

## POSTERS

### P1. SERIE DE NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA Y DRENAJES PERCUTÁNEOS.

J. Jorge Cerrudo<sup>1</sup>; E. Martínez Amate<sup>2</sup>; A. Becerra Massare<sup>1</sup>; K. Muffac Granero<sup>1</sup>; T. Villegas Herreras<sup>1</sup>; J. Jiménez González<sup>1</sup>; D. Garrote Lara<sup>1</sup>; J. Ferrón Orihuela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada), Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería), Servicio Aparato Digestivo.

#### Objetivo

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

#### Método

Presentamos una serie de 4 casos de necrosis pancreática infectada, tratados mediante la interposición de un catéter de drenaje percutáneo, durante el año 2009. Los drenajes, con un calibre de 12 French, fueron colocados con guía de imagen (TAC), mediante técnica de Seldinger, tras el diagnóstico de infección de necrosis con PAAF. Se excluyeron aquellos en los que la intervención quirúrgica fue la única opción terapéutica.

#### Resultados

La edad media fue de 56 años con una distribución entre hombres y mujeres de 3:1. De los 4 pacientes, 3 requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos en algún momento de su estancia hospitalaria. Se usó un solo drenaje en cada uno de los pacientes, 2 de los cuales necesitaron un recambio por oclusión. No se constató morbilidades por el uso de esta técnica. Existió una remisión total del cuadro en 2 pacientes, el resto precisó intervención quirúrgica mediante laparotomía media. De los pacientes operados se registró un éxito debido a fallo multiorgánico. En un paciente se optó por vigilancia ambulatoria del drenaje, y

solo 1 caso requirió reingreso para drenar la necrosis residual. La estancia hospitalaria media acumulada entre ingresos y reingresos fue de 72 días.

#### Conclusiones

Existen dos enfoques en el uso de drenajes percutáneos en necrosis pancreática infectada. Por un lado, el uso de drenajes puede ser útil para el control parcial del foco a la espera de necrosectomía, ya que una cirugía tardía disminuye la morbimortalidad perioperatoria (por la mejor delimitación de la necrosis). Por otro lado, el uso de este tratamiento puede resolver en ocasiones, la infección de forma definitiva. Actualmente, necrosectomías mínimamente invasivas (incisión en flanco, laparoscopia con puerto único, necrosectomías endoscópicas), están adquiriendo mayor importancia, aunque aún existe suficiente evidencia científica al respecto.

### P2. PSEUDOQUISTES PANCREÁTICAS: RESULTADOS DEL DRENAJE PERCUTÁNEO.

J. Jorge Cerrudo<sup>1</sup>; E. Martínez Amate<sup>2</sup>; T. Villegas Herrera<sup>1</sup>; A. Becerra Massare<sup>1</sup>; K. Muffac Granero<sup>1</sup>; J. Jiménez Rodríguez<sup>1</sup>; D. Garrote Lara<sup>1</sup>; J. Ferrón Orihuela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada), Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Servicio Aparato Digestivo.

#### Objetivos

El drenaje percutáneo mediante catéter con guía de imagen es el tratamiento de elección de las colecciones abdominales. Sin embargo, según el tipo de colección y sus características existen varias opciones de tratamiento. Presentamos la experiencia en nuestro medio del drenaje de pseudoquistes pancreáticos en 5 años.

#### Método

Se presenta un estudio retrospectivo de pseudoquistes pancreáticos drenados de forma percutánea, entre los años 2005 a 2009 en el Servicio de Cirugía General del Hospital Virgen de las Nieves de Granada. El tamaño muestral fue de 9 pacientes. Se incluyeron pacientes con síntomas derivados del pseudoquiste (compresión, hemorragia o infección)

#### Resultados

La edad media fue 58 años, con 4 hombres y 5 mujeres. Se utilizó un drenaje en cada paciente y no hubo necesidad de recambios. No se presentaron morbilidades. Se observó una resolución total en 8 pacientes (89%). Un paciente requirió intervención quirúrgica (11%) por fracaso

del tratamiento. La vigilancia ambulatoria del drenaje se utilizó en 2 pacientes (22%) y se constataron 3 reingresos (33%), de los cuales 1 (11%) necesitó otra punción-drenaje. No se registró ningún éxito. La estancia hospitalaria media total entre ingresos y reingresos fue de 29 días.

### Conclusiones

La clasificación D'Egido y Schein de los pseudoquistes pancreáticos es un factor relevante en cuanto a la eficacia del tratamiento percutáneo. Según ésta, existe una menor probabilidad de éxito en los pseudoquistes con disrupción u obstrucción del ducto pancreático. La eficacia del drenaje en esta patología supone un 50% en las mayores series publicadas hasta la fecha. En nuestra experiencia se obtuvo una mayor tasa de resolución, no obstante, sería necesario un mayor tamaño muestral. La utilización de técnicas endoscópicas (transgástrica, transduodenal, transpapilar) han tenido mayor éxito en la literatura, llegando a un 90% a largo plazo.

### P3. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE INFlixIMAB EN EL TRATAMIENTO DE PiodERMA GANGRENOSO ASOCIADO A COLITIS ULCEROSA EN NUESTRO MEDIO.

C. Heredia Carrasco

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Aparato Digestivo.

### Introducción

El Pioderma gangrenoso es una afectación cutánea que en el 50% de los casos se asienta en un sustrato de enfermedad autoinmune, siendo la asociación más frecuente (no exclusiva) la Enfermedad Inflamatoria intestinal. La eficacia del Infliximab para el tratamiento de los pacientes con Colitis Ulcerosa moderada o grave, refractaria a corticoides y/o inmunosupresores, es efectivo para inducir la remisión clínica y curación de las lesiones cutáneas.

### Objetivos

Valorar la eficacia de Infliximab en pacientes con pioderma gangrenoso asociado a colitis ulcerosa.

### Material y métodos

Describimos 3 casos diagnosticados de Colitis Ulcerosa con aparición de Pioderma gangrenoso, sin respuesta a tratamiento corticoideo y con sintomatología invalidante. Se realiza estudio observacional, descriptivo con recogida de datos retrospectiva.

### Resultados

Se trata de 1 varón y 2 mujeres con edad media de 48+2 años. Todos estaban en tratamiento de mantenimiento con azatioprina o mercaptopurina. El tiempo medio hasta aparición de pioderma gangrenoso fue 10 años (3-21). Obtuvimos un 100% de respuesta al tratamiento con Infliximab (5 mg/Kg), con un tiempo medio de respuesta de 12 semanas.

### Conclusiones

1. El Pioderma gangrenoso en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal actualmente no cuenta con un tratamiento específico.

2. Infliximab es un fármaco eficaz para conseguir la remisión clínica de lesiones cutáneas graves de Pioderma Gangrenoso asociado a Colitis Ulcerosa.

### P4. LOES CEREBRALES EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA.

C. Heredia Carrasco, A.M. Matas Cobos, C. González Artacho, M.M. Martín Rodríguez, M.A. López Garrido, J. De Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Aparato Digestivo.

### Introducción

El absceso cerebral es un proceso supurativo focal dentro del parénquima cerebral. Su microbiología está influenciada por el estado inmunitario del paciente, siendo la cirrosis hepática una enfermedad debilitante que predispone a la infección por gérmenes oportunistas sin efecto patógeno en personas sanas.

### Caso clínico

Varón de 66 años con antecedentes de cirrosis hepática por VHC que acude a urgencias por fiebre, dolor abdominal y desorientación. Exploración física: Tª 37.5°C, desorientación y lenguaje incongruente. Abdomen blando, depresible, con ascitis moderada. Edemas maleolares con fovea. Analítica: leucopenia leve (4380/mm<sup>3</sup>) y disminución de la actividad de protrombina (67%). Resto de pruebas normales. Se ingresa en Digestivo con el diagnóstico de encefalopatía hepática. Al día siguiente se realiza TAC craneal urgente (fig.1) por afasia motora: imagen hipodensa fronto-temporal compatible con lesión isquémica aguda. Sufre episodio de convulsiones tónico-clónicas y se recibe hemocultivo positivo para *L. monocytogenes*. Se realiza RM craneal con y sin contraste paramagnético (fig.2): compatible con múltiples abscesos cerebrales y cerebritis. A pesar del

tratamiento antibiótico, el paciente empeora y fallece 4 meses tras el ingreso.

### Discusión

*Listeria monocytogenes* es una bacteria que se transmite a humanos a través de la ingesta de alimentos contaminados o por vía cutánea, con diseminación hematológica a otros órganos (especial tropismo por el SNC). Afecta con más frecuencia a mayores de 60 años con alteración de la inmunidad celular o enfermedades debilitantes como la cirrosis hepática. La afectación más frecuente en el SNC es la meningitis, aunque los abscesos cerebrales representan un 10% de los casos y son debidos a la siembra bacteriémica (frecuentemente estos pacientes presentan hemocultivos positivos). Las manifestaciones clínicas son variadas (pródromos de fiebre y cefalea seguido por déficit asimétrico de pares craneales, signos cerebelosos e incluso déficit hemiparésico). El método de diagnóstico ideal es la RM con contraste (superior a la TC). El tratamiento de elección es ampicilina intravenosa (2g/4h) asociada o no a gentamicina (1-1.7 mg/Kg cada 8h) durante 6-8 semanas si existen abscesos cerebrales/encefalitis.



### P5. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PORTADOR DE PRÓTESIS AÓRTICA MECÁNICA.

C. Heredia Carrasco, A.M. Matas Cobos, C. González Artacho, M. López De Hierro Ruiz, M.A. López Garrido, J. De Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Aparato Digestivo.

### Introducción

La hemorragia digestiva alta es motivo de consulta frecuente en urgencias hospitalarias y la mayoría son secundarias a úlceras pépticas (55-70%). Poco frecuentes y graves son las fístulas aorto-esofágicas, ya que un alto porcentaje fallece por hemorragia masiva sin poder realizarse un procedimiento quirúrgico, y en quienes se realiza, existe una alta morbimortalidad (50-85%).

### Descripción

Un varón de 58 años acude a urgencias por vómitos de sangre roja fresca acompañados de mareo, sudoración y malestar general. Desde un mes antes expulsaba pequeñas cantidades de sangre roja con la tos. Como antecedentes personales destacan coartación de aorta y angioplastia quirúrgica a los 22 años, hipertensión arterial y sustitución de válvula aórtica por prótesis metálica a los 55 años. Sigue tratamiento con acenocumarol y betabloqueantes. Presenta mal estado general, palidez cutáneo-mucosa e hipotensión arterial. El resto de la exploración física es anodina. En los datos analíticos destaca hemoglobina 6.4 g/dl. Se realiza Endoscopia Digestiva Alta y a 25 cm de la arcada dentaria, en cara anterior esofágica, se aprecia una impronta ovalada de coloración azulada, con un coágulo rojo organizado y una zona fibrinada, sin sangrado activo. La TC y Angio-TC torácica muestran una formación sacular de 2.2 cm en la pared del cayado aórtico y en íntimo contacto con pared izquierda esofágica, sin extravasación de contraste en la luz esofágica. El paciente es intervenido por Cirugía Vasculor, colocando una endoprótesis que excluye la aorta torácica patológica. A las tres semanas presenta datos de resangrado digestivo por apertura de la fístula, realizándose angioplastia endoluminal de la endoprótesis torácica. Al poco tiempo el paciente fallece por nueva apertura de la fístula.

### Discusión

Las fístulas aorto-esofágicas secundarias a aneurismas de aorta torácica por cirugía previa son muy raras (0.6-2.3%) y con elevada morbimortalidad. La forma de presentación más frecuente es la hemorragia digestiva. Clásicamente se describe la Triada de Chiari (1914): dolor torácico, sangrado centinela y hemorragia digestiva masiva. Ante hemorragia digestiva alta y antecedente de cirugía vascular torácica, se debe estabilizar al paciente y realizar una TC torácica. Si la situación lo permite, realizaremos endoscopia digestiva alta, que en nuestro caso nos proporcionó un diagnóstico de sospecha que se confirmó con

la TC torácica. El tratamiento de elección es la realización de cirugía endovascular, aunque en la mayoría de los casos que llegan a la cirugía, la muerte acontece por sepsis y resangrado.

## **P6. EVALUACIÓN DEL PAPEL DEL GASTROENTERÓLOGO EN EL PROCESO ASISTENCIAL CÁNCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL TORRECÁRDENAS.**

E. Martínez Amate; R. Carreño González; R. Bendezú García; M. Rodríguez Manrique; F. Anguita Montes; A. Gálvez Miras; J. Vega Sáenz

Hospital Torrecárdenas, Aparato Digestivo.

### **Introducción**

El cáncer colorrectal supone la segunda causa de muerte por cáncer en Andalucía, presentando unas tasas brutas de incidencia del 32- 39/100.000 habitantes/año. Dada su frecuencia y potencial gravedad, el Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006 se planteó, entre otros objetivos, la implantación de un proceso asistencial que mejorara la calidad de asistencia recibida por el ciudadano. A tales fines, con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se analizaron los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tenían los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos. Esta Gestión por Procesos, se fue implantando de forma progresiva en distintos centros sanitarios andaluces y se fijó como un objetivo primordial, un análisis continuo de los resultados del proceso a través de indicadores de calidad que permitiera nuevas propuestas de mejora.

### **Objetivos**

- Analizar la cumplimentación de los indicadores de calidad pre-fijados para los digestólogos del Hospital Torrecárdenas en el Proceso cáncer-colorrectal.

- Planteamiento de nuevas propuestas de mejora en función de los resultados.

### **Material y métodos**

Estudio observacional, prospectivo y longitudinal que incluye todos los pacientes derivados a la consulta especializada de Digestivo como Proceso cáncer colorrectal desde el momento de su implantación hasta el momento actual en el Hospital Torrecárdenas.

## **Resultados y conclusiones**

Los indicadores de calidad del gastroenterólogo han sido cumplimentados al 100%, lo que supone unos resultados satisfactorios y alentadores aunque no exentos de nuevas propuestas de cambio, de acuerdo a lo esperado antes su implantación.

## **P7. TRATAMIENTO DE TERCERA LÍNEA CON INFLIXIMAB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA ACTIVA CORTICORREFRACTARIA TRAS FRACASO A CICLOSPORINA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.**

M. Soto Escribano<sup>1</sup>; E. Iglesias Flores<sup>1</sup>; V. García Sánchez<sup>1</sup>; M. Naveas Polo<sup>1</sup>; M. Rodríguez Perálvarez<sup>2</sup>; C. Gálvez Calderón<sup>1</sup>; F. Gómez Camacho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo.

### **Introducción**

Cuando fracasa la ciclosporina (CyA) en brotes de colitis ulcerosa (CU) corticorrefractarios, el infliximab (IFX) podría ser una alternativa para evitar la colectomía. Sin embargo, se desconoce la seguridad y eficacia de este tratamiento secuencial.

### **Objetivos**

Evaluar la eficacia y seguridad del IFX tras el fracaso de CyA en pacientes con CU activa corticorrefractaria.

### **Material y métodos**

Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con brote de CU corticorrefractario sin respuesta a CyA que recibieron tratamiento con IFX. La severidad del brote y la respuesta terapéutica fueron estimadas según el Índice de Lichtiger (IL). Se describen las características clínicas de estos pacientes, respuesta al tratamiento y efectos secundarios.

### **Resultados**

Se recogieron 6 pacientes con pancolitis y uno con colitis distal. La mediana del IL al ingreso era de 17. Siguieron corticoterapia intravenosa y, seguidamente, CyA (uno de ellos oral y el resto intravenosa) durante una media de 6 días, sin respuesta. Posteriormente se empleó IFX. La mediana de IL una semana después de la 1ª dosis de IFX era de 7 y tras finalizar el tratamiento, de 3. Se consiguieron un 71.5% de remisiones (5) y 14.3% (1) de respuestas sin remisión. Otro paciente, que recibió CyA oral, no respondió y

requirió colectomía. No se mostraron efectos secundarios al tratamiento.

### Conclusiones

El empleo de IFX tras el fracaso de CyA en CU con brote corticorrefractario parece ser seguro y eficaz para evitar la colectomía. Sin embargo, se precisan estudios controlados con mayor tamaño muestral para demostrar esta aseveración.

### P8. ESFINTEROTOMÍA DE AGUJA O PRECORTE: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

M. Tercero Lozano; G. Carrillo Ortega; I. del Castillo Codes; F. Padilla Ávila; M. Pérez Durán; F. Morales Alcazar; E. Baeyens Cabrera

Complejo Hospitalario Jaén, Unidad Aparato Digestivo.

### Introducción

La esfinterotomía de aguja (EA) o precorte es una técnica endoscópica utilizada para acceder al conducto biliar, cuando métodos de canulación habituales han fracasado. Generalmente, es seguida por esfinterotomía convencional (EC).

### Objetivos

Presentar nuestra experiencia en Unidad Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario Jaén.

### Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo que incluye 45 pacientes entre enero 2004-Junio 2010, sometidos a EA por canulación difícil de vía biliar.

### Resultados

Se incluyeron 45 pacientes sometidos a EA (en una sola sesión); 62,2 % varones y 37,8 % mujeres. La edad media de pacientes fue de 73,71±13,938 años. Veintidos pacientes (48,9%) estaban colecistectomizados frente a 21 (46,7%) que no, y en otros dos (4,4%) se realizó en el mismo acto quirúrgico. Ninguno de ellos presentaba cirugía gástrica previa. Los hallazgos obtenidos fueron coledocolitiasis (40%), neoplasias pancreáticas (24,4%), ampuloma (8,9%), estenosis coledocal benigna (6,7%), normalidad vías biliares (6,7%), enfermedad de Caroli (2,2%) y 5 pacientes (11,1%) no se puede canalizar vía biliar. Se logró el acceso biliar en 35 de los 45 casos (77,7 %). La evolución fue satisfactoria en 37 pacientes (82,2 %), presentando complicaciones 8 enfermos; de los cuales 7 (15,6%) fueron hemorragias postesfinterotomía y 1 colangitis (2,2%). Ninguna de complicaciones fue grave, no

produciéndose fallecimientos, perforaciones ni pancreatitis.

### Conclusiones

La EA o precorte es una técnica endoscópica compleja, con un porcentaje de éxito variable y un número considerable de complicaciones. A pesar de ello, en nuestra serie los resultados obtenidos han sido bastante satisfactorios, muy similares a los publicados por otros autores.

### P9. PREPARACIÓN COLÓNICA CON DOS EVACUANTES DISTINTOS: FOSFOSODA VS CITRAFLEET.

G. Carrillo Ortega; F. Padilla Ávila; M. Tercero Lozano; F. Morales Alcázar; R. Fernández Pérez; E. Baeyens Cabrer

Complejo Hospitalario de Jaén, Servicio de Aparato Digestivo.

### Introducción

Actualmente existen diferentes evacuantes para la preparación del colon antes de la realización de una colonoscopia. Los más utilizados son sulfato de sodio (Fosfosoda ®), laxante de acción osmótica y picosulfato sódico (Citrafleet ®) con acción osmótica y catártica.

### Objetivos

Comparación de Fosfosoda vs Citrafleet en la limpieza de cada tramo colónico.

### Material y métodos

Incluye a 77 pacientes a los que se realizó colonoscopia en nuestro Hospital entre Mayo y Junio 2010 analizando el evacuante utilizado y la limpieza de cada segmento.

### Resultados

Se incluye a 77 pacientes, (48 hombres y 29 mujeres) con una edad media de 57,54±16,16 años. En 32 pacientes se empleó Citrafleet (41,56%) y en 45 Fosfosoda (48,44%) En la valoración de recto y sigma se evidenció mucosa limpia en 80% de pacientes preparados con Fosfosoda frente a un 62,50% en preparados con Citrafleet; heces líquidas en algunos tramos en un 17,75% en Fosfosoda frente a 1,75% en Citrafleet; heces sólidas que se desprenden con lavados en 12,50% en Citrafleet. Heces sólidas en 2,22% en Fosfosoda y 6,25% en Citrafleet. Colon descendente: mucosa limpia 73,33% en pacientes preparados con Fosfosoda frente a 53,12% con Citrafleet. Colon transversal: 60% de mucosa limpia con Fosfosoda vs 35,48% con Citrafleet. Ciego: 45,45% de pacientes preparados con Fosfosoda se observó mucosa limpia frente a 31,03% en Citrafleet.

## Conclusiones

Según la experiencia en nuestro centro existe una mejor limpieza colónica en todos sus trayectos en pacientes preparados con Fosfosoda, observando las mayores diferencias entre ambos evacuantes en colon descendente.

## P10. HEMORRAGIAS DIGESTIVAS BAJAS: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS Y RELACIÓN CON TOMA DE FÁRMACOS GASTROLESIVOS.

G. Carrillo Ortega; F. Morales Alcázar; A. García Robles; F. Padilla Ávila; A. Trapero Martínez; M. Tercero Lozano

Complejo Hospitalario de Jaén, Servicio de Aparato Digestivo.

## Introducción

La hemorragia digestiva baja supone el 1% de los ingresos hospitalarios, estimándose una incidencia de 20-30 casos por 100.000 habitantes. Entre 75 y 85% cesan espontáneamente, con recidiva del 13%, por lo que interesa analizar factores que favorecen la misma.

## Objetivos

Analizar incidencia, hallazgos endoscópicos y complicaciones de hemorragia digestiva baja y su relación con toma de fármacos gastrolesivos.

## Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, que incluye a 43 pacientes ingresados por hemorragia digestiva baja entre Enero y Junio 2009 en el Complejo Hospitalario de Jaén.

## Resultados

Se analiza a 43 pacientes distribuidos por sexo con un 55,8 % de mujeres y 44,2% de hombres con una edad media de  $75,20 \pm 10,58$  años. La forma de presentación fue rectorragia en un 86% y hematoquecia el 14%, presentando repercusión hemodinámica el 4,7 %. La Hb media a su ingreso fue de  $11,37 \pm 2,65$  g/dl y el Hto  $32,95 \pm 7,52$  %, precisando transfusión de hemoderivados el 23,31 %. El 34,9% estaba en tratamiento con antiagregantes, el 27,9% con anticoagulantes y el 18,6% con AINEs siendo el ibuprofeno el más frecuente ( 14%). El hallazgo endoscópico más objetivado fueron divertículos en un 32,14 %, seguido de colitis en 14,29%, pólipos en 10,71%, escaras de polipectomía en 10,71%. Requirieron técnicas terapéuticas el 4,6% y segunda endoscopia el 2,3 %.

## Conclusiones

La hemorragia por enfermedad diverticular es la

causa más frecuente de HDB, y el factor extrínseco más implicado la toma de antiagregantes orales, precisando en casos graves técnicas endoscópicas terapéuticas y/o cirugía.

## P11. MARCADORES INMUNOHISTOQUÍMICOS P 53 Y KI 67: USO DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO EN EL CÁNCER DE COLON.

F. Padilla Ávila<sup>1</sup>; G. Carrillo Ortega<sup>1</sup>; R. Martínez García<sup>1</sup>; F. Morales Alcázar<sup>1</sup>; R. Luque Barona<sup>2</sup>; F. Rodríguez Serrano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario De Jaén, Ucg Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Complejo Hospitalario De Jaén, Anatomía Patológica; <sup>3</sup>Instituto De Biopatología Y Medicina Regenerativa. Granada, Anatomía y Embriología Humana.

## Introducción

La carcinogénesis colorrectal es un proceso multifactorial influenciado por factores ambientales y genéticos. Las células cancerígenas colónicas expresan marcadores inmunohistoquímicos como el p53( guardián del genoma) y el Ki-67 relacionado con la proliferación celular.

## Objetivos

- Determinar la expresión de marcadores inmunohistoquímicos en células cancerígenas de colon.
- Ver la relación existente entre proteína p53, ki-67, tamaño y grado de infiltración del tumor.
- Valorar respuesta al tratamiento según la expresión de marcadores.

## Material y métodos

Se revisaron los casos diagnosticados como cáncer de colon intervenidos quirúrgicamente en el "Hospital de Jaén" durante 2008. Se encontró un total de 40 pacientes, cuya pieza se hallara en este Hospital. Se buscó el informe anatomopatológico para consignar sexo y edad, grado de infiltración y metástasis, así como tamaño, forma y localización del tumor. Dicha evaluación permitió seleccionar 23 casos.

## Resultados

Seleccionamos 23 pacientes (10 hombres/23 mujeres), media de edad 62,8 años. Tamaño promedio del tumor: 26,80 mm. Forma predominante: ulcero-vegetante (34,78%). Estadiaje TNM: III B (39,13%), IIA (30.43%). Expresión de marcadores expresada en porcentaje de células positivas: máximo de 84,44% para p53 y de 93,57% para ki67.

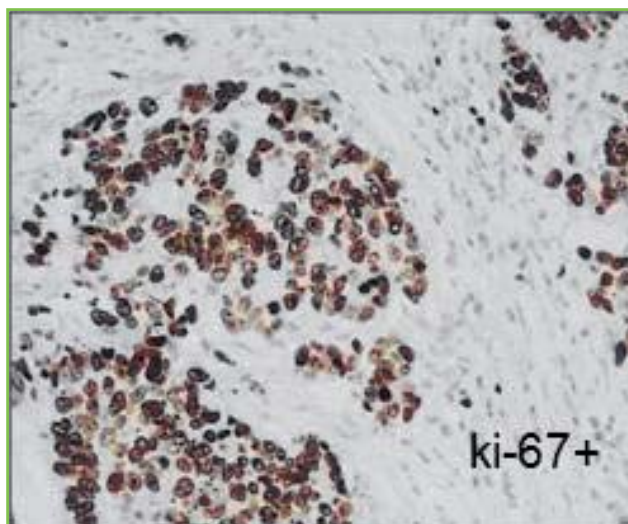
### Conclusiones

- El tamaño del tumor está en relación directa con el grado de infiltración de la neoplasia.

- La mayoría de los pacientes en Estadio III presentan expresión para p53.

- La expresión de la proteína p53 mutada es directamente proporcional al tamaño y grado de infiltración, a excepción de 3 pacientes con estadio I que presentan un nivel elevado de p53.

- La expresión de ki 67 aparece en porcentajes variables en todos los pacientes, sin apreciarse relación con el estadio tumoral.



### P12. ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. REVISIÓN DE CASOS DIAGNOSTICADOS EN NUESTRO CENTRO EN EL ÚLTIMO AÑO (2009).

F. Morales Alcázar; F. Padilla Ávila; I. del Castillo Codes; G. Carrillo Ortega; M. Tercero Lozano; A. García Robles

Complejo Hospitalario de Jaén, UGC Aparato Digestivo.

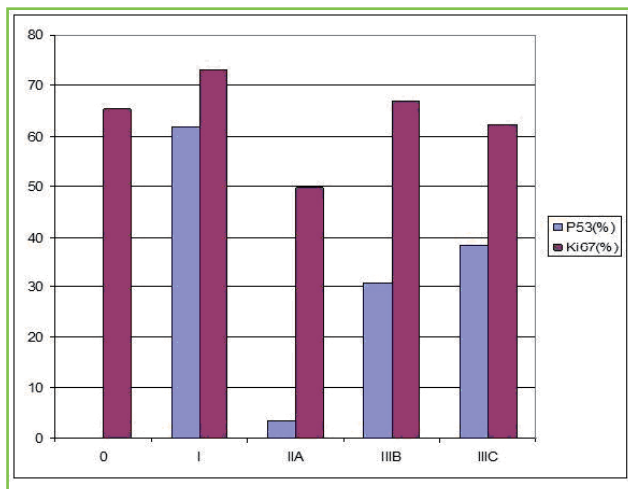
### Introducción

La esofagitis eosinofílica es una enfermedad poco frecuente, propia de la edad pediátrica, aunque cada vez son más los casos descritos en pacientes adultos. Ante pacientes jóvenes que consultan por disfagia y EDA normal, es conveniente realizar toma de biopsia para descartar esta entidad.

### Objetivos

- Ver la relación existente entre clínica de disfagia y/o impactación de cuerpo extraño con esofagitis eosinofílica.

- Correlación entre eosinofilia y esofagitis eosinofílica.



### Material y métodos

Se ha procedido a la revisión de 6 pacientes que consultaron por clínica de disfagia y/o impactación de bolo alimentario a través de la consulta de Aparato Digestivo y servicio de Urgencias del H.M.Q. de Jaén, a los cuales se les ha realizado EDA con toma de biopsia y cuyo resultado anatomopatológico ha sido concluyente de esofagitis eosinofílica.

### Resultados

La edad media fue 29,5 +/- 17,6 años(100% hombres). El 50% presentaban hiperreactividad bronquial y alergia a polen. El 16,7% asociaban alergia alimentaria. Motivo de consulta: 50% impactación bolo alimentario; 50% disfagia. Analítica: 66,7% eosinofilia; 16,7% eosinofilia + aumento IgE. EDA: 50% mucosa estriada longitudinalmente; 16,7% mucosa anillada e impactación de cuerpo extraño; 33,3% mucosa hiperémica e impactación. Anatomía patológica: 100 % esofagitis con predominio de eosinófilos. Tratamiento: 50 % con IBP, 33,3% IBP y corticoides orales y 16,7% con corticoide oral.

## Conclusión

- La EO afecta fundamentalmente a varones jóvenes, que con alta frecuencia asocian manifestaciones de hipersensibilidad y presentan en proporción elevada eosinofilia sanguínea (87,3%) - Es una entidad específica en el diagnóstico diferencial de la disfagia en varones jóvenes con antecedentes de alergia, aun con hallazgos endoscópicos no concluyentes.

## P13. ESTUDIO OBSERVACIONAL PANCREATITIS AGUDA.

B. Benítez Rodríguez<sup>1</sup>; J. Vázquez Morón<sup>2</sup>; H. Pallarés Manrique<sup>2</sup>; M. Ramos Lora<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, Digestivo.

## Introducción

La pancreatitis aguda es un cuadro consistente en la inflamación aguda del páncreas, con una etiología y evolución variables, siendo en su mayor frecuencia de gravedad leve, pero con posibilidad de complicaciones que aumentan la morbimortalidad y costes hospitalarios. En las últimas dos décadas se ha objetivado un aumento de su incidencia, pero con una disminución conjunta tanto en su mortalidad como en sus complicaciones asociadas, sobre todo al avance en el uso de marcadores precursores de gravedad y nuevas medidas terapéuticas como la nutrición precoz con nutrición nasoyeyunal

## Objetivo

Nos proponemos comparar la tendencia de dicha enfermedad en nuestro medio.

## Material y métodos

Realizamos estudio observacional de todos los casos de pancreatitis aguda, ingresados en planta de hospitalización de digestivo de nuestro servicio desde enero de 2007 hasta mayo de 2010. Para considerar diagnóstico de pancreatitis aguda se deben cumplir los requisitos: cuadro clínico compatible con elevación de amilasa y lipasa al menos tres veces por encima del valor normal como mínimo una prueba de imagen que la confirme. La recogida de datos ha sido retrospectiva, incluyéndose un total de 262 pacientes, con una distribución de edad comprendida entre 20 y 92 años (media 60 años), y de sexo 54% varones y el 46% mujeres.

## Resultados

La causa más frecuente continúa siendo la biliar (60%), se continúa en frecuencia con el consumo de bebidas

alcohólicas (17%, dislipemia (10%), idiopática (7,5%), y otras menos frecuentes (fármacos, post-CPRE, estenosis de ampolla de Vater, etc). La evolución fue buena, con escaso índice de complicaciones, siguiendo las pautas de nutrición enteral precoz con sonda nasoyeyunal en aquellos pacientes en los que se prevee una evolución más tórpida en función de la PCR e índice de severidad en TAC

## Conclusiones

No encontramos diferencias entre la distribución por sexos, etiología de la pancreatitis aguda y la evolución de la enfermedad en comparación con otras publicaciones existentes al respecto.

## P14. INFECCIÓN POR HELICOBACTER PILORY COMO PROBABLE CAUSA DE ANEMIA FERROPÉNICA DE ORIGEN INCIERTO: REVISIÓN EN NUESTRO CENTRO.

F. Padilla Ávila; F. Morales Álcazar; A. García Robles; S. Jamal Ismail; G. Carrillo Ortega; M. Colmenero Lechuga

Complejo Hospitalario de Jaén, UCG Aparato Digestivo.

## Introducción

La infección por Helicobacter Pilory es una de las causas a tener en cuenta en un paciente con anemia ferropénica una vez descartado la etiología más común y obtención de pruebas negativas. Recientes estudios sugieren que anemias de etiología incierta podrían estar relacionadas con la infección por HP debido a 2 mecanismos:

- Alteración que produce en la mucosa gástrica al disminuir la concentración de ácido ascórbico, necesario para la absorción intestinal de hierro.
- Influye el consumo de hierro que esta bacteria necesita como factor de crecimiento, al observarse que presenta una proteína fijadora de hierro.

## Objetivos

- Detección de infección por HP en pacientes con anemia ferropénica de origen incierto.
- Ver la relación existente entre erradicación de HP y la normalización de cifras de hierro.

## Material y métodos

Se ha procedido al seguimiento de 4 pacientes remitidos a la Consulta de Aparato Digestivo tras la realización de estudio de anemia por parte de Hematología. Tras el Estudio Digestivo como único hallazgo se detectó infección por HP. Se instaura tratamiento erradicador con triple terapia



(Omeprazol+Clarithromicina+Amoxicilina).

### Resultados

Seleccionamos 4 pacientes (3 mujeres/1hombre), media de edad 47 años. Test de ureasa positivo. Cifras de Hb previas a tratamiento erradicador medias 10,5 gr/dl; cifras de hierro medias 34 ug/dl. Tras negativización de HP: Hb media: 12.8 y Fe 73.

### Conclusiones

- En pacientes con anemia ferropénica sin filiar no corregida tras tratamiento con hierro oral se debe investigar la infección por HP.

- Pacientes con anemia de origen incierto e infección por HP tras erradicación de éste se normalizan los niveles de hierro en sangre.



## P15. BROTE HEPATITIS A EN LA COSTA DE HUELVA.

M. García Esteban<sup>1</sup>; A. Bejarano García<sup>2</sup>; C. Núñez Sousa<sup>3</sup>; H. Pallares Manrique<sup>4</sup>; M. Ramos Lora<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Juan Ramon Jimenez, Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Hospital Juan Ramón Jimenez, Huelva, Aparato Digestivo; <sup>3</sup>Hospital Juan Ramón Jimenez. Huelva, Aparato Digestivo; <sup>4</sup>Hospital Juan Ramón Jimenez, Aparato Digestivo.

### Introducción

Entre Enero y Septiembre de 2009 se detectaron en la provincia de Huelva numerosos casos de Hepatitis A, investigándose la posible existencia de un brote epidémico.

### Objetivos

Investigar la aparición de un brote de Hepatitis A durante los primeros meses del año 2009 en la costa onubense, así como describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos y establecer factores de riesgo asociados a la enfermedad.

### Material y métodos

- Estudio descriptivo de las características demográficas de la población afectada, así como de los datos

clínicos y analíticos.

- Análisis estadístico de los posibles factores de riesgo asociados a la infección, mediante SPSS para Windows.

### Resultados

Se diagnosticaron un total de 70 casos de Hepatitis A (57% Hombres; 43% Mujeres), confirmados mediante serología entre los meses de Enero y Septiembre de 2009. La media de edad fue de 34,5 años. En cuanto a la distribución geográfica se observa un claro predominio del brote en la zonas costeras (94%). Se analizaron los datos analíticos de Bilirrubina, Transaminasas y tiempos de coagulación, presentándose una media en el pico de Bilirrubina de 12,71; GPT 2382; y GOT 1942. Un 25,7% de los pacientes presentaron alteraciones leves de la coagulación (TP máximo de 1,6), precisándose en sólo un 5% de los pacientes ingreso hospitalario. No se produjo ningún caso de muerte asociada a la infección. En casi la totalidad de los pacientes (87%) se confirmó el antecedente de ingestión de moluscos bivalvos en las semanas previas a la aparición de los síntomas. Se analizaron la edad, el sexo, el consumo de moluscos y la distribución geográfica como posibles factores de riesgo asociados a la infección, encontrándose diferencias significativas con los dos últimos ítems.

### Conclusiones

1. Se confirma estadísticamente en nuestro estudio la relación entre la ingesta de moluscos y la infección por VHA.
2. Existe diferencia significativa entre la distribución geográfica y la infección por VHA.
3. Un pequeño porcentaje de la población requirió ingreso hospitalario para control de los niveles de TP y TTPA.

## P16. UNA CAUSA EMERGENTE DE DIARREA CRÓNICA: COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA.

C. Albandea Moreno; J. Cotta Rebollo; C. Montes Aragón; F. Fernández Pérez; G. García Fernández; C. de Sola Earle

USP Hospital Marbella, Aparato Digestivo.

### Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 86 años que acude a urgencias por cuadro de 3 semanas de evolución consistente en dolor abdominal localizado en flanco izquierdo e hipogastrio, acompañado de diarrea acuosa en número de 10-12 deposiciones diarias y rectorragia. En analítica destaca una marcada leucocitosis con desviación a la izquierda, con resto de parámetros bioquímicos y coagulación dentro de la normalidad. La Rx de abdomen muestra colon transversal

aireado con engrosamiento de pared y pérdida de lustración (Figura 1). Destaca la presencia de toxina Clostridium en heces, siendo el coprocultivo negativo. Se realiza una colonoscopia en la que se aprecian numerosas lesiones de aspecto blanco-nacarado, sobreelevadas, de aproximadamente 8-10 mm, que no se desprenden tras lavado a presión con suero. Se toman biopsias que vienen informadas como lesiones compatibles con colitis pseudomembranosa. (Figura 2).

### P17. DOBLE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA Y BAJA POR NEOPLASIAS SINCRÓNICAS DIFERENTES HISTOLÓGICAMENTE.

B. Ferreiro Argüelles<sup>1</sup>; F. Martín Ocaña<sup>2</sup>; E. Toscano Castilla<sup>2</sup>; J. Prieto Cuadra<sup>3</sup>; M. Leiva Vera<sup>4</sup>; P. Arbaizar Rodríguez<sup>2</sup>; M. Lozano Lanagrán<sup>5</sup>; A. Muñoz García<sup>6</sup>; M. Jiménez Moreno<sup>7</sup>; R. Andrade Bellido<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), Servicio de AP. Digestivo; <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), Servicio de Ap. Digestivo; <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), Anatomía Patológica; <sup>4</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), Servicio Radiodiagnóstico; <sup>5</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), Servicio Ap. Digestivo; <sup>6</sup>Hospital Universiatrio Virgen de la Victoria (Málaga), Servicio Ap. Digestivo; <sup>7</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), Servicio Ap. Digestivo; <sup>8</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), Servicio de Ap. Digestivo.

#### Objetivos

La posible asociación de neoplasia gástrica y otras sincrónicas / metacrónicas, sugiere la existencia de posibles alteraciones citogenéticas comunes. El primer autor que empleó el concepto de neoplasia primaria maligna múltiples (NPMM) fue Billroth en 1889. Dentro de los tumores gástricos, más del 50% presentan otros metacrónicos y un 47% neoplasias sincrónicas. Dentro de estas últimas el 54% corresponden a neoplasias colorectales.



Figura 1



Figura 2

#### Método

Descripción de historia clínica y revisión bibliográfica de una doble obstrucción intestinal maligna. Mujer de 55 años. Anemia ferropénica. Distensión abdominal progresiva en los últimos 15 días. Estreñimiento, náuseas y vómitos postprandiales. Pérdida ponderal. Análítica. Hb:7, Htc:24, VCM:62. GOT:69, GPT:163, FA:134, PT:4, Albumina:1.53, Hierro:19, CEA:128. CA:19.9:9,70. Gastroscopia: Estómago con estenosis pilórica maligna infranqueable. (Histología: adenocarcinoma moderadamente diferenciado) Colonoscopia: neoplasia estenosante a nivel de ángulo hepático del colon (adenocarcinoma). Tac Abdomen: Infiltración de antro gástrico y bulbo duodenal, con extensión a pared vesicular. Engrosamiento mural irregular y exofítico en ángulo hepático del colon. Se realiza hemicolectomía derecha + gastrectomía parcial + colecistectomía + drenaje de vía biliar. Anastomosis gastroyeyunal en Y de Roux. Anastomosis ileocolica. Informe histológico: estómago, duodeno y vesícula biliar con adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo intestinal, infiltrando todas las capas del estómago. 9 ganglios linfáticos de curvatura mayor y 4 ganglios de la menor sin metastasis. Epiplon sin neoplasia. Bordes quirúrgicos libres de

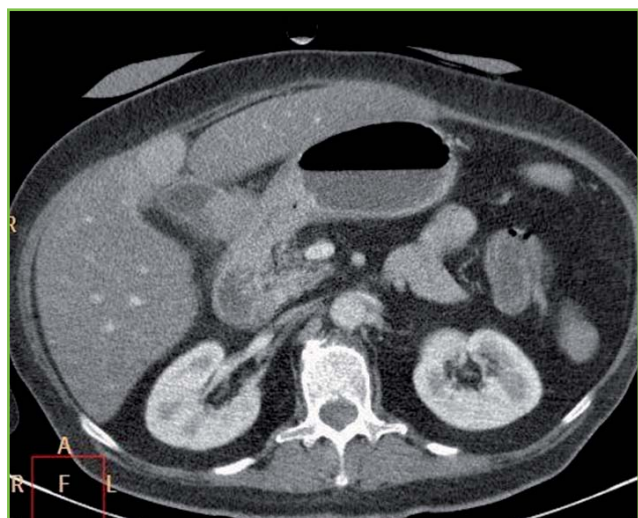
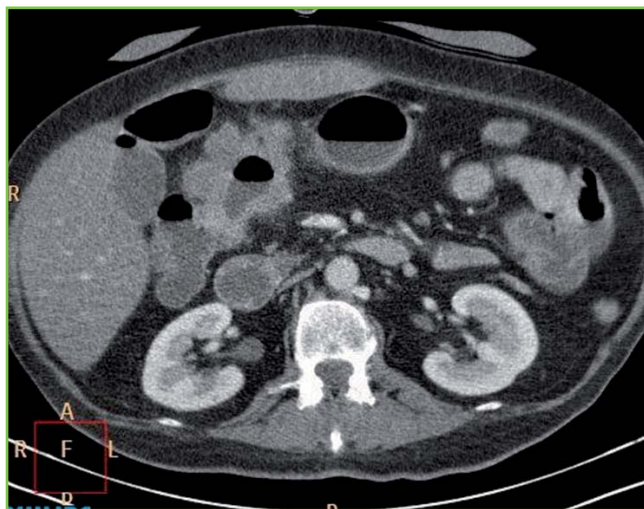
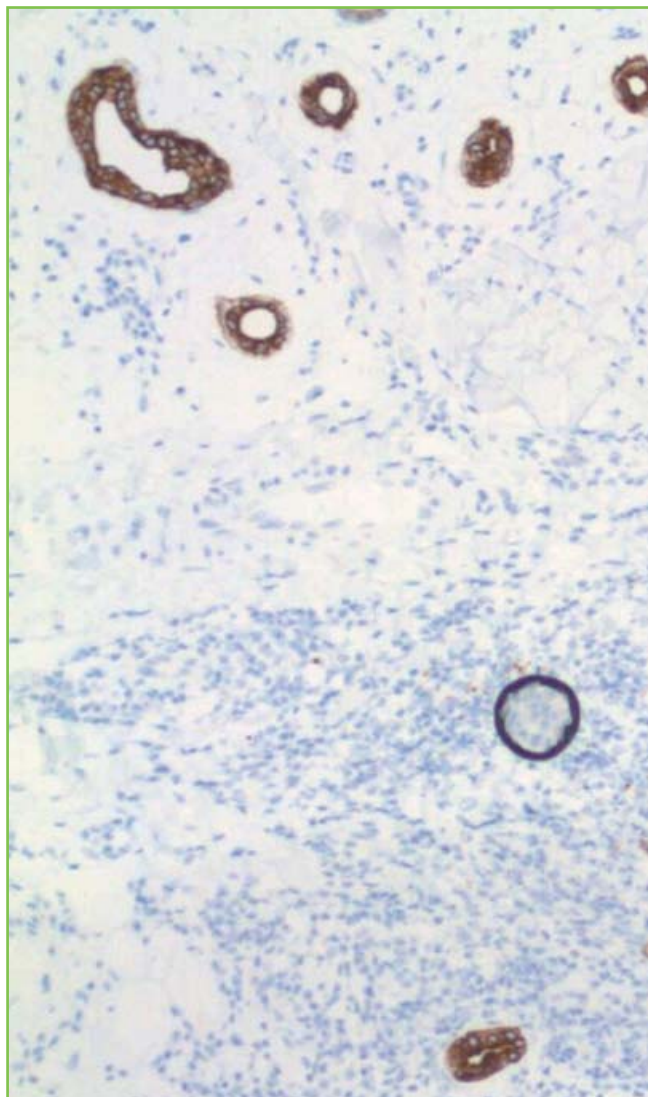
neoplasia. Vesícula adherida a la tumoración con afectación de la serosa. En la mucosa del colón lesión tumoral ulcerada e infiltrante. Microscópicamente a este nivel se observan glándulas neoplásicas tipo adenocarcinoma de colon bien diferenciado, citoqueratina 7 negativas, colisionando y entremezclándose con glándulas malignas más diferenciadas citoqueratina 7 positivas, sugestivo de adenocarcinoma gástrico tipo intestinal.

**Resultados**

En este caso la desmoplasia acompañante, el tipo de glándula, el contenido luminal de las mismas y las características biológicas orientan en la diferenciación de ambos frentes neoplásicos. Es imprescindible un estudio inmunohistoquímico que incluya citoqueratina 7, siendo esta positiva para la extirpe epitelial y negativa para el epitelio colónico.

**Conclusiones**

La localización de ambos tumores, su morfología e inmunofenotipo apoya la hipótesis de la presencia de neoplasias sincrónicas colisionantes.



**P18. AINES Y SU RELACIÓN CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.**

G. Carrillo Ortega; F. Padilla Ávila; M. Tercero Lozano; F. Morales Alcázar; S. Jamal Ismail; E. Baeyens Cabrera

Complejo Hospitalario de Jaén, Servicio de Aparato Digestivo.

**Introducción**

Los AINEs son una importante causa de hemorragia digestiva alta, ya que actúan inhibiendo las prostaglandinas, factor protector de mucosa gastroduodenal.

**Objetivos**

Analizar incidencia de hemorragia digestiva alta y hallazgos endoscópicos en pacientes en tratamiento con AINES, así como relación con toma concomitante de IBP..

## Método

Estudio descriptivo retrospectivo que incluye a 62 pacientes ingresados por HDA en el Complejo Hospitalario de Jaén entre Enero y Junio 2009.

## Resultados

La forma de presentación fue melenas 51,6% y hematemesis 48,4%, presentando repercusión hemodinámica 8,1%. El 69,4% eran varones y 31,6% mujeres, con una edad media de 68,02±17,72 años. La cifra media de Hb al ingreso fue 10,15 ± 2,51g/dl, con Hto de 29,38 ± 7,13%. La media de urea fue 65,49 ±31,35 mg/dl, precisando transfusión de hemoderivados el 45,16%. De los 62 pacientes ingresados por HDA, 17 tomaba AINEs ( el 27,3%) : (ibuprofeno 16,95%, diclofenaco 3,39%, dexketoprofeno 3,39%, aceclofenaco, ketoprofeno y naproxeno 1,69%) estando gastroprotegidos con IBP el 9,67%. Se realizó endoscopia a 59 pacientes (el 95,2%) siendo el hallazgo más evidenciado ulcus péptico (37,1%), varices (17,7%), LAMG/gastritis 11,3%, esofagitis/hernia hiatal (9,7%), angiodisplasias (9,7%). Entre los pacientes en tratamiento con AINEs, el hallazgo más frecuente fue úlcera duodenal (19,4%), úlcera gástrica (17,7%), LAMG/gastritis (17,7%), pólipos (11,3%), angiodisplasia (9,7%) y hernia hiatal (9,7%).

## Conclusiones

Existe una elevada relación entre toma de fármacos gastrolesivos como AINEs y HDA, siendo el hallazgo más evidenciado úlcera péptica, por lo que es importante una correcta indicación de gastroprotección en pacientes en tratamiento con ellos.

### P19. FÍSTULA AORTOENTÉRICA: CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA.

A. Bejarano García<sup>1</sup>; C. Núñez Sousa<sup>2</sup>; M. García Esteban<sup>1</sup>; R. González Gutiérrez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Juan Ramon Jiménez, Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, Aparato Digestivo.

## Introducción

La fistula aortoentérica (FAE) es una causa infrecuente de hemorragia digestiva, de especial importancia por su elevada morbimortalidad, requiriendo para su diagnóstico un alto índice de sospecha. Presentamos un caso de fistula aortoentérica secundaria a prótesis vascular diagnosticada mediante endoscopia.

## Caso Clínico

Varón de 79 años, con antecedentes de tabaquismo e intervenido de by-pass aortobifemoral en 2002. Acude a urgencias por cuadro de hematemesis y melenas, acompañado

de dolor epigástrico irradiado a espalda de 24 horas de evolución. A la exploración destacaban datos de inestabilidad hemodinámica (TA 90/45, Fc 120) y dolor a la palpación en epigastrio, sin signos de peritonismo. La analítica urgente objetivó anemia (Hb 8,7 g/dl; Hto 20%), aumento de urea (150 mg/dl) en plasma. Se realizó endoscopia urgente (Figura 1) que mostró en la tercera porción duodenal un cuerpo extraño tubular, en forma de malla, amarillento, con coágulos en su superficie, y pulsátil, pareciendo estar uno de sus extremos anclado a la mucosa y que no se moviliza endoscópicamente por el riesgo de hemorragia. Posteriormente se realiza un angioTAC de abdomen (Figura 2) que muestra la presencia de material de fibrosis a nivel de la porción proximal de la prótesis que tracciona caudalmente la tercera porción duodenal sin plano graso de separación de la pared duodenal; y adyacente a la prótesis se observan varias burbujas de gas de pequeño tamaño que se podrían justificar por microperforación duodenal o bien por sobreinfección del material protésico. A las pocas horas de su ingreso el paciente fallece por shock hemodinámico secundario a hemorragia digestiva masiva.

## Discusión

Las FAE se clasifican en primarias y secundarias. Las secundarias son aquellas en las que encontramos factores predisponentes, en su mayoría la existencia de prótesis vasculares. En los últimos años estamos asistiendo a un aumento progresivo de las mismas debido al aumento del número de procedimientos de intervencionismo vascular, con una incidencia que oscila entre el 0,35 y el 1,6%. El segmento intestinal más frecuentemente involucrado es el duodeno (80%), especialmente la tercera porción, debido a su posición fija en el retroperitoneo. Es esencial el diagnóstico de sospecha en todo paciente con hemorragia digestiva y antecedente de cirugía aórtica, teniendo en cuenta que la negatividad de las pruebas no excluye su existencia. La combinación de la endoscopia con una técnica de imagen (TAC, RM, angiografía) parece ser la mejor opción para su diagnóstico. Los resultados del tratamiento quirúrgico (retirada de la prótesis y by-pass extra-anatómico) son pobres, con una morbimortalidad que oscila entre un 25 y un 90%.



Figura 1

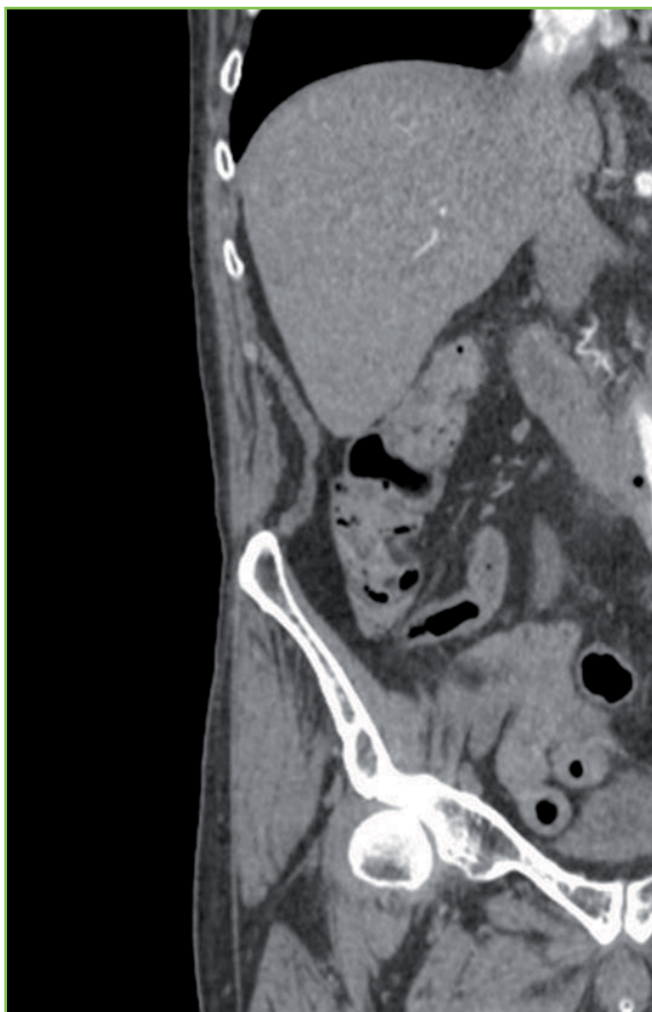


Figura 2

## P20. LESIÓN DE DIEULAFOY. TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA DE UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA.

Á. Muñoz García; M. García Cortés; B. Ferreiro Argüelles; I. Lavín Castejón; P. Arbaizar Rodríguez; M. Lozano Lanagrán; F. Martín Ocaña; J. Calle Calle; M. Jiménez Moreno; R. Andrade Bellido

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Aparato Digestivo.

### Objetivo

Verificar el éxito de la terapéutica endoscópica en lesiones sangrantes tipo Dieulafoy. La lesión de Dieulafoy es una arteria submucosa aberrante, de gran calibre, localizada en cualquier punto del tubo digestivo (frecuentemente gástrica). Es fácilmente erosionable, produciéndose sangrado digestivo generalmente recurrente, y en ocasiones masivo.

### Método

Revisión de un caso clínico y de la literatura científica.

Caso clínico: Mujer de 87 años, en tratamiento con AAS y AINEs, consulta por hematemesis franca, presentando tendencia a la hipotensión y palidez mucocutánea. Analíticamente destaca una hemoglobina de 8'9g/dL y urea sérica de 106mg/dL, iniciándose sueroterapia y transfundiéndose dos unidades de concentrado de hematíes. En panendoscopia oral, se objetiva un gran coágulo alargado en fundus, de base estrecha (Figura 1). Tras esclerosis con adrenalina (1/10000x4cc) (Figura 2) se desprende el coágulo, apreciándose un vaso visible sobre el que se colocan dos hemoclips (Figura 3). Durante el ingreso y el seguimiento, la paciente se encuentra asintomática y sin signos de recidiva hemorrágica.

### Resultados

La terapéutica endoscopia es la técnica de elección para esta entidad, lográndose hemostasia permanente en el 90% de los casos.

### Conclusiones

La lesión de Dieulafoy es una causa infrecuente (0'3-6'7%) de hemorragia digestiva. La técnica diagnóstica y terapéutica de elección es la endoscopia, en la que destaca la desproporción entre la pequeña lesión y la magnitud del sangrado, suponiendo un reto diagnóstico y terapéutico. Se recomienda terapéutica definitiva con hemoclips o bandas sobre la lesión. Opciones de segunda línea son la embolización arterial selectiva y la cirugía en caso de fracaso del tratamiento endoscópico.

## P21. PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DUODENAL POR INGESTA ACCIDENTAL DE PERDIGONES EN CARNE DE CAZA.

E. Toscano Castilla<sup>1</sup>; F. Martín Ocaña<sup>2</sup>; B. Ferreiro Argüelles<sup>2</sup>; V. Illescas Megías<sup>3</sup>; P. Arbaizar Rodríguez<sup>2</sup>; M. Lozano Lanagrán<sup>2</sup>; A. Muñoz García<sup>2</sup>; M. Jiménez Moreno<sup>2</sup>; J. Calle Calle<sup>4</sup>; R. Andrade Bellido<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), Servicio Ap. Digestivo; <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), Servicio de Ap. Digestivo; <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), Servicio de Radiodiagnóstico; <sup>4</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), Servicio de Ap. Digestivo.

### Objetivo

La presencia de cuerpos extraños en el tubo digestivo es un problema común. En la mayoría de las ocasiones son eliminados espontáneamente. Ocasionalmente se producen complicaciones y son excepcionales las perforaciones intestinales.

**Método**

Presentación de caso clínico y revisión de la literatura. Varón de 71 años. Acude a urgencias por epigastralgia intensa irradiada a espalda de 12 horas de evolución. Vómitos postprandiales. Presentaba un abdomen distendido, timpanizado, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, con defensa a dicho nivel. En analítica destacaba intensa leucocitosis, elevación de amilasa y PCR, junto con un patrón de colestasis. Se realiza Tac abdomen donde se evidencia un páncreas rarefacto, con una colección que rodea la cabeza pancreática de 9 cm, que se extiende hasta la región para-aórtica. Con el diagnóstico de pancreatitis aguda se cursa ingreso. A las 48 horas presenta episodio de disnea brusca, con elevación de DD y pro-BNP. Se realiza TAC de tórax-abdomen urgente que descarta tromboembolismo pulmonar, y evidencia un derrame pleural izquierdo con colapso

del pulmón subyacente. Colección de 9 cm con aire moteado adyacente y material metálico, en relación a microperforación de divertículo duodenal y absceso secundario. Se rehistoria al enfermo, confirmándose el consumo de carne de caza previo al ingreso. Con el diagnóstico de divertículo duodenal perforado por objeto metálico el paciente es intervenido, realizándose gastroenteroanastomosis antecólica y drenaje de la cavidad.



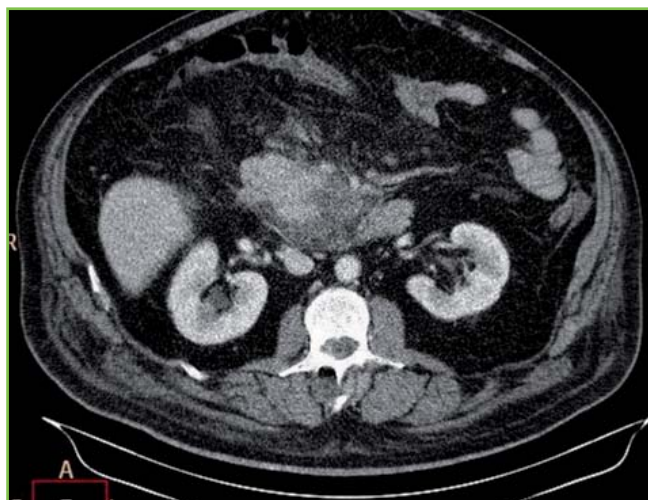
Figura 1



Figura 2



Figura 3



## Conclusiones

La incidencia de divertículos duodenales oscila entre 5-10% de los pacientes sometidos a exploraciones del tracto gastrointestinal. El 62% asientan en la segunda porción duodenal. La perforación de los mismos es excepcional. Menos del 10% de los cuerpos extraños ingeridos provocan perforación intestinal. Es más frecuente en ancianos con prótesis dentales, niños, pacientes psiquiátricos y alcohólicos. Por etiologías: 45% son metálicos, 40% pequeños huesos y 5% astillas. Las zonas más frecuentes de perforación son aquellas con estrecheces, angulaciones, fondos de saco, bridas, anastomosis quirúrgicas o en regiones de la pared intestinal friables (isquemia, colitis ulcerosa, divertículos, tumores). El 75% asientan en región ileocecal. El TAC proporciona una información preoperatoria crucial para conocer la causa, su localización y posibles complicaciones. El retraso en el diagnóstico conlleva a una cirugía tardía, con aumento en la morbimortalidad de estos pacientes.

## P22. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE INCIDENCIA DE HEPATOCARCINOMA EN EL ÁREA DE SALUD DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA.

M. Lozano Lanagrán<sup>1</sup>; P. Arbáizar Rodríguez<sup>1</sup>; A. Fernández Castañer<sup>1</sup>; F. Martín Ocaña<sup>2</sup>; Á. Muñoz García<sup>2</sup>; J. Calle Calle<sup>2</sup>; M. Jiménez Moreno<sup>3</sup>; R. Andrade Bellido<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, Aparato Digestivo; <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, Aparato Digestivo.

## Introducción

El Carcinoma hepatocelular (CHC) es la neoplasia primaria del hígado más frecuente. Su incidencia se ha incrementado mundialmente y datos recientes indican que en España también se ha asistido a un aumento significativo de su detección.

## Objetivos

Conocer la incidencia y diversos factores epidemiológicos y clínicos del CHC en el Área de Salud del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga durante un periodo de 5 meses.

## Método

Se analizan las variables demográficas y datos clínicos de los pacientes que son diagnosticados de CHC entre el 1 de octubre de 2008 y el 28 de febrero de 2009.

## Resultados

En dicho periodo se incluyeron un total de 16

pacientes con CHC, resultando una tasa de incidencia de 9,1 por 100.000 habitantes al año. La edad media fue de 68 años (rango 40-88). La proporción hombres/mujeres fue de 4,3/1. La forma de sospecha de CHC se basó en screening en 13 pacientes, de forma casual mediante ecografía en 1 y mediante los síntomas en 2. El diagnóstico se efectuó por cito/histología en 3 casos, por imagen en 11, y por la clínica, alfafetoproteína y ecografía en 2 pacientes. La enfermedad hepática subyacente resultó ser cirrosis en 13 de los pacientes. De los 16 pacientes, 13 (81%) seguían cribaje periódico cada 6 meses con determinación de alfafetoproteína y ecografía. El virus C de la hepatitis, de forma aislada o combinado con alcohol o hemocromatosis se encontró en 10 (62 %) de los casos, sin hallarse ningún caso relacionado con virus B. 11 pacientes (69 %) presentaban un estadio A de Child-Pugh en el momento del diagnóstico, 3 (19 %) estadio B y 2 (12%) estadio C. Habían presentado descompensación previa de su hepatopatía de base en forma de ascitis 6 pacientes, y encefalopatía hepática 2 pacientes. En el momento del diagnóstico, en 11 de los casos se hallaron niveles de alfafetoproteína elevados (considerando límite superior de la normalidad 6,3), en 2 de los cuales excedía los 200 ng/ml, siendo el valor medio 1910 ng/ml (2,9-30.000 ng/ml) y la mediana 15,9 ng/ml. En el momento del diagnóstico, 9 (56%), 1(6%) y 6 pacientes (37%) presentaban una, dos y más de dos lesiones hepáticas en las pruebas de imagen, respectivamente. Se sometieron a tratamiento curativo de primera intención 8 (50%) de los pacientes, el resto realizó tratamiento paliativo.

## Conclusiones

En el área sanitaria estudiada el CHC asienta hasta en un 81% de los casos sobre cirrosis hepática la mayoría en estadio A de Child-Pugh, siendo en la mitad de los casos de etiología vírica. Más del 80% de los casos se ha diagnosticado mediante pruebas de imagen, eludiendo la necesidad de obtención de material histológico y mayoritariamente presentan una lesión única y <3 cm. El diagnóstico en fase inicial se da únicamente en un 50% de los casos.

## P23. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MASIVA POR FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA PRIMARIA.

J. González García<sup>1</sup>; Y. González Aranda<sup>1</sup>; A. Bonetti Munigh<sup>2</sup>; A. Infantes Velázquez<sup>1</sup>; H. Sánchez Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital La Inmaculada (Huércal-Overa), Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Hospital La Inmaculada (Huércal-Overa), Aparat Digestivo.

## Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 66 años sin antecedentes médicos de interés que presentó un episodio de rectorragia masiva con shock hemodinámico asociado que precisó ingreso en UCI para su estabilización mediante expansores de volumen endovenosos y transfusión de cuatro

concentrados de hematíes. Se realizaron, en un plazo de cinco días, cuatro gastroscopias (dos de ellas de forma urgente), evidenciando restos hemáticos pero sin conseguir identificar la lesión potencialmente sangrante. Tras 48 horas sin signos de recidiva hemorrágica se repitió la endoscopia digestiva alta, estando ya la cavidad gástrica y duodeno sin ningún resto de sangre, observando una pequeña sobreelevación mucosa en la tercera porción duodenal sobre la que se colocó un hemoclip. En el transcurso del ingreso se realizó asimismo una arteriografía abdominal y selectiva del tronco celiaco y de la arteria mesentérica superior, no encontrando claro punto de sangrado susceptible de embolización. Se completó el estudio con colonoscopia, existiendo tan sólo divertículos en sigma y hemorroides internas grado II, pero sin signos de sangrado activo. Con el paciente estable hemodinámicamente y al no haber llegado aún a identificar el origen del sangrado digestivo, solicitamos tomografía axial computerizada (TAC) abdominal con contraste, donde se evidenció un aneurisma aórtico infrarrenal de 6,5 cm de diámetro en íntimo contacto con asa duodenal, visualizándose sobre ella clip metálico. Los hallazgos radiológicos y la clínica nos hicieron pensar en una fístula aortoduodenal primaria como causa del sangrado digestivo. El paciente fue trasladado de forma urgente para tratamiento quirúrgico vascular.

#### **P24. PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES EN NEOPLASIAS OBSTRUCTIVAS DE RECTO: RESULTADOS DE ESTUDIO RETROSPECTIVO TRAS SIETE AÑOS DE COLOCACIÓN EN UN CENTRO.**

P. Arbáizar Rodríguez<sup>1</sup>; B. Ferreiro Argüelles<sup>2</sup>; M. Lozano Lanagrán<sup>3</sup>; F. Martín Ocaña<sup>4</sup>; G. Alcaín Martínez<sup>3</sup>; A. Fernández Castañer<sup>5</sup>; E. Toscano Castilla<sup>6</sup>; R. Camargo Camero<sup>7</sup>; R. Andrade Bellido<sup>4</sup>

<sup>1</sup>H.C.U. Virgen de la Victoria, Aparato digestivo; <sup>2</sup>H.C.U. Virgen de la Victoria, ap. digestivo; <sup>3</sup>H.C.U. Virgen de la Victoria, Ap. digestivo; <sup>4</sup>H.C.U. Virgen de la Victoria, Ap. digestivo; <sup>5</sup>H.C.U. Virgen de la victoria, Ap. digestivo; <sup>6</sup>Hospital Quirón, Ap. Digestivo; <sup>7</sup>H.C.U. Virgen de la Victoria, Ap. Digestivo.

#### **Introducción**

La obstrucción maligna del colon es considerada una emergencia quirúrgica, sin embargo en los últimos años el empleo de prótesis autoexpandibles ha modificado el manejo de estos pacientes. Esto es debido a que la cirugía urgente tiene una elevada morbimortalidad (de un 15 a un 50%), frente a la electiva (6%). Además muchas de estas neoplasias son ya irreseccables en el momento del diagnóstico. Por todo esto, las prótesis metálicas autoexpandibles son una alternativa a la cirugía de urgencia tanto en pacientes en los que la intención es paliativa, como en los que después serán subsidiarios de tratamiento quirúrgico electivo.

#### **Objetivos**

Evaluar la eficacia y la tasa de complicaciones en la colocación de endoprótesis en pacientes con cáncer rectal obstructivo.

#### **Pacientes y métodos**

Análisis retrospectivo realizado entre los años 2003 y 2009 de la evolución de pacientes con cáncer de recto obstructivo (distancia máxima de margen anal 19 cm), a los que se les colocó endoprótesis en nuestro centro.

#### **Resultados**

Se realizaron 32 procedimientos, de los cuales 1 fue fallido por no poder pasar la guía y 31 se llevaron a cabo con éxito (96.87%). La edad media de los pacientes fue de 67.4 años (27-87), de los cuales 18 eran hombres y 13 mujeres. De ellos 23 fueron con intención paliativa, una paciente tenía importantes comorbilidades y 7 eran puente hacia cirugía, con una media de días entre la colocación de la prótesis y la intervención de 67.1 (de 8 a 158). Las prótesis utilizadas fueron wallflex en 23 casos, ultraflex precision en 6 y wallstent en 2 ocasiones, sin diferencias significativas. Tuvimos 3 casos (9.67%) de complicaciones precoces (en la primera semana) dos perforaciones que requirieron cirugía y una migración temprana. Y 4 casos (12.5%) de complicaciones tardías, 2 fueron no funcionantes y necesitaron tratamiento quirúrgico posterior y 2 migraron y requirieron colocación de una nueva endoprótesis. De los 7 casos puente hacia cirugía 6 están vivos sin enfermedad y uno perdido. De los pacientes con intención paliativa están vivos con enfermedad 7 pacientes, 8 se han perdido y han fallecido otros 9.

#### **Conclusiones**

La colocación de stent en neoplasias de recto obstructivas son eficaces en un alto porcentaje de pacientes, lográndose la desobstrucción en la mayoría de los casos y disminuyendo la morbimortalidad producida por la cirugía de urgencia.

#### **P25. EFECTIVIDAD DE LA ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE FIBROSIS HEPÁTICAS EN HEPATOPATÍAS POR VHC.**

Á. Giráldez Gallego; Á. Araujo Míguez; M. Ferrer Ríos; J. Pascasio Acevedo; J. Sousa Martín; M. Sayago Mota; A. Garrido Serrano; J. Márquez Galán

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Aparato Digestivo.

#### **Objetivos**

- Identificar el punto de corte óptimo (PCO) de rigidez hepática, mediante elastografía de transición 2)



y para pacientes con  $\geq$  (ET), para pacientes con fibrosis (F) significativa (cirrosis, en hepatopatías ligadas al VHC, tomando como patrón oro la biopsia hepática (BH).

- Conocer la sensibilidad (S) y especificidad (E) de la ET para dichos valores.

-Comparar los resultados obtenidos con los publicados en la literatura.

### Métodos

Se incluyeron nuestros primeros 100 casos (58 hombres/42 mujeres; edad media 47,3 relacionada con el VHC (genotipo 1: 82%), sometidos simultáneamente a BH (95% por vía percutánea) y a ET (media de 4,9 días entre ambas exploraciones). Las muestras histológicas fueron estudiadas por 3 patólogos distintos con la siguiente proporción: 40, 32 y 28%. La lectura de la ET se consideró correcta siguiendo los requisitos del fabricante.

### Resultados

Los resultados de la BH fueron los siguientes: F0 25, F1 46, F2 12, F3 10, F4 7. Para la ET se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos F0-1, 2 fue del 80,9% y para F4 del 28,3% y F2-3 y F4. El área bajo la curva (ABC) para F 2, considerando un PCO, previamente validado, de 8,5 kPa se  $\geq$  98,7%. Para F obtienen unos valores para S y E del 69 y 74%. Un valor óptimo de S del 76% se obtuvo con un PCO de 8 kPa, mientras que un valor óptimo de E del 83% se obtuvo con un PCO de 9,4 kPa. Estableciendo un PCO de 14,8 kPa para F4 se obtienen unos 2 (8,5 kPa) y F4  $\geq$  valores de S y E del 86 y 91%.

### Conclusiones

Los PCO para F (14,8 kPa), y el ABC son esencialmente similares a los publicados previamente.

La S y la E (69% y 74%) son algo menores en nuestra serie,  $\geq$  para F probablemente por el menor número de casos (29 pacientes).

La S y E de la ET para F4 es cercana al 90%, al igual que en estudios previos.

### P26. HEMORRAGIA DIGESTIVA: FRECUENCIA EN NUESTRO MEDIO.

B. Benítez Rodríguez; J. Vázquez Morón; H. Pallarés Manrique; M. Ramos Lora

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, DIGESTIVO.

### Introducción

- Se define hemorragia digestiva a aquella que se produce localizada desde el esófago hasta el ano.

### Objetivos

Determinar la frecuencia de la hemorragia digestiva, su etiología y su distribución por edades y sexos.

### Método

Estudio descriptivo y retrospectivo a partir de historias clínicas con diagnóstico de hemorragia digestiva de planta de hospitalización del hospital Juan Ramón Jiménez desde enero hasta junio de 2010.

### Resultados

Se incluyeron un total de 96 pacientes, todos habían sido sometidos a un estudio endoscópico, 58 (59,2%) diagnosticados de hemorragia digestiva alta, de los cuáles 44 (75,9%) son hombres y 14 (24,1%) mujeres; y 38 (39,6%) de hemorragia digestiva baja, de las cuales 20 (52,6%) son mujeres frente a 18 (47,4%) hombres. Las causas de hemorragia digestiva alta por orden de frecuencia fueron úlcus gastroduodenal 24 (25%); gastritis/duodenitis no erosiva 16 (16,7%); varices esofágicas/gastropatía de la hipertensión portal 10 (10,42%); síndrome de Mallory-Weiss 6 (6,25%); otras causas (angiодisplasia, esofagitis) 2 (2,1%). Las causas de hemorragia digestiva baja fueron diverticulosis colon 13 (13,54%); pólipos/neoplasias de colon 10 (10,42%); colitis isquémica 7 (7,3%), hemorroides 5 (5,2%), angiодisplasias colon 3 (3,12%).

### Conclusiones

En nuestro medio, la causa más frecuente de ingreso hospitalario por hemorragia digestiva es la alta, con clara mayor incidencia en el sexo masculino, sin embargo, apenas existe diferencia entre sexos cuando se trata de hemorragia digestiva baja. Globalmente, la hemorragia con mayor frecuencia fue el úlcus gastroduodenal, seguido por la gastroduodenopatía congestiva no erosiva y en tercer lugar por la diverticulosis colónica.

### P27. PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA: SENSIBILIDAD DEL CULTIVO DEL LÍQUIDO ASCÍTICO Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO EMPÍRICO.

J. Vázquez Morón; B. Benítez Rodríguez; H. Pallarés Manrique; M. Ramos Lora

Hospital Juan Ramón Jiménez, Digestivo.

## Introducción

La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es la infección bacteriana del líquido ascítico en ausencia de un foco infeccioso intraabdominal.

## Material y método

Se recogieron datos de 30 pacientes con cirrosis hepática que presentaron cuadro de PBE, se les realizaron análisis bioquímico, cultivo del líquido ascítico y se instauró tratamiento antibiótico intravenoso.

## Resultados

La edad media de los pacientes fue 55 años, la distribución por sexo fue 84% varones y 16% mujeres. La etiología más frecuente de la cirrosis fue consumo alcohol 60%, infección crónica por VHC 25%, infección crónica VHB 8%, cirrosis autoinmune 5% y otras causas 2%. El cultivo de líquido ascítico fue positivo en el 33% de los pacientes. El germen que se aisló con más frecuencia fue E. Coli 50%. La media de días de hospitalización en el grupo con cultivo negativo y tratamiento empírico fue 11 días y del grupo con cultivo positivo y tratamiento sensible según antibiograma fue de 13 días. El tratamiento empírico instaurado fue cefotaxima iv en el 75% y ceftriaxona iv en el 25% de los casos.

## Conclusiones

En nuestro medio la PBE suele ser más frecuente en pacientes con cirrosis enólica, el cultivo presenta una sensibilidad muy baja (33%), aunque la resolución de la PBE tanto con un tratamiento empírico o sensible se ha mostrado igual de eficaz. Por lo tanto la sensibilidad baja en el cultivo del líquido ascítico no es un obstáculo a la hora de resolver una PBE sin complicaciones y en el tiempo estimado.

### **P28. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS VIRAL TIPO B EN NUESTRO ENTORNO.**

C. Viñolo Ubiña; Á. Pérez González; G. Romo Rodríguez; T. Jordán Madrid; C. Molina Maldonado; M. Estévez Escobar; L. Miras Lucas; F. Gallego Rojo

EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL DE PONIENTE, APARATO DIGESTIVO.

## Objetivos

A pesar de la disminución de la incidencia de la hepatitis B en la mayoría de los países desarrollados, el VHB es responsable de más del 50 % de los casos de cirrosis hepática y hepatocarcinoma. Pretendemos analizar las características epidemiológicas y tratamiento de pacientes con hepatitis crónica B en nuestro hospital.

## Métodos

Realizamos un estudio descriptivo transversal incluyendo 87 pacientes diagnosticados de hepatitis B, con inicio de tratamiento entre abril de 2002 y abril de 2010. Valoramos las características demográficas y tipo de tratamiento en nuestra población inmigrante.

## Resultados

De 87 pacientes tratados, 76 son varones y 11 mujeres. 52 (60 %) son inmigrantes. A sólo 16 se les realiza biopsia hepática antes de iniciar tratamiento, detectándose en el 40 % una actividad moderada (grado 2 estadio 2 de la clasificación de Scheuer) y manteniendo todos respuesta serológica y bioquímica completa. Nuestra estadística de tratamiento es la siguiente: 1 paciente con Adefovir, 21 (24%) con Entecavir, 6 con Lamivudina, 40 (46%) con Tenofovir, 6 con Adefovir-Lamivudina, 1 con Entecavir-Tenofovir, 11 (13%) con Lamivudina-Tenofovir y 1 con Entecavir-Lamivudina.

## Conclusiones

El fenómeno de la inmigración en nuestra área es muy importante, lo que determina un aumento de la incidencia en la infección crónica por VHB. Convendría valorar la puesta en marcha de campañas de vacunación destinadas a inmigrantes. Deberíamos sistematizar la biopsia hepática como herramienta útil en la decisión de inicio de tratamiento. El Tenofovir es el fármaco más empleado (46%), justificando su uso por la ausencia de resistencias aún descritas así como por su indicación en pacientes naives.

### **P29. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA A LOS NUEVOS ANÁLOGOS DE NUCLEÓS(T)IDOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS CRÓNICA B.**

J. Rosales Zabal; P. Moreno Mejías; J. Gonzalo Marín; F. Fernández Cano; J. Navarro Jarabo; I. Méndez Sánchez; F. Fernández Pérez; V. Aguilar Urbano; Á. Pérez Aisa; A. Sánchez Cantos

Hospital Costa del Sol, Unidad de Aparato Digestivo.

## Objetivo

Conocer los tipos de respuesta a los nuevos análogos de alta potencia en nuestra cohorte de pacientes con hepatitis crónica B en tratamiento.

## Material y métodos

Estudio retrospectivo incluyendo todos los tratamientos de la hepatitis crónica B en nuestro hospital a partir de la base de datos de dispensación de medicamentos de Farmacia, seleccionando los tratamientos con entecavir y tenofovir y analizando las historias clínicas de los pacientes

tratados con dichos fármacos. Analizamos carga viral y ALT pre-tratamiento, a las 12, 24 y 48 semanas de tratamiento. Definimos respuesta virológica como carga viral indetectable en semana 48, fallo primario como caída  $< 1 \log_{10}$  U/mL en semana 12, rebote virológico como aumento  $\geq 1 \log_{10}$  U/mL del nadir y respuesta subóptima como ADN detectable en semana 48 pero con disminución  $> 1 \log_{10}$  U/mL.

### Resultados

36 tratamientos (9 entecavir, 27 tenofovir), 13 (36,1%) naive. HBeAg(+) 16 (44,4%). La carga viral media pre -tratamiento fue 75441853 cp/mL. En la semana 12 la carga viral era negativa en 18/35 (52,9%). En la semana 24 se analizó en 30 tratamientos, 21 con carga negativa (70%). En la semana 48 se analizó en 16, siendo negativa en 10 (62,5%). La ALT pre-tratamiento media fue 73,86 UI/dl $\pm$ 93,85, en semana 12 de 43,46 UI/dl $\pm$  24,59, en la semana 24 de 33,88 $\pm$ 14,59 y en la 48 de 30,50 $\pm$ 11,78. Se produjo respuesta virológica en 11/17 (64,71%), fallo primario: 1 (2,9%) y rebote virológico en 2 (5,6%). Seroconversión HBeAg: 4/16 (25%). Respuesta subóptima: 7/30 (23,3%). Respuesta mantenida (media meses): 11,25 $\pm$ 7,64. Cumplimiento: 32/36 (88,9%).

### Conclusiones

En nuestra cohorte, los nuevos análogos de los nucleós(t)idos consiguen buenas respuestas virológicas, con bajo porcentaje de fallo primario y de rebote virológico aunque con respuesta subóptima moderada, alcanzando la seroconversión HBeAg en el 25% de los que son positivos, constituyendo en el momento actual la terapia de elección.

### P30. EXPERIENCIA CON EL USO DEL SISTEMA DE CÁPSULA MIRO CAM.

M. Serrano León; M. Rodríguez Pardo; M. Ramos-Clemente Romero; A. Abalde Bechiarelli; C. Rodríguez Ramos; M. Márcias Rodríguez; P. Rendón Unceta; F. Corro Aguilar; A. Naranjo Rodríguez

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz, Digestivo.

### Objetivo

Comunicar los resultados obtenidos con el equipo de capsuloendoscopia Miro cam (IntroMedic Co, Ltd, Seoul, Korea), que utiliza un nuevo sistema de transmisión de la señal, transmisión por propagación de campos eléctricos a través del organismo.

### Método

Análisis retrospectivo de los resultados obtenidos desde noviembre de 2009 hasta agosto de 2010 en los pacientes a los que se realizó exploración con el equipo de capsuloendoscopia Miro cam. Se incluyeron 63 pacientes,

24 varones, con edad media 57 años (21-86), estudiados por anemia ferropénica (66%), hemorragia digestiva de origen oscuro (11%), sospecha de enfermedad de Crohn (8%), diarrea crónica (11%), y dolor abdominal (3%). La exploración fue incompleta en 6 pacientes, dos por fallo de recepción de imagen, dos por retención en estómago y dos por tránsito prolongado en intestino delgado. El tiempo de grabación medio de grabación fue de 9 horas 7 minutos.

### Resultado

En 20 de las exploraciones los hallazgos fueron compatibles con la normalidad. Se encontraron lesiones en estómago o duodeno en 19 pacientes, en intestino delgado en 38 pacientes y en colon en 4 de los pacientes.

### Conclusiones

La cápsula endoscópica tipo "MiRo" es segura y eficaz para explorar el intestino delgado, con buena calidad de imagen.

### P31. EXPERIENCIA DEL ABORDAJE PERCUTÁNEO DE ABSCESOS PANCREÁTICOS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA.

J. Jorge Cerrudo<sup>1</sup>; E. Martínez Amate<sup>2</sup>; K. Muffac Granero<sup>1</sup>; A. Becerra Massare<sup>1</sup>; T. Villegas Herrera<sup>1</sup>; J. Jiménez Rodríguez<sup>1</sup>; D. Garrote Lara<sup>1</sup>; J. Ferrón Orihuela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada), Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería), Servicio Aparato Digestivo.

### Objetivos

El drenaje percutáneo mediante catéter con guía de imagen es el tratamiento de elección de las colecciones abdominales. Sin embargo, según el tipo de colección y de sus características, se puede optar por otros tratamientos. Presentamos nuestros resultados en el tratamiento percutáneo de los abscesos pancreáticos.

### Método

Se realizó un estudio retrospectivo entre los años 2005 a 2009, del uso de drenajes percutáneos en abscesos de origen pancreático. El tamaño muestral fue de 15 pacientes. Se utilizó catéteres de entre 8 y 12 French, colocados con guía de imagen (TAC), según técnica de Seldinger.

### Resultados

La edad media fue de 58 años, con 7 hombres (46,7%) y 8 mujeres (53,3%). Necesitaron ingreso en la unidad de cuidados intensivos durante su estancia hospitalaria

un total de 4 pacientes (26.7%). La media de drenajes utilizados fue de 1.33 (Rango de 1 a 3). Ningún paciente necesitó recambios ni presentó morbilidades. Se observó una resolución total en 13 pacientes (86.7%). Un paciente requirió intervención quirúrgica (6.7%) por fracaso del tratamiento. La vigilancia ambulatoria del drenaje se utilizó en 2 pacientes (13.3%) y se constataron 5 reingresos (33.3%), de los cuales 3 (20%) necesitaron otra punción. Se registró un éxitus en un paciente por fallo multiorgánico. La estancia hospitalaria media total entre ingresos y reingresos supuso 34 días.

### Conclusiones

El tratamiento de las colecciones abdominales ha cambiado en las últimas 2 décadas, gracias a los avances en el material de punción y en las técnicas de imagen (Eco, TAC). Múltiples publicaciones realizadas han demostrado resultados satisfactorios del drenaje percutáneo en el tratamiento de abscesos abdominales con una eficacia hasta del 80-90%. En nuestro medio esta eficacia es de un 83.1% (N=83). Los resultados en cuanto a abscesos pancreáticos son similares. El tratamiento endoscópico de los abscesos de origen pancreático anexos al estómago es una técnica prometedora pero con poca evidencia científica actualmente.