

COMUNICACIONES ORALES

Mesa Comunicaciones II

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

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

¹HOSPITAL REINA SOFÍA, UGC APARATO DIGESTIVO; ²HOSPITAL REINA SOFÍA, UG CIRUGÍA GENERAL.

Introducción

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

Objetivos

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

Material y métodos

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

Resultados

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

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

Conclusiones

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

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

Gomez Sotelo, A.1; Galindo Galindo, A.1; Briones Perez de La Blanca, E.²

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

Objetivo

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

Material y métodos

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

Resultados

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

Conclusiones

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

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

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

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

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

Objetivos

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

Métodos

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

Resultados

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

Conclusiones

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

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

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

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

Introducción

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

Objetivos

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

Material y métodos

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

Resultados

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

Conclusiones

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

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

Patrón Román, O. I.; Suarez, J.²

¹COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS. APARATO DIGESTIVO ALMERÍA. ²COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS. UNIDAD DE EXPLORACIONES FUNCIONALES DEL APARATO DIGESTIVO. ALMERÍA.

Objetivos

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

Métodos

Se realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo, en pacientes susceptibles de intolerancia a disacáridos que se sometieron a la prueba del hidrogeno espirado, los pacientes fueron derivados de las diferentes consultas especializadas de Aparato Digestivo de adultos, de la Provincia de Almería, en el periodo comprendido entre diciembre 2007 y junio del 2011. El universo de estudio estuvo constituido por el total de sujetos que se realizaron el test del hidrogeno espirado para descartar mala absorción a disacáridos (2,439 pacientes). Se procesó la información en forma de cifras absolutas, porcentajes y división de periodos. Los datos se obtuvieron a través del sistema informático de la Unidad de Exploraciones Funcionales del Aparato Digestivo (UEFAD) del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, que cubre toda el área sanitaria de la Provincia de Almería. Para el test de mala absorción a lactosa, se empleó como sustrato 50 g de lactosa disueltos en 500 ml de agua, con determinaciones de H₂ (hidrogeno) espirado basal, a los 30 minutos de administrar la lactosa y cada media hora después, hasta los 120 minutos. El criterio diagnóstico de positividad es una elevación por encima de 20 ppm (partículas por millón) de H₂ espirado sobre el valor basal. En la prueba de mala absorción a fructuosa - sorbitol se empleó como sustrato 25 gr de fructuosa y 5gr de sorbitol, con determinaciones de H₂ similares a la realizada en la intolerancia a lactosa, siendo positivos cuando existe una elevación por encima de

20 ppm de H₂ espirado sobre el valor basal. Se realizó una estratificación porcentual y de valor absoluto en relación a la edad, sexo y periodo de tiempo.

Resultados

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

Conclusiones

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

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

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

HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, UGC APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

Objetivos

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

Material y métodos

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

Resultados

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

Conclusiones

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