

XL REUNIÓN SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA. GRANADA 2009.

COMUNICACIONES ORALES Sesión I

1. HEPATITIS AUTOINMUNE INDUCIDA POR MEDICAMENTOS

Castiella Eguzkiza A., Zapata Morcillo E., Martínez Odriozola P., Berenguer M., García Bengoechea M., Hallal H., Primo J., Andrade R.² GEHAM

UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA, FACULTAD DE MEDICINA, MÁLAGA.

Introducción

La causa de la hepatitis autoinmune (HAI) es desconocida aunque existen datos que sugieren que los medicamentos podrían ser potenciales inductores. En algunos casos el paciente poseería un HLA-DR predisponente a padecer HAI (HLA-DR3, 4, 7) y el fármaco “despertaría” la enfermedad; en otros, la HAI ocurriría “de novo”, sin esta predisposición, tras exponer al paciente a un determinado medicamento.

Objetivo

Describir los casos con sospecha de HAI inducida por medicamentos recogidos en el Registro de Hepatopatías asociadas a medicamentos.

Pacientes y métodos

Trece pacientes cumplían los criterios internacionales establecidos para el diagnóstico de HAI fueron encontrados en el Registro Español de Hepatotoxicidad por Fármacos. Los pacientes presentaban los hallazgos clínicos y analíticos típicos de la HAI, incluyendo títulos detectables de ANA y/o AML, así como niveles elevados de gammaglobulinas (12/13), tras el inicio de tratamiento con diferentes medicamentos (Fluvastatina-2 casos-, Atorvastatina (2), Moxifloxacino-Ciprofloxacino/Atorvastatina, Minociclina, Infliximab, Meloxicam, Amoxicilina-Clavulánico, Omeprazol, nitrofurantoína, irbesartan y efalizumab). Se determinó HLA-DR en 10 pacientes y se realizó biopsia hepática en 9 casos.

Resultados

Trece pacientes de 686 casos de hepatotoxicidad

idiosincrásica incluidos en el Registro (1.89%) fueron identificados (9 mujeres; edad media: 60 años (rango 15-86). La duración del tratamiento previo al desarrollo HAI varió desde 4 días hasta 24 meses. El pico de ALT (U/L) fue: media 1127,2 (rango 235-3515), pico de fosfatasa alcalina: media 220,6 (rango 114-357), y pico de bilirrubina total: media 7,94 (rango 0,6-24,24). Todos los pacientes poseían títulos detectables de ANA y/o AML. El HLA DR pudo obtenerse en 10 de los casos, con 4 pacientes presentando HLA DR3, dos DR4 y otro DR7; en tres de los pacientes en que se extrajo HLA DR este no fue predisponente (DR 9,11; 10,13; 14,15). El score del índice de HAI posttratamiento varió de 13 a 25. La puntuación en la escala de CIOMS mostró 3 casos incompatibles con hepatotoxicidad por fármacos, 5 posibles y 5 probables (rango de puntuación 0-11).

Se realizó biopsia hepática en 9 pacientes, presentando todos ellos diferentes grados de fibrosis (F0-F4) e infiltración por células plasmáticas. En un caso ocurrió una reexposición accidental a las fluorquinolonas, mientras estaba también en tratamiento con estatinas. En el caso Ibersartan, tras un primer episodio compatible con hepatotoxicidad, se reexpuso accidentalmente y desarrollo HAI. La frecuencia de asociación con otras enfermedades autoinmunes fue del 30,7%.

Conclusiones

Los fármacos pueden desencadenar una HAI tipo clásica, especialmente en aquellos pacientes con predisposición genética. La escala de CIOMS, utilizada ampliamente en el establecimiento de causalidad en hepatotoxicidad, es de utilidad limitada en pacientes que desarrollan HAI por la falta de mejora espontánea tras la retirada del fármaco, no obstante, el papel de los medicamentos en esta variedad particular de hepatotoxicidad puede establecerse por la presencia de casos con reexposición positiva. La HAI inducida por fármacos es una entidad probablemente más frecuente de lo publicado hasta este momento. Debemos tener en cuenta esta posibilidad siempre que diagnostiquemos una HAI y en los casos de DILI que discurran de un modo atípico.

2. FACTORES ASOCIADOS A RESPUESTA A TRATAMIENTO EN LA INFECCIÓN VHC EN GENOTIPOS 1 Y 4

Navarro-Jarabo J.M., Mendez Sanchez I., Moreno Mejias P., Aguilar Urbano V., Albanea Moreno C., Gonzalo Marin J., Rosales Zabal J.M., Rivas-Ruiz F.¹

UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO.UNIDAD DE INVESTIGACIÓN¹. HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA.

Introducción

La curación de la infección por virus C depende fundamentalmente de factores asociados al virus (genotipo y carga viral). No obstante, hay otros factores del huésped que también influyen en la eficacia del tratamiento, sobre todo en genotipos malos respondedores (1 y 4). Pretendemos analizar que variables se han relacionado con RVS en pacientes que consiguen RVP, y que variables se asocian a RVS cuando no hay respuesta rápida a primer mes.

Material y método

Se escogen pacientes con genotipos 1 y 4, y se analiza la respuesta sostenida (RVS) y Respuesta Precoz a 12 semana (RVP) según criterios estándar. También se analiza la Respuesta Rápida (RVR) a primer mes, definida como RNA negativo, en un subgrupo de pacientes. Se determinan variables basales e intratratamiento (durante el tratamiento, coincidiendo con la determinación de la carga viral de 3.er mes) que se asocian a RVS una vez conseguida la RVP, y que variables se asocian a RVS en pacientes sin RVR. Se realiza análisis estadístico con paquete spss 11.0

Resultados

De un total de 95 pacientes con genotipos 1/4 tratados, se consigue RVS en 48 (50.5%). En 78 pacientes se determinó la respuesta a semana 12. Se consiguió RVP en 64 (82.1%), y no-RVP en 14 (17.9%). Las variables que se asociaron a RVS en los 64 que tuvieron RVP fueron: Adherencia óptima a tratamiento ($p < 0.001$), RV rápida al mes (0.047), edad (41.1 Vs 46, $p 0.013$), peso (73.1 Vs 81.1, $p 0.029$), BMI (25.2 Vs 27.02, $p 0.07$), GGT basal (48.3 Vs 90.6, $p < 0.001$), Tg basal (106.1 Vs 140.2, $p 0.046$); las variables intratratamiento asociadas a RVS fueron: Glucemia(95.1 Vs 100, $p 0.017$), AST (27.7 Vs 36.2), GGT (29.8 Vs 55.8, $p 0.009$) y Tg (146 Vs 282.2, $p 0.014$). En el segundo análisis, en 51 pacientes dispusimos de RVR a primer mes. Se consiguió RNA- al primer mes en 14 pacientes, 11 de ellos consiguieron RVS (78.6%), frente a sólo el 31.4% (12 de 37) que fueron RNA+ a primer mes ($p 0.005$). Del analisis los 37 pacientes sin RVR, las variables que se asociaron a RVS fueron: Adherencia óptima ($p 0.002$), duración de tratamiento >48 semanas ($p 0.008$), glucosa basal (0.01), GGT basal (0.034), e intratratamiento: Glucemia (0.003), AST (0.045), GGT (0.034).

Conclusiones

Una adherencia óptima al tratamiento es un factor fuertemente asociado a la eficacia del tratamiento, sobre todo en los casos en que hay una respuesta viral más lenta. La respuesta virológica rápida se asocia a mayor respuesta terapéutica. La prolongación del tratamiento en pacientes sin RVR ha mejorado la eficacia en nuestra serie. Los factores relacionados con trastorno metabólico (peso, BMI, Tg, glu-

mia , GGT) parecen influir negativamente en la consecución de RVS cuando se consigue respuesta intra-tratamiento más lenta.

3. COMPORTAMIENTO DE CITOQUINAS TH1 Y TH2 EN PACIENTES CON HCC GENOTIPO 1 TRATADOS CON IFN PEGILADO Y RIBAVIRINA

Pavón-Castillero E.J.^{1,2}, Maté A.^{1,2}, Muñoz de Rueda P.^{1,2}, Ortega R.^{1,2}, López R.^{1,2}, Quintero D.^{1,2}, Palacios A.^{1,2}, Salmorón, J.^{1,2}.

UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO¹, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO, GRANADA. CIBER DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS²

Introducción

El tratamiento con Interferón Pegilado (IFNpeg) y Ribavirina (RBV) es la terapia estándar utilizada para el tratamiento de la Hepatitis Crónica C (HCC). Sin embargo, la tasa de respuesta no supera el 54% para el genotipo 1. Las citoquinas juegan un papel muy importante en la regulación de la respuesta inmune. En la infección por VHC una producción inadecuada de sus niveles puede contribuir a la persistencia viral o afectar la respuesta al tratamiento.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo fue analizar la relación entre la producción de las citoquinas Th1 (TNF- α y IFN- γ) y Th2 (IL-6 e IL-10) y el tratamiento antiviral, valorando su producción antes de comenzar el tratamiento y al finalizar el mismo.

Material y métodos

Se han evaluado las diferencias en los niveles de expresión de las citoquinas Th1 (IFN- γ y TNF- α) y Th2 (IL-6 e IL-10) en 132 pacientes con HCC, genotipo 1, tratados con IFNpeg+RBV durante 48 semanas, en sueros basales y una vez finalizado el tratamiento. 72 pacientes (55%) presentaron respuesta virológica sostenida (RVS) y 60 (45%) fueron no respondedores (NR). La detección de citoquinas se ha llevado a cabo con la tecnología xMap de Luminex y se han analizado con el software Luminex100 Integrated Sysmen 2.3.

Resultados

El 45% de los pacientes eran ≤ 40 años y el 43% eran mujeres. El 28% tenían una carga viral ≤ 600000 UI/mL. En el total de pacientes ($n=132$), IL-6 aumenta de forma casi significativa después del tratamiento (basal: 9.6 ± 1.5 pg/ml vs postratamiento: 13.1 ± 2.1 pg/ml, $P=0.06$), mientras que la IL-10 disminuye al finalizar el mismo (basal: 39.9 ± 7.2 pg/mL vs postratamiento: 24.9 ± 4.9 pg/mL, $P=0.005$). El IFN- γ (basal: 9.4 ± 1.8 pg/mL vs postratamiento: 7.4 ± 2.0 pg/mL) tenía una tendencia no estadísticamente significativa a disminuir al finalizar el tratamiento, y en el TNF- α no se observaron cambios (basal: 10.1 ± 0.7 pg/mL vs postratamiento: 10.7 ± 0.8 pg/mL). Haciendo un análisis estratificado entre pacientes con RVS y NR, se observó que en los pacientes con RVS la tenden-

cia fue la misma que la observada en la población global: la IL-6 aumentó una vez finalizado el tratamiento (8.4 ± 1.7 pg/mL vs 11.9 ± 2.5 pg/mL, $P=0.03$), mientras que la IL-10 y el IFN- γ disminuyeron (IL-10: 48.8 ± 12.5 pg/mL vs 21.1 ± 6.6 pg/mL, $P=0.001$; IFN- γ : 10.1 ± 2.4 pg/mL vs 5.6 ± 1.1 pg/mL, $P=0.032$). Sin embargo, en los pacientes NR no se observaron cambios entre las muestras basales y las postratamiento (IL-6, $P=0.365$; IL-10, $P=0.993$; IFN- γ , $P=0.837$ y TNF- α , $P=0.218$). El TNF- α no presentó ningún cambio en las dos tipos de respuesta. Al comparar la expresión de citoquinas entre las muestras basales y postratamiento de los pacientes con RVS y NR, solo se observaron cambios significativas en el TNF- α (basal: RVS 8.6 ± 0.7 vs NR 11.8 ± 1.2 , $P=0.01$; postratamiento: RVS 8.7 ± 0.9 vs NR 13.1 ± 1.4 , $P=0.009$).

Conclusiones

Los patrones de citoquinas varían ampliamente entre pacientes con RVS y NR: los pacientes con RVS presentan un incremento en el patrón de la IL-6 y una disminución de IL-10 e IFN- γ al finalizar el tratamiento, mientras que no hay cambios en los NR. Estos datos expresan la mayor respuesta inmune en los pacientes con RVS.

4. INFLUENCIA DE LOS DATOS ANALÍTICOS Y LA EDAD EN LA DETERMINACIÓN DE LA FIBROSIS MEDIANTE TÉCNICAS SEROLÓGICAS

Aguilar Reina J.¹, Gómez Delgado E.¹, Cruz M.D.¹, Praena J.M.²

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO ¹. UNIDAD DE METODOLOGÍA². HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

Se han descrito numerosos métodos alternativos a la biopsia hepática para valorar el estadio de fibrosis del hígado en infectados crónicamente por VHC. Aparte de la posibilidad de identificar el estadio en un momento concreto, se ha propuesto su uso para seguir la evolución de la fibrosis.

Objetivo

Conocer la reproductibilidad de los resultados en la clínica habitual teniendo en cuenta la variabilidad de la analítica en momentos diferentes y la edad.

Pacientes y métodos

El estudio incluye todos los pacientes con HcC (monoinfectados) biopsiados durante los años 2006 y 2007 y que tenían datos analíticos, realizados durante la semana antes de la fecha de la biopsia, suficientes para calcular los 3 índices. Se calcularon los 3 índices en el momento de la biopsia y, además, utilizando determinaciones analíticas realizadas en un plazo máximo de 12 meses antes (4.2 ± 2.6 meses) y después (5.6 ± 3.8 meses), sin modificación de la edad. Se realizó simulación consistente en mantener los datos analíticos del momento de la biopsia y calculando cada uno de los índices suponiendo que los pacientes tuvieran 1 año menos,

y 1 y 10 años más. Las biopsias se clasificaron según el I. de Knodell en fibrosis 0-1 y 3-4.

Resultados

Pacientes: 119. Área bajo la curva ROC en el momento de la biopsia para identificar fibrosis 3-4, para los índices (FORNS, APRI y FIB4): 0,74- 0,79- 0,75 respectivamente. Los datos analíticos anteriores, en la biopsia y posteriores mostraron diferencias significativas ($> 0,05$), así como los valores calculados según FORNS y FIB4 ($> 0,05$), no así con APRI. La mayor variabilidad aparece para el cut off $< 4,2$ de FORNS (14% cambian de estadio). El cálculo de los índices con los mismos datos analíticos y la simulación descrita demuestra que la edad por sí sola induce sobrevaloración de la fibrosis, que llega a cambiar de estadio entre el 16,2% de los pacientes (Forns, cut off: 4,2) y el 14,3% (FIB4, cut off: 1,45) si los pacientes tuvieran 10 años más.

Conclusiones

La variabilidad analítica determina diferencias significativas en la valoración de la fibrosis. El aumento de edad incrementa por sí sola la valoración, especialmente cuando la fibrosis es escasa. Este hecho hace, además, poco útiles los índices que incluyen este parámetro para vigilar las modificaciones de la fibrosis hepática a lo largo de la evolución de los pacientes.

5. ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN: FACTORES INVOLUCRADOS EN SU CORRECTA LECTURA

Martínez-Alcalá García F., Giraldez Gallego A., Trigo Salado C., Pascasio J.M., Ferrer Ríos M.T., Garrido Serrano A., Sayago Mota M., Marquez Galan J.L.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

La elastografía de transición (ET) es uno de los métodos no invasivos más usados en la evaluación de la fibrosis hepática. En estudios previos, diversas circunstancias del paciente se han relacionado con el éxito técnico de la exploración, aunque con resultados no siempre coincidentes. Nuestro propósito, pues, fue identificar los factores que influyen en la obtención de una lectura correcta (LC) de la rigidez hepática mediante ET.

Pacientes y métodos

Se realizaron un total de 306 ET a un grupo similar de pacientes con una edad media de 47.8 ± 12.4 (19-92) años; el 62.1% eran hombres y el 37.9% mujeres. 12 (3.9%) casos habían sido sometidos a un trasplante hepático (TH). Las etiologías de la enfermedad hepática en nuestra serie fueron las siguientes: VHC 219 (71.6%), VHB 58 (19%), EHNA 8 (2.6%), alcohol 6 (2%) y otras 15 (4.9%). La media del índice de masa corporal (IMC) de nuestra muestra fue de 26.3 ± 4.1 (16.3-47.7) Kg/m². Se consideró LC aquella exploración que reunía simultáneamente las siguientes tres condiciones:

1) más de 10 mediciones válidas, 2) un porcentaje de éxito mayor del 60% (cociente entre las mediciones válidas y las totales), y; 3) un ratio intervalo intercuartil/mediana inferior al 33%. Se consideró lectura incorrecta (LI) aquella que no cumpliera al menos una de las tres condiciones previas. Para los pacientes de los grupos LC y LI se compararon: a) la edad y el IMC (t de Student), y; b) el sexo y el hecho de haber sido sometido previamente a un TH (Chi cuadrado).

Resultados

Se incluyeron en el grupo LC 289 casos (94.4%); en 17 pacientes la prueba fue incorrecta desde el punto de vista técnico (5.6 %) y se incluyeron en el grupo LI. La edad del grupo LC fue menor que la del grupo LI: 47.3 +/- 12.4 (19-92) años vs. 55.7 +/- 11.5 (39-72) años ($p = 0.007$). Al mismo tiempo, el IMC fue mayor en el grupo LI: 30.9 +/- 6.5 (20.8-47.7) Kg/m² vs. 26.0 +/- 3.7 (16.3-38.1) Kg/m² ($p = 0.007$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el sexo: 61.6% de hombres en el grupo LC vs. 70.6% de hombres en el grupo LI (p NS). Tampoco se documentaron diferencias en los pacientes sometidos a un TH: 3.8% en el grupo LC vs. 5.9% en el grupo LI (p NS).

Conclusiones

La ET presenta un muy alto porcentaje de éxito desde el punto de vista técnico: en nuestra serie es muy próximo al 95%. Un IMC elevado y una edad avanzada son factores que determinan un mayor riesgo de una lectura inadecuada de la ET. El sexo del paciente y el hecho de que haya sido sometido a un TH no parecen influir en este sentido.

6. CARACTERÍSTICAS DE LOS HEPATOCARCINOMAS DIAGNOSTICADOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

De la Cruz Ramírez M.D., Pascasio Acevedo J.M., Ferrer Ríos M.T., Sousa Martín J.M., Sayago Mota M., Figueruela López B.¹, Gómez Delgado E., Márquez Galán J.L.

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO. UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA MÉDICO-QUIRÚRGICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS¹. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA.

Introducción

La incidencia del hepatocarcinoma (HCC) ha ido aumentando en los últimos años y es en la actualidad la principal causa de muerte en los pacientes cirróticos. La situación actual al tiempo del diagnóstico en nuestro medio no es bien conocida.

Objetivos

Conocer las características demográficas, clínicas y posibilidades terapéuticas de los pacientes con HCC en el momento del diagnóstico en un hospital de tercer nivel.

Métodos

Estudio prospectivo de la cohorte completa de nuevos casos diagnosticados de HCC entre el 1 de Octubre de 2008 y el 31 de Mayo de 2009 en nuestro hospital, analizando las características demográficas, clínicas, técnicas diagnósticas utilizadas, así como las posibilidades terapéuticas y la indicación de trasplante hepático (TH).

Resultados

Se recogieron 53 casos de HCC (30 de nuestro hospital y 23 remitidos de otros centros), 81% hombres, con edad media de 62 años (46-83), 94% cirróticos (Child-Pugh: A, 53%; B, 34%; C, 13%). Etiología: Alcohol (36%), VHC (38%), VHB (11%), Alcohol+VHC (8%), Alcohol+VHB (8%). Un paciente presentaba coinfección VIH+VHB. El 26% eran diabéticos y el 8% tenían antecedente de otra neoplasia. El diagnóstico se realizó con criterios radiológicos en el 87%, utilizándose ecografía con contraste en el 62%, TC en el 81% y RM en el 72%. El estadio BCLC de la serie global fue: 0 (9%); A (38%); B (21%); C (13%); D (19%) y en los casos de nuestro hospital: 0 (10%); A (23%); B (23%); C (10%); D (33%). El 53% de la serie global y el 43% de los casos propios fueron diagnosticados dentro de programas de cribaje. Se planteó tratamiento curativo en 20 pacientes (38%) de la serie global (inclusión en lista de TH, 23%; resección, 6%; radiofrecuencia, 9%) y en el 27% de los casos propios (inclusión en lista TH, 17%; resección, 3%; radiofrecuencia, 6%). El cribaje permitió detectar más casos en estadio curativo que cuando el diagnóstico se realizó fuera de dicho programa (64,3% vs 28%; $p=0,009$). La quimioembolización fue el tratamiento más aplicado en lista de espera de TH (67%). Un 10% de los casos realizaron tratamiento con sorafenib al encontrarse en estadios avanzados en el momento del diagnóstico.

Conclusiones

La realización de programas de detección precoz permite el diagnóstico del HCC en estadio potencialmente curativo en casi dos tercios de los casos. Sin embargo, estos programas apenas alcanzan a diagnosticar la mitad de los casos de HCC, por lo que es necesario generalizar su aplicación.

7. LA INHIBICIÓN DE PARP-1 REDUCE EL CRECIMIENTO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR REGULANDO LA EXPRESIÓN GENÉTICA

Quiles R.^{1,2}, Muñoz-Gómez J.Á.¹, O'Valle F.³, Martín-Álvarez A.B.¹, Reina F.¹, Garre A.¹, Martínez P.¹, Salmerón J.¹

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO¹. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO, GRANADA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD)²; DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA³, UNIVERSIDAD DE GRANADA.

Introducción

El carcinoma hepatocelular (CHC) es el quinto tumor con mayor incidencia y la tercera causa de muerte atribuida al

cáncer en el mundo. En los pacientes cirróticos es la principal causa de muerte y en los países desarrollados se ha convertido en un problema de salud de primer orden. En los últimos años, se han identificado diferentes vías de señalización implicadas en la hepatocarcinogénesis. Entre ellas, las vías de Wnt, EGFR y PI3k/Akt/mTOR, que están constitutivamente alteradas en numerosos estudios y proporcionan la base molecular para el tratamiento de esta neoplasia. En el hígado, diversos factores etiológicos provocan continuos ciclos de daño y reparación de los hepatocitos que culminan en la enfermedad crónica del hígado. Así en el CHC, la inflamación crónica y el daño en el ADN juegan un importante papel. La Poli(ADP-ribosa) polimerasa-1 (PARP-1) es una importante proteína que regula ambos mecanismos.

Objetivo

Examinar el efecto de la inhibición farmacológica de PARP-1 sobre el crecimiento del CHC.

Material y métodos

Se desarrollaron xenógrafos tumorales en ratones inmunosuprimidos mediante la inyección subcutánea de células tumorales humanas HepG2. Aleatoriamente se estableció un grupo control (n=10) y un grupo de estudio (n=10) tratado con el inhibidor de PARP-1, DPQ, a una concentración de 15mg/kg. Así mismo, en ratones C57BL6, se evaluó el efecto del tratamiento con DPQ (15mg/kg) sobre la hepatocarcinogénesis inducida por el hepatotóxico DEN (dietil-nitrosamina) a una dosis de 5 mg/kg, en tres grupos de estudio (grupo control/grupo DEN/grupo DEN+DPQ, n=10/10/10).

Resultados

La inhibición farmacológica de PARP-1 con DPQ disminuyó significativamente el volumen del xenógrafo tumoral con respecto al xenógrafo no tratado (394 mm³ vs. 2942 mm³, P<0.05). Esta observación se correlacionó con una reducción en la tasa mitótica (P=0.02) y la vasculogénesis tumoral (P=0.007), que se confirmó con estudios de angiogénesis in-vitro, así como por un incremento en el número de células apoptóticas en los xenógrafos tumorales tratados con DPQ (P=0.04). Además, en dichos xenógrafos tumorales tratados con el inhibidor de PARP-1, se observó una diferencia estadísticamente significativa con respecto a los no tratados en la expresión de genes relacionados con la hepatocarcinogénesis (mdm2, vegfr-1, epas1/hif-2 α , phd2, c-myc, jund, opn, hgf). Este resultado se confirmó en líneas celulares de CHC (PLC-PRF-5, Hep3B) usando el silenciamiento de la expresión de PARP-1 mediante siRNA. Por otro lado, el análisis de los resultados obtenidos con los ratones tratados con el hepatotóxico (DEN) junto con DPQ demostró una reducción significativa en el número de focos preneoplásicos, disminución en la expresión de genes relacionados con hepatocarcinogénesis (GSTm3, VEGF y osteopontin) y disminución en la incorporación de BrdU (marcador de proliferación celular) y en la activación del factor de transcripción NF- κ B (P<0.05).

Conclusión

En este estudio se demuestra que la inhibición de PARP-1 es capaz de controlar el crecimiento del CHC y previene la angiogénesis tumoral mediante la regulación de la expresión de genes implicados en la progresión tumoral.

8. EMPLEO DE UN NUEVO MÉTODO DE QUIMIOEMBOLIZACIÓN CON MICROESFERAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA

Vida Pérez L., Barrera Baena P., De la Mata García M., Po-yato González A., Costán Rodero G., Fraga Rivas E., Zurera Tendero L.¹

UNIDAD CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO. SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO¹. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

En la actualidad los únicos tratamientos curativos para el hepatocarcinoma son la resección, el trasplante hepático y la ablación con radiofrecuencia o inyección percutánea de etanol. Sin embargo la mayoría de los pacientes se detectan en estadios intermedio-avanzados cuando la única opción de mejorar la supervivencia es la quimioembolización transarterial (QETA). Ésta produce isquemia y tiene acción citotóxica intratumoral. La QETA alcanza una alta tasa de respuesta objetiva y el éxito terapéutico radica en retrasar la progresión tumoral y aumentar la supervivencia. En condiciones ideales la droga inyectada debe ser retenida en el tumor e irse liberando gradualmente para evitar la toxicidad sistémica. Sin embargo incluso diluida en lipiodol la inyección selectiva se asocia a una liberación sistémica significativa. El desarrollo de las microesferas (DEBs) cargadas con el quimioterápico (doxorubicina) que se libera lentamente desde que se inyecta, puede aumentar la intensidad y duración de la isquemia aumentando la liberación de la droga al tumor y disminuyendo la tasa de efectos secundarios debido al menor paso del quimioterápico a la circulación sistémica.

Objetivo

Determinar la eficacia y seguridad de un nuevo método de quimioembolización transarterial con microesferas de doxorubicina.

Pacientes y Métodos

Se incluyeron de forma consecutiva a 46 pacientes a los que se les realizó una QETA de hepatocarcinoma entre Enero de 2008 y Enero de 2009. 35 procedimientos se realizaron por el método convencional (76,1%) y 11 (23,9%) por el método DEBs.

Resultados

Había 37 varones (80,4%) y 9 mujeres (19,6%). La edad media fue de 61,6 \pm 10,2 años. 44 (95,7%) pacientes eran cirróticos. La mayoría de las cirrosis se debían al virus de la hepatitis C (27, 58,7%), 12 (26,1%) eran de etiología etílica, 5 (10,9%) eran por el virus de la hepatitis B y 2 tenían otras etiologías. Había 25 pacientes (54,3%) en estadio A de la clasificación de Barcelona (BCLC), 11 eran estadio B (23,9%) y 8 eran estadio C (17,4%). La puntuación media de MELD fue de 9,2 \pm 3,2. 25 hepatocarcinomas eran unidulares (54,3%) y 19 (41,3%) multinodulares. La mayoría de pacientes se sometieron a una única sesión de quimioembolización (33 pacientes, 71,7%). El nivel en el que más frecuen-

temente se empleó la quimioembolización fue el segmentario en 19 pacientes (41,3%). La dosis más frecuentemente empleada de doxorubicina fue de 50 mg (71,7%). El pico de citólisis que se produce tras la QETA alcanzó la significación estadística únicamente en el grupo de QETA convencional mientras que estas diferencias no fueron significativas en el grupo de la DEBs. Se produjeron 24 complicaciones en el grupo de QETA convencional (68,5%) y 3 (27,2%) en el grupo de la DEBs. La más frecuente correspondió al síndrome post-quimioembolización que apareció en 19 pacientes de la QETA convencional (54,2%) y en 3 de la DEBs (27,2%) sin embargo estas diferencias no alcanzaron la significación estadística. El único éxito que ocurrió como complicación fue en el grupo de la QETA convencional. La media de la estancia hospitalaria fue similar en ambos grupos siendo de 5,5 días en el grupo de QETA convencional y de 4,7 días en el grupo DEBs.

Conclusiones

El nuevo método de quimioembolización con microesferas (DEBs) parece ser más eficaz y tener una menor tasa de efectos secundarios que el método convencional. El aumento de citólisis producido por la QETA convencional es mayor que el que produce el método DEBs. El número de complicaciones es mayor con el método convencional y el hecho de no alcanzar la significación estadística probablemente podría solucionarse aumentando el tamaño muestral. La estancia hospitalaria de los pacientes con el método DEBs es menor aunque sin llegar a alcanzar diferencias significativas. La QETA con microesferas probablemente sea en un futuro próximo el método de elección para el tratamiento del hepatocarcinoma.

COMUNICACIONES ORALES Sesión II

9. EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE CRIBADO EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

Puente Gutiérrez J.J., Marín Moreno M.A., Bueno del Pino P., Domínguez Jiménez J.L., Bernal Blanco E., Díaz Iglesias J.M.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR. ANDUJAR. JAÉN.

Introducción

Los individuos con antecedentes familiares de cáncer colorrectal (CCR) presentan un riesgo incrementado de padecer esta neoplasia y son tributarios de programas de cribado específicos. En nuestro hospital hemos puesto en marcha un programa de prevención secundaria dirigido a familiares de primer grado (FPG) basado en la búsqueda activa, información y cribado mediante colonoscopia, en función del riesgo familiar e individual.

Objetivos

Analizar la rentabilidad diagnóstica del programa de cribado. Identificar características de los familiares incluidos. Reconocer factores asociados a la presencia de lesiones.

Pacientes y Métodos

Se incluyeron 183 FPG que aceptaron la realización de colonoscopia sobre un total de 458 invitados, pertenecientes a 102 familias. Recogida prospectiva de características individuales, árbol genealógico y hallazgos de la colonoscopia, desde 03/2007 hasta 06/2009. La propuesta de cribado se elaboró conforme a la Guía de Práctica Clínica de Prevención de CCR de la Asociación Española de Gastroenterología. Se definió neoplasia avanzada (NA) como cáncer/adenoma de tamaño ≥ 10 mm y/o componente vellosa y/o displasia de alto grado.

Resultados

Se realizaron 183 colonoscopias, 108 mujeres y 75 hombres, con edad $48,0 \pm 10,5$ años (rango 25-75). La indicación de cribado fue "más de 1 FPG ó FPG menor de 60 años" en 83 (45,3%), "un solo FPG mayor de 60 años" en 94 (51,4%) y CCHNP en 6 (3,3%). La edad de diagnóstico del caso índice (CI) fue $62,7 \pm 11,6$ años (rango 37-86), siendo menor de 60 en el 43,7%. El parentesco más próximo fue padre/madre en 118 (64,5%) y hermano/a en 63 (34,4%). El 14,8% tenían 3 ó más familiares con neoplasia asociada a CCHNP y se detectaron 2 ó más generaciones afectas en el 21,9%. La colonoscopia se completó hasta ciego en 91,8%. Se dieron complicaciones graves en un sólo un caso (0,5%), con hemorragia tras polipectomía. El hallazgo histológico más relevante fue pólipo hiperplásico en 13 (7,1%), adenoma de bajo riesgo en 15 (8,2%) y NA en 40 (21,8%). Los casos con NA presentaban carcinoma invasor en 3 (1 tumor T3N1M0 y 2 pólipos T1 con criterios de buen pronóstico), displasia de alto grado en 6, adenoma vellosa o tubulovellosa en 26 y adenoma tubular en 5. La localización de la NA fue colon izquierdo en 23, recto en 5, colon derecho en 5 y pancólica en 7. De las variables analizadas únicamente encontramos mayor proporción de NA entre los individuos con edad ≥ 50 (33,8% vs 15,3%; $p=0,004$), entre los varones (34,7% vs 13,0%; $p=0,001$) y cuando el CI era hermano (38,1% vs 15,4%; $p=0,0001$). Fueron variables independientes predictoras de NA el sexo masculino (OR 3,70; VPP 34,7%; VPN 87,0%; $p=0,001$) y el parentesco hermano (OR 4,15; VPP 38,1%; VPN 86,7%; $p=0,0001$).

Conclusiones

Aunque la tasa de participación en el programa es mejorable, se detectó neoplasia avanzada en un considerable número de casos. El sexo masculino y ser hermano del caso índice fueron variables predictoras de encontrar lesiones de alto riesgo en la colonoscopia, independientemente de la edad.

10. VARIABILIDAD EN EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN COLONOSCOPIA

Naranjo A., Sánchez Muñoz D., Hervás Molina A., Aparicio

Tormo J.R., Baudet Arteaga J.S., Campo Fernández R., Llach J., Parra Blanco A., Salces Franco I., Sánchez del Río A.

UNIDAD CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CORDOBA.

Introducción

La colonoscopia es la técnica de elección en la evaluación de la patología del colon y es la herramienta fundamental del cribado del cáncer colorrectal (CCR). Para obtener sus máximos resultados son importantes los programas de mejora continua de la calidad y para ello se necesitan herramientas válidas de evaluación.

Objetivos

Desarrollar indicadores que sean válidos, medibles y fiables y determinar su variabilidad.

Pacientes y Método

Se llevó a cabo una revisión de la literatura para detectar indicadores potenciales. A todos ellos se les asignó nombre, definición, aclaraciones y excepciones. Se determinó su validez facial y viabilidad mediante un sistema Delphi de doble encuesta sobre una escala de cuatro puntos. Se evaluó su validez de contenido mediante análisis de la evidencia científica que los soportaba. Una vez seleccionados los indicadores a evaluar se incluyeron para los análisis un total de 1928 colonoscopias. La fiabilidad se valoró por la concordancia entre dos evaluadores por cada centro. Se determinó su nivel de cumplimiento, la variabilidad entre unidades (coeficiente de variación- CV) y la variación respecto a los estándares recomendados.

Resultados

Se seleccionaron 21 indicadores potenciales. Tras determinación de su validez facial y viabilidad se seleccionaron los seis que obtuvieron mejor puntuación: colonoscopia completa, consentimiento informado, registro de medicación administrada, registro de complicaciones, todos los pólipos extirpados y recuperados, y detección de adenomas en mayores de 50 años. La fiabilidad fue siempre superior al 95%. Había una importante variabilidad en el cumplimiento de algunos indicadores, sobre todo aquellos que requerían un registro previo de ciertos datos. Las más notables se produjeron en el registro de medicación administrada (CV 43%) y el registro de complicaciones (CV 37%). Hubo diferencias en relación a los estándares de excelencia recomendados en algunos indicadores, siendo las diferencias más importantes en "todos los pólipos extirpados y recuperados" y "adenomas en varones mayores de 50 años".

Conclusiones

Se dispone de seis indicadores de calidad de la colonoscopia válidos, fiables y aplicables. Tres de ellos hacen referencia a cuestiones como autonomía del paciente, información y seguridad, mientras que otros tres se relacionan con la calidad científico-técnica. Hay una importante variabilidad sobre todo en indicadores que requieren un registro previo. Es necesario sistematizar la recogida de datos y homogenei-

zar los informes de colonoscopia para llevar a cabo programas de mejora de la calidad en colonoscopia.

11. REGISTRO ANDALUZ DE LA POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR. ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS RESULTADOS.

Garzón-Benavides M.¹, Cordero-Fernández C.¹, Pizarro-Moreno A.¹, Herrero-Grijalbo M.², Hervás-Molina A.J.³, García-Lozano R.⁴

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA). UNIDAD CLÍNICA DE AP. DIGESTIVO¹. HOSPITAL JEREZ DE LA FRONTERA (CÁDIZ). SERVICIO DE AP. DIGESTIVO². HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA)³.

Introducción

Los Registros de las familias con Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) permiten un mayor conocimiento, seguimiento y tratamiento precoz de todos los pacientes, favoreciendo una mayor supervivencia.

Objetivo

Analizar las características fenotípicas y genotípicas de los pacientes incluidos en el Registro Andaluz de la PAF (RAPAF). Valorar la relación genotipo-fenotipo.

Material y Métodos

En 2005 se creó el RAPAF. Se centralizó el estudio genético de todos los pacientes en el Servicio de Inmunología del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla). De cada paciente se recogieron datos de filiación, antecedentes familiares de PAF, presencia de CCR al diagnóstico y su estadio, tipo de intervención quirúrgica realizada, afectación de tramos altos, desarrollo de pólipos o cáncer digestivo o tumores extradigestivo y tratamiento realizado. Se recogieron asimismo las características de las mutaciones encontradas en cada familia.

Resultados

Desde Enero de 2006 hasta Junio 2009 se han incluido 77 pacientes de 33 familias. 31 probandos, edad media: 32 años (13-51) y 46 familiares en riesgo, edad media 21,8 años (6-55). De los 31 probandos, 5 están pendientes de intervención quirúrgica. De los 26 intervenidos, 13 (50%) se han sometido a colectomía subtotal con anastomosis ileo-rectal (IRA), 6/26 (28%) a colectomía total con anastomosis ileoanal (IPAA) y 7/26 (27%) a colectomía total e ileostomía definitiva. Diez pacientes presentaban cáncer colorrectal (CCR) al diagnóstico (32,25%); un paciente desarrolló cáncer rectal tras abandonar el seguimiento. 24 se han realizado endoscopia oral, y 14/24(58,3%) tienen afectación de tramos altos, el 71,4% en duodeno, y 64,3% en papila. Un paciente desarrolló cáncer de duodeno tras abandono de seguimiento. Sólo 1/31 presentaba un tumor extradigestivo (tumor desmoides). De los 46 familiares en riesgo, 16 están pendientes de intervención quirúrgica. De los 30 intervenidos 19 con IRA (63,3%), 9 (39%) IPAA y 2 (6,6%) ileostomía definitiva, sólo 2 presentaban CCR al diagnóstico (4,34%). Un paciente desa-

rolló cáncer de muñón rectal en el seguimiento. 37/46 se han realizado endoscopia oral. En 16/37 (43,2%) se encontraron pólipos en tramos altos, 62,5% (10/16) en duodeno y 37,5% (6/16) en papila. No hubo cáncer a este nivel. 7/46 paciente presentan tumores extradigestivos, un tumor cerebral y 6 pacientes tumor desmoides. En 3 pacientes no se ha realizado estudio genético por fallecer antes de disponer de este estudio. De los 74 restantes, 6 están pendiente de resultado, en 5/68 el resultado es negativo (7,35%) y en 63 (92,6%) es positivo. De estos 63 pacientes: en 48% la mutación consistía en delección, 32 % codón de parada, 13% procesamiento del ARN y 8% inserción. En el 61% la mutación se localizaba en exon 15 (38/63). Se han identificado 18 mutaciones distintas, 11 previamente no descritas. Al correlacionar el tipo de mutación con el fenotipo de la enfermedad (poliposis degenerada al diagnóstico, presencia de hipertrofia del epitelio pigmentario de la retina (HCEPR), afectación de tramos altos y presencia de tumor desmoides), se observó que no existía relación entre tipo de mutación y CCR al diagnóstico ($p > 0,05$), afectación de tramos altos ($p > 0,05$), tumor desmoides ($p > 0,05$), pero sí con la presencia de HCEPR ($p = 0,005$).

Conclusiones

El diagnóstico a edades más tempranas en los familiares en riesgo y su seguimiento precoz permite disminuir la incidencia de CCR en estos pacientes. La frecuencia de afectación de tramos altos es elevada al diagnóstico (40-60%), con predominio en duodeno. El tumor desmoides es el tumor extraintestinal más frecuente. Hemos obtenido relación estadísticamente significativa entre el genotipo y la HCEPR, no así con el CCR al diagnóstico, afectación de tramos altos, ni presencia de desmoides.

12. IMPLICACIÓN DE LA CICLOOXIGENASA-2 EN EL CÁNCER DE COLON: UTILIDAD DE INHIBIDORES DE LA PRODUCCIÓN DE ET-1

León López J., Carazo Gallego A., Casado Ruíz J., Sanjuan Nuñez L., Martín Alvarez A., Cardeña Pérez C., Martín Ruíz J.L., Salmerón Escobar J.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA.

Introducción

La endotelina-1 (ET-1), producida por la ECE-1 se ha relacionado con el cáncer de colon a través de la inducción de la expresión/actividad de la COX-2.

Objetivos

Determinar la utilidad de inhibidores de ECE-1, tales como la melatonina, en el tratamiento de este tipo de cáncer.

Material y Métodos

Se ha utilizado la línea celular de cáncer de colon HT-29 (COX-2 positivas/ECE-1 positivas). Estas células se han tratado con diferentes concentraciones de melatonina (0-1 mM) durante 24, 48 y 72 horas y se ha determinado la viabilidad celular mediante MTT. La expresión de los mRNA

de COX-2 y ECE-1 se ha determinado mediante PCR a tiempo real y la expresión de las proteínas COX-2 y ECE-1 mediante western blotting. Se han utilizado kits de ELISA (Bionova) para calcular la concentración de ET-1, PGE2 y VEGF en el sobrenadante de las células en cultivo.

Resultados

La melatonina inhibe el crecimiento de las células HT-29 de forma dosis y tiempo-dependiente. Se trata de un mecanismo independiente de receptor de membrana de melatonina, puesto que la adición de luzindol o toxina pertusis al medio de cultivo no elimina el efecto de la indolamina. Sin embargo, la adición de ET-1 al medio reduce el efecto de la melatonina, aunque sólo en parte. Se ha obtenido inhibición también dosis-dependiente de la expresión de la proteína, aunque no del mensajero de ECE-1. También se ha obtenido inhibición de la liberación de ET-1. En el caso de la COX-2, se produce inhibición de la expresión de la proteína y del mRNA, lo que va acompañado de un descenso en la liberación de PGE2. La adición de ET-1 al medio de cultivo nuevamente reduce el efecto de melatonina en parte. Esto ocurre también con VEGF.

Conclusión

Según los resultados obtenidos, la melatonina podría usarse para el tratamiento del cáncer de colon.

13. CARACTERÍSTICAS Y SEVERIDAD DE LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS BAJAS POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON

Rosales Zabal J.M., Pérez Aisa A., Méndez Sánchez I.M., Albandea Moreno C., Rivera Irigoín R., Aguilar Urbano V.M., Gonzalo Marín J., Sánchez Cantos A.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA.

Introducción

Recientes estudios han demostrado un descenso de los ingresos por complicaciones digestivas altas de origen no varicoso y un incremento de las complicaciones originadas en el tracto gastrointestinal bajo, si bien el impacto de las complicaciones gastrointestinales causado por lesiones localizadas más allá del duodeno no es bien conocido (Lanas A et al. Am J Gastroenterol 2009; 104).

Objetivo

Determinar la evolución y severidad de los pacientes que ingresan en nuestro servicio por hemorragia digestiva baja (HDB) de causa diverticular colónica, evaluando los recursos consumidos y el resultado final.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo incluyendo todos los pacientes que ingresaron en nuestro servicio por HDB (según códigos del CIE-9 MC) durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2007, validando cada

dato revisando las historias clínicas. Se recogió edad, sexo, comorbilidad asociada, antecedentes previos de sangrado, tratamiento actual, forma de presentación del sangrado y clínica asociada, realización de procedimientos endoscópicos y otras pruebas diagnósticas, terapéutica utilizada, severidad y evolución final. El estudio estadístico se realizó con el paquete SPSS 15.0 para Windows.

Resultados

180 pacientes con HDB fueron incluidos, 85 de ellos atribuible a divertículos en colon (48,2% varones; 51,8% hembras). Edad media 76,07 (\pm 9,73) años. El 4,7% de los pacientes presentaba insuficiencia renal. Un 45,9% algún tipo de cardiopatía/enfermedad vascular (excluida la fibrilación auricular anticoagulada). El 15,3% tenía fibrilación auricular anticoagulada. El 20% de los pacientes había tenido rectorragia previamente (11,8% en el año previo). El 54,1% reconocían consumo de algún fármaco. El 8,2% tomaban AINES sin gastroprotección y un 3,5% los tomaba en combinación con algún IBP. Un 38,75% tomaba algún antiagregante y sólo el 19,35% de éstos lo combinaba con un IBP. El 14,1% consumía anticoagulantes orales. En cuanto a la clínica de ingreso, todos presentaban rectorragia, un 16,5% asociaban dolor abdominal y un 5,9% síncope. La hemoglobina media más baja durante el ingreso era de 10,03 g/dL (\pm 2,43) y tuvieron necesidad de hemotransfusión el 37,65% de los pacientes, transfundiéndose una media de 3,25 (\pm 1,48) concentrados. Se realizó estudio endoscópico en el 98,8% de los pacientes (31,8% gastroscopias y 84,7% colonoscopias) encontrándose lesiones en el 2,4% de las gastroscopias y en el 100% de las colonoscopias (divertículos). Un 1,2% precisó arteriografía y un 7,1% necesitó de otros estudios diagnósticos. La estancia media fue de 6,15 días (\pm 4,02). Precisaron algún tipo de tratamiento endoscópico o quirúrgico para el control del sangrado el 5,9% de los pacientes. El 98,8% fue alta sin secuelas habiendo un único fallecimiento (1,1%).

Conclusiones

La edad media de los pacientes ingresados por HDB secundaria a divertículos del colon es alta, muchos con antecedentes previos de sangrado rectal. La necesidad de hemotransfusiones y de procedimientos endoscópicos diagnósticos es elevada, lo que a priori podría estar en relación a una alta severidad que sin embargo no se acompaña de un aumento de la estancia media, siendo la evolución clínica favorable con tratamiento conservador en la mayoría de casos.

14. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA ACTIVA. UTILIDAD DEL ANGIO-TC ABDOMINAL EN SU DIAGNÓSTICO.

Lamarca Hurtado J.C., Salva Villar P., González Grande R., Vázquez Pedreño L.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

Introducción

La hemorragia digestiva baja (HDB) aguda es una causa común de hospitalización, morbilidad y mortalidad en

España. La evaluación y el tratamiento son complejos y a menudo requieren manejo multidisciplinar. Actualmente disponemos de múltiples modalidades de diagnóstico por imagen e intervencionismo terapéutico para la evaluación y el tratamiento de la hemorragia aguda gastrointestinal. La experiencia inicial indica que el angioCT abdominal helicoidal multicorte es una modalidad de primera línea prometedora para el diagnóstico eficiente en tiempo, sensibilidad y exactitud para el diagnóstico de hemorragia activa gastrointestinal. En los centros disponibles está alcanzando un profundo impacto en el manejo de pacientes con difícil diagnóstico endoscópico, gammagráfico y arteriográfico de HDB.

Objetivo

Evaluar el papel del AngioTC en el diagnóstico etiológico y topográfico de la hemorragia digestiva y su rendimiento en posteriores intervenciones terapéuticas.

Pacientes y Métodos

Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes consecutivos con diagnóstico de HDB aguda con estudio endoscópico negativo, a los que se le realizó AngioTC, durante el periodo comprendido entre julio de 2007 y mayo de 2009. La variable principal del estudio fue el porcentaje de identificación de sangrado activo objetivado mediante la extravasación de contraste intraluminal.

Resultados

Se han analizado 11 pacientes (6 hombres y 5 mujeres con edad media 61 \pm 11,68 años) a los que se le realizó AngioTC abdominal. Se evidenciaron alteraciones relacionadas con la hemorragia en 9 de los 11 pacientes (82%). En 6 pacientes mostró extravasación de contraste intraluminal (54%). Como resultado de este hallazgo radiológico en 5 de los 6 pacientes (83%), se realizó una intervención terapéutica (2 cirugías y 3 embolizaciones angiográficas), siendo eficaz en 4 de ellos, persistiendo el sangrado digestivo y fallecimiento del paciente en un caso de embolización. Se observaron lesiones potencialmente sangrantes sin extravasación de contraste intraluminal en 3 pacientes (27%), precisando intervencionismo vascular en 1 de ellos (pseudoaneurisma de la arteria hepática propia). En 2 pacientes (18%) no se objetivó extravasación de contraste ni lesiones potencialmente sangrantes. Fueron sometidos a estudio mediante capsuloendoscopia con hallazgos de angiodisplasias ileales.

Conclusiones

La colonoscopia es actualmente el procedimiento diagnóstico y terapéutico de primera línea en HDB con una sensibilidad y especificidad del 92-98 % y 30-100 % respectivamente. La hemorragia masiva obscurece la visualización endoscópica del punto sangrante, siendo éste definitivo en sólo el 13 % y probable en el 67 %, a pesar de la preparación de colon adecuada. Avances recientes en la tecnología AngioCT han ampliado su papel diagnóstico en HDB activa con débitos tan bajos como 0.3 mL/min (inferior al relatado para la angiografía) observándose extravasación del contraste hiperatenuado dentro del lumen intestinal. La sensibilidad, especificidad, exactitud, VPP y VPN para el angioCT en la detección y localización del punto sangrante es de 90.9 %, 99 %, 97.6 %, 95 %, y 98 % respectivamente según recientes estudios. Los datos disponibles así como nuestra propia expe-

riencia clínica indican la utilidad del AngioCT en pacientes sin objetivación endoscópica del punto sangrante y de la causa subyacente, tanto en ID como en colon. La arteriografía sería el siguiente paso en casos donde el examen tomográfico no sea concluyente, excepto en casos de hemorragia masiva e inestabilidad hemodinámica. Es una técnica eficiente para dirigir y planificar la terapéutica posterior, con la ventaja de ser un procedimiento fácilmente disponible, no invasivo y rápido, proporcionando información en cuanto a una enfermedad cuyo diagnóstico a menudo puede ser incómodo y difícil. Se requieren ensayos clínicos para optimizar protocolos y validar la eficacia y rentabilidad.

15. MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN ENFERMEDAD DE CROHN SEGÚN MUTACIONES NOD2/CARD15

Leo Carnerero E., Del Castillo Corzo F., Trigo Salado C., Herrera Martín P., Herrera Justiniano J.M., Crivell Charneco C., Márquez Galán J.L.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

Las manifestaciones extraintestinales están presentes en la tercera parte de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y en ocasiones limitan su calidad de vida. Además, en el contexto autoinmune de la EII se pueden asociar otras entidades de similar base fisiopatológica.

Objetivos

Conocer si la existencia de manifestaciones extraintestinales y la asociación de enfermedades autoinmunes en los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) está condicionada por la presencia de mutaciones del gen NOD2/CARD15.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo que incluye 125 pacientes con EC revisados en nuestras consultas. Tras análisis de su historia clínica recogemos: sexo, edad al diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, patrón de comportamiento y localización (L1 ileal, L2 colónica y L3 ileocolónica), mutaciones del gen NOD2/CARD15, existencia de manifestaciones extraintestinales y otras enfermedades autoinmunes.

Resultados

La edad media al diagnóstico de la EC es de 27,5 años (rango 8-61) y el tiempo medio de seguimiento de 9,9 años (rango 0,4-36). La distribución por sexos es homogénea (66 hombres y 61 mujeres). En cuanto a la localización de la EC 48 pacientes son L1, 26 L2 y 39 L3; en 16 casos (13%) existe afectación de tramos altos. El fenotipo inflamatorio es el predominante (44% de los pacientes). Encontramos alguna mutación del gen CARD15 en 42 pacientes (33,6%), siendo las características fenotípicas y el tiempo de seguimiento similar en los pacientes con mutación y los que no las presentan. Las manifestaciones extraintestinales están presentes en

el 41% de los pacientes (51/125), predominando la articulares que afectan a nivel periférico a 23 pacientes y axial a 12 (en total afectan al 27% de los pacientes). La afectación cutánea ocurre en 8 casos (6,4%): 4 eritema nodoso, 3 pioderma gangrenoso y 1 Crohn cutáneo. Doce pacientes (9,6%) presentan estomatitis aftosa. Además 3 pacientes tienen manifestaciones oculares (2 uveítis, 1 epiescleritis) y 5 fenómenos trombóticos. Incluimos 10 pacientes con litiasis biliar (8%) y 3 con nefrolitiasis (2,4%). Nueve pacientes (7,2%) tienen asociada una enfermedad autoinmune: 6 psoriasis, 2 dermatitis atópica y 1 tiroiditis. La presencia de manifestaciones extraintestinales es independiente de la existencia de mutaciones NOD2/CARD15 cuando se analizan en global (35% en el grupo mutado vs 43%, $p=0,4$), pero cuando lo hacemos según patologías ninguna de los 12 pacientes con artropatía axial presenta mutaciones CARD15, al igual que ocurre en los 3 con patología ocular. No encontramos diferencias respecto al resto de manifestaciones. Tampoco hay diferencias en la asociación de enfermedades autoinmunes (4,8 vs 8,4%, $p=0,7$), aunque destaca que de los 6 pacientes con psoriasis, 5 no presentan mutaciones CARD15.

Conclusiones

Las mutaciones del gen NOD2/CARD15 no se asocian a una mayor aparición de manifestaciones extraintestinales ni enfermedades autoinmunes, aunque parecen tener un papel protector sobre la artropatía axial y la mayoría de los pacientes con psoriasis no presentan mutaciones de este gen.

16. EFICACIA A LARGO PLAZO DE METOTREXATE EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

Jiménez Contreras S., Castro Laria L., Argüelles Arias F., Castro Márquez C., Cordero Ruiz P., Méndez Rufián V., Benítez Roldán A., Herrerías Gutiérrez J.M.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Metotrexate (MTX) es un inmunosupresor utilizado en el tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), tras fallo o intolerancia a los tiopurínicos. Existen algunos datos de su eficacia en ensayos clínicos controlados y randomizados en la Enfermedad de Crohn (EC), sin embargo, no hay datos de ensayos clínicos en la Colitis Ulcerosa (CU).

Objetivo

Evaluar la eficacia, seguridad y tolerancia del MTX a largo plazo en pacientes con EC y CU, no respondedores o intolerantes a Azatioprina (AZA) o Infliximab.

Material y Métodos

e incluyen en el estudio a 19 pacientes (9 mujeres, 10 hombres; edad media al inicio del tratamiento 39,7±10,3 años), tratados con Metotrexate, 9 con CU y 10 con EC. La in-

dicación del tratamiento inmunomodulador fue corticodependencia en todos los casos. Se inició tratamiento con MTX por intolerancia a AZA en 11/19 (57,9%), no respuesta a AZA en 6/19 (31,58%) y refractariedad a Infliximab en 2/19. La dosis inicial de MTX fue 25 mg IM durante 4 meses continuando con 15 mg semanales vía oral, con suplementación de ácido fólico semanal. Se consideró remisión como la ausencia de síntomas y retirada total de corticoides; y respuesta parcial, como la mejoría clínica y reducción de la dosis de corticoides, ambos a los 3 meses de tratamiento, sin necesidad de otra terapia de rescate (terapia biológica y/o cirugía) durante el tiempo de seguimiento.

Resultados

A los 3 meses de tratamiento se alcanzó remisión en 11/19 de los pacientes (7/9 CU y 4/10 EC), y respuesta parcial en 7/19 (2/9 CU y 5/10 EC) y no se obtuvo respuesta en 1 paciente con EC. Al año de tratamiento, se mantuvo la respuesta en 14/19 (73,69%) de los pacientes, 7/9 CU (77,7%) y 7/10 EC (70%). El tiempo medio de tratamiento fue de 33 ± 23 meses. Tres pacientes presentaron efectos adversos (1 con leucopenia que remitió al disminuir la dosis y 2 con molestias gastrointestinales) que no provocaron la retirada del tratamiento.

Conclusiones

MTX es un fármaco eficaz, seguro y bien tolerado en el tratamiento de la EC y de la CU, tanto en la inducción como en el mantenimiento a largo plazo. La vía oral constituye una alternativa cómoda para el paciente y no se asocia a pérdida significativa de eficacia.

COMUNICACIONES ORALES Sesión III

17. PRESENTACIÓN DE UN NIVEL DE REFERENCIA EN DOSIS PARA CPRE EN NUESTRO MEDIO

Rodríguez Perálvarez M.L., Benítez Cantero J.M., Hervás Molina A.J., Miñano Herrero J.A.¹, Naranjo Rodríguez A., García Sánchez M.V., Calero Ayala B., De Dios Vega J.F.

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO. SERVICIO FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA¹. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

En los últimos años se han extendido las técnicas médicas que utilizan radiaciones ionizantes. El uso de estos recursos se encuentra fuertemente regulado de modo que, aunque las recomendaciones de la Comisión Internacional de Protección Radiológica, directivas europeas y legislación española establecen que las exposiciones médicas no se encuentran sometidas a limitaciones de dosis, se deben aplicar los principios de justificación del procedimiento y optimización

del mismo. Para la consecución de este último punto, la normativa 97/43/EURATOM establece que los estados miembros de la Unión Europea deberán promover el establecimiento y uso de niveles de referencias de dosis (NRD) en las exploraciones radiológicas. En el caso de la CPRE, no se dispone de NRD en nuestro medio.

Objetivos

1. Establecer NRD aplicable a nuestro medio.
2. Determinar si la dificultad en la exploración y el tipo de terapéutica aplicada influyen sobre el producto dosis-área.

Pacientes y métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se han incluido 130 CPRE consecutivas llevadas a cabo en nuestro Centro entre Febrero y Mayo de 2009. El equipo utilizado fue Philips BV Pulsera y el modo de escopia fue de exposición digital. En cada exploración se recogieron variables demográficas (sexo y edad) y antropométricas (peso, estatura y espesor) del paciente. De igual modo se recogieron el tiempo de fluoroscopia (minutos y segundos), la dosis/paciente recibida (mGy) y el producto dosis/área (mGy/m²). Por último se registró la intención diagnóstica o terapéutica de la prueba así como el tipo de tratamiento aplicado. El análisis estadístico implicó una primera fase descriptiva en la que se establece el NRD para CPRE en nuestro medio y una segunda fase donde se realiza un estudio analítico en el que se relacionan diversos aspectos de la técnica con el producto dosis/área.

Resultados

La edad media de los pacientes fue de $73 \pm 12,1$ años. Fueron hombres 79 (60,8%) mientras que 51 (30,2%) fueron mujeres. La estatura y el peso medios fueron de 161 ± 9 cm y $68,6 \pm 12$ Kg respectivamente. El espesor del paciente fue por término medio de $30,5 \pm 3,7$ cm. La técnica tuvo intención diagnóstica en 20 casos (15,4%), siendo terapéutica en 110 (84,6%). Entre las CPRE terapéuticas, en 32 (29%) se realizó sólo esfinterotomía, en 48 (43,6%) se realizó esfinterotomía con extracción total o parcial de cálculos y en 30 (27,4%) se procedió a colocación de prótesis con o sin toma de muestras (citología/biopsia). El producto dosis/área fue de $1,11 \pm 1,08$ mGy/m² (rango 0,01-7,08). La dificultad de la técnica medida como número de intentos para la canulación influyó sobre el producto dosis/área que fue de $0,95 \pm 0,78$ mGy/m² en el caso de 5 o menos intentos y de $1,55 \pm 1,50$ mGy/m² en el caso de más de 6 intentos ($p=0,033$). De igual modo la CPRE con intención terapéutica implicó un producto dosis/área significativamente mayor con respecto a la intención diagnóstica ($0,65 \pm 0,18$ mGy/m² contra $1,20 \pm 0,10$ mGy/m² ($p=0,001$)). La colocación de prótesis supuso un aumento del producto dosis/área de $1,23$ mGy/m² con respecto a esfinterotomía aislada ($p<0,001$) y de $0,99$ mGy/m² con respecto a esfinterotomía con extracción de cálculos ($p<0,001$). La toma de biopsia/citología durante la exploración no influyó sobre el producto dosis/área de forma significativa (diferencia de medias de $0,22$ mGy/m², $p=0,99$).

Conclusiones

En nuestro medio el NRD para CPRE es: tiempo

medio de fluoroscopia de 2 min. y 47 seg; producto dosis/área 1,11 +/- 1,08 mGy/m². Los factores que han demostrado aumentar el producto dosis/área han sido la canulación papilar dificultosa y la realización de terapéutica, en especial la colocación de prótesis.

18. CARACTERIZACIÓN DE LESIONES FOCALES HEPÁTICAS UTILIZANDO ECOGRAFÍA CON CONTRASTE

Llamoza Torres C.J., Soto Escribano M.P., Vignote Alguacil M.L., Ángel Rey J.M., Rodríguez Perálvarez M.L., Benítez Cantero J.M., Jurado García J., de Dios Vega J.F.

UNIDAD CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Objetivo

Determinar el comportamiento de lesiones ocupantes de espacio (LOE) utilizando ecografía con contraste (EC).

Materiales y métodos

De marzo del 2008 a mayo del 2009, 114 enfermos (67 hombres, 47 mujeres) con una LOE sin caracterización definida por ultrasonografía convencional, modo B y ecografía Doppler fueron evaluadas en nuestra Unidad mediante EC de segunda generación, Sonovue, imagen con inversión de pulso y un índice mecánico menor de 0.4. El diagnóstico definitivo fue determinado por histología, TC/RMN y/o evolución clínica en caso de lesiones benignas.

Resultados

Se determinaron 47 lesiones benignas (angiomas n=29, esteatosis focal n=6, adenoma hepatocelular n=3, hiperplasia nodular focal (HNF) n=2, otras lesiones benignas n=7); 58 lesiones malignas (metástasis n=31; carcinoma hepatocelular CHC n=18, CHC con tratamiento local previo n=4, colangiocarcinoma n=5) y 9 casos en los que no se confirmó la existencia de lesiones. Los angiomas en fase arterial mostraron en un 37.5%(9/24) captación periférica nodular, en un 66.7%(16/24) llenado difuso homogéneo, presentando en un 83.3%(20/24) cinética centrípeta. La esteatosis focal fue isocaptante en 66.7%(4/6) en fase arterial y 83.3% en las demás fases. Los adenomas en fase arterial fueron hipercaptantes en fase arterial, con patrón difuso homogéneo en el 100%(3/3). En las demás fases fue isocaptante. Las HNF fueron hipercaptantes en fase arterial detectándose cicatriz central en una, patrón centrífugo e hiper-isocaptantes. Las metástasis en fase arterial mostraron una hipercaptación precoz en el 64.5%(20/31), con anillo periférico en el 29%(9/31), un 19% patrón difuso heterogéneo y 87%(27/31) siendo hipocaptantes en las fases porto-venosa y tardía. Los CHC en fase arterial tuvieron una hipercaptación arterial precoz en 89%(16/18) con un patrón difuso homogéneo en 44%(8/16) y difuso heterogéneo en el 67%(12/16). Los CHC previamente tratados (4) con métodos locales tuvieron una captación arterial precoz en el 50%(2/4) con una captación similar al parénquima adyacente en el 50%. Los colangiocarcinomas fueron hipercaptantes en 60%(3/5) en fase arterial, siendo hipocaptante en el 100% en las fases porto-venosa y tardía.

Conclusiones

La base de la caracterización de las lesiones focales hepática usando ultrasonografía con contraste radica en comparar el comportamiento del contraste en las diferentes fases: arterial, porto-venosa y tardía. Pero, existen otras características de las lesiones que modifican el patrón típico como son el tamaño de la lesión, nivel de diferenciación tisular y la vascularización en el momento del estudio.

19. PANCREATITIS CRÓNICA (PC): ¿LAS PRUEBAS DE IMAGEN PERMITEN PREDECIR INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA (IPE)?

Méndez Sánchez I.M., Rosales Zabal J.M., Pérez Aisa A., Gonzalo Marín J., Aguilar Urbano V.M., Sánchez Yagüe A., García Fernández G., Sánchez Cantos A.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA.

Introducción

La valoración funcional del páncreas exocrino esta limitada por las dificultades metodológicas de los test disponibles. Las diferentes pruebas de imagen (TAC, RNM, USE, CPRE, Ecografía abdominal) permiten obtener imágenes de alta definición de conductos y parénquima pancreáticos. El riesgo de IPE aumenta a medida que aumentan las alteraciones morfológicas de la glándula.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo pacientes con PC (diagnosticados por pruebas de imagen) a los que se ha realizado test aliento con TG-C13 en el periodo comprendido entre Marzo 2006/Mayo 2009. Cada paciente se preparó según las recomendaciones del protocolo, recogió dos muestras basales, ingirió la comida de prueba, y cada 30' y por duplicado, recogió muestras de aliento hasta las 6 horas post-ingestión. El análisis se realizó por espectrofotometría de infrarrojos y los resultados se obtuvieron mediante un programa matemático que calcula el porcentaje de sustrato recuperado como 13CO₂. Se valoraron las alteraciones parenquimatosas y ductales objetivadas en las diferentes pruebas de imagen realizadas (TAC, RNM, USE, CPRE, Ecografía abdominal). Análisis estadístico con programa SPSS 12.0.

Resultados

A un total de 38 pacientes con PC se les realizó el test de aliento con TG-C13, 33 hombres, con edad media de 55 años. La causa de la PC fue: etílico: 32, idiopática: 5, autoinmune: 1. Hábito tabáquico: activo: 22, exfumador: 9 y no fuman 7. Tenían clínica sugestiva de IPE 7. Tenían test función pancreática patológico 18 pacientes. Según las pruebas de imágenes se objetivaron cambios sugestivos de PC: TAC: 24, RNM: 14, Ecografía abdominal: 22, USE: 15 y CPRE: 7. Las pruebas de imagen realizadas (TAC, RNM, USE, ecografía abdominal, CPRE) no permitieron predecir la presencia de IPE. La dosis media de enzimas pancreáticas sustitutivas de los pacientes con IPE fue de 47.222 UI/ 24 horas.

Conclusiones

- Más de la mitad de los pacientes con PC presentan IPE, aunque la gran mayoría no presentan sintomatología sugestiva.

- Las pruebas de imagen no predicen la presencia de IPE y por lo tanto la necesidad de tratamiento enzimático, aunque necesitamos aumentar el tamaño muestral para corroborarlo.

- Los pacientes con IPE están en tratamiento con dosis subóptimas de enzimas pancreáticas.

20. PERFIL DE EXPRESIÓN GENÉTICA EN HÍGADO DURANTE LA PROGRESIÓN DE LA EHNA EN LA OBESIDAD MÓRBIDA

Carazo Gallego A.¹, León López J.², Casado Ruíz J.³, Gila Medina A.⁴, Delgado Carrasco S.⁵, Mundi Sanchez Ramade JL.⁶, Casado FJ.⁷, Salmerón Escobar J.⁸

UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (HUSC) DE GRANADA^{1,3}. CIBEREHD^{2,4}. UNIDAD DE CIRUGÍA B, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA⁵. UNIDAD DE DIGESTIVO, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA^{6,7,8}.

Introducción

La enfermedad del hígado graso no alcohólica (EHGNA) es una entidad que incluye la esteatosis hepática sin inflamación, la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) y la cirrosis hepática. Actualmente, la hipótesis del doble impacto es la más aceptada para explicar la etiología de la EHGNA durante la obesidad. El primer impacto es el acumulo intra-hepático de triglicéridos, mientras que el segundo impacto se refiere a la progresión de la esteatosis hepática hacia manifestaciones más graves de la enfermedad como EHNA y cirrosis. Aunque los mecanismos implicados no se conocen en su totalidad, se piensa que la progresión de la enfermedad es consecuencia de un efecto citotóxico derivado del excesivo acumulo de triglicéridos en el citoplasma del hepatocito. En este proceso son esenciales la generación del estrés oxidativo y la liberación de citoquinas proinflamatorias.

Objetivo

Relacionar el grado de lesión hepática con los niveles de expresión de genes asociados con el estrés oxidativo, la inflamación, la señalización de leptina, adiponectina e insulina y el metabolismo lipídico.

Métodos

Estudio prospectivo de 57 pacientes obesos mórbidos. Las biopsias hepáticas fueron estudiadas por un mismo anatomopatólogo y clasificadas según el nuevo escore (Kleiner). De una fracción de la biopsia hepática se extrajo RNA total y se cuantificó, mediante RT-PCR en tiempo real, la concentración de los ARNs mensajeros de 16 genes: sintasa de óxido nítrico inducible (iNOS), glutatión peroxidasa (GPX),

glutatión reductasa (GRD), TNF α , IL6, receptor activo de leptina (OBR-B), conjunto de los receptores de leptina (OBR-T), receptores de adiponectina 1 y 2 (ADIPO1, ADIPO2), receptor de insulina (INSR), sustratos del receptor de insulina 1 y 2 (IRS1, IRS2), el gen supresor de la señalización de citoquinas 3 (SOCS3), PPAR α y dos genes housekeeping (PPIA, RPS13). Los resultados se normalizaron con la media del nivel de expresión de los dos genes housekeeping.

Resultados

De los 57 pacientes, el 71% eran mujeres y el 29% hombres. La media de edad fue de 44 \pm 11 y el IMC de 52 \pm 8. El 35% (n=20) de los pacientes no presentó EHNA, el 47% (n=26) probable EHNA y el 19% (n=11) EHNA. El grado de lesión hepática se asoció con incrementos en la expresión de: OBR-T (P=0,05), ADIPOR1 (P=0,041), ADIPOR2 (P<0,000), GPX (P<0,000) e iNOS (P<0,000) y con descensos en la expresión de: SOCS3 (P=0,032), IRS1 (P=0,019) y TNF α (P=0,009). El grado de resistencia a leptina, medido como el cociente entre la expresión del conjunto de los receptores de leptina y la del receptor activo (ORB-T / ORB-B) se incrementó con el grado de lesión hepática (P<0,000). Según el análisis multivariante mediante regresión logística multinomial los factores independientes de esteatohepatitis frente a no esteatohepatitis fueron un aumento de expresión de ADIPOR2 (OR: 0,046, 95% CI=0,02-0,446), un descenso de expresión de IRS2 (OR: 23,43; 95% CI=1,9-284,2) y un aumento de expresión de GPX (OR: 0,04, 95% CI=0,03-0,503). En cambio, en el caso de esteatohepatitis frente a probable esteatohepatitis tan sólo el descenso de expresión de IRS2 fue independiente (OR: 8,3, 95% CI=1,2-56,7).

Conclusiones

La progresión de la EHGNA se asocia con cambios en los niveles de expresión de genes implicados en la señalización de leptina, adiponectina e insulina, estrés oxidativo e inflamación. Los factores independientes de progresión de la enfermedad fueron el incremento en la expresión del receptor ADIPOR2, el incremento en la expresión del enzima antioxidante GPX y la disminución de la sensibilidad a insulina, reflejada en un descenso en la expresión de IRS2.

21. DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE ENFERMEDAD CELÍACA EN NUESTRO MEDIO Y SÍNTOMAS ATÍPICOS

Ángel Rey J.M., Pérez Rodríguez E., Vignote Alguacil M., Hervás Molina A., Lamoza Torres C.J., Benitez Cantero J.M., Rodríguez Perálvarez M., De Dios Vega J.F.

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

La historia natural de la enfermedad celíaca (EC) aún tiene muchos aspectos desconocidos. Además, en los últimos años se han publicado numerosos artículos abordando desde distintos aspectos su manifestación en forma de síntomas atípicos, sobre todo digestivos, como la dispepsia.

Objetivos

Evaluar la incidencia de la serología positiva para anticuerpos de celiacía en la población de pacientes atendida en la consulta de Aparato Digestivo por diferentes tipos de síntomas. Analizar algunos factores epidemiológicos que influyen en la enfermedad.

Material y métodos

Se realizó serología de celiacía (anticuerpos anti-gliadina IgG e IgA y antitransglutaminasa) a todos los pacientes que fueron atendidos en la consulta de primer nivel de Aparato Digestivo de nuestro centro y necesitaban analítica a juicio del médico. En los pacientes con serología positiva se realizó una endoscopia digestiva alta con biopsia de segunda porción duodenal. Se recogieron datos referentes a edad, sexo, motivo de consulta, antecedentes familiares de celiacía y antecedentes personales de enfermedad autoinmune. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 15.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 255 pacientes (85 hombres y 170 mujeres) con una edad media de 43 ± 19 años (15-85). Los motivos de consulta más frecuentes fueron diarrea (27%), dolor abdominal (24%), dispepsia (17%) e hipertransaminasemia (12%). 39 pacientes (15%) presentaban algún tipo de enfermedad autoinmune y 4 (1.6%) tenían antecedentes familiares de celiacía. La incidencia de anticuerpos anti-gliadina fue del 2% (5 pacientes) y de anticuerpos antitransglutaminasa del 1.2% (3 pacientes). De los 2 pacientes con cambios histológicos en la biopsia duodenal, uno presentaba lesiones compatibles con enfermedad celiaca grado I de la clasificación de MARSH y el otro se clasificó como grado III. Todos los casos de serología positiva se encontraron en pacientes menores de 50 años y presentaban síntomas clásicos de la enfermedad celiaca (diarrea, anemia y dolor abdominal).

Conclusión

Según los datos obtenidos no parece una estrategia rentable realizar serología de EC por otros síntomas distintos a los típicos de la celiacía. Son necesarios más estudios para explicar la baja incidencia de serología positiva en pacientes mayores de 50 años y la posible evolución de la EC a formas latentes en el adulto.

22. ¿ES NECESARIO REALIZAR SCREENING DE ENFERMEDAD CELÍACA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

León Montañés R, Leo Carnerero E, Bellido Muñoz F, Herrero Justiniano JM, López Bernabéu J, Márquez Galán JL.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

Las bases fisiopatológicas de la Enfermedad celiaca (EC) y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) son similares. Algunos autores han encontrado asociación entre ambas entidades.

Objetivos

Determinar si la realización de un programa de screening para EC entre los pacientes diagnosticados de EII es necesario.

Material y métodos

Estudio prospectivo que incluye 152 pacientes diagnosticados de EII, 97 son enfermedad de Crohn y 55 colitis ulcerosa. Se recogen los siguientes datos: sexo y edad actual y en cuanto a la EII la edad al diagnóstico, la actividad en el momento del screening de EC, el tipo (E Crohn vs colitis ulcerosa), patrón de comportamiento y extensión. A todos los pacientes se les realiza despistaje de EC mediante análisis de anticuerpos IgA anti-gliadina y antitransglutaminasa (se determinan niveles de IgA y en caso de déficit se realiza IgG anti-entomosis) que pueden ser positivos, negativos o equívocos. En caso de positividad de los anticuerpos se realiza endoscopia oral con toma de biopsias de segunda porción duodenal. Si el estudio no es concluyente se solicita determinación de HLA.

Resultados

La distribución por sexos es similar (80 varones y 72 mujeres). En el momento de determinar los anticuerpos la edad media es $39,2 \pm 15,5$ años (rango 14-78) y tan solo 5 pacientes (3,2%) presentan actividad de la EII. Entre los 97 pacientes con enfermedad de Crohn la mayoría (60 pacientes) se diagnostican entre los 17 y 40 años -A2 según la clasificación de Montreal-, mientras que en cuanto al patrón de comportamiento predomina el inflamatorio (62%). El 44% de los pacientes con enfermedad de Crohn tienen afectación exclusiva ileal, el 41% ileocolónica y resto sólo colónica. Trece pacientes presentan lesiones en tramos altos. De los 55 pacientes con colitis ulcerosa, 32 (58%) tienen afectación extensa, 8 izquierda y 15 proctosigmoiditis. Sólo 3 pacientes presentan alteraciones en los anticuerpos relacionados con la EC. El primero es una mujer con colitis ulcerosa extensa, que en el contexto de brote moderado-severo y una marcada hipergammaglobulinemia presenta antitransglutaminasa positivo (se negativizó tras controlarse el brote), siendo la endoscopia, biopsias de duodeno y tránsito intestinal baritado normales. El segundo paciente es un varón con enfermedad de Crohn colónica asintomática, que presenta anticuerpos anti-gliadina positivos, con endoscopia oral y biopsias normales; en controles posteriores los anticuerpos entran en el rango de valor "equívoco". Por último una mujer con enfermedad de Crohn ileal mantiene permanentemente anticuerpos anti-gliadina en zona equívoca, pero no desea realizarse endoscopia oral y está pendiente de determinación HLA. En otros 8 pacientes se han realizado en algún momento biopsia duodenal por otros motivos, sin mostrar alteraciones.

Conclusiones

No encontramos un aumento de la incidencia de EC

entre los pacientes con EII en nuestra serie, de hecho ninguno de ellos puede ser diagnosticado de intolerancia al gluten, por lo que no creemos necesario realizar screening cuando no exista sospecha clínica.

23. TEST DE MALABSORCIÓN DE HIDRATOS DE CARBONO EN LA DIARREA CRÓNICA FUNCIONAL

Aguilar Urbano V.M., Gonzalo Marín J., Pérez Aisa A., Rosales Zabal J.M., Albandea Moreno C., Moreno Mejías P., Moreno García A.M., Sánchez Cantos A.M.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA.

Introducción

La diarrea crónica funcional supone un reto diagnóstico en la actualidad. Además del estudio de celiaquía y colitis microscópica, los test de intolerancia a hidratos de carbono están tomando una importancia creciente en el estudio de estos pacientes.

Objetivos

- Describir las principales variables de los pacientes con diarrea crónica funcional a los que se realiza el test de tolerancia a la fructosa (TSF).
- Evaluar la mejoría del síndrome diarreico con dieta exenta en fructosa.

Material y métodos

Se planteó un estudio descriptivo-retrospectivo de los pacientes con diarrea crónica funcional en los que se realizó el TSF en el Hospital Costa del Sol entre Junio 2007 y Diciembre 2008. Para ello analizamos la edad, sexo, pruebas realizadas, score de síntomas durante el test, resultado del test y mejoría de la clínica mediante encuesta dirigida. Se comparó el grupo A (casos) con un grupo B (control). El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados

El estudio incluyó 41 pacientes (grupo A), 29 mujeres (70,7%), con una edad media de 43,98 (DE= 17,226, 6 – 78) años. El grupo control (grupo B) consta de 23 pacientes, 11 mujeres (47,8%), con una edad media de 38,61 años (DE= 16,245, 7- 76). Con respecto a las manifestaciones clínicas, todos los pacientes presentaban deposiciones diarreicas y además: dolor abdominal el 70,7% (29), distensión abdominal 41,5% (17) y sensación nauseosa el 17,1% (7). Previa a la realización del TSF, nuestros pacientes fueron sometidos a distintas pruebas: colonoscopia el 70,7% (29), con toma de biopsia en el 61% (25); gastroscopia el 39% (16); ecografía abdominal el 61% (25); despistaje de celiaquía el 92,7% (38); test de intolerancia a la lactosa el 65,9% (27), siendo positivo el 26,8% (11); encuesta alimentaria dirigida en el 80,5% (33). Durante la realización de la prueba, el 63,4% (26) presentaron síntomas: deposiciones líquidas el 43,9% (18), molestias abdominales el 22% (9), sensación nauseosa el 12,2% (5)

y aumento del peristaltismo el 24,4% (10). El resultado del TSF fue positivo (intolerancia) en el grupo A en el 65,9% (27), mientras que en el grupo B fue de 17,4%; siendo estas diferencias estadísticamente significativas. En los pacientes que se realizó el test de tolerancia a la lactosa (27) se observó, que en el grupo que presentaba positividad para dicho test tenían intolerancia a la fructosa en un 72,7%, mientras que los que presentaban test de lactosa negativo eran intolerantes a la fructosa el 56,3%, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas. El tiempo medio de seguimiento tras la recomendación de dieta exenta de fructosa fue de 5,2 meses (DE= 2,84). Se objetivo que el 75,9% (22) de los pacientes presento mejoría de los síntomas con la dieta sin fructosa, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones

1. Los pacientes catalogados como diarrea crónica funcional, presentan TSF positivo (intolerancia) en casi 2/3 de los casos.
2. La dieta exenta de fructosa resultó eficaz para la mejoría de los síntomas en la mayoría de los pacientes.

24. DIAGNÓSTICO DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO MEDIANTE TEST DE HIDRÓGENO ESPIRADO

Méndez Sánchez I.M., Pérez Aisa A., Rosales Zabal J.M., Aguilar Urbano V.M., Gonzalo Marín J., Sánchez Cantos A.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA.

Introducción

El sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) incluye todas aquellas situaciones en las que se produce un aumento anormal del nivel de bacterias en el intestino delgado superando las 105 UFC/ml. Su espectro clínico puede abarcar desde pérdida de peso por malabsorción a síntomas más inespecíficos como dolor abdominal, distensión y/o diarrea. Para su diagnóstico disponemos del cultivo de aspirado yeyunal (gold estándar), técnica invasiva, laboriosa y lenta en obtener resultados. El test de hidrógeno espirado utilizando sobrecarga de glucosa se ha propuesto como herramienta de fácil manejo y alta sensibilidad para el diagnóstico de SIBO.

Material y métodos

Incluimos pacientes en los que se obtuvo un test de hidrógeno espirado con sobrecarga de glucosa patológico en el periodo comprendido entre Enero 2007-Junio 2009. Este test se realizó bajo unas condiciones básicas (no utilización de laxantes 30 días previos, dieta pobre en fibra 48 horas, ayuna de 12 horas, no fumar la noche anterior ni durante el tiempo que dure la prueba, no realizar ejercicio durante la prueba, evitar toma de antibióticos 4 semanas antes), considerando curva patológica 20 ppm ó basal mayor de 10 ppm. Tras finalizar el tratamiento se realizó nuevo test para comprobar la respuesta.

Resultados

A un total de 77 pacientes se les realizó el test de hidrógeno espirado con sobrecarga de glucosa. Presentaban SIBO 23,15 mujeres. La patología predisponente en SIBO fue: Cirugía: 6, Cirrosis hepática: 4, SII: 4, EII: 2, Divertículos: 3, enteritis actínica: 2, enf.celiaca:1, ninguna: 1.La sintomatología principal fue: 11 diarrea, 3 dolor abdominal, 4 distensión abdominal, ninguna 4 y malnutrición 1. En todos los casos el tratamiento pautado inicialmente fue Rifaximina a dosis de 400 mg/8 horas exceptuando en tres que fue de 200mg/8 horas. El 68.4% presentó mejoría clínica tras el tratamiento. 14 de los SIBO positivos se realizó test postratamiento, siendo el 57.1% negativos (no se realizó control en el 39.1% de los casos con SIBO positivo) tras la primera tanda de antibióticos.

Discusión

- El test de hidrógeno espirado con sobrecarga de glucosa es una herramienta de fácil realización en el diagnóstico de SIBO.
- La cirugía es un factor predisponente claro de SIBO.
- En nuestro centro el tratamiento inicial más empleado es la Rifaximina a dosis de 400mg/8horas con una respuesta clínica del 68.4% % y un test postratamiento negativo del 57.1% tras el primer ciclo de tratamiento.

ciones en los últimos 10 años en el apartado “core clinical journal”, incluyendo además los artículos relacionados publicados en la revista “Cirugía Española”. Las palabras claves fueron “esophageal perforation”. Se ha realizado una revisión de los casos de perforación y dehiscencia tratados en nuestro hospital con colocación de endoprótesis (en total 5 casos en el periodo 2007-2009)

Resultados

Aquellos pacientes tratados quirúrgicamente presentan una mortalidad (3.8-26%) considerablemente mayor que aquellos en los que se trató el defecto mediante la implantación de stents (0-22%). No obstante en las series de los pacientes tratados con stents se tiende a recomendar el drenaje quirúrgico previo a la colocación del stent en aquellos pacientes con una perforación esofágica de larga evolución (>12-24 horas) y ante la presencia de signos clínicos, radiológicos o analíticos de afectación mediastínica. En nuestra serie de 5 pacientes se ha apreciado una baja morbilidad (un caso de migración de la endoprótesis que se resolvió endoscópicamente) y mortalidad (tan solo uno de los pacientes).

Conclusiones

La colocación de endoprótesis en las perforaciones esofágicas es una alternativa efectiva n el tratamiento de las perforaciones y dehiscencias de sutura esofágicas.

COMUNICACIONES ORALES

Sesión IV

25. MANEJO DE LA PERFORACIÓN ESOFÁGICA Y DEHISCENCIA DE SUTURA MEDIANTE ENDOPRÓTESIS: NUESTROS RESULTADOS

García Moreno J.L., García Ruiz S., Bernados García C., Cañete Gómez J., Vázquez Medina A.J., Ibáñez Delgado F., Hernández de la Torre J.M., Alcántara Gijón F.

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Objetivos

Presentamos una serie de 5 pacientes con perforación esofágica y dehiscencia de sutura esofágica que se han tratado de forma conservadora con colocación de endoprótesis, realizando una revisión de la literatura de los últimos 10 años para comparar tratamiento exclusivamente quirúrgico vs. colocación de endoprótesis.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica del tratamiento de las perforaciones y dehiscencias esofágicas tratadas tanto quirúrgicamente como mediante stent utilizando la base de datos medline tomando como límites las publica-

26. OBSTRUCCIÓN INTestinal ALTA POR BRIDAS POSTQUIRÚRGICAS: PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO URGENTE. NUESTRA EXPERIENCIA.

García Ruiz S., Cañete Gómez J., García Moreno J.L., Bernados García C., Suárez Grau J.M., López Bernal F., Flores Cortés M., Valera Sánchez Z., Pareja Ciuró F.

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

Las bridas postquirúrgicas son una causa relativamente frecuente de obstrucción intestinal alta. La mayoría de los casos no requieren tratamiento quirúrgico, ya que responden bien a terapia conservadora. En los últimos años, el uso de contraste oral hidrosoluble ha permitido un diagnóstico precoz de esta patología y un manejo más eficaz en la urgencia. Presentamos nuestro protocolo de actuación ante esta patología y nuestros resultados hasta la fecha.

Objetivos

Establecer un protocolo de actuación ante la obstrucción por bridas. Selección de los pacientes candidatos a intervención quirúrgica de forma precoz. Estudiar la efectividad y aplicabilidad del contraste oral hidrosoluble (Gastrográfín®) en la urgencia quirúrgica. Disminuir el tiempo de hospitalización de los pacientes hallando un diagnóstico precoz.

Material y métodos

Diseñamos un estudio observacional prospectivo que se aplicó en el área quirúrgica del Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Se incluyeron los pacientes con sospecha clínica de obstrucción intestinal por bridas (cirugía abdominal previa) en los que se hubiera descartado hernia incarcerada, enfermedad maligna digestiva previa sin seguimiento, enteritis actínica y aquellos pacientes con signos clínicos de gravedad o sospecha de perforación o inestabilidad hemodinámica. En los pacientes incluidos se aplicó 100 cc de Gastrográfin® a través de sonda nasogástrica y se realizaron radiografías simples de abdomen de forma seriada. Los pacientes en los que se evidenciaba paso del contraste a colon en 24 horas o menos se consideraban candidatos a manejo conservador, mientras que los que no lo habían presentado se decidía intervención quirúrgica como opción terapéutica.

Resultados

Se incluyeron 17 pacientes con sospecha de bridas postquirúrgicas como causa de la obstrucción intestinal, de los cuales 15 mostraron paso del contraste, por lo que se aplicó manejo conservador con buena evolución posterior y alta domiciliaria a las 48 horas del ingreso. En los 2 pacientes restantes se decidió intervención quirúrgica urgente al no conseguir paso del contraste oral a las 24 horas de iniciado el protocolo, con buena evolución postquirúrgica. El uso de Gastrográfin en estos pacientes permitió una disminución de la estancia hospitalaria, al permitir una indicación quirúrgica precoz y predecir con fiabilidad qué pacientes evolucionarían adecuadamente al tratamiento conservador.

Discusión

Tras revisar la literatura actual, hemos encontrado numerosas referencias al uso de Gastrográfin® en la patología obstructiva por bridas. La mayoría de los estudios muestran evidencia de que el contraste hidrosoluble permite predecir la necesidad de cirugía en pacientes obstruidos, pero no disminuye la necesidad de la misma, ya que no presenta en sí mismo un efecto terapéutico. La aplicación de Gastrográfin® ha demostrado una disminución de la estancia hospitalaria al predecir con bastante exactitud la respuesta al tratamiento conservador. Además, muestra seguridad en la aplicación en pacientes con perforación intestinal ya que no es irritante para la cavidad peritoneal y es bien tolerado por el paciente. Su aplicación en el ámbito de urgencias es barata, segura y sencilla, ya que no precisa de estudios costosos ni técnicas específicas. El uso de Gastrográfin® no interfiere con técnicas posteriores ni con la cirugía, por lo que su uso en urgencias es ventajoso y seguro para el paciente.

27. TUMORES GÁSTRICOS BENIGNOS. UTILIDAD DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ENDOSCOPIA.

San Juan Acosta M., Rodríguez-Téllez M., Cano A.¹, Domínguez-Adame E.¹, Pellicer F., Herreras J.M.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL¹. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

En los últimos tiempos se aplican innovadoras técnicas quirúrgicas que son cada vez menos invasivas, una de ellas es la cirugía laparoscópica guiada por endoscopia para la detección y extracción de tumores gástricos. Para llevarla a cabo se necesita la intervención coordinada de cirujanos laparoscopistas y gastroenterólogos endoscopistas, lo que permite la localización exacta del tumor, algunos en estadios precoces, dotando al proceso de una gran seguridad durante la extracción completa de la lesión gástrica tumoral. A su vez hace posible la extirpación de tumores cuya extracción no es susceptible por endoscopia digestiva, así como permite tratar cáncer de estómago mucoso y submucosos seleccionados.

Materiales y métodos

Se describe y muestra las imágenes y videos de la extirpación de 2 tumores gástricos benignos a través de la vía laparoscópica guiada por endoscopia, con la participación de cirujano laparoscopista y endoscopista.

Resultados

CASO 1: En paciente masculino de 63 años con anemia crónica refractaria a tratamiento médico se detecta pólipo grande en antro gástrico por endoscopia. Posteriormente se practica por laparoscopia gastrotomía, extirpación de pólipo gástrico y cierre manual de la incisión gástrica, todo bajo control endoscópico. Presenta varios episodios de melena en las siguientes 24 horas que se resuelve con la colocación de un Hemoclip. Se evidencia mejoría clínica y aumento de la hemoglobina y hematocrito del paciente en su seguimiento después de la intervención. Diagnóstico anatomopatológico: Pólipo fibrinoide o Tumor de Vanek.

CASO 2: En paciente masculino de 71 años con dispepsia se detecta pólipo en el segmento vertical de la curvatura menor, semipedunculado de 3 cm de longitud. Posteriormente se practica polipectomía por laparoscopia asistida por endoscopia con éxito, sin complicaciones inmediatas. Diagnóstico anatomopatológico: Pólipo hiperplásico.

Conclusiones

La cirugía laparoscópica asistida por endoscopia ofrece muchas ventajas frente a la cirugía convencional entre las que destacan:

- Mayor precisión en la extracción completa de la lesión tumoral.
- Mayor confortabilidad
- Menor dolor en el proceso postoperatorio
- Reducción de la estancia hospitalaria
- Menor incidencia de infecciones
- Rápida recuperación del paciente

28. LINFOMA MALT GÁSTRICO: MANEJO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Aguilar Urbano V.M., Rivera Irigoín R., Gonzalo Marín J., Rosales Zabal J.M., Albandea Moreno C., García Fernández G., Fernández Pérez F., Sánchez Cantos A.M.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA.

Introducción

Los linfomas gástricos comprenden el 3 al 6% de todas las neoplasias malignas gástricas. El linfoma gástrico es la forma más frecuente de linfoma no Hodgkin extraganglionar, siendo responsable de más del 30% de todos los casos de linfoma no Hodgkin primario. Se estima que al menos del 35 al 40% de todos los linfomas gástricos primarios son linfomas de tipo MALT. En un estudio reciente se encontró una tasa de remisión completa del 89% en pacientes con linfoma tipo MALT tratados solamente con la erradicación de la infección por *H pylori*.

Objetivos

- Describir las principales variables: edad, sexo, forma de presentación, estadio del Linfoma MALT y tratamiento.
- Determinar la realización de pruebas de detección y tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*.

Material y métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo de los casos de Linfoma gástrico tipo MALT registrados en nuestro hospital entre Enero del 2002 y Febrero de 2009. Analizamos la edad, el sexo, motivo de gastroscopia, estudio de extensión, estadio, detección *Helicobacter pylori*, tratamiento erradicador y seguimiento. El análisis se realizó con el programa SPSS 15.0.

Resultados

Durante el periodo de estudio se incluyeron 10 paciente con una edad media de 60.90 [42 - 74 (DE = 10,949) años, 6 (60%) mujeres. Los motivos de la realización de la endoscopia digestiva alta fueron: dispepsia en el 50%, HDA 10%, ERGE 10%, anemia ferropénica 10% y otras causas en el 20% de los casos.

Los niveles de Beta2 microglobulina eran normales en el 77,8% de los casos, no realizándose en el resto. En todos los casos los niveles de LDH sérico eran normales. Se realizó biopsia de médula ósea en 8 casos (80%), siendo el resultado negativo en el 70% y positivo en el 10% de los casos. No se encontró afectación del área ORL en ninguno de los casos. Se realizó 1 test de detección de *Helicobacter pylori* en el 20% (2 caso), 2 test en el 60% (6 casos) y 3 test en el 20% (2 casos). Los distintos test realizados fueron: Clo-test (positivo en 2 casos, negativo en 2 casos y no realizado en 6 casos), UBtest (positivo en 2 casos, negativo en 2 casos y no realizado en 6 casos) y detección por biopsia gástrica (positivo en 6 casos y negativa en 4 casos). Se realizó terapia erradicadora de *H pylori*: OCA 7 en el 50 % (5 casos), OCA-10 en el 40% (4 casos) y no se realizó terapia en el 10% (1 caso). Post-tratamiento se realizó algún tipo de test de detección en el 80% de los casos, siendo positivo en el 50% (5 casos) y negativo en el 30% (3 casos, siendo en uno de los casos nuevamente positivo al año del tratamiento). Se realizó terapia de rescate en el 50% de los casos, con cuádruple terapia en 2 casos (20%) y con triple terapia OAL en 3 casos (30%). Sólo

se realizó nuevo test de detección tras terapia de rescate en 4 casos, siendo nuevamente positivo en uno de los casos. En 4 casos (40%) se realizó tratamiento con Quimioterapia tipo CHOP, no realizándose en el resto de los casos (uno de ellos por rechazo del paciente). La regresión de la enfermedad se produjo en 4 casos (40%), 2 de ellos con tratamiento quimioterápico.

Conclusiones

1. La forma de presentación del Linfoma gástrico tipo MALT es muy heterogénea, aunque en la mitad de los casos era por molestias en región abdominal.
2. El tratamiento erradicador con OCA no fue efectivo en la mitad de los casos.
3. Hay una escasa afectación de MO y del área ORL en nuestra muestra.

29. COMPLICACIONES DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: CÓMO EVITARLAS. CÓMO SOLUCIONARLAS.

Garre A., Reina F., Palomares P., Ortega Palma R., López Segura R., Selfa A., Palacios A., Salmerón J.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA.

Introducción

La Gastrostomía Endoscópica Percutánea (GEP) es una técnica para alimentación enteral a largo plazo, no exenta de complicaciones.

Material y métodos

Revisamos las complicaciones de las 290 GEP realizadas en nuestro centro y comunicamos como podríamos evitarlas, si son evitables, y como podemos solucionarlas, si son solucionables.

Resultados

Hemos tenido 15 tipos distintos de complicaciones, que podemos resumir en A) complicaciones inmediatas y B) complicaciones tardías. A) Complicaciones inmediatas: 1.- Dolor persistente tras la realización de la GEP con aparición de neumoperitoneo en las técnicas de imagen (n=3) (1,1%). Se evita descomprimiendo el estómago tras la colocación de la sonda y manteniendo un reposo en cama de 48 horas. Se trata con drenaje gástrico a caída libre y antibioterapia. 2.- Hemorragia de pared (n=1) (0,34%). Es inevitable. Se trata con puntos hemostáticos. 3.- HDA autolimitada (n=2) (0,7%). Inevitable. Observación adecuada, y si persiste se realiza endoscopia y esclerosis del punto sangrante. 4.- Hemoperitoneo por punción accidental de arteria gastroepiploica (n=1) (0,34%). Inevitable y precisa de cirugía urgente. 5.- Hemorragia intragástrica arterial durante la punción (n=1) (0,34%). Inevitable y se soluciona con esclerosis del vaso sangrante. B) Complicaciones tardías: 1.- Infección del es-

toma (n=7) (2,41%). Se evita con antibioterapia profiláctica durante la realización de la GEP, con instrucciones para un cuidado adecuado ambulatorio. Se soluciona con antibióticos locales, a veces generales y en ocasiones con desbridamiento de la zona infectada. 2.- Buried Bumper Syndrome (n=3) (1%). Evitar exceso de tracción, girar la sonda diariamente e intentar no colocar sondas con tope interno plano. La solución es quirúrgica. 3.- Abandonar el tope interno en estómago por imposibilidad de extraer la sonda (n=9) (3,1%). Utilizar sondas para extracción sin endoscopia. Con un seguimiento máximo de 1 año, no hubo complicaciones. 4.- Salida accidental de la sonda-balón (n=20) (7%). Instruir de forma clara a los cuidadores para evitar el cierre de la fístula. 5.- Imposibilidad de deshinchar el balón de la sonda para su recambio (n=4) (1,4%). Instruir a los cuidadores para no dañar la sonda. Se soluciona con endoscopia, pinchando el balón con una aguja de esclerosis. 6.- Necrosis de la pared abdominal (n=1) (0,34%). Se produce en pacientes con IMC muy bajo. En estos casos, utilizar sondas de pequeño calibre. La única solución es quirúrgica. 7.- Obstrucción duodenal al hinchar el balón en duodeno (n=5) (1,7%). Instruir a los enfermeros que las cambien. Hay que pensar que esto ocurre cuando tras el cambio de sonda el paciente comienza con vómitos incoercibles y el tope externo de la sonda está pegado a la pared abdominal. Se deshincha el balón y se coloca bien. 8.- Fístula incompetente (n=10) (3,44%). Se suele producir e algunos casos sin una explicación lógica, y en otros, secundario a la extracción por tracción. Se evita extrayendo la sonda con endoscopia, y cuando esta situación se ha producido, retirar la sonda y dejar cerrar la fístula. A veces es necesario el cierre quirúrgico. 9.- Inclusión del tope interno en el trayecto fistuloso (n=1) (0,34%). Se produce por un exceso de tracción. Se retira la sonda con endoscopia y se coloca una sonda-balón. 10.- Peritonitis tras extracción de la sonda por tracción (n=3) (1%). Solo es evitable extrayendo la sonda por endoscopia. La solución, con malos resultados, es quirúrgica. Hemos tenido 5 muertes relacionadas con la técnica (1,7%), y se han producido 3 en los casos de peritonitis tras extracción sin endoscopia, 1 tras el cierre quirúrgico de una fístula incompetente y 1 en la necrosis de pared abdominal en un paciente con enfermedad de Steiner.

Discusión y conclusiones

La GEP es una técnica segura, con un número de complicaciones totalmente asumible, y en muchos casos evitables. Aconsejamos, por ahora, la extracción endoscópica de la primera sonda

30. PERFIL DE PACIENTES CON MANIFESTACIONES EXTRAESOFÁGICAS DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Gonzalo Marín J., Aguilar Urbano V.M., Pérez Aisa A., Rosales Zabal J.M., Moreno Mejías P., Vera Rivero F., Méndez Sánchez I., Moreno García A.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA.

Introducción

Las manifestaciones extraesofágicas (ME) del re-

flujo gastroesofágico (RGE) son causa importante de motivo de consulta. El diagnóstico de ERGE, cuando se manifiesta de forma atípica, puede ser difícil de establecer y aún no se comprende totalmente los mecanismos por los que el reflujo gastroesofágico (RGE) oculto produce síntomas de la esfera otorrinolaringológica (ORL) o respiratoria, si bien se plantea como posibles la microaspiración de contenido gástrico y el reflejo esofagobroncopulmonar mediado por el vago. La realización de una pHmetría de doble canal y un ensayo terapéutico con inhibidores de la bomba de protones (IBPs) son puntos clave en el manejo de esta patología.

Objetivos

- 1) Determinar las características y procedencia de los pacientes con ME en los que se realiza pHmetría de doble canal.
- 2) Determinar la clínica que más frecuentemente presentan estos pacientes.
- 3) Establecer hallazgos en las pruebas complementarias (PC) realizadas en el enfoque diagnóstico.

Material y método

Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes en los que se hizo una pHmetría de doble canal y con ME de RGE entre Enero'06 y Mayo'09. Se analizó la edad, sexo, antecedentes clínicos respiratorios (asma-hiperreactividad bronquial, bronquitis crónica), trastornos motores inespecíficos (TMI) y específicos (achalasia), ME, unidad de procedencia, resultados en endoscopia (EDA), laringoscopia, manometría esofágica y pHmetría de doble canal realizados; así como evolución, seguimiento (meses), tratamiento con IBPs antes de pHmetría y en ensayo terapéutico después.

Resultados

Se realizaron un total de 512 pHmetrías en nuestro hospital en tal periodo. El 15% fueron pHmetrías de doble canal debido a la presentación de ME. Se incluyó un total de 77 pacientes, 51 (66,2%) mujeres y edad media de 52,8 años (39,4-66,2 (DE =13,4)). Media de seguimiento: 7,94 meses (0,4-15,84 (DE =7,90)). Unidades de las que más frecuentemente procedían los pacientes: áreas de neumología y ORL (32,5% y 28,6% respectivamente). En 2º lugar digestivo (13%) y atención primaria (19,5%). El síntoma más presentado fue la tos crónica irritativa (41,6%), aunque también presentaban otros como globo faríngeo (8,2%), ERGE resistente a tratamiento (15,6%), laringitis posterior (19,5%), asma bronquial persistente al tratamiento (15,6%), disnea nocturna/con las comidas (11,7%) y faringitis crónica y disfonía (18,2% y 10,4% respectivamente). Respecto a las PC, el 90,9% tenían hecha una EDA, el 49,7% una laringoscopia y el 97,4% una manometría. Los hallazgos en cuenta en la EDA fueron la presencia de hernia de hiato, observada en un 59,7%, y la presencia de esofagitis, presentada un 9,1%. Hallazgos en laringoscopia: el más observado fue edema/eritema de laringe (39%). Hallazgos en manometría: esfínter esofágico de tonicidad normal (65,8%), hipotonía leve (22,4%), hipotonía moderada (7,9%) e hipotonía severa (3,9%). Respecto a la presencia de TMI, el 30,3% tenían hipomotilidad del cuerpo esofágico. Hasta el 75,3% de todos los pacientes incluidos tenían una pHmetría de doble canal patológica, 62% de ellos con reflujo severo (De Meester >30) y el 52% con buena correlación con el canal proximal. Respecto al tratamiento, el

80,5% tomaban IBPs antes y la misma proporción hizo ensayo con IBPs tras la pHmetría. Un vez seguimos a estos pacientes en el tiempo, hasta 80% mantenía tratamiento con IBPs, mejorarán o no, y en 11 pacientes se planteó funduplicatura.

Conclusiones

1) La pHmetría de doble canal como herramienta diagnóstica de ME de RGE representa el 15% de todas las pHmetrías realizadas en nuestra unidad.

2) Más de la mitad de los pacientes remitidos ME de RGE son mujeres.

3) Las unidades de procedencia más frecuentes son neumología y ORL.

4) La tos crónica irritativa es el principal motivo de consulta y ME. 5) Sólo un 9.1% de los pacientes presentaban esofagitis en EDA. 5) El 75,3% de todas la pHmetrías fue patológica y la mayoría con un RGE severo (de Meester >30) (62%).

31. METAPLASIA INTESTINAL EN LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA. RELACIÓN CON EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y EL H. PYLORI

Martínez Tirado M.P., Palomares Rivas P., Garre Urrea A., Ruíz- Cabello Martínez* M., Martín Ruiz J.L., Salmeron Escobar J.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA.

Introducción

La metaplasia intestinal (MI) en la unión esofagogastrica (UEG) se define como la presencia de células caliciformes azul-Alcian (+) a pH 2,5, en segmentos de mucosa columnar comprendidos entre la línea Z, y el borde proximal de los pliegues gástricos (UEG).

Esta entidad adquiere importancia al asociarse el desarrollo de adenocarcinomas con segmentos de mucosa columnar menores de 3 cm. Actualmente se aceptan dos corrientes; la que defiende el origen gástrico de la MI y la que defiende el origen esofágico, asignándole a cada una de ellas diferente etiopatogenia y diferente potencial de malignización.

Objetivos

Estudiar la prevalencia la MI en la UEG, su relación con el reflujo gastroesofágico (RGE) y el Helicobacter Pylori en nuestra población muestral.

Material y método

Estudio transversal observacional, realizado desde Marzo del 2002 a Junio del 2004. Criterios de inclusión: paciente de ambos sexos, de entre 18 a 80 años, con indicación de endoscopia digestiva alta. Criterios de exclusión (EBL, en-

fermedades graves, toma de IBP; AINES y corticoides en el mes previo a la realización de endoscopia y diagnóstico de enfermedades graves durante al endoscopia). 120 pacientes aceptaron participar. Se les realizó una historia clínica y un estudio endoscópico. Se obtuvieron biopsia según las directrices de Sydney modificadas. A los pacientes diagnosticados de MI en la UEG, se les realizó pHmetría, manometría y estudio de inmunohistoquímica con citoquetatinas CK7/20.

Resultados

La prevalencia de MI en la UEG fue de 9,2% (11 pacientes). El 56,7 % mujeres y la media de edad de 42±12,57 años. La MI en la UEG se asoció con la edad ($p<0,05$), el consumo de tabaco ($p<0,05$) y los episodios de regurgitaciones ($p<0,05$); siendo, la MI, más prevalente en los sujetos de mayor edad (51,36 VS 42,06), en fumadores, y en paciente con menor número de episodios de regurgitaciones. No se encontró asociación con: la presencia de síntomas típicos y atípicos de reflujo; con la hernia hiatal; con la esofagitis ni con la infección por Helicobacter pylori. Ningún caso de MI en la EUG presentó el patrón de citoqueratinas CK7/20 tipo Barrett.

Conclusiones

La MI en la UEG es un proceso adaptativo que se relaciona con la edad y el tabaco. La MI en la UEG no se asoció con el RGE ni con la infección por Helicobacter pylori.

32. PAPEL DE LA PHMETRÍA DE DOBLE CANAL EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DE ERGE EN LA ESFERA RESPIRATORIA Y ORL

Gonzalo Marín J., Aguilar Urbano V.M., Pérez Aisa A., Rosales Zabal J.M., Vera Rivero F., Moreno Mejías P., Méndez Sánchez I., Moreno García A.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA.

Introducción

El diagnóstico de ERGE, cuando se manifiesta de forma atípica, puede ser difícil de establecer y aún no se comprende totalmente los mecanismos por los que el reflujo gastroesofágico (RGE) oculto produce síntomas de la esfera ORL o respiratoria. Muchos estudios establecen que el reflujo en al árbol traqueobronquial ocurre más frecuentemente en asmáticos, pero aún no está establecida necesariamente una relación de causa-efecto.

Objetivos

1) Valorar la correlación entre la aparición de síntomas y los hallazgos en la pHmetría.

2) Valorar la correlación entre los hallazgos endoscópicos y RGE patológico.

Material y método

Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes en los que se hizo una pHmetría de doble canal y presentaban manifestaciones extraesofágicas (ME) de RGE entre Enero '06 y Mayo'09. Se analizó edad, sexo, antecedentes clínicos respiratorios (asm-hiperreactividad bronquial, bronquitis crónica), trastornos motores inespecíficos (TMI) y específicos (achalasia), ME, unidad de procedencia, hallazgos en las pruebas complementarias (PC): endoscopia (EDA), laringoscopia, manometría esofágica y pHmetría de doble canal así como evolución, seguimiento (meses) y tratamiento con IBPs antes de la pHmetría y en ensayo terapéutico después.

Resultados

El estudio incluyó 77 pacientes, 51(66,2%) mujeres, edad media de 52,8 años (39,4-66,2 (DE =13,4)). El síntoma más frecuente fue la tos crónica irritativa (41,6%). Otros: globo faríngeo (18,2%), laringitis posterior (19,5%), asma bronquial persistente al tratamiento (15,6%), disnea nocturna/con las comidas (11,7%), faringitis crónica (18,2%) y disfonía (10,4%). Entre las PC, el 90,9% tenían EDA, el 49,7% laringoscopia y el 97,4% manometría. Respecto a los hallazgos en la EDA, se tuvo en cuenta la presencia de hernia de hiato, que se objetivó en 59,7% y presencia de esofagitis que se observó en 9,1%. El hallazgo más frecuente en la laringoscopia fue el edema-eritema de laringe, que se observó en el 39%. Subanalizando los síntomas de la esfera ORL, el 78,6% de los pacientes con globo faríngeo tenían una pHmetría patológica, el 50% con reflujo severo (RS) y patrón en bipedestación, y el 57,1% con buena correlación con el canal proximal (CCP). El 71,4% de pacientes con faringitis tenían pHmetría patológica, con RS el 35,7%, el 28,6% con patrón en bipedestación y 28,6% con patrón mixto. Además, en el 38,5% existía una buena CCP. De los pacientes con disfonía, el 65% tenían pHmetría patológica, con RS el 62,5% y buena CCP el 50%. De los pacientes con laringitis posterior, el 73,3% tenían pHmetría patológica, con RS el 60%, sin diferencias entre el patrón mixto o en bipedestación (33,3%). En el 57,1% se objetivaba una buena CCP. Subanalizando el grupo de pacientes de la esfera respiratoria, el 75% de los pacientes con asma bronquial resistente a tratamiento tenían una pHmetría patológica, con RS el 50%, patrón en bipedestación el 33,3% y mixto el 33,3% y con buena CCP hasta el 66,7%. De los pacientes con episodios de disnea nocturna/con las comidas, el 7,8% presentaban pHmetría patológica, con RS el 44,4%, el 33% con patrón mixto y el 55,6% con buena CCP. De los pacientes con tos crónica, el 78% tenían pHmetría patológica, la mitad de ellos con RS, el 34,4% con patrón en bipedestación y con una buena CCP hasta en el 46,7%. Relacionando los hallazgos en la EDA y en la pHmetría, en el grupo de pacientes con una EDA sin datos de esofagitis ni hernia de hiato, hasta el 65,2% de ellos tenían una pHmetría patológica. Observando el grupo de los que presentaban hernia de hiato, hasta el 80% tenía una pHmetría patológica y todos los pacientes con esofagitis en la EDA tenían una pHmetría patológica.

Conclusiones

1) La mayoría de los pacientes que consultan por síntomas de la esfera ORL-Respiratoria, tienen una pHmetría patológica, severa y con buena CCP. 2) Hasta el 65% de los pacientes en cuya EDA no hay datos de esofagitis o hernia de hiato presenta RGE patológico en la pHmetría.

POSTERS

P1. MANOMETRÍA Y PHMETRÍA EN ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: UN RETO DIAGNÓSTICO

Albandea Moreno C., Aguilar Urbano V.M., Perez Aisa A., Gonzalo Marin J., Rosales Zabal J.M., Moreno Garcia A., Rivera Irigoin R., Sanchez Cantos A.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA.

Introducción

La esofagitis eosinofílica (EE) es una entidad de interés creciente cuyo diagnóstico tanto endoscópico como anatomopatológico están bien descritos en la literatura. El empleo de otras técnicas como la manometría esofágica y la Phmetría, sin criterios diagnósticos bien establecidos, pueden ser útiles para un mejor conocimiento del comportamiento de esta patología.

Objetivo

Analizar los patrones manométricos y phmétricos en los pacientes diagnosticados de esofagitis eosinofílica mediante biopsia esofágica en el periodo comprendido entre Enero 2007 y Noviembre 2008.

Material y métodos

Se analiza de forma retrospectiva los pacientes que han sido diagnosticados mediante biopsia esofágica de esofagitis eosinofílica (EE) según lo descrito en la literatura (> 20 eosinófilos/campo de gran aumento), a los que se les ha realizado manometría y Phmetría esofágica en el periodo comprendido entre Enero 2007 y Noviembre 2008. Se hizo análisis estadístico descriptivo con paquete SPSS 15.0

Resultados

Se analizan 4 pacientes (Varones 100%) con una edad media de 37,25(DS= 4.992) años. Se estudiaron las siguientes variables: 1) Antecedentes de alergia: 0%, 2) Manifestaciones clínicas de alergia: 0%, 3) Hábitos tóxicos: 0%, 4) Clínica de presentación: Disfagia (75%), Impactación de cuerpo extraño (25%). Realización de pruebas complementarias: 1) Endoscopia digestiva alta (100%): hallazgos endoscópicos: Estenosis esofágica (25%), Esófago anillado/traquealizado (75%), Otros hallazgos (59%). 2) Manometría (100%): hallazgos manométricos: ondas peristálticas de amplitud e intensidad normal (25%), Ondas de baja amplitud (25%), ondas de alta amplitud e intensidad (25%) y ondas no peristálticas (25%). 3) Phmetría (100%): reflujo gastroesofágico ácido fisiológico (75%) y Reflujo gastroesofágico ácido patológico severo (25%).

Conclusiones

En nuestra serie se evidencia una mayor frecuencia de esta patología en hombres. El hallazgo endoscópico más