

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 Irigoien 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

frecuente fue el esófago en anillo. La Phmetría evidenció un solo caso de Ph ácido patológico. Los hallazgos manométricos muestran unos parámetros inespecíficos, similar a lo descrito en la literatura.

P2. TUMORES DE ESTROMA GASTROINTESTINAL. REVISIÓN EN NUESTRO CENTRO EN ÚLTIMOS DOS AÑOS.

Tercero Lozano M., Gordo Ruiz M.J., Padilla Avila F., Carrillo Ortega G., Morales F.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN.

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) constituyen la neoplasia mesenquimal más frecuente (sarcomas) del tubo digestivo. Los GIST se definen actualmente como tumores mesenquimales de células fusiformes, epiteloides o, en ocasiones pleomórficos del tubo digestivo, que habitualmente expresan la proteína KIT (CD 117, receptor del factor de células madre), que son detectables por inmunohistoquímica.

Casos clínicos

Desde el año 2007 se han diagnosticado cuatro casos de GIST en nuestro centro. Se trataba de tres varones de 65, 77 y 46 años; y una mujer de 37 años. Caso 1: GIST (5x10 cm de tamaño) localizado en íleon distal, de riesgo intermedio (menos de 5 mitosis por cada 50 CGA, inmunotinción para KIT (CD-117) positiva, CD 34 positiva, S100 positiva débil), diagnosticado a raíz de obstrucción intestinal. Se realizó resección intestinal ileal con anastomosis término-terminal. Actualmente sigue revisiones periódicas. Caso 2: GIST (6x12 cm de tamaño) a 13 cm del ángulo de Treitz, de riesgo alto (más de 12 mitosis por cada 50 CGA, índice proliferativo (Ki 67 15%), inmunotinción para KIT (CD-117) positiva, CD 34 negativa, S 100 negativa), que debutó por cuadro de oclusión intestinal. Se realizó resección intestinal y está pendiente de inicio de tratamiento con Imatinib. Caso 3: GIST (10x15 cm) de localización retroperitoneal, de alto riesgo (inmunotinción para KIT (CD-117) positiva, CD 34 positivo y S-100 negativo), diagnosticado a raíz de cuadro de hemorragia digestiva, secundaria a infiltración duodenal. Caso 4: GIST (5x6 cm de tamaño) de localización yeyunal, de bajo riesgo (2 mitosis por cada 50 CGA, índice proliferativo (Ki 67 5%), inmunotinción para KIT (CD-117) positiva, CD 34 positivo y S 100 negativo), diagnosticado por Tc a raíz de cuadro de dolor abdominal. Se realizó resección intestinal yeyunal y actualmente sigue controles periódicos.

Discusión

La incidencia del GIST se encuentra entre 10 y 20 casos por millón de habitantes/ año. La edad media de presentación se sitúa entre 50-70 años. Las manifestaciones clínicas dependen de su tamaño y localización, siendo las más frecuentes el dolor abdominal, la hemorragia digestiva y la masa abdominal, aunque muchos son asintomáticos. Se localizan preferentemente en estómago (60-70%), intestino del-

gado (25-35%), colon-recto (5%) y esófago (2%). La localización extradigestiva es muy rara (5-7%). El tamaño del tumor y el índice mitótico son las características pronósticas más importantes y constituyen la base para la evaluación del riesgo. El tratamiento de elección es la cirugía con finalidad curativa, siendo la extirpación quirúrgica radical un claro factor pronóstico. En pacientes adultos con GIST malignos no resecables y/o metastáticos KIT (CD 117) positivos, está indicado el tratamiento con Imatinib, que actúa de forma directa para inhibir la actividad kinasa de KIT, mejorando las perspectivas de los pacientes con GIST avanzado. Las tasas de respuesta obtenidas con Imatinib oscilan entre un 50-90 % según las series, siendo la tomografía por emisión de positrones la prueba más sensible a la hora de evaluar la respuesta al tratamiento.

P3. CÁPSULA COLÓNICA PILLCAM COLON vs PILLCAM ESO1 EN EL ESTUDIO DE LA MUCOSA ESOFÁGICA DISTAL

Méndez Rufián V., Cordero Ruiz P., Castro Márquez C., Caunedo Álvarez A., Herrerías Gutiérrez J.M.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La cápsula endoscópica PillCam ESO1, capaz de tomar 14 imágenes por segundo, ha demostrado adecuadas cifras de sensibilidad y especificidad para la valoración de la patología esofágica en los estudios iniciales. Por su parte PillCam Colon ha evidenciado su utilidad en el estudio de la patología colónica, contando con la capacidad de tomar 4 imágenes por segundo. Esta cápsula se activa inicialmente durante tres minutos antes de hibernar, lo que permite visualizar la mucosa esofágica, si bien la idoneidad del estudio esofágico con la cápsula colónica no ha sido suficientemente analizada hasta la fecha.

Objetivo

Comparar la capacidad de las cápsulas PillCam ESO1 y PillCam COLON en el estudio de la mucosa esofágica distal.

Pacientes y Métodos

Se registraron de forma prospectiva diversos parámetros de estudio de la mucosa esofágica (tiempo de tránsito esofágico, número de imágenes de línea z, número de casos en los que se registraron <4 imágenes de la línea Z, número de casos en los que se observó más del 75% y menos del 25% de la línea Z), en una serie consecutiva de pacientes que se sometieron a un estudio con PillCam Colon por patología colónica, o cribado de cáncer colorrectal. Dichos resultados fueron comparados con una serie de pacientes con patología esofágica a los que se les realizó un estudio con PillCam ESO. En ambos grupos se empleó el mismo protocolo de ingestión en decúbito lateral, con una preparación previa en el grupo de PillCam ESO que consistió en ayuno de ocho horas, mientras que en los pacientes del grupo PillCam Colon se realizó limpieza colónica con la pauta estándar (dieta, laxantes y procinéticos).

Resultados

Se incluyeron 103 pacientes, 47 (23 mujeres/24 hombres, 50.89 ± 21.27 años) sometidos a PillCam ESO1 y 56 (28 mujeres/28 hombres, 45.50 ± 24.47 años) a PillCam Colon. Los valores de las variables estudiadas en cada grupo se muestra en la tabla adjunta, y su análisis demuestra una diferencia estadísticamente significativa en el número de imágenes de la línea Z visualizadas con PillCam ESO1 frente a PillCam Colon (7 ± 62.21 vs 1.5 ± 9.95 ; $p=0.007$). Sin embargo no existió diferencia en el número de casos en cada grupo en los que pudo verse la línea Z en más del 75% de su extensión ($16/47$; 34.04% vs $35/56$; 39.29%; $p=0.58$).

Conclusiones

La cápsula PillCamColon obtiene menos imágenes de la línea Z durante su paso por el esófago que la cápsula PillCam ESO1, sin embargo, el porcentaje de casos en los que la línea Z es observada completa o casi completamente es similar con ambos dispositivos. Este hallazgo justifica el diseño y desarrollo de estudios de comparación directa entre PillCam Colon y la esofagogastroscofia convencional, técnica gold standard para el estudio de la patología esofágica.

TABLA:	PillCam ESO1	PillCam Colon
p		
(Mediana \pm desv estd)		(Mediana \pm desv estd)
n	47	56
T Tránsito Esofágico (s)	19 ± 328.72	9 ± 38.48
0.0004		
Nº imágenes línea Z	7 ± 62.21	1.5 ± 9.95
0.007		
Nº pts <4 imágenes línea Z	9/47 (19.15%)	44/56 (78.58%)
<0.001		
Nº pts con visión >75% línea Z	16/47 (34.04%)	35/56
(39.29%)	0.58	
Nº pts con visión <25% línea Z	12/47 (25.53%)	16/56
(28.57%)	0.73	

P4. LA SOBREEXPRESIÓN DE NOS-3 INCREMENTA EL ESTRÉS OXIDATIVO MITOCONDRIAL E INDUCE MUERTE CELULAR EN HEPATOCITOS

Bello R.I.¹, Ferrín G.¹, Linares C.I.¹, Barrera P.¹, De la Mata M.¹, Orrenius S.², Zhivotovsky B.², Muntané J.²

LIVER RESEARCH UNIT HOSPITAL REINA SOFÍA¹, CÓRDOBA, SPAIN.

INSTITUTE OF ENVIRONMENTAL MEDICINE, DIVISION OF TOXICOLOGY², KAROLINSKA INSTITUTET, STOCKHOLM, SWEDEN.

CIBEREHD

Introducción

La regulación de la producción de óxido nítrico (NO) es crítica para la supervivencia celular. Los objetivos principales del estudio fueron la identificación de la isoforma de la óxido nítrico sintasa (NOS) presente en la línea de hepatoma HepG2, así como la caracterización de la alteración de la señal de muerte celular dependiente de Fas como conse-

cuencia de su sobreexpresión estable en HepG2.

Material y Métodos

La muerte celular se indujo con agonista anti-Fas (0.5 μ g/ml) en células control y transfectadas de forma estable con un plásmido de sobreexpresión de NOS-3 en células HepG2. La inhibición de la producción de NO se realizó con L-NAME (5 mM). NONOate (0.3 mM) se usó como donador de NO. La expresión de NOS-1, NOS-2 y NOS-3 se valoró por Western-blot, microscopía confocal y RT-PCR cuantitativa. La activación de caspasa-3, 8 y 9 se determinó mediante la detección de su fragmento activo por Western-blot y la medición de su actividad específica dependiente de sustrato. La expresión del receptor Fas y de la subunidad cFlip en la fracción inmunoprecipitada del receptor Fas se determinó por Western-blot. La producción in situ de especies reactivas de oxígeno (ROS) y de anión superóxido se determinó con moléculas fluorescentes. La actividad de los complejos de la cadena electrónica mitocondrial (ETC) y su contribución relativa al consumo de oxígeno se valoraron con ensayos enzimáticos y con el electrodo de Clark, respectivamente.

Resultados y Discusión

No se detectó expresión de NOS-1 y NOS-2 en células HepG2. La administración de un donador de NO incrementó la expresión del receptor Fas y la actividad caspasa-8 en células control. La sobreexpresión de NOS-3 incrementó la expresión del receptor Fas y redujo la proporción de la subunidad cFLIP unida al receptor, que se asociaron a un incremento de la actividad caspasa-3, -8 y -9 en células control e inducidas con Fas en HepG2. La administración de L-NAME incrementó la expresión de cFLIP unido al receptor Fas, y redujo la actividad caspasa-3 y caspasa-8 en células HepG2 tratadas con Fas. La actividad y el consumo de oxígeno dependiente de complejo 1 y 3 mitocondrial, así como la producción de anión superóxido se incrementaron en las células HepG2 sobreexpresadas con NOS-3.

Conclusiones

1) La sobreexpresión de NOS-3 indujo un desequilibrio de la relación entre la expresión de Fas/cFLIP e incrementó la muerte celular en HepG2.

2) La sobreexpresión de NOS-3 incrementó la respiración mitocondrial y el estrés oxidativo en la línea de hepatoma.

P5. ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL.

Domínguez Jiménez J.L.¹, Puente Gutiérrez J.J.¹, Bernal Blanco E.¹, Marín Moreno M.A.¹, Díaz Iglesias J.M.²

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO¹. SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA². EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR. ANDUJAR. JAÉN.

Introducción

La esofagitis eosinofílica (EE) es una enfermedad

emergente, caracterizada por una infiltración del esófago por leucocitos eosinófilos (Eo). Sus principales síntomas son la disfagia y las impactaciones de alimento en el esófago, en respuesta a una reacción de hipersensibilidad frente a distintos aeroalérgenos o alimentos.

Objetivos

Estudiar la prevalencia y las características de la EE en nuestro medio. Evaluar la existencia de correlación entre los niveles serológicos de Eo e IgE y la concentración de Eo en la histología.

Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de aquellos enfermos que se realizaron una endoscopia digestiva alta diagnóstico-terapéutica en nuestro hospital con la indicación de disfagia (D) y/o impactación de alimento (IA) desde Enero 2007 a Mayo 2009. Se consideró EE a la presencia de más de 20 Eosinófilos por campo de gran aumento x 400 (Eo CGA) y eosinofilia a la presencia de más de 4% de leucocitos eosinófilos en sangre.

Resultados

Se realizan 73 endoscopias (71% D y 29% IA), mayoritariamente hombres (65,8%) con edad media de 57 años (13-82), diagnosticándose 9 casos de EE tras estudio histológico. El hallazgo endoscópico más frecuente fueron las estrias longitudinales (77,8%) y los anillos esofágicos (55,6%), siendo la exploración normal en 2 casos. Todos los casos eran varones (2 de ellos hermanos), con edades comprendidas entre 17 y 54 años (Media 35.33). Presentaban alergias alimentarias (77.8%) y a aeroalérgenos (66.7%). En el 100% existía eosinofilia periférica (Eop) (media= 6.77+1.4) y elevaciones de la IgE [mediana 314 (59-1035)]. En la histología el número medio de Eo CGA fue de 47.56+23.25 y de Eo por mm² de 237.78+116. Al comparar los enfermos con y sin EE se observan diferencias estadísticamente significativas ($p<0.0001$ – Test U de Mann-Whitney) en la edad (menor en EE) y los niveles de eosinófilos en sangre (mayor en EE), y en el diagnóstico de eosinofilia ($p<0.0001$ – Test de Fisher). Existe correlación lineal entre los niveles de eosinófilos en sangre y de IgE con los eosinófilos hallados en la histología (Correlación de Pearson 0.67 y 0.84 respectivamente con $p<0.05$). En nuestra serie, la eosinofilia en sangre tiene una alta eficacia para el diagnóstico de EE (S 100%, E 92.8%, VPP 69% y VPN 100%). Todos los enfermos se trataron con esteroides tópicos (fluticasona deglutida 250 mcg/12h durante dos meses) asociado a IBP a doble dosis con buena respuesta a corto plazo. En los 7 enfermos en los que se detectaron alergias alimentarias, la restricción de estos alimentos fue el único tratamiento de mantenimiento. El seguimiento medio ha sido de 12,4 meses (3-25), recidivando la sintomatología en un caso que precisó retratamiento.

Conclusiones

Para poder diagnosticar una enfermedad es necesario pensar en ella previamente. Los clínicos debemos descartar la EE ante todo varón joven con disfagia o impactación de alimentos, máxime si asocia eosinofilia y antecedentes personales de alergia a alimentos o aeroalérgenos. Aunque el tamaño de nuestra serie es una limitación, parece existir una correlación lineal entre los niveles de Eop e IgE y la concen-

tración de Eo en la histología, lo que tal vez pueda ayudar al seguimiento de estos enfermos (haciendo innecesaria la toma de biopsias de control).

P6. ASOCIACIÓN DEL POLIMORFISMO FUNCIONAL DE MANGANESO SUPERÓXIDO DISMUTASA CON LA HEPATOTOXICIDAD POR FÁRMACOS

Andrade R.1a, Martínez C.2b, García-Martín E.4b, Peláez G.5, Romero-Gómez M.6a, Salmerón J.10a, Lucena M.I. 3a, Agundez J. 2b.

UNIVERSIDAD MÁLAGA. FACULTAD DE MEDICINA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA. CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED: ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD)
UNIDAD DE HEPATOLOGÍA, H. VIRGEN DE LA VICTORIA, FACULTAD DE MEDICINA, MÁLAGA.

Introducción

La bioactivación de los fármacos produce metabolitos reactivos, los cuales sino son procesados adecuadamente pueden generar un estrés oxidativo en el hígado. Recientemente se ha demostrado que el genotipo nulo combinado GSTT1/GSTM1 aumenta el riesgo de desarrollar toxicidad hepática inducida por fármacos (DILI) independientemente del fármaco involucrado y predominantemente en mujeres. El polimorfismo C47T (V16A) de la enzima detoxificadora de iones superóxido en la mitocondria (MnSOD), ha demostrado estar relacionado con un daño hepático de tipo hepatocelular en pacientes Chinos tratados con antituberculosos.

Objetivos

Evaluar la asociación del polimorfismo funcional SOD2 [MnSOD; Ex2 V16A] con la toxicidad hepática inducida por fármacos (DILI).

Material y Métodos

Se genotipó el polimorfismo de la MnSOD (SOD2 C47T (V16A)) en pacientes DILI pertenecientes al Registro Nacional de Hepatotoxicidad (Andrade et al., Gastroenterology 2005) con una causalidad definida o probable según la escala de CIOMS. El grupo control estuvo constituido por sujetos Caucásicos emparejados por edad, sexo y tipo de fármaco al que habían sido expuestos. El genotipado se realizó mediante un ensayo de discriminación alélica 5' con sondas TaqMan.

Resultados

Los portadores del genotipo CC (35%) con un daño hepático colestásico/mixto mostraron diferencias significativas en comparación con los portadores de dicha variante del grupo control (20%), con un riesgo de 2.2 veces de desarrollar DILI (OR=2.2; 95%CI=1.3-3.6, P=0.009).

Conclusiones

Nuestros datos sugieren que pacientes homocigotos para el alelo C en la SOD2 muestran un riesgo mayor de de-

sarrollar toxicidad hepática de tipo colestásico/mixto. El genotipo CC se asocia a una mayor actividad de la MnSOD, lo cual incrementa la producción de peróxido de hidrógeno, principal oxidante intracelular.

P7. POLIMORFISMOS DE LOS TRANSPORTADORES DE SALES BILIARES EN LA HEPATOTOXICIDAD IDIOSINCRÁSICA POR FÁRMACOS

Andrade RJ¹, Robles M.¹, Peláez G.⁵, Madrazo A., Romero-Gómez M.⁶, Hallal H.⁸, Salmerón J.¹¹, Lucena MI.³

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

DPTO. MEDICINA Y DERMATOLOGÍA. CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED: ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD)

Objetivos

Una disminución en la expresión de los transportadores hepáticos canaliculares podría contribuir a la exposición del hepatocito a concentraciones elevadas del metabolito reactivo. Polimorfismos genéticos de la bomba exportadora de sales biliares (BSEP, ABCB11) y proteínas resistentes a multidroga (MRP2, ABCC2) podrían conducir a un cambio en la función y expresión de dichos transportadores, aumentando la susceptibilidad al desarrollo de hepatotoxicidad idiosincrásica.

Material y Métodos

Se genotiparon los polimorfismos de BSEP (ABCB11 1331T>C (V444A)) y MRP2 (ABCC2 -24C>T, 4581G>A (C1515Y), 3563 T>A (V1188E) y 1249 G>A (Val417Ile)) en pacientes con toxicidad hepática inducida por fármacos pertenecientes al Registro Nacional de Hepatotoxicidad (Andrade et al., *Gastroenterology* 2005) con una causalidad definida o probable según la escala de CIOMS. El grupo control estuvo constituido por sujetos Caucásicos emparejados por edad, sexo y tipo de fármaco al que habían sido expuestos. El genotipado se realizó mediante un ensayo de discriminación alélicas 5' con sondas TaqMan.

Resultados

La frecuencia del genotipo variante de ABCB11 1331T>C asociado a una expresión disminuida (CC) fue mayor en pacientes con lesión hepatotóxica del tipo hepatocelular (49%) respecto al grupo control (32%) (OR=2.1; 95% IC= 1.4-2.9; P<= 0.008). Los genotipos de ABCC2 C-24T, G1249A, G4581A y T3563A fueron similares entre pacientes y controles.

Conclusiones

Nuestros datos sugieren que el polimorfismo ABCB11 1331T>C podría ser un factor de susceptibilidad al desarrollo de daño hepático inducido por fármacos de tipo hepatocelular. Sin embargo, los polimorfismos estudiados de ABCC2 no parecen estar implicados en la susceptibilidad a desarrollar DILI.

Proyecto parcialmente financiado por el SAS PI-0082/2007 y Agencia Española del medicamento. CIBEREHD está patrocinado por Instituto de Salud Carlos III.

P8. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR PSEUDOANEURISMA POSTDUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Lamarca Hurtado J.C., Salva Villar P., Vázquez Pedreño L., González Grande R., de la Cruz Lombardo J.

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

Introducción

Los pseudoaneurismas arteriales post duodenopancreatectomía cefálica (DPC) son una entidad poco frecuente (inferior al 2 % de las complicaciones de esta cirugía) pudiendo formarse a nivel de la arteria hepática, mesentérica superior, esplénica, gastroduodenal o los vasos cortos. La patogénesis de esta entidad es desconocida. El diagnóstico y tratamiento suele realizarse mediante radiología intervencionista.

Casuística

Presentamos tres casos observados en una revisión desde enero del 2000, hasta enero del 2009, en los cuales, en dos de ellos, se indicó intervencionismo y en otra cirugía urgente, destacando el papel de la angiografía diagnóstica y terapéutica por su éxito. Caso I: Varón de 51 años. Intervenido en junio 2001 de adenocarcinoma mucoscretor bien diferenciado de cabeza de páncreas de 4 cm que invade pared duodenal y vena mesentérica superior mediante DPC y prótesis. Acude a urgencias 6 meses después por hemorragia digestiva alta (HDA) masiva con afectación hemodinámica. La endoscopia digestiva alta (EDA) no fue concluyente. En la arteriografía se observó pseudoaneurisma en porción inicial de arteria mesentérica superior (AMS), con sangrado activo, desestimándose embolización del mismo. Ante la situación de shock hipovolémico y el fracaso del intervencionismo se decidió intervención quirúrgica urgente, sin poder cohibir el sangrado y falleciendo el paciente finalmente. Caso II: Mujer de 63 años. Intervenido en agosto de 2002 de DPC por sospecha de cáncer de páncreas con diagnóstico final de pancreatitis crónica. Acude a urgencias 5 meses postintervención por HDA masiva con deterioro hemodinámico. La gastroscopia no fue concluyente. La arteriografía mostró imagen de pseudoaneurisma a nivel de la arteria esplénica colocándose endoprótesis cubierta en arteria esplénica autolimitándose el sangrado. A los 3 meses nuevo episodio de sangrado digestivo y deterioro hemodinámico con gastroscopia negativa. En arteriografía se observa acortamiento de la prótesis quedando descubierto el cuello del pseudoaneurisma. Se coloca nueva prótesis no obteniendo éxito, por lo que se realiza embolización de la arteria esplénica, autolimitándose el sangrado. Caso III: Varón de 71 años. Intervenido en septiembre de 2008 por ampuloma mediante DPC. Ingresó en diciembre por cuadro de hematemesis masiva con inestabilidad hemodinámica. Presentaba antecedentes de toma de AINEs. En la gastroscopia se observan lesiones agudas de la mucosa gástrica. A los dos días del ingreso presenta

sucesivos cuadros de hematemesis masiva con inestabilidad hemodinámica y parada cardiorrespiratoria que se resolvió. En la segunda gastroscopia se evidenciaron los mismos hallazgos además de un gran coágulo en curvatura mayor. Se realiza arteriografía selectiva evidenciando pseudoaneurisma a nivel de la arteria hepática propia embolizándose con cese del sangrado digestivo. Tras la misma el paciente ingresa en UCI evolucionando favorablemente, sin nuevas evidencias de sangrado digestivo y con adecuada función hepática, siendo dado de alta hospitalaria.

Conclusiones

El pseudoaneurisma arterial tras DPC es una complicación poco frecuente, pero hay que sospecharla ante HDA masiva como complicación tardía de la cirugía pancreática. El algoritmo diagnóstico ante hemorragia digestiva en estos pacientes consiste en la realización de EDA descartando principalmente úlcera de la boca anastomótica. Descartada esta posibilidad se realizará posteriormente arteriografía, pudiéndose realizar embolización y/o colocación de prótesis cubierta. El éxito del intervencionismo radiológico está entre 67-100%, morbilidad 14-25%, mortalidad 0-14% y riesgo de resangrado 37%. La cirugía queda limitada para aquellos casos de shock hipovolémico cuasi refractario y en los casos de fracaso del intervencionismo con una morbi-mortalidad de hasta el 95%.

P9. EXPERIENCIA INICIAL EN CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE INTESTINO DELGADO EN EL HOSPITAL CARLOS HAYA

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

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

Introducción

La introducción de la capsula endoscópica (CE) en la práctica clínica diaria ha supuesto un avance significativo en el diagnóstico y manejo terapéutico de la patología del intestino delgado pues es capaz de proporcionar imágenes de toda la mucosa de manera indolora y no invasiva.

Objetivos

Evaluar el rendimiento diagnóstico y el impacto terapéutico generado por las exploraciones realizadas con cápsula endoscópica (Pillcam SB).

Métodos

Se ha realizado un estudio retrospectivo que analiza las características de las exploraciones realizadas con CE en nuestro centro desde su introducción en agosto de 2008 hasta mayo de 2009. Ninguno de los pacientes presentaba contraindicaciones para la realización de la prueba y todos ellos aceptaron y firmaron un consentimiento informado.

Resultados

Se han realizado un total de 33 exploraciones, con

predominio del sexo femenino (57%) y edad media de 55 ± 19 años (intervalo de 12 hasta 84 años). Previamente al estudio mediante CE se había realizado estudio radiológico baritado intestinal al 100% de los pacientes, colonoscopia al 97% y 76% gastroscopia, sin diagnóstico definitivo patológico. La indicación más frecuente para la realización de CE ha sido estudio de anemia ferropénica – AF - (42%), seguida por hemorragia digestiva recurrente de origen oculto –HDOO- (27%), estudio de Enfermedad de Crohn (18%), diarrea crónica (6%) y otras causas 12%. La rentabilidad diagnóstica global de la CE ha sido del 70%, obteniendo un diagnóstico concluyente en el estudio de AF del 78,57%, HDOO 56%, Enfermedad Crohn 67% y diarrea crónica 0%. Las lesiones más habitualmente encontradas en el estudio de anemia ferropénica han sido las angiodisplasias (73%), ulceraciones (24%), destacando en otros estudios pólipos yeyunales y enteropatía de hipertensión portal. Respecto a HDOO, los hallazgos más relevantes han sido ectasias vasculares (60%) y úlceras (40%). En Enfermedad de Crohn se han visualizado úlceras fibrinadas y aftoides, petequias ileales con sangrado activo y estenosis parciales. No hemos objetivado ninguna complicación en los estudios realizados. En un 9.09% de los casos se ha producido una exploración incompleta de todos los tramos intestinales por mala visualización mucosa por abundante contenido intestinal. El tiempo medio de permanencia en cámara gástrica ha sido de 27 ± 25.93 minutos, y el tiempo de tránsito total por intestino delgado de 4.53 ± 1.90 horas. Los hallazgos de la CE han generado un 30,30 % de actuaciones diagnósticas y terapéuticas, correspondiendo a 5 enteroscopias terapéuticas por ectasias vasculares y úlceras yeyunales con sangrado activo no objetivadas en estudios previos. A su vez 3 colonoscopias terapéuticas por angiodisplasias en íleon terminal/región cecal, y una intervención quirúrgica por pólipo con características macroscópicas de malignidad en yeyuno en paciente con antecedente de poliposis adenomatosa familiar.

Conclusiones

1. La cápsula endoscópica es una exploración no invasiva, segura, bien aceptada por los pacientes y con una baja tasa de complicaciones que permite el estudio del intestino delgado en su totalidad obteniendo una mayor rentabilidad diagnóstica en el estudio de la anemia ferropénica, la sospecha de enfermedad de Crohn y la HDOO.
2. Los hallazgos más frecuentes son las lesiones vasculares tipo angiodisplasia en el caso de la anemia ferropénica y la HDOO y las úlceras en la enfermedad de Crohn.
3. La cápsula endoscópica tiene una baja rentabilidad diagnóstica en el estudio de la diarrea crónica no sugestiva de enfermedad inflamatoria intestinal.
4. Esta exploración ha supuesto un incremento en las actuaciones terapéuticas sobre el intestino delgado.

P10. EFICACIA DE LA AZATIOPRINA PARA RETIRAR LOS CORTICOIDES EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CORTICODEPENDIENTE

Soto Escribano M.P., García Sánchez V., Ángel Rey J.M., Iglesias Flores E., Jurado García J., Llamaza Torres C.J., Gómez Camacho F., de Dios Vega J.F.

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

Introducción

Se estima que el 20-30% de pacientes con colitis ulcerosa (CU) desarrollan corticodependencia. La azatioprina (AZA) ha sido el fármaco indicado en esta situación. Se ha considerado que su efecto terapéutico es lento y se aconseja mantener el tratamiento al menos 6 meses antes de considerar su fracaso. Sin embargo, no hay muchos datos sobre la eficacia de este fármaco para suspender los corticoides en CU ni cuál es el momento óptimo para asegurar la falta de respuesta y considerar otras alternativas terapéuticas.

Objetivos

Evaluar la eficacia de la AZA para retirar los corticoides en pacientes con CU corticodependiente en nuestra población, describir el tiempo de respuesta, determinar factores predictivos de falta de respuesta y revisar su eficacia a largo plazo.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo que incluye 82 pacientes con CU revisados desde Julio-98 a Mayo-09. Todos cumplían criterios de corticodependencia e iniciaron AZA a dosis de 2.5 mg/Kg/día. Los pacientes fueron revisados a la 2ª y 4ª semana y cada 3 meses con valoración clínico-analítica. Se recogieron variables clínicas (edad, sexo, duración de la enfermedad, manifestaciones extraintestinales, actividad de la enfermedad, dosis de corticoides) y analíticas (hemoglobina, PCR y actividad de TPMT) en el momento de iniciar el tratamiento. Se consideró respuesta terapéutica cuando se consiguió retirar los corticoides en un plazo de 6 meses y respuesta precoz cuando se conseguía en las 8 primeras semanas. Los pacientes respondedores mantuvieron el tratamiento y se evaluó su eficacia a largo plazo mediante la aparición de recidiva clínica significativa (desarrollo de corticodependencia o recidiva grave). Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados

La edad media de los pacientes fue de 46 años, 46 (56%) eran hombres y 36 (44%) mujeres. 42 (51%) tenían una colitis extensa y la duración media de la enfermedad fue de 108 meses. 11 (13%) tenían manifestaciones extraintestinales. 45 (64%) tenían actividad moderada y 25 (36%) actividad leve en el momento de iniciar la AZA. La dosis media de corticoides fue de 34 mg/día. La AZA consiguió suspender los corticoides en el 63% de los pacientes con una media de 10 semanas (± 6). El 48% logró una respuesta precoz. 21 pacientes (26%) tuvieron efectos secundarios a la AZA motivando la retirada del fármaco en 16 de ellos. Tan sólo 8 de los pacientes que respondieron inicialmente a la AZA (14%) tuvieron una recidiva clínica significativa con una media de 3 años tras la suspensión de los corticoides. Los pacientes con manifestaciones extraintestinales presentaron una menor respuesta a la AZA (87% vs 44%, $p=0.009$). Ninguna otra variable se asoció con la falta de respuesta al tratamiento ni con una respuesta más tardía.

Conclusiones

La AZA es un fármaco eficaz para suspender el tratamiento con corticoides en los pacientes con CU corticodependiente. Su respuesta se alcanza antes de la 8ª semana en la mayoría de los pacientes. Su eficacia a largo plazo también es alta. La presencia de manifestaciones extraintestinales se ha asociado a una falta de respuesta al tratamiento en probable relación con una mayor agresividad clínica de la enfermedad.

P11. EVALUACIÓN DE FACTORES PREDICTIVOS DE NECROSIS EN PANCREATITIS AGUDA

Heredia Carrasco C., Matas Cobos A.M., Viñolo Ubiña C., Macías Sánchez J.F., García Verdejo J., Ojeda Hinojosa M., Ruiz-Cabello M., de Teresa Galván J.

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

Introducción

El 80% de las Pancreatitis agudas son leves y su recuperación es favorable y temprana. Sin embargo, un 20% son graves y se asocian a necrosis del páncreas. La existencia de necrosis en las pancreatitis agudas se ha relacionado de forma significativa con complicaciones locales y sistémicas y con una mayor estancia hospitalaria.

Objetivos

Analizar los factores asociados a necrosis medidos en las primeras 24 horas.

Material y Métodos

Realizamos un estudio retrospectivo incluyendo 195 pacientes diagnosticados de Pancreatitis Aguda desde el 1 de Enero 2008 al 31 de Diciembre 2008. Se recogen la Historia clínica, analítica con datos hematimétricos y bioquímicos, pruebas complementarias realizadas y posibles complicaciones durante la evolución, valorando la necesidad de tratamiento médico, conservador o cuidados intensivos. Los resultados son analizados con el programa estadístico SPSS-15.

Resultados

La edad media de los pacientes fue de 64 ± 17.3 años, siendo en un 50% varones y 50% mujeres. La etiología más frecuente fue biliar (63%) seguida de la enólica (10%). Describimos mediante análisis univariante las variables asociadas de forma significativa ($p < 0.05$) a la aparición de necrosis, que son las siguientes: LDH, GOT, distensión, peritonismo, insuficiencia respiratoria, shock hipovolémico, insuficiencia renal, acidosis metabólica, encefalopatía, frecuencia cardíaca > 100 latidos/minuto, urea > 50 , tensión arterial sistólica < 100 , PCR > 7 , leucocitosis > 14000 , PO₂ $< 95\%$ y Tª $> 37,5$ °C. En el análisis multivariante destaca como factores asociados de forma significativa a la aparición de necrosis los reflejados en la tabla, con R² = 0.4 y un área bajo la curva COR = 0.82.

Variable	Significación (p<0.05)	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)
Inferior	Superior PCR (>7)		
0.003	3.544	1.520	8.264
Leucocitosis (>14000)			
0.003	3.558	1.518	8.338
Frecuencia cardíaca (>100)			
0.001	5.214	1.908	14.255
Distensión			
0.000	4.707	2.031	10.909

Conclusiones

1. Los factores asociados a la aparición de necrosis en las primeras 24 horas fueron los siguientes: PCR>7, leucocitos>14000, frecuencia cardíaca >100 y distensión abdominal.

2. No se ha demostrado en nuestro estudio la asociación de las cifras de glucemia, edad, LDH ni GOT al ingreso con la aparición de necrosis, a pesar de ser factores de gravedad según los criterios de Ranson.

P12. FACTORES METABÓLICOS ASOCIADOS A LA ESTEATOSIS HEPÁTICA EN NIÑOS CON OBESIDAD

Ubiña Aznar E., Navarro-Jarabo J.M., Tapia L.¹, Méndez Sánchez M.I., Fernández Moreno N., Pérez Aísa M.A., Fernández Pérez F., Rivas-Ruiz F.²

UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. ÁREA DE PEDIATRÍA¹. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN². HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA.

Introducción

La esteatosis hepática es una entidad frecuente asociada a obesidad y síndrome metabólico. En población pediátrica esta entidad está insuficientemente estudiada.

Objetivo, material y método

Nos proponemos analizar la prevalencia de esteatosis hepática en población pediátrica con obesidad, y aquellos parámetros metabólicos que se asocian a ella. Para ello se analizan niños con edades comprendidas entre los 6 y 14 años, a los que se les toman medidas antropométricas para asegurar que cumplen criterios de obesidad. Se determinan variables analíticas, se analiza el metabolismo de la glucemia, y se realiza una ecografía hepática, que se usará como criterio para diagnosticar la presencia de esteatosis hepática y sus diferentes grados de severidad. La ecografía se interpreta por dos evaluadores diferentes y se analiza el grado de concordancia. Se realiza el análisis estadístico con paquete spss 11.0

Resultados

Se analizan un total de 94 niños. En 35 (37.2%) se encuentra esteatosis ecográfica. En 22 la esteatosis se definió como leve (grado I) y en 13 se definió como severa (grado II-III). El índice Kappa de concordancia entre observadores se

consideró bueno (IK 0.73). Las variables que se encuentran asociadas a esteatosis en el análisis univariante son (Esteatosis Vs no Esteatosis): ALT (25.49±13.1 Vs 20.44±5.4; p 0.037); Ch total (155.34±32.2 Vs 170±30.6; p 0.028); LDL-Ch (85.3 ±27,1 Vs 98,9±23,1; p 0.012); Insulinemia (25,73±15,8 Vs 16,1±7,8; p 0.006); HOMA (7,1±5,1 Vs 4±2,3; p 0.002). Del análisis multivariante resultaron con significación estadística el HOMA:OR 1.26 (IC 95% 1.079-1.475) y ALT: OR 1.065 (IC95% 1.00-1.133). Se diseñó una curva ROC para predecir esteatosis, sin embargo el AUC fue sólo de 0.72 (CI95% 0.61-0.79) Utilizamos como punto de corte para definir IR un HOMA>3.8, 44 (46.8%) tenían IR. Este valor se asoció con mayor riesgo de esteatosis (OR 4.25- IC95% 1.74-10.40). Se compararon las variables en función del grado de severidad de la esteatosis (leve Vs severa) resultando con significación: Edad (10,1 Vs 11,77; p 0.01; IMC (30 Vs 33.2; p 0,022), perímetro cadera (99,6 Vs 107.2; p 0.026); ALT (20,1 Vs 34,4; p 0.003); glucemia basal (89,5 Vs 96,1; p 0.01); Insulinemia (21,4 Vs 33,3, p 0.003), HOMA-R (5.4 Vs 9,75, p 0.004). Del total de niños estudiados, 18 (19,1%) cumplían criterios de síndrome metabólico. Tenía esteatosis hepática el 72% (13/18) de los niños con SM, en comparación con el 29% (22/76) de los que no lo tenían (p 0.0006).

Conclusiones

La esteatosis hepática es frecuente en niños obesos, siendo la IR un factor de riesgo asociado a su desarrollo, al igual que el síndrome metabólico. La edad, la ALT, las alteraciones en el metabolismo de la glucosa se asocian a mayor severidad de la esteatosis.

P13. ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES NAIVE EN UN HOSPITAL COMARCAL

Galán Jurado M.V., Marín García D., Fernández Espinola S., López Vega M.C., Utrilla Ayala M.C., Cárdenas Lafuente F., García Ordoñez M.A.

UNIDAD DE DIGESTIVO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA. MÁLAGA.

Objetivo

El tratamiento estándar de la hepatitis crónica VHC en pacientes naive consiste en la administración combinada de interferon pegilado, alfa 2A o alfa 2 B, y ribavirina, durante 24 o 48 semanas. El objetivo de este estudio es realizar un estudio comparativo en un hospital comarcal entre los dos interferones pegilados disponibles en el mercado.

Método

Se realiza un estudio descriptivo comparativo y prospectivo de los pacientes recogidos en las consultas externas de gastroenterología de nuestro centro con hepatitis crónica C "de novo" desde enero de 2007 a Marzo de 2008. Los pacientes se aleatorizan en dos brazos según si reciben Interferon pegilado alfa 2a a dosis de 180 mcg/semana (Grupo A) o Interferon pegilado alfa 2b a dosis de 1.5 mcg/kg/semana (Grupo B) más ribavirina ajustada a peso: 800 mg (<65 kg), 1000 mg (<75 kg) o 1200 mg (>75 kg). Los pacien-

tes reciben 48 semanas de tratamiento si el genotipo era 1 ó 4 y 24 semanas si eran genotipos 2 ó 3.

Se solicitan las cargas virales a las 4 semanas del inicio del tratamiento (respuesta viral rápida-RVR), a las 12 semanas (respuesta viral temprana-RVT), al final del tratamiento (Respuesta Final del tratamiento -RFT) y las 24 semanas de finalizar el tratamiento (Se define Respuesta Viral Sostenida -RVS como aquella que normaliza las transaminasas y la carga viral es negativa).

Resultados

En total 20 pacientes recibieron tratamiento en este periodo (11 con IFN alfa 2a y 9 con IFN alfa 2b). El grupo A recibió IFN-alfa 2A y el grupo B alfa 2B. Ambos grupos tuvieron características demográficas similares: edad (50 años vs. 52 años) y sexo (mujeres 55% vs. 56%) pero existían diferencias respecto a la carga basal (Gr.A: 5.5 millones copias/ml vs. Gr.B: 3.5 millones copias/ml) y en la distribución por genotipos, siendo el genotipo 1 ó 4, menos frecuente en el grupo A (55%) que en el grupo B (78%) y el genotipo 2 ó 3 más frecuente en el grupo A (45%) que en el grupo B (22%). En el grupo A, 5 pacientes sufrieron neutropenia severa (45%) que necesitó la reducción de dosis de IFN alfa 2ª y en tres de ellos se asoció factor estimulante de colonia granulocíticas (Filgastrin 30 MU/ sc/semanal). En el grupo B, 3 pacientes padecieron neutropenia (33%) que fue resuelta con reducción de dosis de peg-IFN y un paciente sufrió anemia severa precisó la administración de eritropoyetina (Aranesp 30/semanal/subcutánea). La RVR en ambos grupos fue de 63% (GrA) vs 77,7% (Gr. B), la RVT fue 82% (GrA) vs 100% (Gr.B), la RFT fue 82% (GrA) vs 77% (GrB) y la RVS fue del 63,6% (Gr.a) vs 66,6% (gr.B). Si atendemos al genotipo la RVS global en los dos grupos del genotipo 2 ó 3 fué del 85%, específicamente el grupo A presentaba una RVS del 80 % y en el grupo B 100%. En el caso del genotipo 1 ó 3 la RVS global fue del 53,8% en ambos grupos, mientras que por grupos en el caso del GrA fue del 50% y en el caso del Gr B fue del 57%.

Conclusiones

En nuestro estudio no existen diferencias estadísticamente significativas en relación con la RVS de ambos tipos de tratamientos combinados, si bien el número de pacientes es limitado por las características demográficas de nuestro centro. El efecto secundario hematológico más frecuente en nuestro estudio fue la neutropenia, siendo la respuesta a la reducción de la dosis y/o a la administración de Filgastrin favorable, no siendo preciso la suspensión del tratamiento. La determinación de la RVR es una herramienta útil con alto poder predictivo de los pacientes con RVS. de su comunicación.

P14. EXPERIENCIA DE PRÓTESIS DIGESTIVAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

López Vega M.C., Utrilla Ayala M.C., Galan Jurado M.V., Marín García D., Cardenas La Fuente F., Anton Miranda I., García Ordoñez M.A.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL GENERAL BÁSICO DE ANTEQUERA.

Objetivos

Conocer la tasa de éxito, complicaciones y morbilidad asociada en la colocación de endoprótesis autoexpandibles en obstrucciones del aparato digestivo de causa neoplásica en un hospital comarcal.

Material y método

Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes ingresados por patología obstructiva digestiva sometidos a colocación de endoprótesis como tratamiento en nuestro hospital comarcal, entre los años 2002 hasta 2009.

Resultados

se incluyeron 14 pacientes con una edad media de 78.5 años, 13 hombres y 1 mujer. La localización del tumor fue: esófago (21.42%), cardias (28.57%), colon izquierdo (14.28%) y sigma (35.71%). El 100% de los casos fue de manera paliativa, ninguno fue puente a cirugía, el 78.5% de los pacientes tenían morbilidad asociada como enfermedad obstructiva pulmonar o cardiopatía isquémica. Los tipos de prótesis eran ultraflex (50%), wallflex (28.57%) y wallstent (21.43%). Se consiguió el éxito técnico en 10 de 14 casos (78.57%), de los 4 fallos, 3 fueron por migración de la prótesis y 1 por perforación del paciente.

Conclusiones

La inserción de prótesis metálicas autoexpandibles para paliar la obstrucción digestiva de origen neoplásico es un procedimiento mínimamente invasivo, que cada vez se utiliza con más frecuencia. Las indicaciones para la colocación de prótesis esofágicas son el cáncer de esófago cuando produce estenosis, pero también para fistulas y estenosis esofágicas benignas. La indicación de colocación de prótesis en colon es fundamentalmente cuando el tumor causa obstrucción. La prótesis de colon puede usarse como puente a cirugía o como tratamiento paliativo definitivo. En nuestra experiencia, la inserción endoscópica de prótesis metálicas fue un método seguro y eficaz en el tratamiento paliativo de la obstrucción tumoral y puede llevarse a cabo con éxito en un centro de nuestras características.

P15. ABDOMEN AGUDO POR DIVERTÍCULO DE MECKEL. NUESTRA EXPERIENCIA.

Soler Humanes R., Sanchiz Cárdenas E., Ocaña Wilhelmi L., Cañizo Rincon I., Maiquez Abril R., Cabrera Serna I., Rivas Becerra J., Gutstein Feldman D.

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

Introducción

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal y está presente en el 2% de la población. Representa un vestigio del conducto onfalomesentérico y constituye un verdadero divertículo. A veces, posee mucosa gástrica ectópica secretora de ácido

clorhídrico y responsable de distintas complicaciones en el divertículo (ulceración, hemorragia y perforación). Con mucha menos frecuencia puede contener ectopias de tejido pancreático, mucosa duodenal o del intestino grueso. La forma clínica más frecuente de presentación es un sangrado rectal indoloro, siendo en ese caso la técnica diagnóstica de elección la gammagrafía con Tc99. Se localiza en el borde antimesentérico del íleon, generalmente a unos 40 ó 50 cm de la válvula ileocecal.

Material y método

Se han revisado los casos de abdomen agudo por complicación de divertículo de Meckel en nuestro hospital entre los años 1989 y 2004 teniendo en cuenta el sexo, la edad, el tipo de complicaciones por dicha causa, el tratamiento y el motivo del alta.

Resultados

Se han encontrado 27 casos de divertículo de Meckel intervenidos por abdomen agudo, siendo un 48,1% de los casos perforación del divertículo, un 18,5% hemorragia digestiva, un 7,4% metástasis de adenocarcinoma y un 3,7% anemia crónica. El 100% de los pacientes fueron intervenidos de forma urgente: en un 45,8% fue llevada a cabo la resección del divertículo de meckel más apendicectomía incidental, en un 20,8% la exéresis del divertículo, un 16,7% resección intestinal más apendicectomía incidental y un 16,7% resección de intestino delgado. De todos los casos analizados un 55,6% pertenecían a hombres y un 44,4% a mujeres, con una media de edad en torno a 49 años, pero una frecuencia mayor en los 27.

Conclusiones

El divertículo de Meckel es más frecuente en hombres que en mujeres. De los casos revisados el motivo de intervención más frecuente fue por perforación del divertículo. En el caso de complicaciones el diagnóstico suele establecerse durante el acto quirúrgico bajo la sospecha de otra afección (apendicitis aguda o hernia estrangulada). En las variedades sintomáticas o complicadas el tratamiento que realizamos con mayor frecuencia fue la resección del divertículo más apendicectomía, seguido de la exéresis aislada y la resección intestinal más apendicectomía. Habitualmente su pronóstico es favorable.

P16. EMBARAZO Y LACTANCIA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA EN NUESTRO MEDIO

Ángel Rey J.M., Jurado García J., García Sánchez V., Iglesias Flores E., Soto Escribano P., Benitez Cantero J.M., Gómez Camacho F., De Dios Vega J.F.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA CÓRDOBA.

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presenta

un curso crónico y el rango de edad en el que se diagnostica coincide generalmente con la edad reproductora. Esto, junto con el aumento progresivo de la incidencia de la enfermedad, hace que cada vez sea más frecuente atender a mujeres con EII que están o planean un embarazo. Esta situación plantea una serie de interrogantes a las pacientes y al médico muchas veces difíciles de responder.

Objetivos

Evaluar la influencia del embarazo sobre la EII, el efecto de la EII y el tratamiento sobre el embarazo, el parto y el recién nacido así como evaluar el tipo de lactancia de las pacientes con EII en nuestro medio.

Material y métodos

Durante un periodo de 6 meses se entregó una encuesta a todas las pacientes con EII que fueron valoradas en la consulta monográfica de EII de forma consecutiva. Las pacientes enviaron la encuesta cumplimentada por correo ordinario. Se valoraron datos relacionados con la influencia del embarazo sobre la EII, efecto de la EII sobre el embarazo, el parto y el recién nacido así como el tipo de lactancia que recibieron los neonatos. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados

77 mujeres devolvieron la encuesta cumplimentada. La edad media fue de 43 ± 10 años (26-85). De los 124 embarazos, 17 terminaron en aborto (14%), de los cuales 6 se dieron tras el diagnóstico de la enfermedad y 11 antes, con un tiempo medio de gestación de 9 ± 6 semanas. Solo 3 pacientes (25%) tomaban medicación en el momento del aborto (ninguna inmunosupresores y/o biológicos). De las pacientes con actividad de la EII en el momento de la concepción, el 11% entró en remisión durante el embarazo, el 33% empeoró y en el 56% la enfermedad se mantuvo crónicamente activa. En las pacientes sin actividad durante la concepción sólo apareció un brote de actividad en 5 casos (18%). En el 25% de los embarazos se siguió tratamiento con salicilatos (84%), azatioprina (22%), biológicos (6%) o corticoides (26%), y el 16% abandonaron el tratamiento, en ningún caso por consejo médico. El 17% de las gestantes fumaron y el 2% bebieron alcohol durante el embarazo. El 23% de los partos se hicieron por cesárea. El 19% de los embarazos finalizaron pre-término y el 8% de los neonatos presentaron bajo peso al nacer. Solo se produjo un caso de malformación congénita (esпина bífida) en una paciente que no había estado en tratamiento durante la gestación. El 36% de los hijos (34) se alimentaron con lactancia artificial, lo que se debió en 10 casos (33%) a la medicación para la EII. Durante los 6 meses siguientes al parto se produjeron 18 brotes de actividad (20% de las gestaciones). No existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la incidencia de aborto, cesárea, parto pre-término, bajo peso al nacer y malformaciones congénitas en función del tipo de EII, localización de la enfermedad, patrón evolutivo de la EC, afectación gastrointestinal alta, existencia de enfermedad perianal, presencia de actividad de la EII, hábito tabáquico o alcohol o toma de medicación durante el embarazo.

Conclusiones

El embarazo no influye en el pronóstico de la EII si la paciente se encuentra en remisión en el momento de la con-

cepción. En esta serie, las prevalencias de aborto, cesárea, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas y lactancia artificial son similares a las existentes en la población general. Solo se detecta una mayor tendencia al parto pretérmino en comparación con la población general.

P17. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CLÍNICA, ECOGRAFÍA, COLANGIORRESONANCIA Y CPRE EN LA COLEDOLITIASIS

Macías Sánchez J.F., García Verdejo J., Ojeda Hinojosa M., Viñolo Ubiña C., Heredia Carrasco C., Matas Cobos A.M., Ruiz-Cabello Jiménez M., De Teresa Galván J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

Con cierta frecuencia al realizar la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) por sospecha de coledocolitiasis, no se encuentran cálculos ni patología de la vía biliar. Dado que la CPRE conlleva ciertas complicaciones se hace necesario seleccionar mejor a los pacientes con alta probabilidad de que presenten coledocolitiasis en la CPRE.

Objetivo

Estudiar la fiabilidad de la clínica, ecografía y colangiorresonancia para predecir la existencia de coledocolitiasis en la CPRE.

Material y métodos

Hemos realizado un estudio retrospectivo de 89 pacientes sometidos a CPRE en los últimos seis meses (enero-junio de 2009) cuya indicación era coledocolitiasis y estudiar los índices de correlación y valores predictivos de la clínica (dolor abdominal, ictericia, coluria, fiebre y tiritona), la ecografía abdominal y la colangiorresonancia respecto a la CPRE. Los resultados son analizados mediante programa estadístico SPSS-15.

Resultados

De 89 pacientes sometidos a CPRE por sospecha de coledocolitiasis, 59 (66%) presentaron cálculos en el colédoco en la CPRE, 11 (12%) presentaban dilatación de la vía biliar sin otro hallazgo, sugiriéndose la posibilidad de estenosis de la papila mayor mientras que en los 19 restantes (21%) no se encontró patología.

El valor predictivo positivo (VPP) de la clínica, cuando presentaba la triada de dolor, fiebre y/o tiritona e ictericia (triada de Charcot) para la existencia de coledocolitiasis en la CPRE fue del 80%.

La visualización de coledocolitiasis en la ecografía presentaba un VPP del 80% y un valor predictivo negativo (VPN) del 35% con respecto a la CPRE.

La dilatación de la vía biliar en ecografía y clínica compatible con coledocolitiasis (sin presentar la triada completa) obtuvo un VPP del 55%.

La colangiorresonancia presentó un VPP del 100% y un VPN del 75% con respecto a la CPRE, mostrándose como la técnica más fiable con un índice Kappa para la colangiorresonancia y CPRE del 0,8.

Es posible que algunos pacientes con episodio de colangitis hayan tenido coledocolitiasis pequeñas que fuesen expulsadas y por tanto no son detectadas en la CPRE.

Conclusión

Pensamos que ante la no existencia de clínica completa (triada de Charcot) o la no visualización de coledocolitiasis en la ecografía y en pacientes de "alto riesgo" es necesario realizar una colangiorresonancia antes que la CPRE.

P18. UTILIDAD DE LAS MEDIDAS FARMACOLÓGICAS (GLUCAGÓN) EN LA DESIMPACTACIÓN DE BOLOS ALIMENTICIOS ESOFÁGICOS

González Grande R., Salva Villar P., Lamarca Hurtadi J.C.

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

Introducción

La endoscopia digestiva alta tiene en la ingesta de cuerpos extraños e impactación de bolos alimenticios un papel terapéutico fundamental, siendo este motivo la segunda causa para su realización de urgencia en nuestro centro. Actualmente se dispone de fármacos como el glucagón, capaces de relajar el esfínter esofágico inferior sin inhibir las contracciones esofágicas normales, que según arrojan multitud de estudios es eficaz en la desimpactación de los bolos alimenticios esofágicos.

Objetivos

Comprobar la eficacia del glucagón en dosis única endovenosa en la desimpactación de bolos alimenticios esofágicos.

Material y métodos

Estudio prospectivo descriptivo de una cohorte de pacientes consecutivos desde mayo de 2007 hasta mayo de 2009 que fueron atendidos en urgencias por impactación de bolos alimenticios esofágicos. A todos los pacientes se les realizó anamnesis y exploración física, hemograma, coagulación, bioquímica elemental, radiografía de tórax en dos planos y radiografía cervical de partes blandas. Aquellos pacientes que localizaban la impactación desde región cervical alta hasta orquilla esternal fueron valorados previamente por nasofibroscopia. A todos los pacientes tras descartar presencia de material óseo en el bolo alimenticio se administró una única dosis de glucagón en bolo endovenoso de 1 mg y con-

tol de glucemias capilares cada 30 minutos durante 2 horas. Posteriormente se realizó endoscopia digestiva alta a todos los pacientes para valorar los rendimientos terapéuticos del glucagón en la desimpactación de bolos alimenticios esofágicos y valorar la presencia de morbilidad esofágica favorecedora de la impactación.

Resultados

Se han analizado 43 pacientes (14 hombres y 29 mujeres con edad media 59 ± 18.43 años). En 17 de 43 pacientes (39.53%) se evidenció remisión de la clínica (ausencia de sensación de impactación). Tras efectuar estudio endoscópico se confirmó la ausencia de contenido alimenticio en lumen esofágico, observando en 8 de los 17 pacientes (47.05%) alteraciones en la mucosa esofágica que pudieron ser un factor promotor de la impactación (5 anillos de Schatzki, 2 esofagitis péptica y 1 tumoración esofágica). En 26 de 43 pacientes (60.46%) no se consiguió disminución ni ausencia de sensación de impactación tras la dosis de glucagón. Posteriormente se realizó gastroscopia evidenciando material alimenticio intraluminal esofágico, consiguiendo la desimpactación en el 84.61% de los pacientes, siendo la exploración ineficaz en 4 pacientes que fueron sometidos a la extracción del bolo alimenticio en quirófano mediante gastroscopio rígido. En 15 de los 26 pacientes (57.69 %) que no se consiguió remisión clínica con el glucagón se evidenciaron alteraciones esofágicas que podrían imbricarse en el origen de la impactación (8 anillos de Schatzki, 4 tumoraciones esofágicas, 3 esofagitis péptica). No observamos complicaciones con el uso de glucagón endovenoso en ninguno de los pacientes.

Conclusiones

La utilidad del glucagón según los datos de nuestro estudio fue útil en la desimpactación del bolo alimenticio esofágico en 4 de cada 10 pacientes. El carácter premorbido del tracto esofágico fue un factor determinante para la ausencia de eficacia terapéutica. Dado que no observamos ningún efecto adverso grave asociado al glucagón, creemos oportuno su administración previamente a la realización de la endoscopia digestiva alta, pues disminuye el tiempo de abordaje endoscópico en los casos de desimpactación. En hospitales sin endoscopista de guardia sería una opción para barajar como primera medida terapéutica.

P19. PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, ¿TIENEN MÁS PROBLEMAS DE FERTILIDAD QUE LA POBLACIÓN GENERAL?

Jurado García J., Ángel Rey J.M., García Sánchez V., Iglesias Flores, Soto Escribano, Rodríguez Perálvarez M.L., Gómez Camacho F., De Dios Vega J.F.

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

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) afecta a pacientes en plena edad reproductiva. Esto, junto con el

aumento progresivo de la incidencia de la enfermedad, hace que cada vez atendamos a más pacientes con EII con interés por tener descendencia. Se ha barajado que la fertilidad de los hombres y mujeres con EII es menor al de la población general. Sin embargo, es posible que otros factores puedan estar asociados a esta situación.

Objetivos

Conocer si el deseo de descendencia de los pacientes con EII está disminuido y cuáles serían sus motivos. Describir la prevalencia de problemas de fertilidad en los pacientes con EII y su asociación con la enfermedad.

Material y métodos

Durante un periodo de 6 meses se entregó una encuesta a todos los pacientes valorados en consulta de EII de forma consecutiva que posteriormente remitieron por correo. La encuesta valoraba datos relacionados con el deseo de embarazo y problemas de fertilidad así como posibles factores clínicos asociados a ambas situaciones. Se consideró que el paciente no deseaba tener descendencia ante la ausencia de relaciones sexuales con deseo de embarazo, utilizando o no métodos anticonceptivos. Se definió la infertilidad cuando tras 12 meses o más de deseo gestacional no se logró el embarazo, infertilidad temporal cuando se logró tras 12 meses o más de deseo gestacional y fertilidad cuando todos los embarazos se produjeron dentro de los 12 meses desde el deseo gestacional. El análisis de los datos se realizó usando el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados

Ciento sesenta y seis pacientes devolvieron la encuesta cumplimentada de los cuales 89 eran hombres y 77 mujeres. La edad media de los hombres fue de 45 ± 10 años. El 56% tenían una colitis ulcerosa (CU) y el 44%, una enfermedad de Crohn (EC). El 13% (15) no mantuvieron relaciones buscando el embarazo, de los cuales tan sólo un paciente (7%) fue por miedo relacionado con la EII. El 67% (49) fueron fértiles, el 10% (7) infértiles y el 23% (17) presentaron un periodo de infertilidad seguido de embarazo. Los factores que se asociaron al riesgo de infertilidad permanente o temporal en los hombres fue la afectación del colon en los pacientes con EC en comparación con la afectación exclusiva del íleon y la presencia de EP (52% vs 0%, $p=0,054$ y 57% vs 27%, $p=0,55$, respectivamente). La edad media en las mujeres fue de 43 ± 10 años. El 47% tenían una CU y el 53%, una EC. El 21% (17) no mantuvieron relaciones con deseo de embarazo, de las cuales 6 (35%) tuvieron miedo relacionado con la EII. El 66% de las pacientes (38) eran fértiles, el 3% (2), infértiles y el 31% (18) presentaron un periodo de infertilidad seguido embarazo. El único factor que se asoció a infertilidad temporal o permanente fue el patrón fistulizante en comparación con el patrón inflamatorio/estenotante en las mujeres con EC (83% vs 35%, $p=0,06$).

Conclusiones

Las mujeres con EII tienen un menor deseo de embarazo por miedo a desarrollar complicaciones relacionadas con su enfermedad. La prevalencia de problemas de fertilidad es similar en hombres y mujeres con EII y discretamente superior al de la población general. La enfermedad del colon y la presencia de EP en los hombres con EC y el patrón fistulizante

zante en las mujeres con EC se asocian con más frecuencia a problemas de fertilidad.

P20. CRIBADO CON COLONOSCOPIA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN LA DIVERTICULITIS AGUDA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Marín García D., López Vega M.C., Utrilla Ayala M.C., Cárdenas Lafuente F., García Ordoñez M.A.

UNIDAD DE DIGESTIVO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA. MÁLAGA.

Objetivo

La diverticulitis colónica es la complicación más frecuente de la enfermedad diverticular del colon. Entre un 10-25% de los pacientes van a presentar en algún momento un episodio de diverticulitis aguda. En el 75% de los casos se trata de una diverticulitis no complicada, en el restante 25% el proceso inflamatorio se complica en forma de abscesos, fístulas, obstrucción o perforación intestinal. La colonoscopia no es recomendada de urgencia por el riesgo de la perforación al insuflar el aire, además de contribuir poco al diagnóstico de diverticulitis sigmoidea porque las lesiones son más peridiverticulares que mucosas o intraluminales. Su empleo de forma diferida se basa sobre todo, en el diagnóstico diferencial de otras patologías colónicas, fundamentalmente en el carcinoma colorrectal que coexiste en algunas series hasta en el 15 % de los casos. El objetivo de este estudio es realizar un análisis del empleo de la colonoscopia como método diagnóstico de cribado de carcinoma colorrectal en pacientes afectados de diverticulitis aguda colónica que precisaron ingreso en un hospital comarcal.

Método

Se revisan de forma retrospectiva las colonoscopias solicitadas durante los últimos 48 meses en nuestro centro hospitalario con indicación de diverticulitis aguda que precisó ingreso hospitalario. Se analizan variables demográficas, severidad de diverticulitis atendiendo a pruebas de imagen (ECO/TAC si precisa) y los hallazgos endoscópicos.

Resultados

Se revisan de forma retrospectiva las colonoscopias realizadas en nuestro centro hospitalario en el periodo comprendido desde Mayo de 2007 hasta Mayo de 2009, que en total sumaron 2836 exploraciones. Las indicaciones en relación con diverticulitis aguda fueron 25 lo que representa un 0.88% del total de las exploraciones. La edad media de los sujetos era de 54,24 años (rango 33-78), con predominio en hombres 76% (19 pacientes) respecto a mujeres 24% (6 pacientes). De acuerdo a la clasificación de Minesotta en el 76%(19 pacientes) de los casos se trató de una Diverticulitis grado II (diverticulitis aguda no complicada), en un 20% (5 pacientes) de los casos se trató de diverticulitis grado III (absceso pericolítico) y en un 4% (1 paciente) se trató de una grado V (perforación fecal). Respecto a los hallazgos endoscópicos de la endoscopia realizada de forma reglada tras el ingreso en planta, se observó en el 92% de los casos diverticulosis sigmoidea y en el 8% restante pólipos adenomatosos, <1,2

cm, sin degeneración maligna que fueron resecaados mediante asa de polipectomía, coexistiendo en estos dos casos con diverticulosis coli. En nuestra serie no se apreció ningún caso de carcinoma colorrectal.

Conclusiones

La tasa de diverticulitis complicada en nuestro centro es similar a la publicada en la literatura, situándose en torno al 25 % de los casos. En nuestro estudio no se ha detectado en la colonoscopia diferida ningún caso de carcinoma colorrectal, por lo que es probable que en pacientes con estudios de imagen con datos típicos de diverticulitis y en ausencia de antecedentes familiares de riesgo para CCR o la presencia de otros síntomas de alarma, la rentabilidad de la colonoscopia como método de cribado de CCR deba ser sopesada. El número limitado de pacientes incluidos en nuestro estudio, debido a nuestra menor área poblacional, hacen necesario la realización de estudios que incluyan mayor número de sujetos para poder establecer conclusiones con mayor peso estadístico.

P21. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE 35 CASOS DE ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

San Juan Acosta M., Rodríguez-Téllez M., Mora Cabezas M.¹, García-Escudero A.¹, Carmona-Soria I., González-Cámpora R.¹, Herrerías J.M.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA¹. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La esofagitis eosinofílica (EE) es una enfermedad que durante el último decenio ha aumentado su incidencia. Se define como una entidad clinicopatológica caracterizada por impactación del bolo alimenticio y disfagia en los adultos e intolerancia alimentaria y síntomas de ERGE en los niños, fracaso de los IBP a altas dosis y $\geq 15\%$ eosinófilos por campo en la biopsia esofágica. Su causa aún no está clara.

Objetivo

Analizar las características de los pacientes con esofagitis eosinofílica en nuestro medio.

Métodos

Se recogieron todos los casos de esofagitis eosinofílica en el periodo 2003-2008 con confirmación por biopsia esofágica.

Resultados

Se han diagnosticado 35 casos (30 hombres y 5 mujeres) de esofagitis eosinofílica confirmado por biopsia con una edad promedio de 30 años (7-51 años). Entre los principales síntomas destacan: disfagia 57.14%, pirosis 22.86%, impactación del bolo alimenticio 17.14% y dolor torácico 2.86%. Los principales hallazgos endoscópicos son: anillos circulares 48.28%, cuerpos extraños 24.14 %, estenosis eso-

fágica 13.79% y estrías longitudinales 13.79%. La eosinofilia periférica ($\geq 4.0\%$) fue prevalente en el 97% de los pacientes asociado a manifestaciones alérgicas tipo asma bronquial, rinoconjuntivitis y/o hipersensibilidad alimentaria principalmente a frutos secos, trigo y soja en un 74.29% vs un 25.71% sin manifestaciones alérgicas. A 8 pacientes se les realizó manometría y pHmetría en 24 horas, siendo la pHmetría patológica sólo en un caso y encontrando diferentes alteraciones manométricas en el 97%. El tratamiento indicado a los pacientes fue Fluticasona inhalado y Montelukast vía oral con IBP a altas dosis, presentado buena respuesta el 80% de los pacientes y mala respuesta y/o recaída el 20%. Se observó en el 69% de los pacientes más de 30 eosinófilos por campo.

Conclusiones

Nuestra experiencia afirma que la incidencia es mayor en adultos del sexo masculino con disfagia e impactación del bolo alimenticio, asociado a manifestaciones alérgicas y eosinofilia periférica, con presencia de anillos circulares y cuerpos extraños en la endoscopia oral, pHmetría normal y distintas alteraciones manométricas con la particularidad de presentar buena respuesta al tratamiento con corticoides inhalados e inhibidor de la bomba de protones.

P22. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL TRATADOS CON ADALIMUMAB E INFLIXIMAB

Cotta Rebollo J., Alcaín Martínez G., Toscano Castilla E., Cuello Torreblanca I., Ortiz López N., Lozano Lanagrán M., Arbizar Rodríguez P.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA LA VICTORIA. MÁLAGA.

Introducción

Los anticuerpos monoclonales contra el factor de necrosis tumoral alfa (antiTNF), infliximab (IFX) y adalimumab (ADA), son efectivos en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) refractaria a tratamiento convencional (enfermedad de Crohn luminal y fistulizante, colitis ulcerosa y manifestaciones extraintestinales).

Objetivo

El objetivo del presente trabajo ha sido el de analizar de manera retrospectiva la respuesta de los pacientes con EII tratados con IFX y ADA en nuestro área hospitalaria.

Material y métodos

Estudio retrospectivo desde el año 2002 hasta el 2008 en el que se han incluido 42 pacientes con EII tratados con antiTNF. Se describen las indicaciones, dosis utilizadas, respuesta obtenida y efectos adversos observados.

Resultados y discusión

Se han incluido 37 pacientes, 31 con enfermedad de Crohn (EC) y 6 con colitis ulcerosa (CU), 25 varones y 12 mu-

jer, con edades comprendidas entre 16 y 65 años, tratados con antiTNF (23 con IFX y 14 con ADA), con seguimiento a un año. En el grupo de pacientes tratados con IFX (23 en total): 18 pacientes completaron un año de tratamiento (78.26%) y 5 pacientes lo suspendieron antes del año (21.73%), de los cuales 2 lo hicieron por falta de respuesta (8.69%), 2 por efectos adversos (reacción infusional grave tipo dermatitis descamativa eritematosa y taquiarritmia respectivamente) y 1 por deseo de embarazo. De los que completaron el año, 10 experimentaron respuesta completa (55.55%) y 8 respuesta parcial (44.44%). Un 47.8% precisó incremento de dosis o disminución del intervalo de administración. De todos los pacientes tratados, 2 experimentaron pérdida de respuesta (8.69%) y 7 sufrieron efectos adversos (30.43%): 4 infecciones, 1 artralgias, 1 dermatitis descamativa y 1 taquiarritmia. Sólo 2 de ellos tuvieron que dejar el tratamiento por dicho motivo (8.69%). En el grupo de pacientes tratados con ADA (14 en total): 10 pacientes completaron un año de tratamiento (71.42%) y 4 lo suspendieron antes del año (28.57%), de los cuales 2 lo hacen por falta de respuesta (14.28%), 1 por efecto adverso grave (toxicodermia) y 1 por pérdida de respuesta (7.41%). De los que completaron el año, 5 experimentaron respuesta completa y 5 respuesta parcial (50% respectivamente). Un 50% precisó incremento de dosis. De todos los pacientes tratados, 1 experimentó pérdida de respuesta (7.14%) y 3 sufrieron efectos adversos (21.42%): 2 infecciones y 1 toxicodermia, siendo este último motivo de cese de tratamiento (7.14%).

Conclusión

En nuestro centro completaron al menos un año de tratamiento el 78.26% de los pacientes tratados con IFX y el 71.42% de los tratados con ADA. De los pacientes que cumplieron un año de tratamiento, presentaron respuesta completa el 55.55% de los tratados con IFX y el 50% de los tratados con ADA. Presentaron respuesta parcial el 44.44% de los que siguieron tratamiento con IFX y el 50% de los que lo hicieron con ADA. El 21.73% de los pacientes tratados con IFX y el 28.57% de los tratados con ADA abandonaron el tratamiento por efectos adversos, falta de respuesta, pérdida de respuesta. Una paciente lo abandonó por deseo de tener hijos.

P23. POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR ATENUADA ASOCIADA A MUTACIONES EN EL GEN MYH

Gomez-Delgado E., Pizarro-Moreno A., Garzón-Benavides M., Marquez-Galan J.L., Sobrino S., Cordero-Fernandez C.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

La poliposis asociada al gen MYH (PAM) fue descrita por primera vez en 2002 por Al Tassan et al. Es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva debida a la presencia de mutaciones germinales bialélicas en el gen MYH. En nuestro medio las dos mutaciones más prevalentes ($> 80\%$) son G382D y Y165C. La mayoría de individuos portadores de estas mutaciones presenta un fenotipo de poliposis atenuada, con menos de 100 pólipos y/o cáncer de colon a edades

tempranas. Pueden aparecer, aunque con menos frecuencia, las manifestaciones extracolónicas asociadas a la PAF clásica. El tratamiento de la PAM depende, fundamentalmente, del número de pólipos. De acuerdo con ello se decidirá practicar colectomía, proctocolectomía y anastomosis ileoanal o polipectomía endoscópica.

Observación clínica

Mujer de 70 años intervenida de adenocarcinoma de colon transverso mediante hemicolectomía derecha a los 58 años. Se derivó a nuestra Consulta de Alto Riesgo para seguimiento y valoración del riesgo familiar. Se solicitó colonoscopia total para investigar neoplasias metacrónicas. Se diagnosticó y trató mediante polipectomía un adenoma tubular sesil con displasia de bajo grado (DBG) de 4 mm, en colon transverso. A los 5 años se realizó una nueva colonoscopia total, en la que se apreciaron múltiples pólipos sesiles de entre 3 y 7 mm de diámetro, diseminados a lo largo del colon. AP: Adenomas tubulares con DBG. En colonoscopias controles anuales se objetivaron innumerables pólipos sesiles y planos, distribuidos a lo largo del colon (entre 25 y 40) de entre 3 y 8 mm de diámetro, con histología de adenomas tubulares con DBG. Se realizó una endoscopia oral que fue normal. Se solicitó estudio del gen APC en el que no se encontró ninguna mutación. Se remitió una muestra de sangre periférica al Hospital Clínico de Barcelona para el estudio de mutaciones en el gen MYH, detectando las variantes Y101C y R181W en heterocigosis, que podrían afectar a dominios esenciales de la proteína y ser, por tanto, las responsables de la clínica de la paciente. Se estudiaron los descendientes directos de nuestra paciente. No mostraron lesiones de colon. El estudio del Gen MYH mostró que eran portadores de sólo una de las mutaciones maternas.

Comentarios

Se han descrito mutaciones bialélicas en el gen MYH en un 30% de casos de poliposis atenuada sin mutación en el gen APC, y en un 7,5% de las formas clásicas sin mutación en el gen APC. Según la guía de práctica clínica de prevención de CCR actualizada en 2009, los pacientes con más de 10 adenomas deben ser estudiados para descartar la presencia de mutación en el gen MYH, en especial si hay un patrón de herencia autosómica recesiva. Se han publicado casos de pacientes que, como el nuestro, presentaron cáncer colorrectal sin pólipos a lo largo de su cuarta o quinta década de vida, y posteriormente una poliposis adenomatosa atenuada, en los que se ha demostrado la existencia de mutaciones bialélicas germinales del gen MYH. Existe la controversia de que estos pacientes padecieran al diagnóstico microadenomas colorrectales no detectados. Dado el tipo de herencia, distinto al de la PAF, la importancia de definir el tipo de mutación genética de estos pacientes es fundamental para realizar el adecuado consejo genético y cribaje familiar.

P24. DILATACIÓN FORZADA DEL CARDIAS EN LA ACALASIA: UNA ALTERNATIVA TODAVÍA VÁLIDA EN LA ERA LAPAROSCÓPICA.

Casado Caballero F.J., Reina Solano J.F., Garre Urrea A., Mundi Sánchez-Ramade J.L., Martínez Tirado P., Martín Ruiz J.L., González Calvin J.L., Salmerón Escobar J.

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

Introducción

La acalasia es el trastorno motor primario esofágico más importante y mejor estudiado, caracterizado por la mala relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) en respuesta a la deglución. Esta falta de relajación, unida a la ausencia de peristalsis en el cuerpo esofágico, lleva a una obstrucción funcional de su vaciamiento, responsable de la aparición de los síntomas típicos (disfagia, regurgitación, dificultad para la alimentación, pérdida de peso, etc.). Es una enfermedad rara y de etiología desconocida, existiendo una denervación que afecta a los plexos mientéricos. No tiene cura y el tratamiento va destinado a solucionar la obstrucción funcional abriendo el EEI. Hay dos tratamientos considerados definitivos: la dilatación forzada del cardias y la cirugía. Con la llegada de la laparoscopia la tendencia parece inclinarse a intervenir a los pacientes, olvidando que la dilatación forzada sigue siendo una alternativa válida y segura.

Objetivos

Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de la acalasia en los últimos 14 años, coexistiendo con el auge de las técnicas laparoscópicas. Evaluar los resultados de la dilatación forzada del cardias y de la necesidad de cirugía, bien como primera opción o bien por fallo de la dilatación.

Material y métodos

81 pacientes diagnosticados de entre los años 1995 y 2009. A todos se les realizó una manometría esofágica estacionaria y una endoscopia digestiva alta según técnicas habituales. Se les ofertó tratamiento con dilatación forzada de cardias mediante balón Rigiflex de 30 mm bajo control radiológico o cirugía.

Resultados

5 pacientes (6,2%) fueron desestimados para dilatación o cirugía por motivos de edad o patología de base asociada, por lo que se consideraron para inyección de toxina botulínica. 75 pacientes (92,6%) aceptaron la dilatación forzada como primera opción terapéutica. 1 paciente (1,2%) se intervino como primera opción. A los 75 pacientes restantes se les realizó un total de 90 dilataciones. 59 (78,7%) precisaron una sola dilatación y 16 (21,3%) precisaron 2 dilataciones. 8 pacientes (11%) fueron remitidos a cirugía, 2 tras una dilatación y 6 tras dos dilataciones fallidas.

Conclusiones

De los 75 pacientes que eligieron la dilatación, 67 (89%) se beneficiaron de ella, estando libres de síntomas durante el seguimiento. Solo se intervinieron 9 pacientes (11%) de los 81 diagnosticados, a pesar de la disponibilidad de cirugía laparoscópica en nuestro centro. El auge de la cirugía laparoscópica no ha incrementado el número de acalacias que se intervienen en nuestro medio, lo que demuestra que la dilatación forzada del cardias sigue siendo unas opciones válidas para estos pacientes y más coste-efectiva que la cirugía.

P25. DENSIDAD MINERAL ÓSEA, FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS Y MARCADORES DE REMODELADO ÓSEO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Gómez García M.¹, Sánchez Cano D.², Olvera Porcel M.C.³, Callejas Rubio J.L.², Ríos Fernández R.², Cardeña Pérez C.⁴, Martínez López B.⁴, Ortego Centeno N.²

SERVICIO DE DIGESTIVO¹, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

U.E.A.S.², HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA; CIBER EN EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA³ (SPAIN); SERVICIO DE DIGESTIVO⁴, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

Objetivos

Describir la prevalencia de baja densidad mineral ósea (DMO) en una cohorte de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) de la provincia de Granada, los posibles factores relacionados y los niveles de marcadores bioquímicos de remodelado óseo en los mismos.

Material y métodos

Se incluyeron 64 pacientes diagnosticados de EC de ambas Áreas Sanitarias de Granada. Las características demográficas de los mismos se describirán en una tabla. Se determinó la DMO en cuello de fémur (CF) y columna lumbar (CL) mediante DEXA. Se consideraron como posibles factores relacionados el tabaquismo, un bajo índice de masa corporal (IMC), el uso de esteroides, un proteína C reactiva elevada y una enfermedad activa de acuerdo al índice CDAI (Crohn's Disease Activity Index). Finalmente se determinaron niveles de fosfatasa alcalina ósea (bALP) y osteocalcina (OC) como marcadores de formación ósea, y niveles de fosfatasa ácida tartrato resistente (TRAP) y telopéptido carboxiterminal del procolágeno tipo I (CTX) como marcadores de resorción ósea. Se procesaron los datos empleando el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados

Un 4,7% de los pacientes presentó un Z-score por debajo de -2 en CF, y un 20,3% en CL, siendo este valor de 20,3% para un Z-score inferior a -2 en CF o CL. En función del T-score, el 4,69 y el 46,88% presentó, respectivamente, criterios de osteoporosis y de osteopenia en CF, mientras que dichos valores en CL fueron de 6,25 y 42,19%, respectivamente. El porcentaje de pacientes con Z-score inferior a -2 en CF o CL fue mayor en aquellos que eran fumadores (12,7 vs. 7,9%), tomaban corticoides (11,1 vs. 9,1%), presentaban una PCR superior a 0,5 mg/ml (14,1 vs. 6,3%) y tenían enfermedad activa de acuerdo al CDAI (15,9 vs. 4,8%), siendo menor en aquellos con un IMC inferior a 20 kg/m² (3,1 vs. 17,2%); sólo en la toma de corticoides diferencia fue estadísticamente significativa (p=0,001). En cuanto a niveles de marcadores de remodelado óseo, los pacientes con Z-score inferior a -2 presentaron niveles menores de OC y bALP (17,9 ± 11,2 vs. 18,3 ± 13,1 ng/ml, y 13,8 ± 6,9 vs. 14,8 ± 6,5 µg/ml, respectivamente), y similares de TRAP y CTX (2,2 ± 0,7 vs. 2,1 ± 0,8 U/l y 0,564 ± 0,232 vs. 0,543 ± 0,374 ng/ml), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones

La prevalencia de baja DMO es importante entre los enfermos de Crohn de nuestro medio, sobre todo a nivel de hueso trabecular, siendo de bajo turnover y en la que los esteroides parecen tener un papel importante. Pegue aquí el texto de su comunicación.

P26. TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES EN PROGRAMA DE CRIBADO PARA FAMILIARES DE PRIMER GRADO CON CARCINOMA COLORRECTAL

Llamoza Torres C.J., Ángel Rey J.M., Hervás Molina A., Naranjo Rodríguez A., González Galilea A., Gálvez Calderón C., García Sánchez V., de Dios Vega J.F.

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

Introducción

En el cribado poblacional del cáncer colorrectal (CCR) el test de sangre oculta en heces ha demostrado una disminución de la mortalidad del 16 % sin embargo no existen datos en el grupo poblacional con familiares en primer grado de CCR que avalen su utilidad.

Objetivo

Determinar la utilidad del test de sangre oculta en familiares de primer grado con CCR para detectar lesiones premalignas.

Métodos

Del 1 de enero al 15 de junio del 2009, en la consulta de primer nivel de Aparato Digestivo, se incluyeron prospectivamente todos los pacientes con familiares en primer grado de CCR que acudieron para solicitar un programa de cribado de CCR y que cumplían criterios por edad. A todos los participantes se les ofreció la realización del test de sangre oculta inmunológico (Hem Check -2) junto con colonoscopia.

Resultados

Se incluyeron 82 familiares: la edad media fue de 51,6 años (26-75), 36 (56,1%) hombres y 46 (43,9%) mujeres, el número medio de familiares afectados fue de 1,13 siendo los familiares afectados todos de primer grado (padres, hermanos o ambos) siendo la edad del más joven de 44 años. Sesenta y cinco (65/82; 79,3%) se realizaron el test de sangre oculta y sesenta y nueve (69/82; 82,1%) colonoscopia, encontrándose diferencia significativa (p = 0,004) entre la adherencia a los procedimientos. De los que aceptaron realizarse el test de sangre oculta, seis no aceptaron la colonoscopia (6/65; 9,2%). Por tanto se realizaron ambas exploraciones en 59 familiares. El test de sangre oculta fue negativo en todos los participantes. La colonoscopia fue hasta ciego en el 90% (53/59). La colonoscopia detectó lesiones premalignas en 9 (13 %) familiares: 3 fueron adenomas avanzados menores de 10 mm (con edades de 56, 57 y 66 años) respectivamente y 6 no avanzados (con edades entre 50 y 60 años). A todos estos

pacientes se les realizó sangre oculta.. También se detectaron pólipos hiperplásicos en 13,6% (8/59) de pacientes.

Conclusión

El test de sangre oculta no mostró utilidad para detectar adenomas en familiares de primer grado con CCR. La adherencia a la realización de los procedimientos fue mejor para la colonoscopia que para la sangre oculta en heces al contrario de lo que sucede en los programas poblacionales.

P27. ECOGRAFÍA CON CONTRASTE EN EL DIAGNÓSTICO DE HEPATOCARCINOMA EN HEPATOPATÍA CRÓNICA

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. CORDOBA.

Objetivo

Determinar el valor de la ecografía con contraste (EC) en la detección de carcinoma hepatocelular (CHC) en pacientes con cirrosis en los que se detectó una lesión ocupante de espacio (LOE) con ecografía convencional.

Materiales y métodos

De marzo del 2008 a mayo del 2009 39 enfermos (29 hombres y 10 mujeres) hepatopatía crónica en estadio cirrótico en los que la ecografía convencional detectó LOE no filiada por este método fueron evaluados en nuestra Unidad utilizando Hexafluoruro de sulfuro (SonoVue) como agente de contraste, inversión de imagen pulsada y un índice mecánico menor de 0.4. El patrón de captación fue analizado durante la fase arterial y clasificado como hipercaptante, isocaptante o hipocaptante según el grado de captación de la lesión, superior, igual o nulo, respecto al parénquima adyacente, como difuso homogéneo o heterogéneo en función de la distribución dentro de la lesión. El diagnóstico final fue completado utilizando estudio combinado con TAC multiaxial, resonancia magnética, datos histológicos y cuadro clínico-analítico y evolutivo.

Resultados

El diagnóstico final fue 18 CHC, 7 lesiones benignas, 4 CHC tratados previamente de manera local, 3 metástasis, 2 colangiocarcinoma y en 5 no se confirmó lesión. En 20 enfermos con patrón difuso homogéneo la lesión fue maligna. Ocho enfermos con patrón difuso homogéneo y 8 con patrón difuso heterogéneo fueron CHC. El patrón difuso homogéneo involucró CHC con un 44.7% de sensibilidad, 85.7% especificidad, 72.7% con valor predictivo positivo, 64.3% con valor predictivo negativo y el patrón difuso heterogéneo involucró un 44.7% sensibilidad, 95% especificidad, 88,9% de valor predictivo positivo y 66,7% de valor predictivo negativo.

Conclusión

Un patrón de hipercaptación difuso homogéneo o heterogéneo durante la fase arterial fue altamente específico para CHC en pacientes con hepatopatía crónica en estadio cirrótico.

P28. INFLUENCIA DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO (HGNA). EVOLUCIÓN HISTOLÓGICA.

Ferrer Márquez M., González García J., Martínez Amate E., Pérez González A., Gálvez Miras A., Carvia Pousaillé C., Velasco Albendea J., Casado Martín M.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

La obesidad es la condición más frecuentemente asociada al HGNA por lo que teóricamente la pérdida de peso debería seguirse de una mejoría del mismo. Por otra parte hay estudios que evidencian que una rápida pérdida de peso puede dar lugar a un empeoramiento de la inflamación portal y la fibrosis. El efecto de la pérdida de peso inducido por la cirugía bariátrica en las lesiones histológicas asociadas al HGNA no es del todo conocido por lo que es necesaria la realización de estudios que evalúen el impacto de la misma en el HGNA, fundamentalmente en aquellas formas de HGNA con potencial evolución a patología hepática grave como es la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA).

Objetivos

De nuestro estudio han sido evaluar el impacto de la pérdida de peso inducida por la cirugía bariátrica en el HGNA y describir el grado de lesión hepática desde el punto de vista histológico en pacientes con obesidad mórbida subsidiarios de cirugía bariátrica.

Conclusiones

El HGNA está presente en la mayor parte de los pacientes con obesidad mórbida aunque tan solo un tercio de ellos presentan formas potencialmente progresivas (EHNA). La pérdida de peso inducida por la cirugía bariátrica se asocia con una mejoría de las lesiones histológicas hepáticas, destacando que los signos de EHNA desaparecen en casi la totalidad de los pacientes, por lo que la cirugía bariátrica podría ser el tratamiento de primera elección en pacientes con obesidad mórbida, fundamentalmente aquellos diagnosticados de EHNA. Pegue aquí el texto de su comunicación.

P29. IMPORTANCIA DEL ALELO HLA-DQB1*0301 EN PACIENTES CON HCC GENOTIPO 1 TRATADOS CON IFN PEGILADO Y RIBAVIRINA

Palomares P.¹, Muñoz de Rueda P.^{1,2}, López-Nevot M.A.³, Casado J.¹, Martín-Casares A.³, Romero-Gómez M.⁴, Diago M.⁵, Sanjuán L.¹, Salmerón J.^{1,2}

UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO¹. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO, GRANADA. CIBEREHD². SERVICIO INMUNOLOGÍA³. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA. UNIDAD DE HEPATOLOGÍA¹ HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME, SEVILLA. CIBEREH, UNIDAD DE HEPATOLOGÍA⁵. HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA

Antecedentes y objetivo

Las Moléculas HLA juegan un papel crucial en la respuesta antiviral inmune y presentan un alto grado de polimorfismos. Por este motivo, se pretende evaluar la influencia que tienen los genes HLA de clase I y II (factores genéticos del hospedador) sobre la respuesta virológica en pacientes con hepatitis crónica C (HCC), tratados con interferón pegilado (IFNpeg) y ribavirina (RBV).

Pacientes y métodos

Se han estudiado 277 pacientes con HCC genotipo 1, españoles de raza blanca, tratados con IFNpeg y RBV (n=251, 91%) o con IFN estándar y RBV (n=26, 9%). 117 (42%) eran menores de 40 años, 133 (48%) eran mujeres y 78 (29%) tenían una carga viral ≤ 600.000 UI/ml. Se ha realizado un tipaje genómico de HLA mediante los métodos PCR-SSO (Sequence-specific oligoprobes) (One Lambda, Inc.) y secuenciación de los distintos loci por SBT (Sequence-based typing). Se han genotipado los genes HLA de clase I (A, B y C), y los de clase II (DRB1 y DQB1) en los 277 pacientes. 227 pacientes (82%) tuvieron respuesta virológica precoz (RVP) a las 12 semanas de tratamiento, y 156 (56%) presentaron respuesta virológica sostenida (RVS).

Resultados

El análisis bivariante indicó que los pacientes menores de 40 años ($P < 0.001$), una carga viral < 600.000 UI/ml ($P < 0.001$), y la presencia del alelo HLA-DQB1*0301 ($P = 0.001$, P corregida por Bonferroni=0.016) eran factores predictivos de RVS. En el análisis multivariante mediante regresión logística, son factores independientes de RVS la edad (menor de 40 años) (OR=2.4, 95% CI=1.4-4.02), la carga viral (≤ 600.000 UI/ml) (OR: 1.95, 95% CI=1.06-3.5), y haciendo especial hincapié en el alelo HLA-DRQB1*0301 como marcador genético independiente ajustando por el resto de variables (OR=2.4, 95% CI=1.2-4.6). Otro dato relevante fue que el 78% de los pacientes que no presentaban el alelo HLA-DQB1*0301 tenían una carga viral > 600.000 UI/ml, mientras que aquellos que presentaban este alelo, el 52% tenían alta carga viral ($P < 0.0001$). Al hacer un análisis estratificado entre hombres y mujeres, incluyendo 48 pacientes con genotipo no-1 (n=325) encontramos que el 100% de los hombres que presentaron el alelo HLA-Cw*14 de clase I (n=8) no respondieron al tratamiento ($P < 0.0001$, Pcorrected < 0.0015), mientras que en las mujeres, también 8 presentaban dicho alelo, pero 7 presentaron RVS y 1 no respuesta, no encontrando diferencias significativas.

Conclusiones

El HLA es un marcador genético predictivo de respuesta al tratamiento. El alelo HLA-DQB1*0301 predice la RVS; entre los hombres, el alelo HLA de clase I Cw*14 predi-

ce la no respuesta al tratamiento en pacientes con VHC genotipo 1 y no-1.

P30. ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA INTERVENCIONISTA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 35 PROCEDIMIENTOS.

Pérez González A., González García J., Martínez Amate E., Carreño González R., Lázaro Sáez M., Bendezú García R.A., Bravo Castillo F.M., Vega Sáenz J.L.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.HOSPITAL TORRECARDENAS. ALMERÍA.

Introducción y objetivo

La ultrasonografía endoscópica (USE) intervencionista es una técnica en auge que recientemente se ha introducido en nuestro servicio. Presentamos nuestra experiencia retrospectiva e inicial de los dos últimos años en USE intervencionista diagnóstica (USE-PAAF).

Pacientes y métodos

En un grupo de 33 casos, con 17 probables neoplasias pancreáticas, 10 quistes pancreáticos, 3 masas mediastínicas, 1 pancreatitis crónica, 1 tumor del estroma gastrointestinal (GIST) y 1 neoplasia esofágica, se practicó USE-PAAF sectorial con 7,5 MHz con fines diagnósticos. Del total de los pacientes, el 54% fueron varones y un 46% mujeres, siendo la edad media 61,8 años (27-84 años). El tamaño medio de las lesiones ocupantes de espacio (LOEs) estudiadas fue de 29,36 mm.

Resultados

Estudiamos un total de 33 pacientes, de los cuales el 54 % fueron hombres. La edad media de los pacientes fue de 61,8 años, con rangos de edad comprendida entre los 27 y los 84 años. El tamaño medio de las lesiones estudiadas fue de 29,36 mm. Las lesiones más biopsiadas fueron las LOES pancreáticas (51,5%). Obtuvimos una correlación del 70 % entre la sospecha diagnóstica y el resultado anatómo-patológico. No detectamos complicaciones derivadas de la técnica así como tampoco se registraron eventos adversos graves producidos por la sedación.

Conclusiones

La USE PAAF, en nuestra experiencia, es una técnica segura con una buena precisión y rentabilidad diagnóstica.

P31. GRANULOCITOAFÉRESIS COMO ALTERNATIVA A COLECTOMÍA EN COLITIS ULCEROSA MODERADA REFRACTARIA A TERAPIA BIOLÓGICA

Bellido Muñoz F., Leo Carnerero E., León Montañés R., Trigo Salado C., López Bernabeu J., Herrera Justiniano J.M., Márquez Galán J.L.

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

Introducción

La granulocitoaféresis (GCAP) aún no tiene un sitio definido en el algoritmo terapéutico de la colitis ulcerosa (CU), siendo su indicación fundamental los pacientes con córticodependencia como alternativa a los fármacos inmunosupresores (IS) o cuando fracasan o estén contraindicados los mismos.

Objetivos

Analizar la utilidad de la GCAP en los pacientes con CU moderada que mantienen actividad pese al tratamiento médico, incluyendo IFX, como alternativa a la cirugía.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de pacientes con CU corticodependiente que son tratados con IFX 5 mg/kg sin conseguir remisión de la enfermedad libre de esteroides. Se realiza GCAP mediante el siguiente protocolo: inducción con 1 sesión semanal durante 5 semanas, y una sesión mensual de mantenimiento en los pacientes con respuesta parcial. En cada caso recogemos sexo, edad, extensión de la enfermedad, tratamiento IS antes y después de la GCAP, incluyendo el número de infusiones con IFX, número de sesiones de aféresis y respuesta a la misma (Índice de Seo, repuesta endoscópica en algún caso, requerimiento de esteroides, necesidad de colectomía).

Resultados

Incluimos 5 pacientes, 4 varones y una mujer, con una edad media de 44 años (rango 26-59). La extensión es de colon izquierdo en 2 pacientes y pancolitis en los otros 3. El tiempo de evolución de la CU es de 53 m (rango 20-90). Todos los pacientes están en tratamiento con salicilatos (3 g/día) e IS (Azatioprina en 4 casos y Metotrexato en 1; además en otro paciente se sustituye Azatioprina por Metotrexato por intolerancia). El tiempo medio de tratamiento con IS previo a la aféresis es de 27 meses. Ante la falta de respuesta a IS en todos los pacientes se inicia tratamiento biológico, con una media de 9,1 meses de tratamiento con Infliximab (rango 1,5-13 meses) y 6 dosis por paciente (rango 4-8). Finalmente son tratados con GCAP, pues pese a la mejoría parcial persiste Índice de Seo > 150 puntos con necesidad de esteroides. Un paciente precisa colectomía tras 3 sesiones por falta de respuesta clínica y endoscópica. De los otros 4 ninguno es intervenido, dos no han requerido tratamiento de mantenimiento tras la inducción y los otros 2 ha recibido una sesión mensual durante 3 y 6 meses respectivamente, este último aún en tratamiento. El seguimiento de los 4 pacientes no intervenidos tras las 5 sesiones de inducción es de 10,2 meses (6-15), con mejoría del Índice Seo, mejoría endoscópica (realizada sólo en 2/4 pacientes) y sin necesidad de esteroides en este tiempo. Uno de los pacientes realiza mantenimiento con GCAP, IFX e IS, otro IFX e IS, 1 sólo IFX y el último ha suspendido la IFX, IS y GCAP tras 3 sesiones de mantenimiento con buena evolución.

Conclusiones

La GCAP podría ser una alternativa terapéutica en los paciente con CU corticodependiente moderada con actividad mantenida pese a tratamiento IS y biológico, evitando la colectomía en el 80% de nuestra serie tras un seguimiento de 10 meses. La teórica modificación de la activación del sistema inmune permite incluso en un caso suspender el tratamiento con IFX.

P32. EFICACIA DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA SIMPLE ASOCIADA A OBESIDAD. NUESTRA EXPERIENCIA.

Daza García R.M.¹, Bravo Castillo F.M.¹, Iglesias Asenjo E.³, Moreno Baró F.², Moreno Nin A.¹

UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO¹. UNIDAD DE OBESIDAD². HOSPITAL VIRGEN DEL MAR. ALMERÍA. SERVICIO DE DIGESTIVO³. HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

La obesidad es una enfermedad metabólica con alta prevalencia en los países desarrollados, estimándose entre un 15-20% en Europa, siendo este porcentaje superior en EEUU. La obesidad se define cuando el IMC es igual o superior a 30 y constituye un importante problema de salud pública no sólo por su asociación a patología cardiovascular, HTA, DM tipo 2, SAOS, enfermedades osteoarticulares degenerativas etc...si no por su estrecha relación con la esteatosis hepática simple (con o sin elevación de transaminasas).

Objetivos

Valorar las posibilidades terapéuticas del uso del balón intragástrico (BIG Allergan®) como parte de un programa dietético y de reeducación nutricional para el tratamiento de la esteatosis hepática asociada a obesidad con elevación leve-moderada de las transaminasas.

Material y métodos

Obtuvimos el consentimiento informado de 47 pacientes que entraron a formar parte de un programa en el que se incluye estudio clínico, bioquímico con determinación de transaminasas (GOT, GPT, GGT), ecográfico, antropométrico y de costumbres alimenticias. Se procedió a la colocación del balón intragástrico bajo visualización endoscópica en éstos 47 pacientes y se realizaron controles mensuales clínicos (peso), dietéticos y analíticos. Controles ecográficos a los 2, 4 y 6 meses. En algunos casos fue necesario apoyo psicológico.

Resultados

De los 47 pacientes sometidos a la colocación de balón intragástrico asociado al programa mencionado, 23 presentaban signos ecográficos de esteatosis hepática y ele-

vacación leve-moderada de transaminasas (2-3 veces su valor normal). De éstos, 18 eran mujeres y 5 hombres, de edades comprendidas entre los 20 y 60 años. La pérdida de peso media en kilos tras la retirada del balón intragástrico a los 6 meses fue de 17 Kg, bajando el IMC entre 2-3 puntos. En casi el 100% de los pacientes previamente diagnosticados de esteatosis hepática simple con hipertransaminasemia leve-moderada se produjo una reducción/normalización de las transaminasas.

Conclusiones

El uso del balón intragástrico es una herramienta importante para el tratamiento de la obesidad siempre asociado a un programa de seguimiento y reeducación dietéticos. También se puede usar como paso previo al tratamiento quirúrgico en aquellos pacientes que lo precisen. No ha mostrado efectos adversos importantes y se asocia a una mejoría bioquímica en pacientes con esteatosis hepática simple asociada a obesidad.

P33. ESTIMACIÓN DE ESTANCIA MEDIA Y COMPLICACIONES EN PANCREATITIS AGUDA: CRITERIOS RANSON VS INDICE SEVERIDAD EN TAC

Benítez Rodríguez B., Rodríguez Sicilia M.J., Pallarés Manrique H., Jiménez Macías F., Osuna Molina R., Rojas Feria M., González López R., Ramos Lora M.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Introducción

La pancreatitis aguda es una enfermedad con una evolución favorable, pero que en ocasiones puede llegar a desarrollar complicaciones que prolongan la estancia media del paciente y merman su comorbimortalidad. La identificación precoz de dichos pacientes permitiría el uso de un tratamiento temprano que es fundamental en su evolución posterior. Se presenta un estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes ingresados con pancreatitis aguda ingresados desde la unidad de observación entre marzo 2008 y marzo 2009.

Objetivos

Valorar las posibilidades terapéuticas del uso del balón intragástrico (BIG Allergan®) como parte de un programa dietético y de reeducación nutricional para el tratamiento de la esteatosis hepática asociada a obesidad con elevación leve-moderada de las transaminasas.

Material y métodos

Se admitieron sólo los pacientes procedentes de observación por ser los que recibieron mayor control analítico que permitió la correcta determinación de los criterios de Ranson. 18 pacientes cumplieron los requisitos, con diagnóstico (clínico y analítico) de pancreatitis aguda. En todos se recogieron datos analíticos, radiológicos, así como se evaluaron evaluación clínica, estancia media y aparición de complicaciones, determinando el criterio de Ranson de cada paciente

así como su índice de severidad en TAC. A continuación se realizó comparación estadística de los mismos con el programa SPSS-16.

Resultados

La edad media fue 75 años (intervalo 65-85 años). La distribución por sexos fue 56% hombres (10) y 44% mujeres (8). La etiología fue colelitiasis 55.6% (10/18), hiperlipemia 27,8% (5/18, 2 de ellos colecistectomizados), enólica 16.6% (3/18). Se compararon los criterios de Ranson con la aparición de complicaciones tiempo de hospitalización e igualmente se hizo con el índice de severidad en TAC obteniendo los resultados abajo esquematizados.

C. Ranson - Nº.Pacient.- Estancia media (días)-Complicac.(por pac.)

0 - 2	4	11 (DS 2,9)	- Insuf. Resp., IRA - IRA (Necrosis Tubular Aguda)
3 - 4	11	9,8 (DS 3,5)	- Íleo paralítico - EAP
5 - 6	2	14,5 (DS 4,9)	- SDRA, Crisis HTA
7 - 8	1	Éxito (9 días)	- Sepsis Peritoneal

Índ.Severidad TAC Nº.Pacient.-Estancia media (días)-Complicac.(por pac.)

0 - 3	10	8,2 (DS 1,9)	
4 - 6	6	14,5 (DS 2,2)	- SDRA, Crisis HTA - Íleo Paralítico - IRA (Necrosis Tubular Aguda) - EAP
7 - 10	2	12 Éxito (9 días)	- Insuf. Resp. IRA - Sepsis Peritoneal

Conclusiones

Según los resultados obtenidos no existe correlación directa entre el valor de los criterios de Ranson con la estancia media y la aparición de complicaciones cuando se trata de pacientes con valor entre 0-4 criterios de Ranson (que es lo más frecuente), esto no ocurre cuando se usa el índice de severidad en TAC, aquí la correlación si es directa y permite con más exactitud predecir la estancia media y la aparición de posibles complicaciones.

P34. SCORE DE ROCKALL: VALOR PREDICTIVO EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA.

Mongil Poce L., Sáez Gómez A., Ólmedo Martín R., Manteca González R.

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

Introducción

El índice de Rockall fue creado para estimar riesgo de recurrencia de sangrado y mortalidad en pacientes con

hemorragia gastrointestinal.

Objetivo

Evaluar el valor predictivo de Índice de Rockall en el resangrado y mortalidad de la hemorragia digestiva alta aguda en los pacientes del servicio de aparato digestivo de Hospital Carlos Haya.

Material y métodos

Se evaluaron a 97 pacientes con una edad media de 65.95 ± 17.47 que presentaron hemorragia digestiva alta (HDA) aguda no varicosa durante un periodo de 14 meses comprendido entre Enero del 2008 y Febrero del 2009. Al ingreso estos pacientes fueron evaluados según el score de Rockall. El estudio fue observacional, simple, prospectivo. Cálculos con el programa SPSS 11.

Resultados

El porcentaje de resangrado según la puntuación de Rockall en nuestro estudio fue: para bajo riesgo 0% (0/14), riesgo intermedio 8.33% (3/36) y riesgo alto de 19,14% (9/47).

La mortalidad obtenida fue: Riesgo alto de 6.38% (3/47), riesgo bajo e intermedio 0% (0/14) y (0/36).

Conclusión

El Índice de Rockall podría resultar útil en la clasificación del paciente con HDA no varicosa según riesgo de mortalidad y recidiva de resangrado.

P35. TRATAMIENTO CON SORAFENIB EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA AVANZADO

Herrera Martín P., del Castillo Corzo F.J., Ferrer Rios M.T., Pascasio Acevedo J.M., Sousa marín J.M., Sayago Mota M., Márquez Galán J.L.

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

Introducción

El hepatocarcinoma en fase avanzada representa más de un tercio de todos los casos en nuestro hospital. Hasta la introducción del sorafenib a finales de 2007, no se disponía de tratamiento en este estadio.

Objetivos

Conocer el impacto clínico que sorafenib ha supuesto en los casos en los que se ha indicado.

Método

Estudio retrospectivo de la cohorte completa de pacientes que ha recibido sorafenib, desde 1 de febrero de 2008

hasta 31 de Mayo de 2009 en nuestro hospital. Se han analizado los datos demográficos, clínicos, analíticos, duración y efectos adversos al tratamiento y supervivencia.

Resultados

Se han estudiado 15 pacientes, 100% varones, con una media de edad al inicio del tratamiento de 59.8 años (rango 26-78); Todos eran cirróticos. La etiología encontrada fue alcohol (46,7 %), VHC (40 %), mixta (13.2% - VHC + alcohol/ MTX); En el 100 % el estadio BCLC fue C; Child-Pugh: A (46.7%) , B (46.7%), C (6.6%) ; ECOG-Performance status (PS) 0 en 33.3% y 1 en 66.7 %; En 9 pacientes (60%) el hepatocarcinoma era multinodular, en 3 (20%) difuso y 3 (20%) tenían 3 o menos nódulos. La AFP basal fue inferior a 20 ng/ml (en el 33.3%), entre 20 y 200 ng/ml (26.7%) y más de 200 ng/ml (40%): 4 pacientes (26.7%) habían recibido tratamientos previos (2 pacientes quimioembolicaciones y otros 2 sesiones de inyección percutánea de alcohol). El tratamiento fue administrado durante una media de 6.9 meses, rango (0.8 - 15.9 meses), mediana de 4.4. meses. Todos los pacientes presentaron efectos adversos atribuibles al fármaco, a excepción de uno cuya supervivencia fue inferior a un mes. Los más frecuentes fueron los síntomas gastrointestinales (66.7 % diarrea, 53.3 % anorexia.), en segundo lugar síntomas constitucionales (astenia 53.3 %, pérdida de peso 20%), en tercer lugar síntomas dermatológicos, destacando entre ellos exantema (40%) y xerosis (20 %). Se registró HTA en un caso (paciente previamente diagnosticado de HTA) y hemorragia digestiva baja en otro caso. En 6 pacientes (40 %) se suspendió de manera definitiva, y hubo que reducir dosis o suspender temporalmente el tratamiento en otros 4 pacientes (26.7%). Un total de 5 pacientes (33.3%) toleraron dosis plenas del mismo. El motivo principal de la suspensión / reducción fue la diarrea (40%), seguida de lesiones cutáneo-mucosas (26.7 %) y astenia invalidante (13.3%). Durante el seguimiento han fallecido 7 pacientes (46.7 %) y la media de supervivencia fue de 8.2 meses, mediana 8.7 meses, rango de 0.8 meses a 16.8 meses. La función hepática y el PS en los 8 pacientes que han sobrevivido han permanecido estables, salvo en un caso en que progresó de Child A a B y en otro el PS de 1 a 2. La AFP continúa por debajo de 200 ng/ml en un 53.3 % de los pacientes.

Conclusiones

Los efectos adversos del sorafenib son universales y condicionan en un alto porcentaje reducción de la dosis o suspensión del tratamiento. La supervivencia encontrada en nuestra serie es ligeramente inferior a la publicada, pero se incluyeron pacientes con función hepática en estadio más avanzado. Los pacientes que continúan en tratamiento mantienen una aceptable calidad de vida y función hepática conservada, mientras los que fallecen lo hacen por un deterioro de la función hepática independiente de la administración del fármaco.

P36. UTILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA (USE) EN EL DRENAJE ENDOSCÓPICO DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Durán Camos A., Lamarca Hurtado J.C., Mongil Poce L., Ruiz Ruiz J.

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

Objetivo

El drenaje endoscópico supone una alternativa eficaz del manejo de los pseudoquistes pancreáticos (PQ) sintomáticos; la ecoendoscopia ayuda a dirigir la técnica reduciendo complicaciones.

Caso Clínico

Paciente con un gran PQ sintomático tratado mediante drenaje endoscópico transmural. Evolución favorable. Caso clínico: Mujer de 54 años con antecedentes de pancreatitis aguda severa de origen biliar y colecciones peripancreáticas ingresada por epigastralgia, y sensación de masa en epigastrio-hipocondrio izquierdo de varios días de evolución junto a alteraciones analíticas (amilasa 190, Lipasa 236, PCR 222). Mediante Ecografía abdominal, TC y Colangio-Resonancia Magnética se objetiva PQ de gran tamaño situado a nivel de cuerpo con diámetro máximo 14 cm y detritus en su interior; la CPRE demuestra varias estenosis en el conducto pancreático con salida del contraste a la colección, efectuándose esfinterotomía y colocación de prótesis pancreática de 7 F x 7 cm. Tras mala evolución con náuseas, plenitud postprandial y sensación creciente de masa en epigastrio sin disminución del pseudoquiste, decidimos realizar drenaje endoscópico transmural con ayuda previa de ecoendoscopia lineal para localizar punto de punción seguro sobre el que efectuar incisión con esfinterotomía de aguja mediante duodenoscopia, pasando a continuación guía de 0.035 y colocando prótesis biliar plástica de 8.5 F para drenaje.

El PQ se reduce y estabiliza hasta 4,6 cm, decidiéndose a las 6 semanas tras dilatación de fístula con balón de 8 mm, sustituir prótesis previa por otra de 10 F, que es retirada tres semanas después junto con la pancreática tras desaparición de PQ y buena evolución clínica. Conclusiones: Los pseudoquistes constituyen colecciones fluidas localizadas en el área pancreática o peripancreática compartimentadas por una cápsula fibrosa de origen inflamatorio o postraumático. Su manejo depende de la presencia de síntomas o aumento del tamaño. El drenaje endoscópico, desarrollado en los últimos años, presenta morbilidad entre el 11 y 16%. A las distintas modalidades terapéuticas endoscópicas reconocidas (transmural, transpapilar y combinada), se recomienda últimamente asociar la ecoendoscopia para conseguir una óptima localización del punto de punción identificando factores locales de riesgo que afectan la seguridad y éxito de la técnica: distancia entre pseudoquiste y pared gastroduodenal (deberá ser inferior a 10 mm), presencia de vascularización, posibles varices murales y de restos necróticos en el interior del pseudoquiste.

Conclusión

La ecoendoscopia asociada al drenaje endoscópico del PQ optimiza la técnica disminuyendo posibles complicaciones, sobre todo hemorrágicas, por lo que se recomienda como estrategia terapéutica.

P37. MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERFORACIONES ESOFÁGICAS

Bernal Moreno DA, Tallón Aguilar L, Serrano Borrero I, Muñoz Ortega A, Jiménez Riera G, Vázquez Medina A, Ibáñez Delgado F, Sobrino Rodríguez S.

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

Introducción

La perforación esofágica es una patología poco frecuente (cinco casos por cada millón de habitante y año), pero con una alta tasa de morbi – mortalidad asociada.

Objetivo

El objetivo de nuestro estudio es analizar todas las perforaciones esofágicas tratadas en nuestro centro durante los últimos once años.

Material y métodos

Hemos estudiado todas las perforaciones esofágicas de los últimos once años (n = 71) analizando datos epidemiológicos (sexo y edad), antecedentes personales, localización de la lesión esofágica, clínica de presentación, mecanismo de producción, pruebas complementarias realizadas para su diagnóstico, intervención quirúrgica realizada, tasa de exitus y reintervenciones y estancia hospitalaria.

Resultados

Las perforaciones esofágicas son más frecuentes en varones con una mediana en la 5ª década de la vida. Los mecanismos de producción más frecuente son el iatrogénico, el síndrome de Boerhaave y los cuerpos extraños. Su localización más frecuente es el 1/3 distal. El tratamiento de las mismas es cada vez más conservador y menos agresivo, teniendo una experiencia limitada con otros tipos de tratamientos como las endoprótesis o los sellantes biológicos. Nuestra tasa de exitus y reintervenciones es relativamente baja.

Conclusiones

La tendencia actual en el manejo de las perforaciones esofágicas intenta ser cada vez más conservador. La aparición de otras técnicas terapéuticas, como pueden ser las endoprótesis o los sellantes biológicos, juegan un papel importante en esta tendencia. Nuestra experiencia inicial con las mismas es esperanzadora en este sentido, aunque no disponemos de un gran número de pacientes en nuestra serie.

P38. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS POST-COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

Maiquez Abril R., Cañizo Rincón I., Soler Humanes R., Sanchíz Cárdenas E., Cabrera Serna I., Rivas Becerra J., Bravo Arenzana L.M., Ocaña Wilhelmi L.T.

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica diagnóstico-terapéutica ampliamente empleada hoy en día en patología de la vía biliar. Como toda técnica invasiva, puede presentar una serie de complicaciones tras su realización, la mayoría de ellas leves y no subsidiarias de intervención quirúrgica. Las complicaciones que requieren manejo quirúrgico más frecuente tras realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica son principalmente las perforaciones, ya sean de víscera hueca (principalmente afectando a la porción retroperitoneal del duodeno) o de la vía biliar.

Material y métodos

Se presenta una serie de casos intervenidos en nuestro servicio que, tras realización de CPRE y derivada de ésta, han requerido intervención quirúrgica en los últimos cuatro años. Se han realizado desde técnicas más conservadoras como cierre puntual de la perforación y drenaje de la vía biliar hasta técnicas más agresivas como la duodeno-pancreatectomía céfalica (DPC). También existen casos en los que no se han visualizado la perforación tras laparotomía, realizándose tratamiento conservador.

Resultados

Se evalúan las distintas técnicas y sus resultados, teniendo en cuenta la edad del paciente y su estado previo, así como las reintervenciones posteriores necesarias.

Conclusiones

Es necesario individualizar la actitud quirúrgica a tomar no sólo según la clínica que presente el paciente, el tipo de complicación que se haya producido, los hallazgos intraoperatorios y la edad y calidad de vida previa del paciente, debiendo valorar una actitud más agresiva o más conservadora según estos factores, sino también teniendo en cuenta la experiencia del cirujano.

P39. SANGRADO POSTESFINTEROTOMÍA

Durán Campos A., Sáez Gómez A.B., Mongil Poce L., Jiménez Pérez M., Melgar Simón J.M., Manteca González R.

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

Introducción

El sangrado tras esfinterotomía endoscópica (EE) es una complicación relativamente frecuente de la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), entre un 2-8%. Generalmente la hemorragia se autolimita, y cuando esto no ocurre, la aplicación de tratamiento endoscópico resulta eficaz para su resolución.

Objetivos

Evaluar la hemorragia postesfinterotomía en relación a las características del paciente, la indicación de la CPRE, y medidas de terapéutica endoscópica aplicadas.

Pacientes y métodos

Pacientes que durante el periodo 2006-2008 fueron sometidos a CPRE en el Hospital Carlos Haya de Málaga, y que presentaron como complicación hemorragia postesfinterotomía, teniendo en cuenta características clínicas, endoscópicas y evolución posterior.

Resultados

Durante Enero de 2006 a Diciembre de 2008 se llevaron a cabo 1425 CPRE, en las cuales se realizaron 1099 EE. La hemorragia se presentó en 70 de ellas (6,36%). La edad media de los pacientes fue de 67,9 +/- 14,37 años, siendo 39 de ellas mujeres (55,7%). Treinta y nueve pacientes (55,7%) presentaban comorbilidades asociadas, y 29 (41,4%) el antecedente de cirugía previa (21 colecistectomías, y 8 otras intervenciones). La indicación más frecuente fue colangitis aguda (37,1%) seguida de ictericia obstructiva sin fiebre (34,3%). El hallazgo diagnóstico más común fue coledocolitiasis (58,6%). Se objetivó la coexistencia de divertículo duodenal peripapilar en 21 de nuestros pacientes (30%). Hubo sangrado inmediato en 61 pacientes (87,1%), siendo 13 (21,3%) autolimitados y en 45 pacientes (73,7%) se tuvo que aplicar medidas terapéuticas endoscópicas (coagulación como único método en 41 pacientes). Tres de los pacientes con hemorragia inmediata fueron sometidos a una segunda exploración por persistencia del sangrado, realizándose en 2 de ellos hemostasia con adrenalina. Se produjo sangrado diferido en 9 pacientes (12,85%), 6 de los cuales se trataron con combinación de dos métodos hemostáticos (adrenalina + argón/coagulación), con buena respuesta, excepto un caso que requirió cirugía para controlar el sangrado. La mortalidad fue del 0%.

Conclusiones

La hemorragia postesfinterotomía se produjo en el 6,36% de las EE, siendo en la mayoría de los casos de escasa cuantía y de presentación inmediata. En nuestra serie se consiguió un buen control de la hemorragia con medidas de terapéutica endoscópica. Sólo uno de nuestros pacientes precisó cirugía (0,09% de las EE). La edad avanzada y la existencia de comorbilidades se asocian con mayor incidencia y peor control del sangrado, a pesar de ello la mortalidad en nuestro estudio fue nula. Pegue aquí el texto de su comunicación.

P40. EXPERIENCIA INICIAL DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA EN NUESTRO HOSPITAL

Durán Campos A., Mongil Poce L., Sáez Gómez A.B., Pinto García I., Escalante Llamas A., Lamarca Hurtado J.C., Manteca González R.

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

Introducción

La ultrasonografía endoscópica (USE) es una técnica cada vez más utilizada en el estudio de las patologías del tubo digestivo y estructuras adyacentes, con especial importancia en la patología biliopancreática. Es especialmente útil y cada vez más imprescindible para la toma de decisiones clínicas en pacientes con procesos neoplásicos, bien para el diagnóstico histológico, bien para el estudio de extensión.

Objetivo

Analizar las exploraciones de USE realizadas en nuestro Hospital.

Material y métodos

Estudio observacional y descriptivo de las USE y USE-PAAF realizadas en nuestro Hospital desde Enero de 2007 hasta Julio de 2009. La mayoría de las USE se llevaron a cabo bajo sedación por parte del endoscopista. Se realizaron con equipo lineal de Pentax y con minisondas transendoscópicas de Fuji (12 y 20 Mhz).

Resultados

En total se llevaron a cabo 277 exploraciones. 185 con minisondas ecográficas, de las cuales 55 (29,73%) correspondieron a estudio de tumores submucosos, 41 (22,16%) para estadiaje/revisión tras tratamiento de neoplasias esofagogástricas, 33 (17,84%) diagnóstico de varices subcardiales y fúndicas, 27 (14,59%) en el estudio de la pared del tubo digestivo, 10 (5,4%) en pólipos previa polipectomía y 19 (10,27%) para otras indicaciones (compresiones extrínsecas, achalasia, esófago de Barret, úlceras gástricas inflamatorias, adenopatías, etc...) Dentro de los tumores submucosos, 30 (54,55%) correspondieron a leiomiomas/ leiomiosarcomas/ GIST. Con ecoendoscopio lineal se realizaron 92 exploraciones, de las cuales 28 (30,43%) correspondieron a diagnóstico/estadiaje de masas sólidas de páncreas y 9 (9,78%) a lesiones quísticas pancreáticas, dentro de ellas un drenaje de pseudoquiste pancreático guiado por USE. El estudio de tumores submucosos se llevó a cabo en 18 pacientes (19,46%), patología mediastínica en 12 (13,04%), pliegues gástricos engrosados 6 (6,52%), estadiaje de neoplasias esofágicas 4 (4,35%), estudio de pancreatitis idiopática/crónica o microlitiasis 4 (4,35%), compresiones extrínsecas 4 (4,35%), colangiocarcinoma 2 (2,17%), otras patologías 2 (2,17%). También se realizaron 3 (3,26%) USE rectales para diagnóstico/estadiaje de tumores rectales/pélvico. Se llevaron a cabo 53 PAAF (57,6%) de las USE lineales, siendo la indicación más frecuente la patología pancreática 23 (43,40%). No hubo complicaciones importantes relacionadas directamente con la técnica endoscópica, ni siquiera en aquellos pacientes en los que se les realizó además algún procedimiento invasivo.

Conclusiones

La USE es una exploración imprescindible para el manejo de diversas patologías bilio-pancreáticas, digestivas en general y mediastínicas. Se trata de un procedimiento técnico complejo y que requiere un amplio período de aprendizaje. A pesar de ello, en nuestra serie fue bien tolerada y sin complicaciones importantes.

P41. EXPERIENCIA SOBRE LA EFICACIA DE TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Bejarano García A., García Esteban M.C., Núñez Sousa C., Rojas Feria M., Pallarés Manrique H., Ramos Lora M.

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Introducción

El adalimumab es un anticuerpo monoclonal recombinante humano que se une al TNF, y que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la EII.

Objetivos

- Evaluar la eficacia del tratamiento con Adalimumab en CU y EC, tanto luminal como fistulosa perianal.
- Valorar características de la enfermedad que puedan asociarse con la eficacia del tratamiento.

Material y métodos

- Estudio descriptivo de las características clínicas de los pacientes tratados con Adalimumab en centro.
- Análisis descriptivo y retrospectivo de la eficacia del tratamiento con Adalimumab en pacientes con EII.
- Análisis estadístico mediante SPSS 17.0 para Windows.

Resultados

Se incluyeron un total de 34 pacientes tratados con Adalimumab, 2 de ellos con Colitis Ulcerosa (CU) y 32 con Enfermedad de Crohn (EC), en 13 de los cuales existía enfermedad perianal asociada. La media de edad al diagnóstico fue de 34 años (rango 11-70). Un total de 32 pacientes habían recibido previamente tratamiento con inmunosupresores (6 Infiximab, retirándose en 3 de ellos por no respuesta, en 2 por Hipersensibilidad y 1 por aparición de absceso). La indicación de antiTNF fue refractariedad en 15 pacientes, corticodependencia en 8 y por ambos motivos en 11. Se realizó tratamiento de inducción con 160 mg sc de Adalimumab en la semana 0; 80 mg sc en la semana 2, manteniéndose esta misma dosis como mantenimiento cada 2 semanas en 30 pacientes (reduciéndose la dosis a 40 mg sc cada 2 semanas en 10 de estos pacientes en el intervalo de 6-16 semanas, en 2 por efectos secundarios), y en los 4 restantes se realizó el mantenimiento con 40 mg sc cada 2 semanas (en 1 pacientes se aumento la dosis a 80 mg sc cada 2 semanas por no respuesta). Se cuantificaron efectos secundarios en un total de de 7 pacientes, ninguno de ellos grave. Se valoró la respuesta al mes de la dosis de inducción, clasificándose como remisión completa, respuesta parcial y no respuesta. Tras la primera dosis presentaron remisión completa un total de 16 pacientes, respuesta parcial 6 y no respuesta 12. En el subgrupo de afectación perianal (13 pacientes) se observó remisión en 7, respuesta parcial en 4 y no respuesta en 2. Todos los casos mantuvieron la respuesta con una mediana de seguimiento de 10 meses. No se observaron diferencias de respuesta entre pacientes en cuanto a años de evolución

de la enfermedad, localización, ni en cuanto a la dosis de mantenimiento.

Conclusiones

Adalimumab se muestra como un tratamiento efectivo en el tratamiento de la EII con un buen perfil de seguridad sin poder observar que una dosis de mantenimiento mayor a la usada habitualmente no concluye en mejores resultados en términos de respuesta.