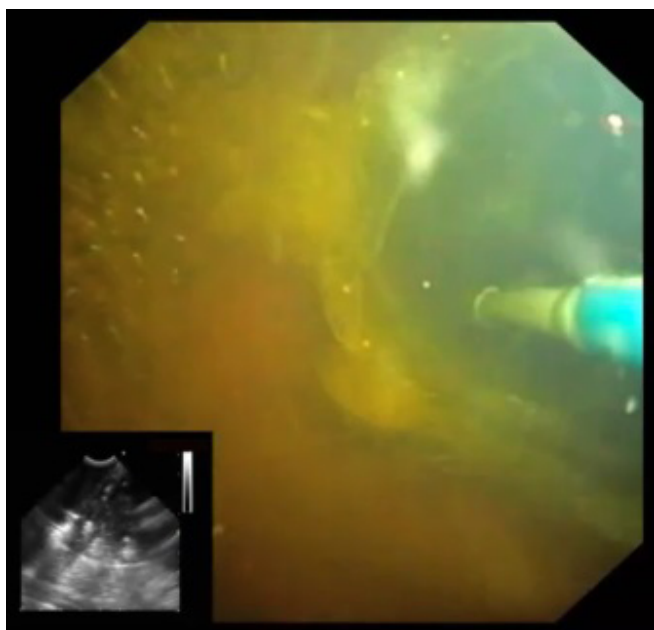


Figura 3

Dilatación de la prótesis con balón neumático hasta 15 mmHg.

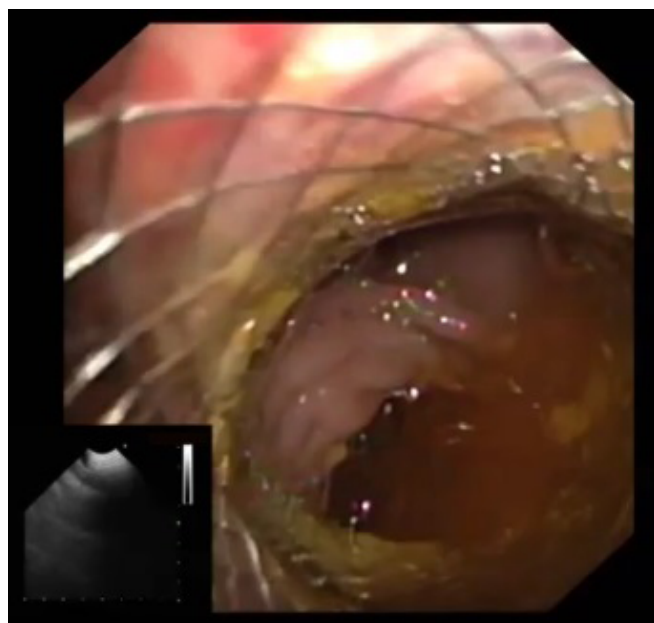


Figura 4

Se comprueba ausencia de complicaciones tras dilatar la prótesis.

Discusión

La creación de gastroenteroanastomosis puede ser una opción necesaria para el tratamiento paliativo de obstrucciones en el tracto gastrointestinal. Actualmente, la cirugía es la única opción. La utilización de prótesis de aposición luminal representaría una opción menos invasiva. Los principales inconvenientes serían la dificultad para determinar el asa sobre la que se realiza la punción y la ejecución de la técnica. En este último aspecto se ha descrito

la inserción de un catéter de doble balón con relleno de agua entre ambos que serviría de diana para realizar la punción. Consideramos que rellenar el estómago con agua mejora la visión ecográfica al tiempo que mejora la fijación de las estructuras del tracto digestivo facilitando así la punción. La adición de agua en intestino delgado también facilita la técnica.

VF-04. IMPORTANCIA DE UNA RÁPIDA Y EFICAZ ACTUACIÓN PARA LA RESOLUCIÓN DE POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LA DIVERTICULOTOMÍA ENDOSCÓPICA DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER

PUYA GAMARRO, M; SÁNCHEZ YAGÜE, A; ARIAS ROMANO, AJ; SORIA LÓPEZ, E; RIVERA IRIGOIN, R; SÁNCHEZ CANTOS, AM

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

El divertículo de Zenker es una patología infrecuente, con una incidencia de aproximadamente 2 casos por 100.000 habitantes. El tratamiento endoscópico es considerado efectivo y seguro. Es importante tanto el manejo de la técnica, como de posibles complicaciones que pueden surgir durante el procedimiento y que pueden resolverse endoscópicamente.

Caso clínico

Paciente de 81 años con antecedentes de EPOC, carcinoma laríngeo intervenido en 2004, y neoplasia de pulmón con estabilización radiológica. Consultó por regurgitación y disfagia, diagnosticándose de divertículo faringoesofágico de Zenker. Dada la patología basal y la edad, se decidió diverticulotomía endoscópica. El procedimiento se realizó en quirófano, administrándose profilaxis antibiótica. Primero, realizamos endoscopia convencional, valorando divertículo con fondo de saco de 4 cm con orificio esofágico completamente cerrado. Insertamos hilo guía a vertiente esofágica y sobretubo sobre hilo guía (Figura 1). Introdujimos endoscopio ultrafino y pinza de Ligasure 5-37 mm en paralelo, realizando un corte completo y otro parcial (Figura 2). Al no lograr la sección completa del tabique, dimos un tercer corte, apreciando al movilizar el sobretubo una dehiscencia del margen derecho del septo (Figura 3), que reparamos con 9 endoclips hemostáticos, sin incidencias (Figura 4). El paciente evolucionó satisfactoriamente, sin síntomas actualmente.

Discusión

El divertículo de Zenker es un divertículo faringoesofágico cuyos síntomas principales son la regurgitación de alimentos. El diagnóstico se realiza por endoscopia digestiva alta o esofagograma.

El tratamiento está indicado cuando los síntomas son persistentes y progresivos. Puede ser quirúrgico, a través de la diverticulectomía con miotomía, o endoscópico, seccionando el septo diverticular.

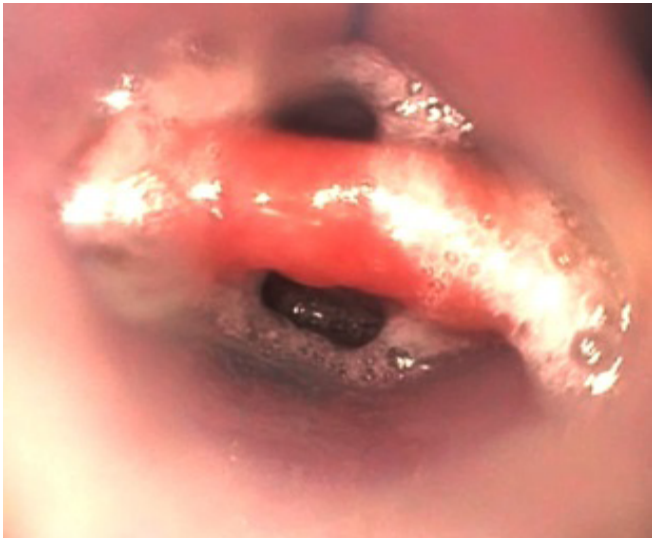


Figura 1 Imagen endoscópica del divertículo de Zenker.

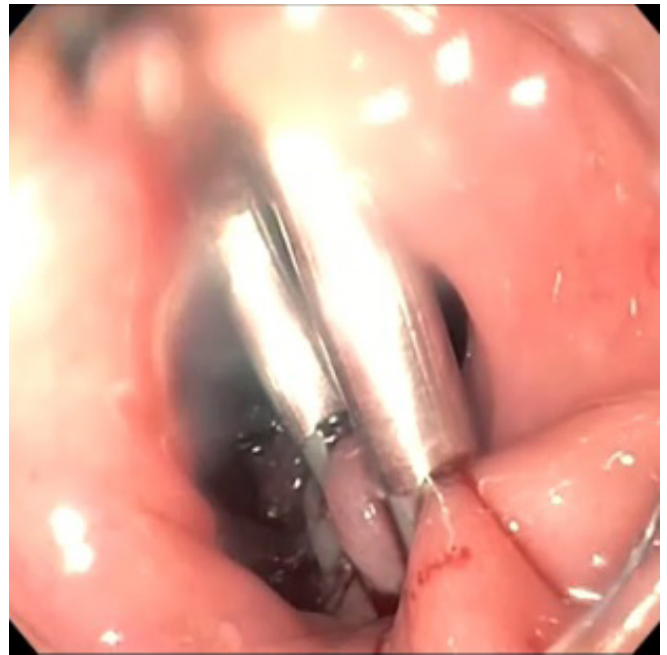


Figura 4 Reparación del defecto con endoclips hemostáticos.

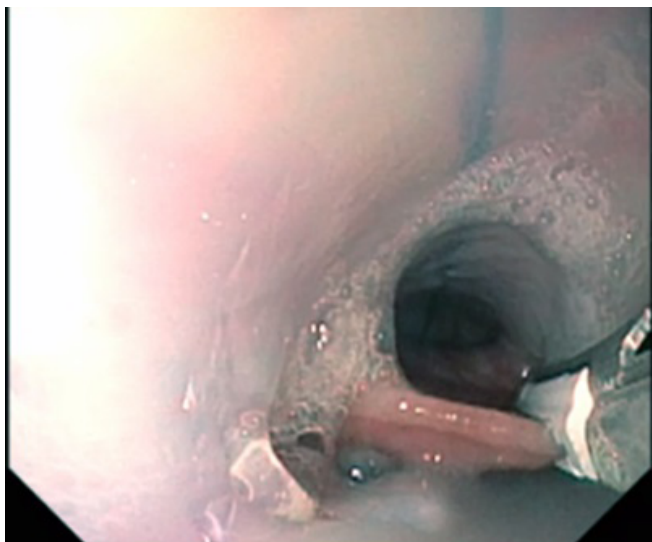


Figura 2 Sección del tabique con Ligasure.

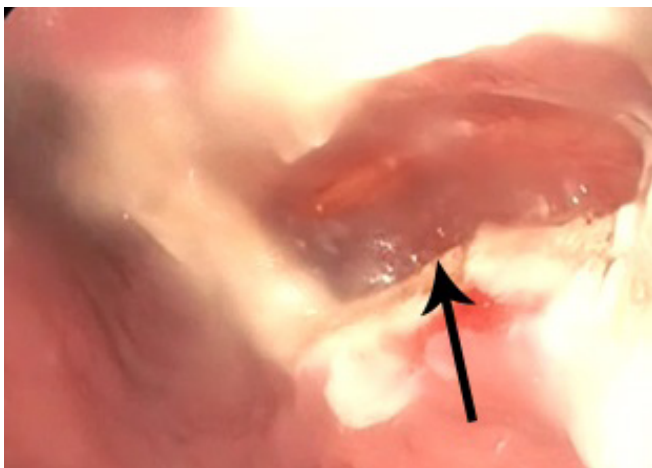


Figura 3 Dehiscencia de la pared del divertículo (flecha).

Una de las técnicas más utilizadas recientemente es la sección del tabique con Ligasure, que realiza un corte-sellado con electrocoagulación en el mismo disparo. Es de fácil manejo, preciso y sólo 5 mm de diámetro. Esta técnica puede ser complementada con la colocación de clips endoscópicos para asegurar un adecuado sellado del septo resecaado o resolver posibles complicaciones.

Otra ventaja en comparación con los estudios publicados utilizando el needle-knife o hook-knife, es una menor tasa de recurrencia.

En conclusión, el tratamiento endoscópico se presenta como una opción efectiva y segura en el tratamiento del divertículo de Zenker, permitiendo además, la resolución de posibles complicaciones que puedan surgir durante el procedimiento.

VF-05. MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA POR VÍA ORAL (POEM) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ACALASIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

PUYA GAMARRO, M¹; SÁNCHEZ YAGÜE, A¹; LÓPEZ ORTEGA, S²; MÉNDEZ SÁNCHEZ, IM¹; PÉREZ AISA, Á¹; SÁNCHEZ CANTOS, AM¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La acalasia es el trastorno motor primario más frecuente del esófago. El estándar de tratamiento ha sido la miotomía de Heller laparoscópica. El desarrollo de técnicas endoscópicas avanzadas ha permitido el posicionamiento de la técnica POEM (per-oral

endoscopic myotomy) como una alternativa terapéutica con resultados prometedores.

Caso clínico

Paciente de 51 años, sin antecedentes de interés, diagnosticado de acalasia tipo I hace doce años, con dilatación neumática al diagnóstico y pérdida de seguimiento posterior. Consultó por aumento de disfagia retroesternal, sin anorexia ni pérdida ponderal. Realizamos gastroscopia y tránsito baritado, sugestivos de achalasia de cardias. Completamos estudio con manometría esofágica observando esfínter esofágico inferior hipertónico (37 mmHg) y cuerpo con 100% de ondas simultáneas, de presión disminuida, compatible con achalasia de cardias tipo I (Figura 1). Decidimos tratamiento endoscópico.

Primero, realizamos una endoscopia identificando las principales estructuras, apreciándose esófago sigmoideo. Posteriormente, introducimos endoscopio estándar procediendo con un abordaje en cara posterior. En primer lugar, elevamos la mucosa (Figura 2) con Voluven e índigo carmín. Iniciamos túnel submucoso a 37 cm. Se tunelizó submucosa con Dual Knife J (Figura 3) hasta superar cardias y avanzar por cavidad gástrica 3 cm. Esto fue comprobado mediante endoscopia en retroflexión en cámara gástrica. Después, iniciamos miotomía (Figura 4) con cuchillo endoscópico de punta triangular (TT Knife) a 43 cm hasta 3 cm por debajo de cardias (53 cm).

Por último, comprobamos que la miotomía era completa y cerramos la mucotomía con 6 endoclips (Figura 5) asegurándolo con endoloop cinchado con 4 endoclips. En la misma tarde, el paciente comenzó tolerancia, sin disfagia. Posteriormente, sintomatología de reflujo que se controló totalmente con IBPs.

Discusión

La acalasia es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia anual de 1 a 2 casos por 100.000. Ambos sexos son afectados por igual y habitualmente es diagnosticada entre los 25 y 60 años. La disfagia es el síntoma más usual. A partir de la primera miotomía esofágica endoscópica en un modelo ex vivo publicada por Pasricha et al. en 2007 y de la realización de la misma en un paciente por Inoue et al. en 2008, surge un creciente interés por desarrollar esta técnica para el tratamiento de la acalasia. El objetivo del presente trabajo es describir la técnica y presentar los resultados de la implementación clínica del procedimiento POEM por nuestro equipo.

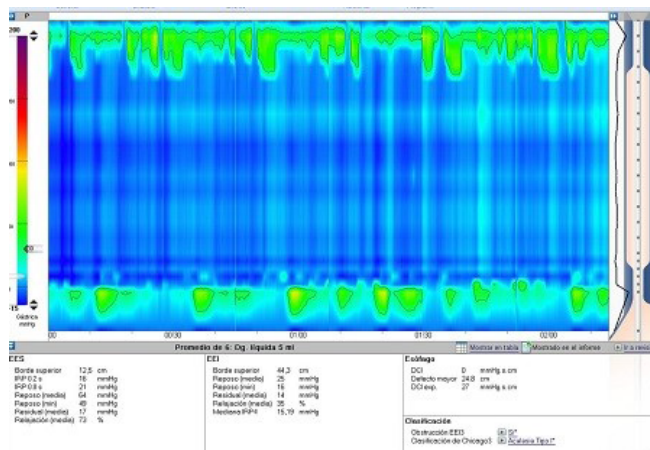


Figura 1

Manometría esofágica de alta resolución. Cuerpo con 100% de ondas simultáneas de presión disminuida.

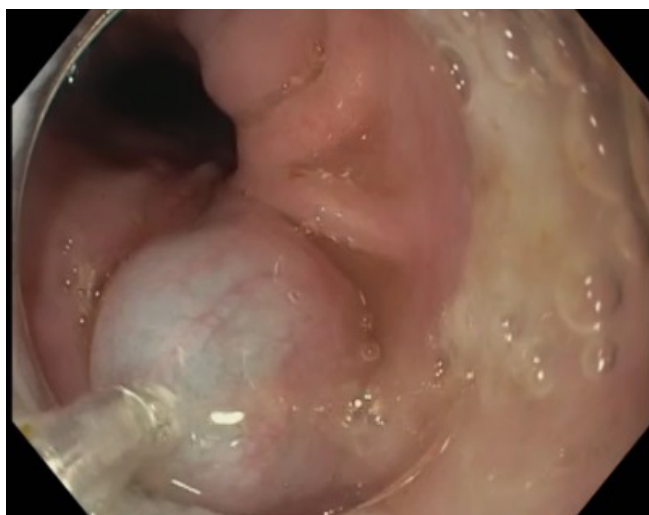


Figura 2

Elevación mucosa con Voluven + Índigo carmín

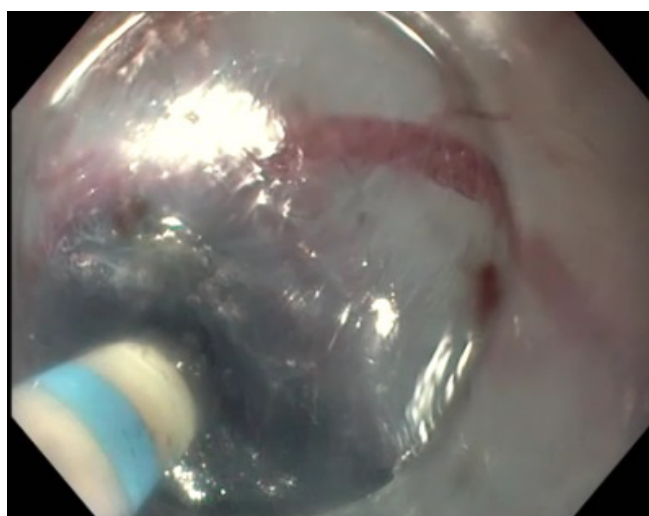


Figura 3

Creación de túnel submucoso con Dual-knife J.

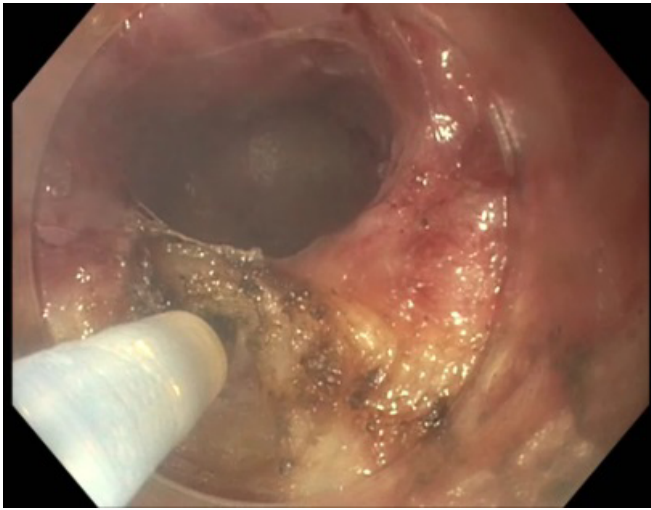


Figura 4
Miotomía con TT Knife.



Figura 5
Cierre de la mucotomía con 4 endoclips.

DR. LEOPOLDO MARTÍN HERRERA

J. Aguilar-Reina

Ex Presidente de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva

Ha fallecido el Dr. D. Leopoldo Martín Herrera

Canario de la Isla de La Palma, Leopoldo Martín Herrera volvió hace muchos años a Cádiz, en cuya facultad había estudiado, después de trabajar en Madrid, Ciudad Real y Jerez; y en Cádiz ha permanecido hasta su muerte el 24 de noviembre de 2018. Para muchos fue un personaje paradójico porque, aunque nada le era ajeno, se identificaba por completo con muy pocas ideas, entre ellas la de actuar como médico sobre cada paciente, pero también la de influir en la asistencia sanitaria y en su función social. Creó de la nada un grupo de profesionales que más tarde formaron el Servicio de Aparato Digestivo del actual hospital Puerta del Mar; y por sí mismo unas veces, o a través de ellos, intervino en la aplicación y desarrollo de técnicas hoy cotidianas, como la ecografía y la endoscopia digestiva, hasta el punto de que han llegado a ser referente en las mismas en competencia con centros de mayor calificación administrativa. Y todo en una época en la que se vivía más de proyectos ilusionados que de presupuestos.

Formó parte del grupo de personas que, desde el final de los años sesenta del pasado siglo, modificó y desarrolló la asistencia pública en España y se mantuvo en esta actividad, asumiendo

y aportando cambios sustanciales, hasta su jubilación. Aunque mediocres con poder le negaron en ocasiones el pan y la sal, llegó a tener un amplio reconocimiento en la gastroenterología española y muy notable en la provincia de Cádiz, tanto en instituciones ajenas a la sanidad como a nivel popular.

*Fue miembro muy activo de la **Sociedad Andaluza de Patología Digestiva** y formó parte de varias de sus juntas directivas, a pesar de lo cual, apenas una decena de años desde su jubilación, es probable que muchos de los actuales miembros no hayan tenido noticia de quien fue, porque olvidar y -sobre todo- hacer olvidar se practica con gran eficacia. Sirvan estas líneas de condolencia para con sus familiares y compañeros del servicio y para que los más jóvenes sepan que algunas de las prácticas asistenciales que han aprendido siguen estando influidas por sus propuestas.*

Dr. J. Aguilar Reina

Ex Presidente de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva