

## POSTERS

### P1. ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN NUESTRO MEDIO

Benítez Rodríguez, B.; Vazquez Moron, J.; Nuñez Sousa, C.; Pallares Manrique, H.; Ramos Lora, M.

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL JUAN RAMÓN JIMENEZ. HUELVA.

#### Introducción

El adenocarcinoma gástrico constituye la neoplasia maligna más frecuente del tracto digestivo tras el cáncer de colon, siendo la segunda causa de mortalidad por neoplasia maligna en el mundo tras el cáncer de pulmón.

#### 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.

#### Material y método

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de 143 pacientes diagnosticados de adenocarcinoma gástrico en nuestro hospital entre enero de 2002 y diciembre de 2010 en los que analizamos variables demográficas (edad, sexo, año de diagnóstico), de tipo histológico, la localización, los factores de riesgo, los síntomas y el estadio de la neoplasia en el momento del diagnóstico.

#### Resultados

El número de casos totales por años fue: 6, 8, 23, 8, 18, 19, 18, 15, 28 (la incidencia varía entre 6-28) del año 2002 al año 2010 respectivamente. La distribución por sexos fue de 70% varones y el 30% mujeres. La edad media al diagnóstico fue 69 años (35-92), Los principales síntomas descritos fueron dolor abdominal 70%, pérdida de peso 65%, anorexia 60%, astenia 50%, vómitos 40%, hemorragia digestiva 35%, disfagia 15%; Tipos de lesión: Tumor 50%, úlcera 40%, lesión

difusa 7%, pólipo 3%. Localización: 1/3 superior 25%, 1/3 medio 28%, 1/3 inferior 40%, Difuso 7%; Tipo histológico: Intestinal 73% y Difuso 27%. Factores de riesgo: Tabaco 70%, alcohol 35%, diabetes 20%. Datos de laboratorio: Anemia 80%, marcadores Tumorales (40% Elevados, 28% Normales y 32% No se determinaron). Estadio TNM en el momento del diagnóstico: IA 8%, IB 11%, II 12%, IIIA 18%, IIIB 7%, IV 44%.

#### Conclusiones

observamos una mayor frecuencia del adenocarcinoma gástrico en los varones fumadores entre la sexta y la séptima década de la vida, siendo los síntomas más frecuentes el dolor abdominal y la pérdida de peso, ambos tardíos para poder realizar un diagnóstico precoz, siendo la anemia el dato de laboratorio más comúnmente observado y el que nos podría permitir un diagnóstico más precoz. La localización principal corresponde al 1/3 inferior (antro y píloro) presentándose como tumor o úlcera fundamentalmente. El tipo histológico más frecuente es el intestinal. Ha habido un mínimo aumento de casos en los últimos años y parece que se están detectando en estadios más precoces.

### P2. AUTOAUDITORÍA SOBRE CUMPLIMIENTO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO (PAI) DISPEPSIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (H.U.S.C.)

López Segura, R.; Selfa Muñoz, A.; Ruiz Escolano, E.; Alcázar Jaén, L.; Barrientos Delgado, A.; García, R.; Salmerón, J.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO, UNIDAD APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

#### Introducción

La gastroscopia es el gold estándar ante una dispepsia sin mejoría tras tratamiento empírico, pero su alta prevalencia, coste, riesgos...hace surgir el PAI Dispepsia para agilizar el proceso diagnóstico-terapéutico.

#### Objetivos

Valorar si se realiza gastroscopia con demora menor a 30 días cuando no hay respuesta al tratamiento. Comprobar si se informa sobre plan terapéutico, pruebas, y solicitud de consentimiento.

#### Método

Autoauditoría. Criterios/indicadores/estándares: obtenidos del PAI (figura 1). Dimensiones: adecuación de indicación, accesibilidad, seguridad, continuidad asistencial. Indicador: de proceso. Población: 43 pacientes al azar (referencia: 220) diagnosticados de dispepsia entre 1/1/10-

31/12/10 en H.U.S.C. Variables: cualitativas dicotómicas.  
Fuente: Archinet.

### Resultados

El 55.8% del total sin respuesta al tratamiento, son sometidos a gastroscopia, IC (95%)  $\pm$  0.15. En el 83.3%, ésta se ha realizado con demora menor a 30 días, IC (95%)  $\pm$  0.11. El 95.8% ha firmado consentimiento, IC (95%)  $\pm$  0.06. En el 59.5% del total, se ha realizado informe para Atención Primaria (AP), IC (95%)  $\pm$  0.15.

### Conclusiones

Mayores tasas de cumplimiento en cuanto a brevedad en la realización de gastroscopia una vez solicitada y firma de consentimiento. Menores en cuanto a solicitud de gastroscopia y redacción de informe para AP. Los aspectos analizados alcanzan solo parcialmente el estándar fijado. Esto tal vez sea debido, entre otras causas, a falta de consonancia entre población a la que se pretende realizar y la real, sus necesidades, personal y equipamiento de la unidad de Digestivo.

| CRITERIOS  | ESTANDAR | INDICADORES   |
|--|----------|---|
| Todo paciente con dispepsia sin respuesta al tratamiento* deberá ser sometido a gastroscopia diagnóstica en un plazo de tiempo razonable.                          | 90%      | Nº pacientes sin respuesta al tratamiento empírico sometidos a endoscopia/<br>Nº total de pacientes con dispepsia sin respuesta al tratamiento empírico x 100 |
|  | 90%      | Nº de endoscopias con demora menor de 30 días tras la petición de la gastroscopia por parte de Digestivo/Nº total de endoscopias x 100                        |
| Todo paciente previamente a la realización de gastroscopia, deberá firmar el consentimiento tras ser informado   | 100%     | Nº pacientes sometidos a gastroscopia con consentimiento firmado/<br>Nº total de dispépticos con gastroscopia x 100   |
| Todo paciente visto en AE (Digestivo) deberá tener un informe para el médico de familia con las actuaciones que se han de seguir, los procedimientos realizados... | 100%     | Nº pacientes vistos en Digestivo con realización de informe para AP/ Nº total de dispépticos istos en Digestivo x 100   |

### P3. CARACTERÍSTICAS DE NUESTROS PACIENTES SOMETIDOS A GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA Y ANÁLISIS DE LA TÉCNICA

González Artacho, C.; Matas Cobos, A.; Ojeda Hinojosa, M.; Redondo Cerezo, E.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

### Introducción

La Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) es el método de elección para la alimentación enteral a largo plazo en presencia de tracto gastrointestinal viable. Su indicación principal es la alimentación oral que por diversos motivos tienen los pacientes. Es aconsejable una adecuada selección de los pacientes, por no estar exenta de complicaciones e implicaciones éticas.

### Objetivos

Describir las características de nuestros pacientes sometidos a gastrostomía endoscópica, evolución, complicaciones y mortalidad.

### Material y métodos

Desde Febrero de 2009 hasta Julio de 2011, revisamos los pacientes sometidos a este procedimiento. Analizamos las variables: Edad, sexo, indicación, complicaciones, mortalidad y duración. Realizamos un estudio retrospectivo observacional y empleamos el programa estadístico PASW-18.

### Resultados

Revisamos un total de 68 pacientes, (51.5% varones), con edad media de 63.72 $\pm$ 19.94 años. Las principales indicaciones fueron: Demencias 25%, neoplasias de cabeza y cuello 19%, ictus 11.8%, enfermedades desmielinizantes 8.8%, encefalopatía anóxica 7.4%, neumonía aspirativa de repetición 7.4%, E. Parkinson 5.9%. Las complicaciones se produjeron en 4 pacientes (5.9%): 3 infecciones de herida y una hemorragia autolimitada. La duración del tratamiento nutricional fue 12.68 $\pm$ 11.68 meses. En un 7.3% la PEG fue transitoria, con duración media de 5 meses. La mortalidad diferida precoz (no siempre relacionada con el procedimiento per se) fue del 4.4%, 3 pacientes, 2 precozmente.

### Conclusiones

- La Gastrostomía Endoscópica Percutánea en una técnica endoscópica segura, con una incidencia de complicaciones en nuestra unidad de 5.9%.

- Las principales indicaciones en nuestro medio son las demencias y las neoplasias de cabeza y cuello.

- Obtuvimos una mortalidad de 4.4%, menor a la publicada en otras series (8,2-32,8%).

#### **P4. CARACTERÍSTICAS DEL FITOBEZÓARES EN NUESTRO MEDIO**

Martín-Iagos Maldonado, A.1; Martínez Tirado, M.1; Alcázar Jaén, L.1; Selfa Muñoz, A.1; Florido García, M.1; Salmerón Escobar, F.2

1HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO, UNIDAD DE DIGESTIVO; 2HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA.

##### **Objetivos**

Revisar la frecuencia, complicaciones y tratamiento de los bezoares que precisaron ingreso en adultos.

##### **Método**

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo utilizando la base de datos de nuestro hospital desde el año 1992 hasta 2010.

##### **Resultados**

Se ingresaron 36 casos, todos fitobezoares. El 77,8% tenían algún factor favorecedor, siendo la cirugía gastrointestinal el más prevalente. La forma de presentación más frecuente fue la obstrucción intestinal (69,4%) seguida del dolor abdominal (19,4%), y sólo hubo un caso de muerte por perforación. La mayoría se localizaron en intestino delgado (61,1%), fundamentalmente en el íleon terminal. El tratamiento quirúrgico fue necesario en 23 casos. El resto se resolvió con endoscopia o medidas conservadoras.

##### **Discusión**

La formación de bezoares es rara en sujetos sanos, existiendo el antecedente de cirugía en el 54-80% de los casos. Nosotros identificamos 9 casos de Billroth II, 7 cuadros adherenciales, 3 vagotomías y 1 cirugía bariátrica. El tratamiento conservador con coca-cola, n-acetilcisteína y procinéticos fue efectivo en 11 pacientes; 2 precisaron tratamiento endoscópico, y los casos de obstrucción intestinal, y uno sin respuesta a tratamiento médico cirugía.

##### **Conclusiones**

Los fitobezoares deben incluirse en el diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal, principalmente si existe un antecedente de cirugía gástrica. El tratamiento conservador es eficaz en la mayoría de los pacientes, salvo complicaciones.

#### **P5. CARACTERÍSTICAS Y FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA AMILOIDOSIS CON AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL Y/O HEPÁTICA**

Alcalde Vargas, A.; Leo Carnerero, E.; Herrera, J.; Márquez Galán, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

##### **Objetivo**

Describir las manifestaciones clínicas y endoscópicas de la afectación digestiva, buscando datos diferenciales.

##### **Material y métodos**

Estudio retrospectivo de 35 pacientes con diagnóstico de amiloidosis intestinal entre 1989-2009. Consideramos afectación hepática si alteración de la bioquímica hepática tras descartar otras etiologías, desestimando la biopsia por alto riesgo de hemorragia.

##### **Resultados**

Edad media de 55,6 años. Distribución homogénea por sexos. Predominio de amiloidosis secundaria (AA, n20), frente a la primaria (AL, n13), más dos casos de amiloidosis asociada a hemodiálisis. El síntoma digestivo más frecuente fue la diarrea en (n19) hábito intestinal alternante (n10) y dolor abdominal (n9). Frecuentes manifestaciones extraintestinales, fundamentalmente renales (24pacientes) Elevación de enzimas colestasis en 8 enfermos (3 con hepatomegalia). Mal pronóstico, condicionado por la insuficiencia renal. De los 17 pacientes analizados hasta el 2000, 9 fallecen antes de 4 años. De los diagnosticados posteriormente, 11/18 han fallecido con supervivencia media de 32 meses. El 53% no presentan alteraciones en la rectosigmoidoscopia. 7 pacientes presentan aspecto endoscópico superponible a enfermedad inflamatoria intestinal (EII), todos ellos con depósito amiloide en mucosa. El resto(8) presentan alteraciones inespecíficas. La endoscopia oral mostró aspecto normal en 8/17 casos y alteraciones inespecíficas en el resto.

##### **Conclusiones**

- Gran inespecificidad clínica y endoscópica, que hace indispensable un alto grado de sospecha. Realizar diagnóstico diferencial con EII cuando el amiloide se deposita en mucosa.

- Incluirlo en diagnostico diferencial de pacientes diarreas y dolor abdominal, sobre todo si insuficiencia renal y afectación reumatológica asociadas.

- Mal pronóstico, condicionado por la insuficiencia renal.

## **P6. CARCINOMA GÁSTRICO CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO EN EL ÁREA HOSPITALARIA JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA**

García, M.; Nuñez, C.; Vázquez, J.; Casado, P.; Cabanillas, M.; Pallarés, H.; Ramos, M.

ÁREA HOSPITALARIA JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, APARATO DIGESTIVO. HUELVA.

### **Objetivo**

Analizar las características epidemiológicas del carcinoma gástrico con células en anillo de sello en nuestra área hospitalaria.

### **Material y métodos**

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se seleccionaron los casos de cáncer gástrico con histología de CAS registrados en nuestro hospital entre septiembre de 2002 y diciembre de 2010, realizando una revisión de las historias clínicas se recogieron los siguientes datos: sexo, edad al diagnóstico, fecha, hábito tabáquico y enólico, localización de la neoplasia, estadio tumoral.

### **Resultados**

Se analizaron 45 casos de CAS (64.4% hombres, edad media al diagnóstico de 65 años). 20 muestras eran de biopsia endoscópica y 25 de piezas quirúrgicas. El año 2010 fue en el que más casos se registraron (24.4%), seguido del 2006 (17.8%). El 31.1% de los pacientes habían sido fumadores y el 8.9% bebedores, el 4.4% tenían antecedentes de enfermedad péptica. La localización más frecuente fue el cuerpo gástrico (48.9%) y antro (26.7%), apareciendo en el resto de zonas con mucha menos frecuencia. 30 de los casos (66.6%) fueron diagnosticados en estadio IV. En los casos en los que se realizó cirugía (55.6 %) la gastrectomía total fue la técnica que se realizó más frecuentemente (56%).

### **Conclusiones**

El CAS es un diagnóstico infrecuente en nuestro medio, siendo los varones en edad media los pacientes que más frecuentemente lo padecen. El antecedente de tabaquismo estaba presente en un alto porcentaje de pacientes como único factor de riesgo probable asociado. El diagnóstico en estadio avanzado es frecuente, no siendo posible el tratamiento curativo.

## **P7. ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR AUMENTADO DE TONO: ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD**

González Artacho, C.; Matas Cobos, A.; Martos Ruíz, V.; Ruíz-cabello Jiménez, M.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

### **Introducción**

Se considera tono normal del esfínter esofágico inferior (EEI) el que es  $\leq 30$  mmHg, y muchos autores consideran esfínter hipertónico sólo cuando el tono es  $> 40$  mmHg.

### **Objetivos**

Analizar las características de nuestros pacientes con aumento del tono del EEI.

### **Material y métodos**

Revisamos los pacientes, desde 2002 hasta 2011, en los que se detectó aumento del tono del EEI. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo y empleamos el programa estadístico PASW-18.

### **Resultados**

Se detectaron 47 pacientes con tono del EEI  $> 30$  mmHg. Representa una incidencia de 1.2/100000 habitantes, aunque en los últimos 3 años es de 2.3/100000 habitantes, probablemente por el aumento de exploraciones. La edad media fue 52.3 años. Hubo 72.3% de mujeres y 27.7% de hombres. El tono medio fue de 41.2 mmHg, la longitud media del EEI fue 4.5 cm, y la relajación esfinteriana fue normal en el 89%. El 51.1% referían clínica típica de reflujo gastroesofágico (RGE); 42.6% disfagia a líquidos y/o sólidos; 23.4% dolor retroesternal y 14.9% nudo retroesternal espontáneo. La endoscopia fue normal en 14, hernia de hiato en 8, esofagitis en 3, anillo de Schatzki en 3, sospecha de cardias hipertónico en 6 y sospecha de trastorno motor en 5. Se realizó pHmetría a 21 pacientes, existiendo reflujo ácido patológico en 8: cuatro con clínica típica de RGE y tres clínica de RGE y dolor; cuatro con tono del EEI entre 31-40 mmHg y cuatro  $> 40$  mmHg.

### **Conclusiones**

- El esfínter esofágico inferior hipertónico es un trastorno motor primario del esófago poco frecuente.
- Suele diagnosticarse a edad media, con predominio femenino.
- Clínicamente predomina RGE asociando en ocasiones disfagia y/o dolor retroesternal.

## P8. INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

Alcalde Vargas, A.; Leo Carnerero, E.; Trigo Salado, C.; de La Cruz Ramírez, M.; Herrera, J.; Márquez Galán, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

### Objetivos

Conocer el porcentaje de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en tratamiento de mantenimiento con IFX que requieren intensificación del mismo, la respuesta a la modificación y que factores influyen.

### Material y métodos

Análisis retrospectivo del registro de pacientes con EII en tratamiento de mantenimiento con IFX, excluyendo los que solo han realizado tratamiento de inducción. Analizamos el tipo de EII, características fenotípicas, indicación de terapia biológica (patología luminal o perianal en EC y brote grave o corticodependencia en CU), tiempo de evolución de la enfermedad, tratamientos concomitantes antes y en el momento de la intensificación, tipo de intensificación (aumento de dosis o acortamiento de intervalo), tiempo de intensificación, respuesta a la intensificación y actitud consecuente (suspensión, mantiene dosis intensificadas, vuelve a standard). Consideramos fracaso de la intensificación si suspende IFX (por adalimumab o cirugía) o precisa esteroides.

### Resultados

De los 143 pacientes, incluimos 122 (21 solo tratamiento de inducción), con edad media 31.2 años y predominio de EC (72% EC vs 28% CU), con un seguimiento de 64 meses desde el diagnóstico de EII. 24 pacientes (19.7%) requieren intensificación del tratamiento. En todos, se realiza acortamiento de intervalos, a una media de 6.2 semanas, realizándose a los 21.5 meses de tratamiento con IFX, no encontrando ningún factor influyente de los estudiados. El 75% responden a la intensificación del tratamiento tras 16.8 meses de seguimiento post-intensificación y de ellos, 7 (29.5%) pueden volver a su tratamiento inicial, mientras que 12(50%) siguen en intensificación y 5(20.9%) fracasan pese a intensificar.

## P9. LA ESOFAGITIS EOSINOFILICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Rodriguez Sicilia, M. 1; Garcia Escaño, M.2; Benitez Rodriguez, B.3; Zafra Jimenez, C.2; Robles Olid, J.2

1HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA. 2HOSPITAL INFANTA MARGARITA, APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA. 3ÁREA HOSPITALARIA JUAN RAMÓN JIMENEZ, APARATO DIGESTIVO. HUELVA.

### Introducción

La Esofagitis eosinofílica (EE) es una enfermedad emergente.

### Objetivos

Analizar la clínica y respuesta al tratamiento.

### Material y métodos

Pacientes con histología de EE en biopsias esofágicas en los últimos 10 años en H. Infanta Margarita. Analizamos edad, sexo, clínica, hallazgos endoscópicos, tratamiento y respuesta.

### Resultados

19 casos de EE. 89% varones, edad media 38 años. Síntomas: disfagia 53%, impactación alimenticia 37%. Endoscopia: esófago anillado 47,5%, estriación 21%, normal 16%, erosiones 10,5%, anillos fibrosos 5%. Tratamiento: Fluticasona+Omeprazol 47.5%, Fluticasona 5%, Prednisona+Omeprazol 16%, 5% Prednisona+Fluticasona, 21% no tratamiento. El 74% asintomáticos y 5% recidiva.

### Conclusiones

La EE es más frecuente en varones jóvenes. Disfagia e impactación de bolo alimenticio son los síntomas más frecuentes. Debemos tomar biopsias esofágicas en estos pacientes. La Fluticasona parece buen tratamiento de 1ª elección.



**P10. LINFOMA PANCREÁTICO PRIMARIO**

Ojeda Hinojosa, M.; Martos Ruiz, V.; González Artacho, C.; Redondo Cerezo, E.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

**Introducción**

El linfoma pancreático primario es una enfermedad rara, constituyendo sólo el 1% de los linfomas extranodales y el 0.5% de todas las masas pancreáticas. Este tipo de tumor pancreático es difícil de diferenciar clínicamente del adenocarcinoma de páncreas sin la ayuda de la anatomía patológica. Debido a los diferentes pronósticos de ambas enfermedades, el correcto diagnóstico es fundamental.

**Caso clínico**

Varón de 54 años, con antecedentes de trasplante renal en 2005 y tabaquismo, que ingresa en nuestro servicio tras el hallazgo de una masa a nivel epigástrico. Analíticamente en el paciente destacaba una LDH de 1065 y PCR de 3. Durante el ingreso se realiza TC de abdomen apreciándose "una gran masa heterogénea que respeta cabeza pancreática e invade el resto de la glándula, conformada en dos lóbulos, de medidas de 84x 68mm a nivel de cola, y otra de 85x84mm que es atravesada por vasos sanguíneos, arteria esplénica, y hepática". Posteriormente se realizaría ecoendoscopia digestiva lineal, objetivándose una "gran masa heterogénea que ocupa la práctica totalidad del páncreas de aspecto neoplásico. Adenopatías sospechosas de malignidad en áreas 9, ventana aorto-pulmonar y área 2L". Se procede a realizar PAAF de la lesión con apoyo de citopatólogo "in situ". Posteriormente el informe anatomo-patológico informaría de "linfoma B de células grandes. Compatible con síndrome proliferativo posttrasplante monomorfo B". Con nuestro caso queremos recalcar el papel en el diagnóstico de este tipo de tumores de la ecoendoscopia, y a ser posible, con apoyo de citopatólogo.

**P11. MASA RECTAL AISLADA COMO PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE TUBERCULOSIS INTESTINAL**

Heredia Carrasco, C.1; Matas Cobos, A.1; González Artacho, C.1; López de Hierro Ruiz, M.2

1HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO; 2HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

**Introducción**

El bacilo de la tuberculosis puede afectar a cualquier tracto del aparato digestivo siendo rara la localización rectal.

Los hallazgos endoscópicos son variables (estenosis anal circunferencial, masa,...) e indistinguibles de neoplasias o enfermedad inflamatoria intestinal. Sin afectación ileocecal el diagnóstico es difícil.

**Caso clínico**

Varón de 52 años con antecedentes de sarcoidosis pulmonar, enolismo y tabaquismo activo que desde hace un año presenta 10-12 deposiciones diarreas líquidas-semiblandas, síndrome constitucional y fiebre. Exploración física anodina salvo hepatomegalia de tres centímetros no dolorosa. Colonoscopia: a 10 cm del margen anal lesión vegetante, mamelonada y circunferencial que estenosa la luz impidiendo la progresión (figura 1). Se toman biopsias (negativas para malignidad, tejido de granulación inespecífico). Con sospecha de sarcoidosis pulmonar e intestinal se inicia tratamiento inmunosupresor. A los dos meses es ingresado por persistencia de la clínica. Intradermorreacción de Mantoux: positiva. Cultivo de esputo: desarrollo de Mycobacterium tuberculosis complex. Colonoscopia: superponible a la primera, biopsias para estudio histológico y cultivo, con desarrollo de Mycobacterium tuberculosis complex. Confirmada la tuberculosis diseminada (pulmonar e intestinal), se inicia tratamiento tuberculostático.

**Discusión**

La tuberculosis intestinal puede presentarse de forma secundaria a foco pulmonar o raramente de forma aislada. El lugar de afectación más frecuente es la región ileocecal, con patrón ulcerativo (60%), hipertrófico (10%) o úlcero-hipertrófico (30%). El tratamiento médico es de elección; el quirúrgico queda reservado a estenosis persistentes, es difícil descartar una neoplasia o existen complicaciones. La dilatación con balón es segura para estenosis fibrosas de corta longitud.

**P12. PREVALENCIA DE COLITIS MICROSCOPICA EN UN HOSPITAL COMARCAL EN 10 AÑOS**

Rodriguez Sicilia, M.1; Garcia Escaño, M.2; Benitez Rodriguez, B.3; Zafra Jimenez, C.4; Robles Olid, J.2

1HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA. 2HOSPITAL INFANTA MARGARITA, APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA. 3ÁREA HOSPITALARIA JUAN RAMÓN JIMENEZ, APARATO DIGESTIVO. HUELVA. 4HOSPITAL INFANTA MARGARITA. CÓRDOBA.

**Introducción**

La colitis microscópica (CM) engloba dos enfermedades: colitis linfocítica (CL) y colitis colágena (CC). Se considera una patología de baja frecuencia. Nuevos datos sugieren que es relativamente común.

## Objetivos

Estimar la prevalencia de CL y CC en biopsias de colonoscopias realizadas durante el estudio de una diarrea crónica. Analizar características clínico-epidemiológicas de pacientes diagnosticados de CM.

## Material y métodos

Incluimos todos los pacientes con diarrea crónica a quienes se realiza colonoscopia normal con biopsias para descartar CM. Recogemos aquellos con diagnóstico histológico de CM entre Enero de 2001 y Enero de 2011 en la Unidad de Digestivo del Hospital Infanta Margarita. Población en riesgo: 162.904 habitantes. Analizamos edad, sexo, existencia y tipo de colitis, lesiones concomitantes colónicas, exploración completa, ileoscopia y clínica.

## Resultados

Incluimos 432 colonoscopias. Diagnosticamos CM a 56 pacientes (12.96%), 75% mujeres, edad media: 57 años. Prevalencia de: CL: 27.01% y CC: 7.37%. Prevalencia en población a riesgo: 34.38%. Colonoscopia completa: 91.07% de pacientes del total de enfermos. Clínica: diarrea (96.4%), pérdida ponderal (19.6%), rectorragia 9%.

## Conclusiones

CM ocurre principalmente en mujeres de edad media, más frecuente la CL. Diarrea acuosa es el síntoma principal, seguido de pérdida ponderal. Encontramos mayor prevalencia de CM respecto de un estudio realizado en nuestro hospital en un periodo de 4 años donde obtenían prevalencia: CM 15.7%, CL 12.6% y CC 4.6%. Este aumento de prevalencia parece deberse a que se tiene más presente esta patología en el diagnóstico diferencial de la diarrea acuosa, consiguiendo un aumento de casos diagnosticados.

### P13. REVISIÓN EN NUESTRO MEDIO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

López Segura, R.; Martínez Tirado, P.; Selfa Muñoz, A.; Martín-lagos Maldonado, A.; Florido García, M.; Salmerón, J.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO, UNIDAD APARATO DIGESTIVO . GRANADA.

## Objetivos

Analizar el efecto del tratamiento biológico y las características de los pacientes tratados (2006-2010).

## Pacientes y métodos

58 pacientes, edad media 39 años (17-66), 60%

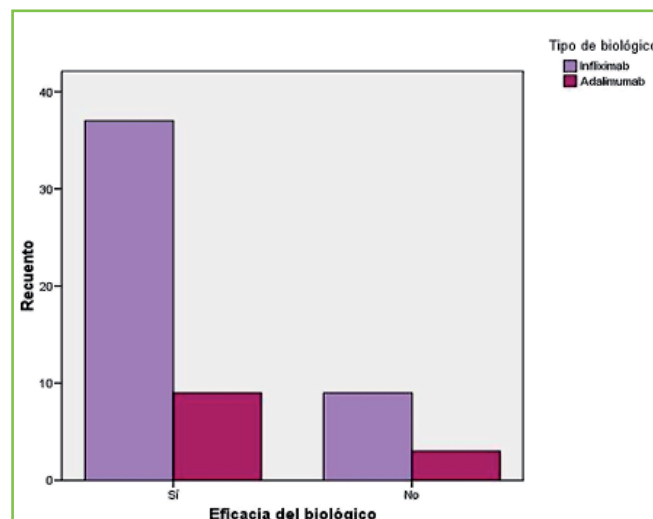
hombres/Estudio descriptivo observacional retrospectivo.

## Resultados

El 69% presentaba enfermedad de Crohn (EC): 17 estenosante, 4 penetrante, 19 no estenosante ni penetrante, asociados o no a enfermedad perianal. El 31% padecían colitis ulcerosa (CU): 8 izquierdas, 10 extensas. Indicación de biológico: 63% falta de respuesta y/o efectos adversos a inmunomoduladores, 30% afectación extraintestinal, 7% terapia puente. Se administró infliximab a 46 (16 CU, 30 EC), adalimumab a 12 (10 EC, 2 CU). La eficacia de los anti-TNF fue del 79% (46/58), sin diferencias significativas entre adalimumab/infliximab ( $p=0.6$ ) (figura 1). La pérdida de respuesta fue del 24% (14/58), sin diferencias significativas entre ambos ( $p=0.7$ ) (figura 2). Presentaron efectos adversos el 28%, sin diferencias entre adalimumab/infliximab ( $p=0.3$ ) (figura 3).

## Conclusiones

En nuestra muestra el fracaso/contraindicación del tratamiento inmunomodulador fue la principal indicación de terapia biológica (63%). La eficacia de los anti-TNF es del 70% y la pérdida de respuesta del 40%. En nuestra muestra encontramos mejores datos de eficacia y menor porcentaje de pérdida de respuesta (el 79% respondió independientemente del tipo usado; el 30% perdió respuesta). En nuestro medio, adalimumab/infliximab han demostrado ser igualmente eficaces y seguros.



### P14. DESIMPACTACIÓN ENDOSCÓPICA DE UN FITOBEZOAR DUODENAL CON BALÓN EXTRACTOR DE LITIASIS AUTORES: SILVIA PATRICIA ORTEGA MOYA ALFREDO LLOMPART RIGO SAM KHORRAMI MINAEI JAIME GAYÁ CANTALLOPS

Ortega Moya, S.

HOSPITAL SON ESPASES, DIGESTIVO. MALLORCA.

## Introducción

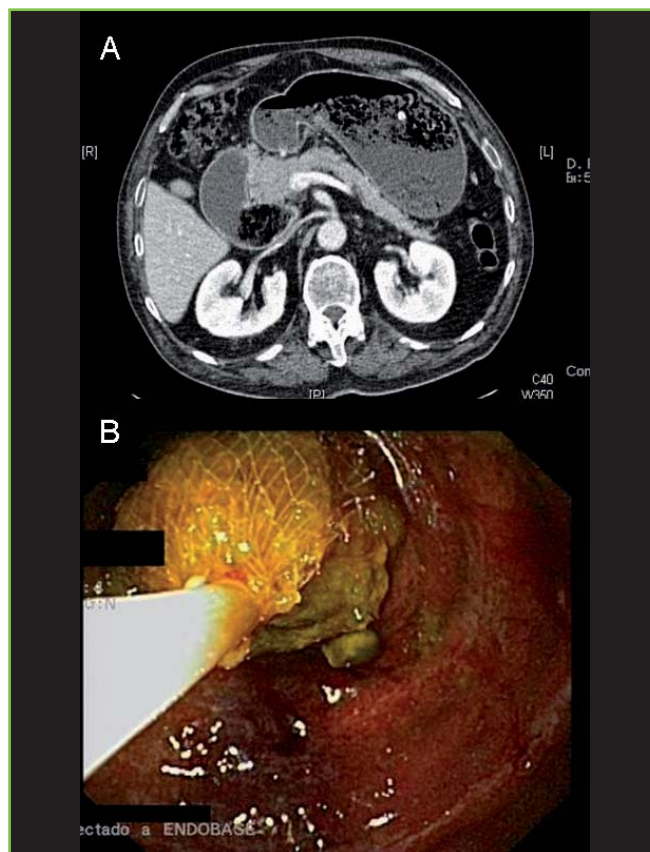
Un bezoar es una concreción de material indigerible retenido en el tubo digestivo. Su impactación a nivel duodenal es una causa poco frecuente de oclusión intestinal alta. Presentamos el caso de la impactación de un fitobezoar a nivel duodenal.

## Caso clínico

Varón de 66 años que acudió a Urgencias por abdominalgia y vómitos de retención de 48 horas de evolución. Antecedentes personales: vagotomía con piloroplastia. Exámen físico: distensión abdominal con efecto masa a la palpación en epigastrio y bazuqueo. Hemograma y bioquímica normales. La radiografía simple de abdomen mostraba un estómago de retención. Se colocó una SNG y se realizó un TAC de abdomen que mostraba una imagen endoluminal de escasos centímetros de longitud y patrón moteado con burbujas de aire en su interior, sugestiva de bezoar impactado en parte distal de la segunda porción duodenal (Figura 1). Se realizó una gastroscopia que mostró un píloro borrado. Se localizó el fitobezoar impactado en la parte distal de la segunda porción duodenal y que ocluía completamente la luz. Se procedió a su desimpactación, primero con asa de polipectomía (Boston Científico®, Francia) y posteriormente con una cesta "recoge pólipos" (US Endoscopy®, EEUU) sin éxito, al no poder enlazarlo por su periferia (Figura 2). Entonces se procedió a perforar el fitobezoar en su centro con la punta del asa y pasar un balón extractor de litiasis biliar (Cook®, Irlanda) sin guía ni control fluoroscópico. Una vez inflado el balón hasta el diámetro mediano, se traccionó con suavidad hasta desimpactar el bezoar. Por último, se fraccionó con el asa de polipectomía y se revisó el duodeno, sin observar estenosis ni otras lesiones mucosas. El paciente fue dado de alta a las 24 horas.

## Discusión

Los bezoares gastrointestinales constituyen una patología poco frecuente del tubo digestivo, pueden ser fitobezoares y tricobezoares (1-3). Varios factores favorecen su formación como la ingesta excesiva de alimentos ricos en fibra vegetal, una masticación deficiente y las alteraciones anatómicas o funcionales. En una serie de 56 casos, el 84 % de los pacientes tenían antecedente de cirugía previa y en la mayoría era una vagotomía troncular con piloroplastia (3). La impactación de un bezoar constituye una indicación de endoscopia urgente. El tratamiento endoscópico precoz reduce la necesidad de cirugía, complicaciones, estancia hospitalaria, morbi-mortalidad y costes (4,5). El éxito terapéutico dependerá de la experiencia, habilidad y capacidad adaptativa del endoscopista, ya que no se dispone de un algoritmo o guía. Figura 1: Imagen de tomografía computadorizada que muestra un estómago de retención y bezoar impactado en segunda porción duodenal. Figura 2: Fracaso en la maniobra de desimpactación del bezoar duodenal con una cesta "cazapólipos"



## P15. VALOR DE LA PHMETRIA AMBULATORIA DE 24 HORAS EN EL DIAGNOSTICO DE LOS SINTOMAS ASOCIADOS A REFLUJO GASTROESOFAGICO EN PACIENTES SIN HALLAZGOS DE ESOFAGITIS EN EDA

Marín Pedrosa, S.

HOSPITAL REINA SOFÍA, APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA.

## Objetivos

Determinar el valor diagnóstico en nuestro medio de la PhMetría ambulatoria en pacientes con clínica atribuible a reflujo gastroesofágico y sin esofagitis en EDA.

## Material y métodos

Se diseñó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron 82 pacientes con diagnóstico clínico de reflujo gastroesofágico sin esofagitis valorada por EDA, a los cuales se le realizó Phmetría ambulatoria de 24 horas, con sonda de un canal, mediante técnica convencional. Se recogieron datos demográficos así como datos referentes al score de De Meester, síntomas totales, síntomas a  $Ph < 4$ , en una base de datos Acces y se analizaron mediante el programa estadístico SPSS.

## Resultados

Los pacientes estudiados tenían una edad media de 44,8 años (+/- 15), de estos el 58,5% fueron mujeres. En



cuanto al diagnóstico obtenido fue: normal en el 59.8% de los pacientes, reflujo leve 20.7%, reflujo moderado 17% y reflujo grave 2.4%. Durante la exploración aparecieron síntomas en el 45,1% de los pacientes y síntomas a  $\text{Ph} < 4$  en el 26,8%, siendo el índice sintomático significativo en el 59,1% de éstos últimos.

### Conclusiones

La PhMetría encuentra reflujo patológico en 1 de cada 3 pacientes con síntomas de RGE sin esofagitis, habiendo diferencias entre hombres y mujeres. Esto nos hace hacer pensar que además del reflujo ácido otros factores como la hipersensibilidad visceral pueden influir en esta patología.

### Palabras clave

Reflujo gastroesofágico, PhMetría, Reflujo sin esofagitis.

### P16. TRATAMIENTO CON HIERRO INTRAVENOSO EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Matas Cobos, A.; González Artacho, C.; Martos Ruiz, V.; Cabello Tapia, M.; Gómez García, R.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

### Introducción

La terapia con hierro oral en ocasiones es insuficiente y mal tolerada en pacientes con EII y anemia ferropénica. El hierro intravenoso es una buena alternativa para aumentar la adhesión y mejorar los resultados del tratamiento.

### Objetivos

Valorar la eficacia del tratamiento con hierro intravenoso en pacientes con EII y anemia crónica refractaria al tratamiento con hierro oral.

### Material y métodos

Estudio retrospectivo observacional donde evaluamos pacientes con anemia ferropénica refractaria a ferrotterapia oral y EII que recibieron tratamiento con hierro intravenoso en nuestro servicio. Analizamos Hemoglobina, hierro, VCM y ferritina previas y tras las infusiones. Datos analizados mediante SPSS-15.0.

### Resultados

52 pacientes con EII y anemia ferropénica habían recibido tratamiento con hierro intravenoso (45 con hierro sacarosa y 7 con hierro carboximaltosa) apreciando un

incremento estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ) de las cifras de hemoglobina (de 9,3 a 12,1 mg/dl y de 9,4 a 12,4 mg/dl respectivamente) así como de los valores de ferritina (de 12,4  $\mu\text{g/L}$  a 43,5  $\mu\text{g/L}$  y de 11  $\mu\text{g/L}$  a 86,3  $\mu\text{g/L}$  respectivamente). El número medio de infusiones necesarias en el grupo de hierro sacarosa fue de 11,6. En el grupo de hierro carboximaltosa, tan solo de 3,1. Único efecto adverso observado: intolerancia gastrointestinal en un paciente tratado con hierro sacarosa.

### Conclusiones

El tratamiento con hierro intravenoso es eficaz y seguro en pacientes con anemia ferropénica y EII. Los preparados de hierro carboximaltosa consiguen mejores resultados con menor número de infusiones que los de hierro sacarosa, aunque necesitamos un mayor tamaño muestral.

### P17. TRATAMIENTO CON TALIDOMIDA ASOCIADA A TRATAMIENTO ENDOSCOPICO CON APC EN EL SANGRADO RECTAL POR LESIONES VASCULARES SECUNDARIAS A PROCTITIS ACTINICA SEVERA

Rincón Gatica, A.; Araujo Míguez, M.; Pizarro Moreno, A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS. SEVILLA.

### Objetivo

Presentamos dos casos de proctitis actínica crónica con requerimientos transfusionales y fracaso del tratamientos endoscópico que se beneficiaron del tratamiento con talidomida para conseguir el cese del sangrado.

### Caso clínico

Se trata de un varón de 80 años diagnosticado de adenocarcinoma de próstata en tratado con radioterapia y una mujer de 63 años con antecedentes de neoplasia de cérvix estadio IV. Ambos fueron tratados con radioterapia pléfica y en los dos años siguientes desarrollaron episodios de rectorragia cuantiosa. Ambos pacientes fueron diagnosticados de Proctitis Actínica, secundaria al tratamiento radioterápico. En ambos pacientes, la rectorragia se catalogó como sangrado grado IV, con necesidad de soporte transfusional; refractaria a tratamiento endoscópico con coagulación con argón plasma (APC) en varias sesiones y a los suplementos de hierro oral. Por este motivo en ambos se indicó tratamiento con talidomida; 100 mg cada 24 horas en el primer caso y 100 mg cada 12 horas en el segundo caso, así como tratamiento con hierro intravenoso consiguiéndose en ambos el cese del sangrado. Ambos pacientes desarrollaron efectos secundarios del fármaco; una neuropatía tóxica y edemas en miembros inferiores no trombotico. Ninguno ha vuelto a sangrar y la hemoglobina se mantiene estable en ambos tras un seguimiento de más de un año.

## Conclusiones

La Talidomida puede ser una opción de tratamiento eficaz en pacientes con proctitis actínica severa refractaria a otros tratamientos, en combinación con los mismos. La duración de su efecto en nuestros pacientes pensamos que se debe a la combinación con tratamiento endoscópico.

## P18. PAPEL DE LA COLONOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON COLITIS ISQUÉMICA

Benítez Rodríguez, B. 1; Osuna Molina, R. 1; Rodríguez Sicilia, M. 2; Pallarés Manrique, H. 1; Ramos Lora, M. 1

1HOSPITAL GENERAL JUAN RAMÓN JIMENEZ, DIGESTIVO. HUELVA. 2HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, DIGESTIVO. GRANADA.

## Introducción

La terapia con hierro oral en ocasiones es insuficiente y mal tolerada en pacientes con EII y anemia ferropénica. El hierro intravenoso en una buena alternativa para aumentar la adhesión y mejorar los resultados del tratamiento.

## Objetivos

La colitis isquémica es una entidad infravalorada por tener una clínica oligosintomática y poco específica a la hora de orientar al facultativo hacia su diagnóstico a pesar de ser la causa más frecuente de isquemia intestinal (incidencia en nuestro medio de 16-20 casos/100000 habitantes). En el presente estudio analizamos las características demográficas, clínicas y la utilidad de la colonoscopia en los pacientes diagnosticados de colitis isquémica en nuestro centro así como el cambio de actitud terapéutica que supone su diagnóstico.

## Material y métodos

Estudio retrospectivo en el que se seleccionaron 12 pacientes diagnosticados de colitis isquémica mediante colonoscopia y biopsia durante el periodo que abarca desde junio de 2010 a junio de 2011 analizando: edad, sexo, motivo de exploración, factores de riesgo cardiovascular, grado endoscópico de isquemia, cambio en la actitud terapéutica, tratamiento y evolución. Resultados: la edad media de nuestros pacientes fue de  $70,25 \pm 15,2$  años con una incidencia mayor en mujeres con respecto a hombres (66,7% mujeres y 33,3% hombres). Los factores de riesgo asociados fueron la hipertensión arterial (66,7%), antecedente de accidente cardiovascular previo (33,3%), tabaco (33,3%), diabetes mellitus (33,3%), antecedente previo de cirugía abdominal (16,7%). El motivo más frecuente para la realización de la colonoscopia fue rectorragia (83,3%) seguido de dolor abdominal (63,7%), estreñimiento (50%) y fiebre (33,3%).

Se realizó la colonoscopia de forma urgente en el 33,3% de los casos. La colonoscopia permitió un cambio en la actitud terapéutica en el 66,7% de los casos, aumentando en la urgente al 75%. La mortalidad global fue del 17,6%. La colitis isquémica grave ocurrió sólo en uno de los 12 casos (8,3%) que resultó con el fallecimiento del paciente, siendo el resto de los casos leve-moderada sin requerir tratamiento quirúrgico por buena evolución del paciente con tratamiento médico conservador adecuado, siendo menor el requerimiento de tratamiento quirúrgico (5%,  $p < 0,05$ ).

## Conclusiones

La colitis isquémica sigue siendo un cuadro que se manifiesta comúnmente con rectorragia y dolor abdominal en paciente con factores de riesgo cardiovascular, llamando la atención en nuestra revisión el antecedente previo de cirugía abdominal por diversos motivos (cirugía previa de pseudoobstrucción intestinal en uno de los pacientes, cirugía de úlcus péptico en otro de los pacientes). Es más frecuente en la edad avanzada, siendo algo más frecuente en el sexo femenino. La colonoscopia permite confirmar el diagnóstico, evaluar la gravedad y sobre todo induce a un cambio de actitud según el resultado de la misma. Permitiendo el tratamiento médico adecuado y precoz una buena evolución clínica con tratamiento médico conservador, siendo la cirugía necesaria con mayor frecuencia sólo en los casos severos.

## P19. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS INDICACIONES DEL TEST DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL COSTA DEL SOL

Fernández Cano, F. 1; Moreno García, A. 1; Pérez Aisa, A. 1; López Vega, M. 1; Rosales Zabal, J. 1; Rivas, F. 2; Fernández Pérez, F. 1; Méndez Sánchez, I. 1; Navarro Jarabo, J. 1

1HOSPITAL COSTA DEL SOL, UNIDAD APTO. DIGESTIVO. MÁLAGA. 2HOSPITAL COSTA DEL SOL, UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACION. MÁLAGA.

## Introducción

El Sobrecrecimiento Bacteriano de Intestino Delgado (SIBO), se presenta como una gran variedad de síntomas presentes en multitud de situaciones. Entre las formas de presentación: la distensión y dolor abdominal, dermatitis, manifestaciones articulares, alteraciones hepáticas y malabsorción grasa, entre otras.

## Objetivos

Analizar las situaciones clínicas donde hemos usado el Test de Sobrecrecimiento bacteriano con medición de hidrógeno en aire espirado.

## Material y métodos

De un total de 220 test de Hidrógeno espirado con

sobrecarga de glucosa para diagnóstico de SIBO realizados en nuestro centro entre enero-2008 y diciembre-2010, se seleccionó una muestra aleatoria (por número de historia correlativo) de 170 realizados en 122 pacientes. Analizamos las indicaciones en las que realizamos el test. Aquellos con test positivo recibían tratamiento antibiótico con Rifaximina.

## Resultados

De 122 pacientes, 25 se diagnosticaron de SIBO. Analizamos las indicaciones: -Síndrome de intestino irritable de difícil control: 44 pacientes (36,06%). El test era positivo en 2 casos (4,54% de los intestinos irritables y 1,64% del total). No antecedentes de cirugía. -Enfermedad de Crohn de evolución no satisfactoria no justificable por actividad de la enfermedad: 20 pacientes (16,39%). 6 casos presentaban antecedentes de cirugía resectiva intestinal (30% de los Crohn y 4,92% del total). El test SIBO fue positivo en 1 caso (5% de los Crohn y 0,82% del total) y tenía antecedentes de cirugía. -Participación en el estado nutricional de pacientes con cirugía resectiva gástrica y/o duodenal: 32 pacientes (26,23%). 4 casos (12,5% del grupo) de gastrectomía total, 2 casos (6,25%) de duodenopancreatectomía; 20 Y-Roux (66,25%); 4 casos (12,5% del grupo) Billroth; 1 (3,125%) gastroduodenostomía y 1 caso (3,125%) de tubulización esofágica. El test fue positivo en 16 casos (50% de los pacientes con antecedentes cirugía y 13,11% del total). -Pacientes con patología hepática: 31 pacientes (25,41%). El test fue positivo en 6 casos (19,35% del grupo y 4,92% del total). 3 de ellos tenían antecedentes de cirugía previa.

## Conclusiones

El SIBO está presente en diferentes situaciones clínicas. Creemos que es oportuno pensar en esta situación y realizar el Test de Hidrogeno espirado, dado que se puede indicar un tratamiento asequible; y su test diagnóstico es de fácil realización, inocuo, reproducible y con costes asequibles.

### P20. TRICOBZÓAR GIGANTE COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE EPIGASTRALGIA

Martos-ruiz, V.; Ojeda Hinojosa, M.; González Artacho, C.; Matas Cobos, A.; Redondo Cerezo, E.; de Teresa Galván, J.

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

#### Introducción

-Paciente de 15 años de edad, sin antecedentes personales de interés. No tratamiento ni ingesta de tóxicos habitual. Acude a consultas externas de Digestivo por diarrea de 2 años de evolución, sin productos patológicos, que eventualmente no respeta la noche, con epigastralgia. No fiebre. Pérdida de peso no cuantificada. Exploración: Abdomen blando, depresible, sensible en epigastrio donde se palpa masa "gomosa" lisa, con ruidos intestinales normales.

No ascitis. Se solicitan: Ecografía abdominal: compatible con bezóar. Radiografía abdomen: ocupación de cámara gástrica con imagen en miga de pan. Endoscopia digestiva alta: Tricobezóar gigante en cavidad gástrica imposible de extraer endoscópicamente. La paciente reconoce ingesta de cabello cuando se siente muy estresada. Es remitida a Salud mental y a Cirugía general. En Cirugía general se realiza laparotomía media supraumbilical, gastrostomía longitudinal a nivel de cara anterior del cuerpo gástrico y extracción de un gran tricobezóar de unos 10x6 cm.

#### Discusión

- Los tricobezóares aparecen principalmente en mujeres jóvenes con trastornos psiquiátricos, precediendo la tricotilomanía/tricofagia su aparición.
- Normalmente se descubren de forma incidental.
- La radiografía, TAC o tránsito baritado pueden mostrar como masa o defectos de relleno.
- La extracción quirúrgica debería considerarse en pacientes en que falla la terapia médica-endoscópica, o si se produce sangrado importante u obstrucción.

### P21. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS CON COMPLICACIONES BILIARES

Ojeda Hinojosa, M.; Martos Ruiz, V.; Matas Cobos, A.; Redondo Cerezo, E.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, DIGESTIVO. GRANADA.

#### Objetivos

En los pacientes sometidos a un trasplante hepático las complicaciones biliares constituyen una importante causa de morbi-mortalidad. Con este estudio pretendemos analizar la incidencia de complicaciones biliares, y los factores que se relacionan con la supervivencia en estos pacientes.

#### Métodos

Se trata un estudio retrospectivo, descriptivo de una cohorte de 187 pacientes sometidos a trasplante hepático entre 2002 y 2010. Se utilizó el programa SPSS 18.0 para cálculos estadísticos y se consideró significativo un  $p < 0,05$ .

#### Resultados

Durante el período de estudio se realizaron 190 trasplantes hepáticos en 187 pacientes. La complicación biliar más frecuente fue la estenosis biliar extrahepática(13.4%). El intervalo medio de presentación fue 12.73 meses. Un 46.2% asoció una complicación arterial, siendo más

frecuente la estenosis de la arteria hepática(29.6%). Las complicaciones fueron tratadas mediante mayoritariamente mediante CPRE(24%). En el análisis de supervivencia (Kaplan-Meier), observamos como la media de supervivencia en los pacientes con complicaciones biliares sin problema arterial era de  $82.96 \pm 2.98$  meses, frente a un  $60.38 \pm 9.51$  en aquellos con problema arterial, resultando la diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.01$ ) (Log-rank, gráfica 1). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar supervivencia en función del tipo de complicación biliar ( $p=0.58$ ), causa primaria del trasplante( $p=0.841$ ), estadio de Child-Pugh( $p=0.828$ ), o tipo de intervención terapéutica( $p=0.845$ ).

### Conclusiones

Las complicaciones biliares son responsables de una importante morbi-mortalidad(14.9% de pacientes fallecieron o retransplantaron). La presencia de anomalías de la arteria hepática es un factor directamente relacionado con la supervivencia del injerto.

### P22. EFICACIA DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR EN LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES DISPÉPTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Rodriguez-oballe, J.1; Arroyo-martinez, Q.2; de Sola-romero, M.2; Rodriguez-téllez, M.2; Gómez-parra, M.2; Pellicer-bautista, F.2; Herrerias Gutierrez, J.2; Caunedo-alvarez, A.2

1COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA, UCG APARATO DIGESTIVO; 2COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA, UGC APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

### Objetivos

Varios autores han descrito en los últimos años una disminución en la eficacia de la erradicación del H. Pylori con la terapia triple clásica OCA (Omeprazol, claritromicina y amoxicilina, 7 a 10 días). No disponemos de datos sobre la cifra actual de erradicación en nuestro medio, por lo que al diseñar este estudio nos propusimos como objetivo conocer dicha tasa de erradicación en nuestra área hospitalaria.

### Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo en el que se revisaron todos los tests de urea en aliento marcada con C13 para la detección de H. pylori realizados en pacientes dispépticos tratados con terapia erradicadora y previamente diagnosticados de la infección mediante serología, test del aliento, test de ureasa rápida o histología, en el periodo comprendido entre Junio del 2010 y Junio del 2011 en nuestra área hospitalaria. Los datos demográficos así como la pauta de tratamiento utilizada fueron obtenidos a partir de la revisión de historias clínicas. Las pruebas de t

de Student y Chi cuadrado fueron utilizadas para en análisis estadístico en virtud de las variables consideradas.

### Resultados

Se revisaron un total de 276 pacientes dispépticos (56.04% Mujeres, Edad:  $48.84 \pm 13.85$ ) con infección por H. pylori, de los cuales 267 pacientes (96.73%) recibieron tratamiento con OCA y 9 (3.27%) con OLA (Omeprazol, Levofloxacino y amoxicilina). Del total de pacientes tratados con OCA, tuvieron test de comprobación negativo 203 (76.02%) y 64 pacientes (23.98%) lo tuvieron positivo; de los pacientes que recibieron tratamiento con OLA, 9 (100%) tuvo negatividad en el test de comprobación. No se observaron diferencias en las tasas de erradicación en ambos sexos (Mujeres 116/153, 75.82% vs Hombres: 96/123, 78.05%;  $p=0.66$ ). Aunque la eficacia de la erradicación fue menor en los grupos de edad más avanzados, esta diferencia no llegó a alcanzar la significación estadística (tabla 1).

### Conclusiones

La tasa de eficacia de la erradicación para el H. pylori con la triple terapia clásica en pacientes dispépticos es del 76.02% en nuestro medio. Creemos que este dato justifica el diseño de estudios amplios que permitan determinar las causas en la disminución de la efectividad del tratamiento, así como la conveniencia o no de recomendar otras pautas de erradicación.

### P23. IMPACTO DE LAS ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA Y LA EXPOSICIÓN ÁCIDA EN LA PRESENCIA DEL ESÓFAGO DE BARRETT

Rosales Zabal, J.1; Pérez Aisa, Á.1; López Vega, M.1; Fernández Cano, F.1; Romero Ordoñez, M.1; Rivera Irigoín, R.1; Rivas Ruiz, F.2; Navarro Jarabo, J.1; Sánchez Cantos, A.1

1AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO; 2AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN. MÁLAGA.

### Introducción

El esófago de Barrett representa la manifestación más severa dentro del espectro clínico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Varios factores se han relacionado con el desarrollo de Barrett, entre ellos la disminución de la motilidad del cuerpo y la disminución de presión del esfínter esofágico inferior (EII) que podrían aumentar la exposición ácida.

### Objetivos

Determinar si la presencia de esófago de Barrett se

asocia a una mayor incidencia de alteraciones de la motilidad esofágica y a una mayor exposición ácida.

### Material y métodos

Análisis retrospectivo de pacientes con clínica de ERGE sometidos a estudio manométrico esofágico y pH-metría ambulatoria 24 horas en la Agencia Sanitaria Costa del Sol. Se clasificaron para su análisis en tres grupos según los datos endoscópicos: Barrett (confirmado histológicamente), formas no erosivas y esofagitis erosivas sin Barrett.

### Resultados

228 sujetos, 39 (17,1%) con Barrett, 151 (66,2%) formas no erosivas y 38 (16,6%) con esofagitis erosiva sin Barrett. El Barrett es 3 veces más frecuente en varones ( $p < 0,001$ ). La hernia hiatal es más frecuente en formas erosivas y Barrett ( $p < 0,001$ ). No encontramos asociación entre el IMC y la presencia de Barrett ( $p = 0,655$ ). El 12,5% de los Barrett tienen un tono del EEI normal, frente al 36,7% que muestran una hipotonía severa ( $p = 0,051$ ). No existe relación entre la hipomotilidad del cuerpo esofágico y la presencia de Barrett ( $p = 0,446$ ). El Barrett y las formas erosivas se asocian a exposiciones ácidas más severas, sobre todo a formas de RGE severo mixto ( $p = 0,007$ ) y con mayor porcentaje de tiempo de exposición ácida y puntuación en el score de DeMeester ( $p < 0,001$ ).

### Conclusiones

Nuestros resultados coinciden con la literatura en la relación del Barrett con los trastornos por hipotonía del EEI, el sexo masculino y la presencia de una mayor exposición ácida. Sin embargo, no encontramos una asociación significativa con los trastornos peristálticos del cuerpo esofágico ni con la obesidad.

### P24. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS MANOMETRÍAS ESOFÁGICAS Y LA PH-METRÍA DE 24 H EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Rosales Zabal, J.1; Pérez Aisa, Á.1; López Vega, M.1; Fernández Cano, F.1; Romero Ordoñez, M.1; Rivera Irigoín, R.1; Navarro Jarabo, J.1; Rivas Ruiz, F.2; Sánchez Cantos, A.1

1AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO; 2AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN. MÁLAGA.

### Objetivos

Analizar los datos manométricos y pHmétricos de nuestra cohorte de pacientes con síntomas de enfermedad

por reflujo gastroesofágico.

### Material y métodos

Análisis retrospectivo de 228 sujetos con clínica de ERGE sometidos a estudio manométrico esofágico y pH-metría ambulatoria 24 horas. Se recogieron edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), presencia o no de hernia hiatal, datos endoscópicos, motilidad del cuerpo esofágico, tono del esfínter esofágico inferior (EEI) y los valores de la pH-metría.

### Resultados

Varones 108 (47,4%), mujeres 120 (52,6%). Edad  $48,73 \pm 14,52$  años. Hernia hiatal 166 (72,8%). IMC: delgadez 2 (0,9%), normal 78 (34,2%), sobrepeso 95 (41,7%), obesidad 53 (23,2%). Endoscopia: esofagitis no erosiva 151 (66,2%), grado I 22 (9,6%), II 13 (5,7%), III 3 (1,3%), IV-Barrett 39 (17,1%). Manometría cuerpo esofágico: normal 140 (61,4%), hipomotilidad 88 (38,6%). Tono EEI: normal 112 (49,1%), hipotonía 116 (50,9%). Reflujo gastroesofágico: fisiológico 66 (28,9%), severo mixto 64 (28,1%). % Tiempo  $pH < 4$ :  $8,8 \pm 9,1$  minutos. DeMeester:  $35,5 \pm 33,7$ .

### Conclusiones

La enfermedad por reflujo gastroesofágico se relaciona con la presencia de hernia de hiato y la obesidad. En contra de lo esperado, no apreciamos una mayor prevalencia de trastornos de la motilidad del cuerpo esofágico ni de hipotonía del EEI en la ERGE. Así mismo aunque es frecuente encontrar la presencia de reflujo ácido patológico, las formas más severas se dan con la misma frecuencia que el reflujo fisiológico.

### P25. RELACIÓN ENTRE LAS IMÁGENES DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL Y LA HISTOLOGÍA HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA

Benitez Rodriguez, B.; Nuñez Sousa, C.; García Esteban, M.; Pallares Manrique, H.; Ramos Lora, M.

HOSPITAL GENERAL JUAN RAMÓN JIMENEZ, DIGESTIVO. HUELVA.

### Objetivo

Valorar la relación entre el grado histológico de cirrosis y los datos existentes en la ecografía abdominal de pacientes con enfermedad hepática crónica conocida de etiología diversa.

### Material y métodos

estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyen un total de 15 pacientes con hepatopatía crónica en seguimiento en consulta monográfica de

hepatología de nuestra unidad durante el periodo que abarca desde enero de 2010 a enero de 2011 a los que se les haya realizado biopsia hepática y ecografía abdominal en ese mismo periodo. Como requisitos de inclusión se tuvo en cuenta: edad mayor de 18 años, hepatopatía crónica conocida y diagnosticada de etiología diversa (vímica, enólica, autoinmune, criptogenética), ecografía de abdomen realizada por el mismo experto radiólogo, estudio histológico practicado por el mismo anatomopatólogo experimentado.

## Resultados

Del total de 15 pacientes incluidos 9 son hombres y 6 mujeres, con edades comprendidas entre 26 y 71 años (edad media 48 años). La etiología fue infección crónica por VHC en 10 pacientes (66,7%), hepatitis autoinmune en cuatro pacientes (26,7%) y hemocromatosis en 1 paciente (6,7%). La ecografía fue compatible con la normalidad en 12 de los 15 pacientes, con un índice de Knodell en los siguientes valores: 5, 9, 9, 8, 10, 11, 6, 8, 7, 9, 11 (media de 7,75), frente a una ecografía informada como signos propios de hepatopatía crónica en 2 de los 15 pacientes, en los que el índice de actividad histológica de Knodell fue de 4 y 7 respectivamente (media de 5,5;  $p < 0,05$ ).

## Conclusiones

La biopsia hepática sigue demostrando ser más específica que la ecografía para detectar fibrosis en el parénquima hepático. Apesar de que este estudio está limitado por el bajo número de pacientes, consideramos interesante realizarlo comparando los resultados con los obtenidos con el fibroscan, con vistas al diagnóstico precoz de la fibrosis hepática con métodos no invasivos.

## P26. PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN ESTUDIO PRE-TRASPLANTE HEPÁTICO

León Montañés, R. 1; Alcalde Vargas, A.2; Gutierrez Domingo, I.2

1HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, HEPATOLOGÍA; 2HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, HEPATOLOGIA. SEVILLA.

## Introducción

Más del 96% de los pacientes con cirrosis pueden tener intolerancia a hidratos de carbono, y hasta un 25-30% pueden ser clínicamente diabéticos. En presencia de enfermedad hepática, la homeostasis del metabolismo de la glucosa está alterada como resultado de trastornos como la resistencia a la insulina, la intolerancia hidrocarbonada y la diabetes. Según la etiología de la cirrosis hepática varía la prevalencia de DM; así, está descrito un aumento de ésta en pacientes con enfermedad hepática por alcohol, EHNA, VHC y la hemocromatosis.

## Objetivos

El objetivo del presente trabajo ha sido conocer la prevalencia de diabetes mellitus en pacientes cirróticos en estudio pre-trasplante hepático, identificando así el o los tipos de cirrosis hepática que se asocian más a diabetes mellitus.

## Material y métodos

Estudio observacional descriptivo transversal o de prevalencia. Durante el período 2002-2010 ingresaron 514 pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, para realización de estudio pre-trasplante hepático. Los pacientes que ingresaron para estudio forman parte del área hospitalaria de Sevilla y Huelva. Análisis estadístico Realizamos estadística descriptiva de las variables del estudio. Se realizó test  $\chi^2$  o el test exacto de Fischer cuando fue necesario para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas según los dos grupos de estudio, se efectuó mediante la U-Mann-Whitney. Se realizó una regresión logística bivalente y multivariante.

## Resultados

Del total de 457 pacientes que formaron parte de nuestro estudio, hay 100 mujeres (21.9%) y 357 varones (78.1%). La media de edad fue de  $54.43 \pm 8.53$  años. Nuestro estudio muestra una prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con cirrosis hepática del 23.4%, muy superior a la observada en la población adulta sin enfermedad hepática (10-15%). No hemos hallado relación entre VHC y DM, ya que hemos encontrado una OR en el análisis bivalente de 0.379 (IC al 95%: 0.221-0.652) con una  $p < 0.001$  y una OR en el análisis multivariante de 0.453 (IC al 95%: 0.249-0.823) con una  $p < 0.009$ ; por lo que en nuestro estudio, el VHC se muestra como un factor protector frente a diabetes mellitus. La EHNA se asocia a DM, ya que 15 pacientes tenían DM, y tan solo 1 no (OR 56.902, IC 95%: 7.49-436.403,  $p < 0.001$ ). También hemos demostrado una asociación entre EHNA y el aumento del IMC en enfermos diabéticos (mediana en el grupo de no DM de 27.35; y en el grupo de si DM de 30.35) de forma estadísticamente significativa ( $p < 0.002$ ) No hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la cirrosis enólica y la presencia de DM (OR 0.806, IC 95%: 0.522-1.246,  $p < 0.332$ ). Tampoco hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa en la cirrosis por VHB, CBS y HAI (ver tabla 2). Hemos encontrado asociación entre la cirrosis criptogenética y la diabetes mellitus, comportándose como un factor de riesgo para el desarrollo de ésta (OR 3.406 IC 95%: 1.075-10.790,  $p < 0.037$ ). La CBP se comporta como un factor protector para DM, ya que de los 17 pacientes, tan sólo 1 paciente tiene DM (OR 0.197 IC 95% 0.026-1.503  $p < 0.117$ ).

## Conclusiones

Podemos afirmar que la prevalencia de DM esta aumentada en los pacientes con cirrosis hepática. Existen diferentes etiologías que se asocian más a la aparición de DM. En nuestro estudio, debido a distintas variables no recogidas

que pueden actuar como factores de confusión (antecedentes familiares, hepatocarcinoma), solo hemos podido demostrar un aumento de la incidencia de DM en la EHNA y en la cirrosis criptogénica.

## **P27. DAÑO HEPÁTICO INDUCIDO POR FÁRMACOS (DILI) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA PREVIA: UN ANÁLISIS DE LOS CASOS INCLUIDOS EN EL REGISTRO ESPAÑOL DE HEPATOTOXICIDAD**

Ortiz, N.1; García-muñoz, B.2; Borraz, Y.3; Robles, M.2; Castiella, A.4; Fernández, M.5; Pérez-álvarez, R.6; Blanco, S.7; Ávila, S.8; Lucena, M.2; Andrade, R.2

1HOSPITAL XANIT BENALMÁDENA; 2COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN DE LA VICTORIA; 3CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED: ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS CIBEREHD.; 4HOSPITAL DE MENDARO; 5HOSPITAL TORRECÁRDENAS; 6HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS; 7HOSPITAL BASURTO; 8COMPLEJO HOSPITALARIO XERAL-CALDE.

### **Introducción y objetivos**

La hepatopatía de origen tóxico-medicamentoso es una reacción adversa a fármacos relativamente rara aunque potencialmente grave. Existen pocos datos sobre el impacto del DILI en pacientes con enfermedad hepática previa.

### **Método**

Se identificaron los casos de hepatotoxicidad del Registro Español que cumplían criterios de enfermedad hepática subyacente y se analizaron sus características demográficas, la expresión clínica de la reacción hepatotóxica y la relación de causalidad en comparación con los pacientes del Registro sin enfermedad hepática previa. La evaluación de causalidad fue llevada a cabo mediante juicio clínico en base a criterios cronológicos, exclusión de causas alternativas y posteriormente mediante la aplicación de la escala RUCAM.

### **Resultados**

Veintidós de los 602 (3.7%) incluidos en el Registro Español de Hepatotoxicidad desde Abril de 1994 a Diciembre de 2006 presentaron enfermedad hepática previa (Hepatitis crónica viral/Cirrosis 11/5, hepatitis autoinmune 3, cirrosis enólica 2, cirrosis criptogénica 2). La mayoría de los fármacos implicados fueron antibióticos en 5 de los casos (22.7%), dos de ellos por amoxicilina-clavulánico y tres por fármacos antituberculosos (13.6%). No se encontraron diferencias entre pacientes con enfermedad hepática previa y sin ella con respecto a variables demográficas, presentación clínica y severidad del daño (Tabla). Además, la evaluación de causalidad por la escala RUCAM clasificó ambos grupos de pacientes en categorías similares de probabilidad.

### **Conclusiones**

La enfermedad hepática subyacente no conlleva un fenotipo particular de DILI o una mayor severidad ni afecta a la evaluación de causalidad y no debe ser considerada como un criterio de exclusión de pacientes en bases de datos de hepatotoxicidad.

## **P28. EFECTOS SECUNDARIOS DE AZATIOPRINA. VARIABILIDAD EN FUNCION DEL TIPO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

Mercedes Norberto, R.; Leo Carnerero, E.; Alcivar Vasquez, J.; Ciria Bru, V.; de La Cruz Ramirez, M.; Herrera Justiniano, J.; Marquez Galan, J.

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO, UGC APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

### **Objetivos**

Conocer los efectos secundarios (ES) de azatioprina (AZA) en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en nuestro medio, así como las diferencias entre enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU).

### **Material y métodos**

Estudio retrospectivo de 332 pacientes con EII (264 EC y 63 CU) tratados con AZA. Analizamos efectos secundarios y necesidad de suspender el tratamiento, en función del tipo de EII, de la actividad TPMT y de mutaciones NOD2/CARD15. Utilizamos test de T de Student para variables cuantitativas y Chi-cuadrado para cualitativas.

### **Resultados**

El 31,9% (106/332) de los pacientes presentan algún ES, siendo necesario suspender el tratamiento en 74 (69,8% de los casos con ES y 22,2% del total de pacientes tratados). No encontramos diferencias entre EC y CU. Los ES más frecuentes son leucopenia (28 casos), intolerancia digestiva (24), pancreatitis aguda (19) y toxicidad hepática (16), similares entre EC y CU, salvo porque los 19 casos de pancreatitis ocurren en EC (7,2% vs 0% CU). No encontramos asociación con la actividad TPMT (ajustando dosis de AZA a actividad enzimática). En EC la presencia de mutaciones NOD2/CARD15 no se asocia a ES por AZA (25,7% vs 39,7% en pacientes sin mutaciones).

### **Conclusiones**

Los ES por AZA en EII con frecuencia son motivo de interrupción definitiva del tratamiento. No hay diferencias por tipo de EII, aunque la pancreatitis aguda es exclusiva en

EC en nuestra serie por motivos no aclarados, sin encontrar relación con las mutaciones NOD2 ni de la TPMT.

## **P29. VALORES DE ACTIVIDAD TPMT EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA**

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

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO, UGC APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

### **Objetivos**

Determinar si existen diferencias en la actividad enzimática TPMT entre los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU).

### **Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de 205 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (161 EC, 41 CU y 3 colitis no clasificada). Analizamos características de la EII y actividad TPMT, que cuantificamos y agrupamos en pacientes con baja actividad (< 5 U/ml), actividad intermedia (5-13,7) o alta (> 13,7). En parte de los pacientes con EC además determinamos mutaciones NOD2, valorando su relación con dicha actividad enzimática. Comparamos variables cuantitativas mediante T-student y cualitativas con Chi-cuadrado.

### **Resultados**

El valor medio de TPMT es de 18,5 U/ml, sin diferencias significativas entre EC (18,4) y CU (19,0). No encontramos ningún paciente con actividad baja, 35 (17,1%) actividad intermedia y 170 (82,9%) actividad alta, sin encontrar diferencias en función del tipo de enfermedad. Encontramos un mayor porcentaje de pacientes con actividad intermedia entre los pacientes con EC con mutaciones NOD2 (36,4 vs 16,3%, p 0,06), pero el valor medio es similar en ambos grupos.

### **Conclusiones**

El porcentaje de pacientes con actividad intermedia es algo superior a lo descrito en la literatura. No encontramos diferencias en la actividad enzimática de TPMT entre los pacientes con EC y CU, por lo que los controles a realizar son similares. Sí es mayor el número de pacientes con actividad intermedia con EC y mutaciones NOD2, aunque hacen falta más estudios para afirmar que este subgrupo de pacientes presenta menor actividad enzimática.

## **P30. ESTEATOSIS HEPÁTICA AGUDA DEL EMBARAZO. PRESENTACIÓN DURANTE EL POSTPARTO**

Cotta Rebollo, J.1; López Vega, M.2; Toscano Castilla, E.2; Lozano Lanagrán, M.2; Rosón Rodríguez, P.3

1HOSPITAL QUIRÓN MÁLAGA, AP. DIGESTIVO.; 2HOSPITAL QUIRÓN MÁLAGA, AP. DIGESTIVO; 3HOSPITAL QUIRÓN MÁLAGA, JEFE DE SERVICIO AP. DIGESTIVO.

### **Introducción**

Se trata de un caso de esteatosis hepática aguda del embarazo (EHAE). Incidencia 1/6000-15000 embarazos, casi siempre durante el tercer trimestre, aunque hay casos descritos durante el segundo trimestre y el post parto. Consiste en una infiltración grasa microvesicular del hígado que desencadena un fallo hepático agudo. Se asocia a una alta morbi-mortalidad materno-fetal, por lo que su diagnóstico y tratamiento precoces son vitales.

### **Descripción**

Mujer primigesta de 38+4 semanas, gestación gemelar, de 27 años de edad. Antecedentes: madre con hepatitis crónica por VHC y tía materna con "afección hepática" durante el embarazo. Dos ingresos previos por amenaza de parto prematuro, realizándose tocolisis y maduración pulmonar fetal. Presenta cuadro de cinco días de evolución de náuseas, vómitos y dolor abdominal, ingresando por prodromos de parto. En analíticas previas elevación leve y aislada de la fosfatasa alcalina (455 U/L, normal<300) y actividad de protrombina 60,4% (normal 70-110%) un mes antes del episodio actual. Analítica previa a cesárea clásica: leucocitos 13630, actividad de protrombina 32,1%, glucosa 83, GOT 494 (normal <40), GPT 700 (normal <40), GGT 74 (normal <76), fosfatasa alcalina 1925 (normal<300). Evolución es tórpida, con atonía uterina que se solventó con misoprostol, ingresando en UCI. Durante las horas siguientes deterioro clínico progresivo, con encefalopatía grado I, hipoglucemias que requieren tratamiento con dextrosa al 10%, acidosis metabólica, hipopotasemia, poliuria y polidipsia, así como anemia y hipoprotrombinemia que requieren transfusiones de hemáties y plasma. Se realiza diagnóstico diferencial con síndrome de HELLP (ausencia de plaquetopenia, proteinuria e hipertensión arterial). En ecografía-doppler hepático no aparecen alteraciones hepáticas y únicamente destaca ectasia pielocalicial renal bilateral y hematoma de pared abdominal en la zona de la incisión. Serología de virus hepatotropos negativa, así como autoinmunidad y estudio genético para déficit de LCHAD (cadena larga de 3hidroxiacil CoA deshidrogenasa). La paciente fue derivada a centro de referencia de trasplante hepático, siendo trasladada por mejoría a nuestro centro en 72h, donde se recuperó con tratamiento conservador. El estudio genético para déficit de LCHAD fue negativo.

### **Discusión**

La etiología de la EHAE es desconocida. Se ha observado asociación con un trastorno genético en el metabolismo de los ácidos grasos de cadena larga (feto



homocigoto para déficit de LCHAD con madre heterocigota para el mismo). Se trata de una hepatopatía propia del embarazo que se da preferentemente durante el tercer trimestre, asociada con embarazo gemelar en madres jóvenes y primigestas. La enfermedad puede llegar a presentar un fallo hepático agudo con una evolución fatal, por ello es muy importante un diagnóstico precoz y un manejo adecuado en una unidad que disponga de soporte avanzado y de trasplante hepático. La recurrencia en futuros embarazos es frecuente en aquellos casos con déficit de LCHAD.



**P31. ÉXITOS EN LA UNIDAD DE TRASPLANTE DE HÍGADO DEL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES: ANÁLISIS RETROSPECTIVO.**

Martos-ruiz, V.; Ojeda Hinojosa, M.; González Artacho, C.; Matas Cobos, A.; Noguera López, F.

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

**Objetivos**

Analizar los éxitos que se han producido durante los 9 años de programa de trasplante hepático de nuestro hospital.

**Material y métodos**

De entre los éxitos hemos recogido varios parámetros como la edad, sexo, indicación de trasplante, MELD y Child-Pugh al trasplante, tiempo desde la intervención hasta la muerte, y causas de la misma. Se calculó el porcentaje acumulado de fallecimientos a los 6 meses, el año y los 5 años postrasplante.

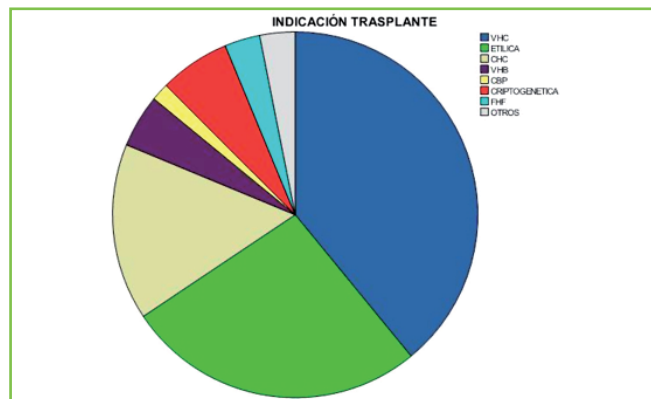
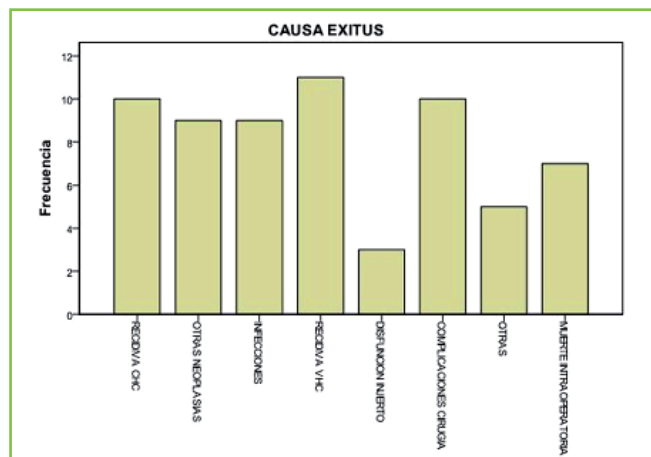
**Resultados**

Se produjeron un 29.76% de éxitos entre los 219 trasplantados analizados. Las principales indicaciones del

trasplante fueron: Cirrosis por VCH en el 39% de los casos, etílica en el 26% y hepatocarcinoma en el 15%. El MELD medio al trasplante fue 17.17. Los porcentajes acumulados de mortalidad a los 6 meses, el año y los 5 años fueron 43%, 59% y 90% respectivamente. La causa más frecuentes de muerte fueron la recidiva de VHC (17.5%). La mortalidad intraoperatoria supuso un 10.9% de los casos de éxitos.

**Conclusiones**

De forma global, la causa más frecuente de muerte en los pacientes estudiados fue la recidiva de la enfermedad hepática de base. Un 59% de los éxitos se produjeron el primer año postrasplante.



**P32. ESOFAGITIS NECROTIZANTE AGUDA. REVISIÓN EN NUESTRO CENTRO**

Tercero Lozano, M.; García Robles, A.; del Castillo Codes, I.; Gordo Ruíz, M.; Padilla Ávila, F.; Baeyens Cabrera, E.

COMPLEJO HOSPITALARIO CIUDAD DE JAÉN, APARATO DIGESTIVO

**Introducción**

La esofagitis necrotizante aguda (ENA), también llamada “esófago negro”, es una entidad poco frecuente, cuya etiología es desconocida, siendo el mecanismo patogénico

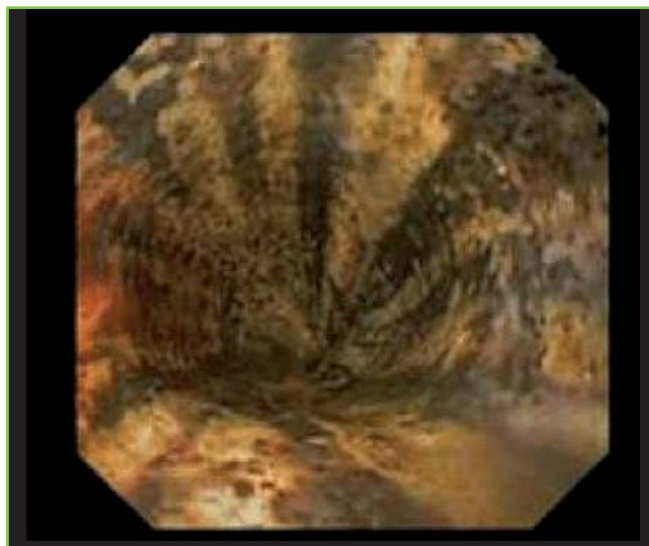
multifactorial; relacionándose con situaciones de compromiso isquémico, obstrucción del tracto digestivo alto y malnutrición. Fue descrita por Goldenberg en 1990.

### Material y métodos

Desde 2009 se han diagnosticado dos casos de ENA en nuestro centro. Caso 1: Varón de 80 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, HTA y EPOC que ingresa por melenas con repercusión hemodinámica, que requiere transfusión de 4 concentrados de hematies. Analítica: Hb 4 g/dl, Hto 12.2 %, 20730 leucocitos con 88.1 % PMN, Urea 90, Crea 1.90. Gastroscoopia urgente: mucosa esofágica negruzca, friable al roce, afectando de forma continua la práctica totalidad del esófago, respetando la unión gastroesofágica (Fig 1). Anatomía patológica: severa necrosis de mucosa y submucosa con inflamación y destrucción parcial de fibras musculares adyacentes y trombosis vascular; descartándose signos citopáticos virales e infección por hongos. El paciente evolucionó de forma desfavorable, falleciendo a los pocos días por fracaso multiorgánico. Caso 2: Varón 52 años, con antecedentes de cirrosis hepática enólica avanzada y episodios repetidos de trombosis venosa profunda en tratamiento con acenocumarol que consulta por vómitos en posos de café. Analítica: Hb 10,2 gr/dl, Hto 38%, Actividad de protrombina 37 %, INR 2, Tiempo protrombina 23,4 seg, Urea 51, Crea 3, GOT 102, Br total 2,3. Gastroscoopia urgente: mucosa esofágica necrótica, friable, con cardias, fundus, cuerpo gástrico, incisura y antro normales, que se biopsia. Anatomía patológica: mucosa necrótica y limitada por un infiltrado leucocitario en la submucosa alta, consistente en neutrófilos y macrófagos, con ausencia de depósitos de hemosiderina compatible con ENA. Durante la realización de la endoscopia el paciente entró en parada cardiorrespiratoria. Las maniobras de resucitación resultaron infructuosas y el paciente falleció.

### Conclusiones

La ENA es una patología extremadamente rara, de ahí el interés de este caso, con una incidencia que oscila entre el 0.0125 % y el 0.2 %. Clínicamente, cursa con hematemesis, como manifestación más característica, en 80% pacientes, pudiendo asociar otros síntomas como epigastralgia, síndrome anémico, vómitos y disfagia. El diagnóstico es endoscópico, observándose mucosa esofágica de coloración negruzca, friable y hemorrágica que se localiza en tercio distal esofágico con extensión proximal y zona de transición esofagogástrica normal. Se deben obtener biopsias para estudio histológico y realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades como la melanosis o pseudomelanosis, melanoma maligno, acantosis nigricans o la ingesta de cáusticos. El tratamiento consiste en una adecuada hidratación, reposo intestinal e inhibidores de bomba de protones asociado al manejo específico de las enfermedades subyacentes y un adecuado soporte nutricional. Se asocia con una alta mortalidad (de hasta el 50%) si bien esta se relaciona con la patología de base del paciente.



### P33. FORMAS DE PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO DEL Pioderma GANGRENOSO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO OBSERVACIONAL Y RETROSPECTIVO

Argüelles Arias, F.1; Rodríguez Oballe, J.1; Castro Laria, L.1; Gómez Rodríguez, B.1; Rojas Fera, M.2; Soto Escribano, P.3; Iglesias, E.4; García Sánchez, V.5; Gómez Camacho, F.4; Barreiro Acosta, M.6; Domínguez Muñoz, E.6; Hernández Durán, M.7; Fernández Villaverde, A.8; Herrerías Gutiérrez, J.1

1COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA, DIGESTIVO; 2COMPLEJO HOSPITALARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, DIGESTIVO; 3COMPLEJO HOSPITALARIO REINA SOFÍA, DIGESTIVO; 4HOSPITAL REINA SOFÍA, DIGESTIVO; 5HOSPITAL REINA SOFÍA, DIGESTIVO; 6COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO, DIGESTIVO; 7COMPLEJO SANITARIO PROVINCIAL DE PLASENCIA, DIGESTIVO; 8HOSPITAL POVISA DE LUGO, DIGESTIVO.

### Introducción

Las manifestaciones extraintestinales complican el curso y el tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) en un porcentaje apreciable de pacientes. Dentro de las manifestaciones extraintestinales mucocutáneas, el Pioderma Gangrenoso (PG) aparece en el 1-5% de los pacientes. Se desconoce su etiología, historia natural y no existe ningún tratamiento definido para su manejo.

### Objetivos

Determinar las formas de presentación, comportamiento y respuesta al tratamiento del PG en pacientes con EII en nuestro país.

### Métodos

Se estudiaron de forma retrospectiva a pacientes

con EII que presentaban PG en seis centros hospitalarios españoles. Se evaluó la actividad de la EII mediante el Índice de Actividad de la Enfermedad de Crohn (CAI) y el Índice de Truelove-Witts en Colitis Ulcerosa en el momento de aparición del pioderma. Así mismo se valoró la localización, la extensión y los tratamientos recibidos así como el tiempo y la respuesta a los mismos.

### Resultados

Se incluyeron 26 pacientes, 18 mujeres/8 hombres ( $P < 0,05$ ), con una edad media de 46 años y una duración media de la enfermedad de 12 años. 15 pacientes tenían Enfermedad de Crohn (EC) y 11 Colitis Ulcerosa (CU) (pNS). En el momento de aparición del pioderma, 10 pacientes estaban en remisión y 16 tenían activa la enfermedad. Las lesiones aparecieron tras un tiempo medio de evolución de la EII de 6 años. En la mayoría de los pacientes (18 casos) el PG se localizó en miembros inferiores, 1 en miembro superior, 1 en mama, 1 periestomal, 1 supraumbilical, 1 perivulvar y en 3 casos aparecieron varios en distintos lugares. La extensión media fue de 8 cms. Se consiguió curación en 25/26 pacientes: en 11 de ellos se utilizó terapia Biológica, siendo este tratamiento el que determinaba una respuesta más rápida. El tiempo medio de remisión de las lesiones fue de 5 meses.

### Conclusiones

Según nuestra experiencia el pioderma gangrenoso aparece con más frecuencia en el sexo femenino y su localización más frecuente es la extremidad inferior. Los biológicos son, probablemente, el tratamiento más efectivo para su curación. Es evidente que hacen falta más estudios prospectivos y randomizados que evalúen cuáles son los tratamientos más eficaces para este tipo de lesión.

### P34. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y COMPLICACIONES DE PACIENTES CIRRÓTICOS CON ASCITIS REFRACTARIA

Carrillo Ortega, G.; Morales Alcázar, F.; Gálvez Fernández, R.; Baeyens Cabrera, E.; García Robles, A.; del Castillo Codes, M.

COMPLEJO HOSPITALARIO CIUDAD DE JAÉN, SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

### Introducción

La ascitis refractaria es aquella que no responde a dieta hiposódica y al tratamiento con diuréticos a altas dosis, manifestándose como ascitis resistente a diuréticos o ascitis intratable con diuréticos, por el desarrollo de complicaciones. La ascitis refractaria se observa en el 10% de los pacientes que ingresan por ascitis a tensión, siendo el tratamiento de 2ª línea el trasplante hepático, la paracentesis evacuadora seriada o el TIPS, dejando la derivación peritoneovenosa de 3ª línea.

### Objetivos

- Estimar la prevalencia de ascitis refractaria y su relación con etiología, etilismo activo e ingesta de sal.
- Determinar la existencia de insuficiencia renal al primer ingreso y en la evolución.
- Aparición de PBE y otras complicaciones.
- Estimar los tratamientos de 2ª línea.

### Métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo que incluye 28 pacientes cirróticos con ascitis refractaria, ingresados en el Complejo Hospitalario de Jaén entre Enero 2009 y Diciembre 2010.

### Resultados

Se analiza a 28 pacientes, distribuidos con un 82,14% de hombres y un 17,86% de mujeres. La causa más frecuente de cirrosis fue el etilismo en un 57,14%, seguido de etiología mixta (etílica +VHC) en un 25%. El 50% de pacientes no realizaba una dieta hiposódica y el 28,57% continuaba con etilismo activo. La urea media al primer ingreso fue 38,79 mg/dl y creatinina 1,27 mg/dl, presentando el 28,57% de pacientes insuficiencia renal al primer ingreso, y desarrollando un 75% insuficiencia renal funcional durante la evolución. El 25% de los pacientes desarrollaron PBE, siendo tratados todos con Cefotaxima i.v. El ATB como profilaxis secundaria fue Norfloxacin en el 7,14%, seguido por Ofloxacin, Ciprofloxacino y Cefuroxima-Axetil en el 3,57% respectivamente. Otras complicaciones: Encefalopatía hepática en 60,71%, y HDA en 28,57%. El 10,71% eran portadores de un TIPS y el 10,71% fueron sometidos a TOH con éxito, falleciendo uno de ellos en el post-operatorio inmediato, siendo el porcentaje total de éxitos el 39,3%. El resto de pacientes continuaron con etilismo activo, no siendo candidatos a TOH.

### Conclusiones

- En pacientes cirróticos, se observa relación entre ascitis refractaria y etilismo activo y consumo de sal.
- La aparición de insuficiencia renal es un fenómeno frecuentemente asociado a la ascitis refractaria, lo que requiere ajuste o retirada de diuréticos.
- La aparición de PBE y otras complicaciones empeora el pronóstico, si el TOH no es realizado, siendo la encefalopatía la complicación más evidenciada.

### **P35. CÁPSULA ENDOSCÓPICA: IMPORTANCIA DEL ESTUDIO EN PATOLOGÍA DE INTESTINO DELGADO**

Carrillo Ortega, G.; Gálvez Fernández, R.; Padilla Ávila, F.; Jamal Ismail, S.; Morales Alcázar, F.; Tercero Lozano, M.

COMPLEJO HOSPITALARIO CIUDAD DE JAÉN, SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

#### **Introducción**

La cápsula endoscópica constituye un procedimiento diagnóstico de primera línea para el estudio de intestino delgado. Si bien actualmente la principal indicación es la hemorragia digestiva no filiada, se está investigando su utilidad en la enfermedad inflamatoria intestinal, en la detección de pólipos en el intestino delgado, en las alteraciones funcionales intestinales y en la afección intestinal de enfermedades sistémicas, como el sida. Existen unas contraindicaciones claras a la utilización de la cápsula, como las estenosis del intestino delgado, siendo conveniente realizar una radiografía simple de abdomen, y un tránsito de intestino delgado en casos de sospecha de estenosis en el trayecto gastrointestinal. Ha demostrado mejores resultados respecto a otras técnicas como la enteroscopia de pulsión, la enteroclisia o el tránsito intestinal, que también valoran intestino delgado.

#### **Objetivos**

- Analizar indicaciones y hallazgos endoscópicos más frecuentes.
- Rendimiento diagnóstico de la cápsula endoscópica en estudio de intestino delgado.
- Estimar complicaciones y/o estudios incompletos.

#### **Material y métodos**

Estudio retrospectivo que incluye a 100 pacientes, estudiados mediante cápsula endoscópica en el Complejo Hospitalario de Jaén desde Mayo de 2009 a Julio de 2011. En nuestro centro, la cápsula empleada fue Capsule Endoscope Set A. MAJ-14-69. Tras recogida de datos, se realiza análisis estadístico de los mismos mediante SSPS versión 15.0.

#### **Resultados**

Se realiza cápsula endoscópica a 100 pacientes, 56% de mujeres y 44% de varones, con edad media de 57,42 ±19,57 años. En el 17% de los casos se realizó estudio en pacientes hospitalizados y el 83% restante de modo ambulatorio. Las indicaciones de C. E fueron: anemia 54%; HDOO 30%; dolor abdominal 12% y estudio de diarrea 4%. El hallazgo endoscópico más evidenciado fue angiodisplasias en 39% de pacientes, seguido de LAMI en 35%. Las lesiones en Intestino delgado: duodeno: angiodisplasia 9%; yeyuno: angiodisplasia 29%, LAMI 16%, linfagiectasia 6%; ileon: angiodisplasia 23%. La exploración fue completa en el 97%

de los casos, no observando complicaciones en nuestra serie.

#### **Conclusiones**

La cápsula endoscópica permite una correcta visualización de todo el intestino delgado siendo la indicación más frecuente el estudio de anemia y el hallazgo más evidenciado la angiodisplasia. Constituye una exploración bien tolerada por los pacientes, segura y relativamente fácil de realizar, con complicaciones excepcionales.

### **P36. TUMORES ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST): LOCALIZACIONES ATÍPICAS**

Carrillo Ortega, G.; Morales Alcázar, F.; Tercero Lozano, M.; Pérez Durán, M.; Martínez García, R.; García Robles, A.

COMPLEJO HOSPITALARIO CIUDAD DE JAÉN, SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

#### **Introducción**

Tumores mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo, constituyendo el 1% del total de los tumores del mismo. Hasta un 50 % aparecen en el estómago, siendo menos frecuentes en intestino delgado y localización excepcional en colon. Su origen son células de Cajal, y la presencia del CD 117 y C-KIT permite diferenciarlos de otros tumores de apariencia histológica similar. Describimos 2 casos de localizaciones infrecuentes: yeyuno y sigma.

#### **Casos clínicos**

CASO 1. Hombre de 50 años sin antecedentes de interés que consulta por melenas. Exploración física: inestabilidad hemodinámica. Abdomen: globuloso, depresible, doloroso a la palpación. Exploraciones complementarias: Analítica: Hemograma: Hb 9 g/dl; Hto 26,9%. Coagulación y bioquímica: normal. EDA : Hernia hiatal no complicada. Colonoscopia: se explora hasta ciego, evidenciando abundante contenido hemático sin lesiones. Ante persistencia de hemorragia con repercusión hemodinámica y arteriografía sin hallazgos destacables, se realiza estudio con cápsula endoscópica. En ella destaca yeyuno medio con punto de sangrado en sábana con coágulo que tapa lesión vascular. Tras la evaluación quirúrgica se realizó resección de unos 7 cm de yeyuno englobando tumoración de unos 3 cm de diámetro. Histológicamente, era un GIST de patrón fusocelular, tamaño 2,5 cm, actividad mitótica: 0/10, C-KIT Y CD. 34 +++. El paciente ha permanecido asintomático durante el periodo de seguimiento posterior de 15 meses.

CASO 2: Mujer de 49 años, histerectomizada, que consulta por dolor en FII de meses de evolución y alteración del hábito intestinal. Exploración física: ACR: normal. Abdomen: cicatriz infraumbilical, dolor abdominal en FII sin peritonismo. Exploraciones complementarias: Analítica: Hb 10,3 g/dl; Hto

33%; VMC 78,8. 435000 plaquetas. Coagulación, bioquímica y marcadores tumorales normales. TAC abdomen: masa pélvica izquierda de 54x43 mm con menor atenuación central dependiente de sigma, sugerente de GIST. Anatomía Patológica: infiltración de mucosa con ulceración superficial por neoplasia maligna con patrón fusocelular y epiteloide con áreas de necrosis. Se procede a intervención quirúrgica que confirma diagnóstico.

### Discusión

Los GIST son lesiones de crecimiento lento, diagnosticadas normalmente de forma incidental. Un 20% no presenta sintomatología, presentándose como sangrado digestivo, masa abdominal o dolor. El riesgo de malignidad se basa en diámetro del tumor y recuento mitótico. Un índice mitótico de más de 5/50 CGA o tamaño mayor de 5 cm son factores de pronóstico desfavorable. La exéresis quirúrgica es el tratamiento de la enfermedad primaria. Las recidivas quirúrgicas o tumores con metástasis pueden ser tratados con imatinib.



CASO 2 . FIG. 1

### P37. CONSULTA ESPECIALIZADA DE CÁNCER COLORRECTAL. GESTIÓN DEL PROCESO CCR.

Morales Alcázar, F.; Carrillo Ortega, G.; García Robles, A.; del Castillo Codes, I.; Gálvez Fernández, R.; Pérez Durán, M.

COMPLEJO HOSPITALARIO CIUDAD DE JAÉN, SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

### Introducción

Hemos implantado una consulta de proceso CCR. El proceso CCR es una secuencia de actividades destinadas a proporcionar a cualquier persona con sospecha de cáncer colorrectal o diagnóstico confirmado y procedente de cualquier nivel asistencial, un estudio completo de la enfermedad,

una información adecuada a las diferentes posibilidades terapéuticas, un tratamiento integral y un seguimiento adecuado hasta el alta definitiva o el desarrollo de recurrencia o progresión de la enfermedad no susceptible de tratamiento oncológico activo.

### Objetivos

Conocer la rentabilidad de dicha consulta analizando los motivos de derivación desde Atención primaria, valorando si se ajustan a los criterios de derivación establecidos en el protocolo, y si se cumplen los plazos de tiempo previstos en dicho proceso.

### Material y métodos

Estudio retrospectivo, donde se obtuvieron datos de 212 pacientes que fueron atendidos en nuestra consulta desde Enero de 2010 a Junio de 2010.

### Resultados

La edad media fue de  $55,51 \pm 17,383$  años, 50% hombres y 50% mujeres. Los motivos de derivación fueron rectorragia (17,2%), diarrea o estreñimiento (8,8%), antecedentes familiares (28,9%), anemia (4,3%) o antecedentes de pólipos (9,2%). Un 27,5% de los pacientes fueron derivados por síntomas que no se incluyen dentro del protocolo. El tiempo medio transcurrido desde la derivación hasta la consulta fue de  $34,42 \pm 12,825$  días, siendo el tiempo estipulado en el protocolo de 15 días. Del total de pacientes derivados, el 76,4% (162) acudió a la consulta. Se realizó colonoscopia en el 72,2 % de los pacientes (117) que acudieron, el porcentaje de pacientes a los que no se realizó colonoscopia coincide con el porcentaje de pacientes mal derivados. La demora en la realización de colonoscopia fue de 18,71 días (mediana de 14 días), siendo el tiempo previsto en el proceso de 10 días.

### Conclusiones

- Existe margen para disminuir los tiempos de demora diagnóstica. La AP tiene un papel fundamental, identificando a los individuos de riesgo que puedan beneficiarse de medidas específicas y optimizar los tiempos de diagnóstico, lo que implica mejor estadiaje y mejor pronóstico. Los pacientes deben disponer de una mayor información sobre los síntomas y/o signos de sospecha de CCR.

- La demora en los tiempos de atención en consulta respecto al tiempo previsto en el protocolo se explica por el elevado número de pacientes mal derivados. Una práctica clínica adecuada y la coordinación inter e intra niveles y la correcta gestión de las listas de espera contribuirían a disminuir la demora diagnóstica, obteniendo así una mayor rentabilidad diagnóstica.

**P38. PROCESO CCR: RENTABILIDAD DIAGNOSTICA**

Morales Alcázar, F.; Gálvez Fernández, R.; Martínez García, R.; Gordo Ruiz, M.; Tercero Lozano, M.; García Robles, A.

COMPLEJO HOSPITALARIO CIUDAD DE JAÉN, SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

**Introducción**

El cáncer colorrectal (CCR) supone un importante problema de salud pública debido a su alta frecuencia de aparición y su mortalidad. En Andalucía es la segunda causa de muerte por cáncer y supone el 11% del total de las muertes por cáncer. Presenta una serie de características que lo convierten en candidato idóneo para la realización proceso encaminado a la detección precoz en pacientes seleccionados. La colonoscopia diagnóstica es la prueba diagnóstica de oro para el diagnóstico del cancer colorectal y polipos de colon. Los estudios de cohorte indican que la colonoscopia y la polipectomía previenen el 80% de los canceres colorectales.

**Objetivos**

Realizar la colonoscopia de manera precoz en pacientes con síntomas de alarma valorados en consulta específica del proceso CCR. Analizar el número de pacientes derivados a los que se le realiza colonoscopia, y el porcentaje de cánceres diagnosticados, así como los pólipos diagnosticados y extirpados.

**Material y métodos**

Se trata de un estudio descriptivo, en el que se obtuvieron datos de 212 pacientes que fueron atendidos en nuestra consulta desde Enero de 2010 a Junio de 2010.

**Resultados**

Se realizó colonoscopia en el 72,2% de los pacientes que acudieron a la consulta, que coincide con cuyos síntomas fueron rectorragia (25,7%), diarrea(12,4%), estreñimiento(16,2%). Se realizó colonoscopia completa alcanzando el ciego en el 84,4% del total. La preparación de la misma fue buena en el 84,3% de las colonoscopias, regular en un 5,6% y mala en el 10,1% de las mismas. Se visualizaron pólipos en el 27,4% de los pacientes, realizandose polipectomía en la totalidad de los encontrados. Se diagnosticaron 5 cánceres de colon en el total de pacientes a los que se realizó colonoscopia, que representan solo un 2,4% de los derivados a nuestra consulta, y un 5,2% de las colonoscopias realizadas.

**Conclusiones**

- La realización de colonoscopia , con polipectomía si precisa, en pacientes con síntomas de alarma continúa siendo la técnica de elección en el diagnóstico precoz y prevención del CCR en pacientes seleccionados. - La escasa cantidad de canceres diagnosticados podría explicarse por el elevado número de pacientes que son derivados a la consulta

por motivos y sintomatología diferente a la establecida en el proceso. - Debemos conseguir una mejor selección de los casos derivados a nuestra consulta actualizando los protocolos del proceso, y mejorando la llegada de información del proceso a los médicos de Atención primaria.

**P39. MANEJO DE LA HEPATITIS AGUDA VIRAL POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Benítez Rodríguez, B.; Cabanillas Casafranca, M.; Núñez Sousa, C.; Pallarés Manrique, H.; Ramos Lora, M.

HOSPITAL GENERAL JUAN RAMÓN JIMENEZ, DIGESTIVO. HUELVA.

**Introducción**

El virus de Epstein-Barr (VEB) es el agente causal de la mononucleosis infecciosa cuyo cuadro se caracteriza por fiebre, linfadenopatías, hepatoesplenomegalia y linfocitosis atípica, pero que, en raras ocasiones se puede manifestar como una hepatitis aguda.

**Caso clínico**

Presentamos en caso de una mujer de 20 años de edad sin antecedentes de interés, sin hábitos tóxicos ni consumo de medicación habitual ingresada por epigastria irradiada a hipocondrio derecho acompañada de fiebre de 39°C, artralgias, quebrantamiento general, náuseas y cefalea occipital. A la exploración física destacamos ligera ictericia cutáneo-mucosa, abdomen doloroso en hipocondrio derecho y epigastrio con hepatomegalia de 1 cm de consistencia elástica, no peritonismo, ruidos hidroaéreos conservados y aumento de tamaño de glándulas parotídeas, dolorosas al tacto, siendo el resto de exploración normal. Se completa estudio obteniendo como datos de laboratorio Hemoglobina 12.5 g/dl, Hematocrito del 39%, VCM 80 fl, HCM 27.2 pg, 10600 leucocitos con 48% de linfocitos, 126000 plaquetas, tiempo de protrombina 1.27 segundos, glucosa 98 mg/dl, creatitina 0.43 mg/dl, bilirrubina total 4.54 mg/dl, GOT 683 u/l, GPT 779 U/L, amilasa 62 U/L, lipasa 32 U/L. VHA, VHB, VHC negativos. ANA, ASMA, AntiLKM negativos. Ante estos datos y la alta sospecha de mononucleosis infecciosa se amplía con ecografía de abdomen que informa de aumento de los espacios periportales y ligero engrosamiento de la pared vesicular sugestivos de hepatitis aguda; finalmente recibimos anticuerpos heterófilos (prueba de Pul-Bunnell), que resultan positivos, confirmando la sospecha de hepatitis aguda por virus de Epstein-Barr en el contexto de una mononucleosis infecciosa. Fue tratada de forma sintomática, sin necesidad de aislamiento, con buena evolución y seguimiento ambulatorio, sin incidencias ni secuelas hepáticas en las sucesivas revisiones.

#### P40. HIPERCOAGULABILIDAD COMO CAUSA DE TROMBOSIS PORTAL

Benítez Rodríguez, B. 1; Bermejo Vázquez, S.2; Barón Franco, B.2; Pallarés Manrique, H. 1; Ramos Lora, M. 1

1HOSPITAL GENERAL JUAN RAMÓN JIMENEZ, DIGESTIVO;  
2HOSPITAL GENERAL JUAN RAMÓN JIMENEZ, MEDICINA INTERNA.  
HUELVA.

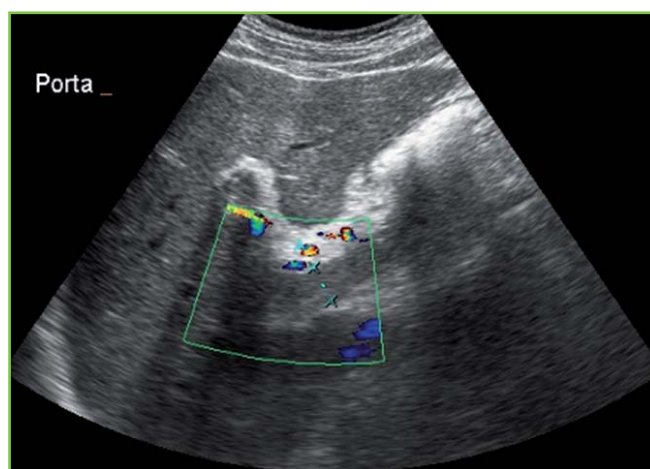
##### Introducción

Los estados de hipercoagulabilidad constituyen un trastorno poco frecuente con una incidencia inferior a 1% y la 2ª causa hipertensión portal prehepática en el mundo occidental. Hasta en un 60% de los casos es posible identificar un trastorno protrombótico subyacente. En el presente año hemos tenido tres casos de trombosis portal por hipercoagulabilidad, uno de los cuáles planteamos a continuación.

##### Caso clínico

Presentamos a un varón de 41 años de edad sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos ingresado por epigastralgia irradiada a ambos hipocondrios de 8 días de evolución. No fiebre ni alteraciones del hábito intestinal. Niega consumo de medicación hepatotóxica ni contacto con fumigantes. A la exploración física destaca auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos. No ingurgitación yugular. Abdomen sin masas doloroso en hipocondrio derecho. No irritación peritoneal. Sin adenopatías. No edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda, no signos de encefalopatía hepática. Entre los datos de laboratorio destacamos: Creatinina 0.86, Urea 20, Na 136, K 4.2, GOT 59, GPT 59, LDH 243, Amilasa 84, Lipasa 25, Bilirrubina total 0.45 mg/dl. Hemoglobina 15.3 g/dl, hematocrito 45%, leucocitosis de 12.700 con 68% de segmentados y 246.000 plaquetas, tiempo de protrombina 1.12 e INR 0.92. VHA, VHB y VHC negativos. ANA, ASMA, ANCA y AntiLKM negativos. La ecografía de abdomen informa de trombosis completa de vena porta, ramas intrahepáticas, vena esplénica y mesentérica superior. Hígado con moderado aumento de tamaño del lóbulo izquierdo y atrofia del derecho. Vía biliar normal. Ligeras ascitis difusas. El TAC toraco-abdominal con contraste muestra extensa trombosis de la porta y eje esplenoportal con cambios en la perfusión hepatoesplénica y edema submucoso de asas con ascitis. Ante el hallazgo de trombosis portal en paciente sin historia de cirrosis previa y con pruebas de imagen donde no se objetiva neoplasia subyacente se decide ampliar estudio para descartar trombofilia, obteniéndose un primer escalón: mutación del gen de la protrombina, Factor V de Leyden, resistencia a la proteína C activada, homocisteína y Ac anticardiolipina y anticuerpos anti B2GI que fueron normales. Se instauró tratamiento anticoagulante y analgésico. Se solicitó un estudio biológico de trombosis (2º escalón). En el estudio de hipercoagulabilidad se detectó presencia de anticoagulante lúpico positivo, además de un déficit de Antitrombina III con reducción de la actividad al 50%. Se trata de un paciente que ha tenido un primer episodio de trombosis aguda y extensa del eje portal, esplenoportal y vena mesentérica superior con

cavernomatosis portal y un trastorno de hipercoagulabilidad como causa subyacente. Por un lado el paciente cumple criterios clínicos y analíticos para el diagnóstico de Síndrome antifosfolípido primario y además presenta un déficit aislado de Antitrombina III. En este caso, nuestro paciente al haber presentado un sólo episodio de trombosis extensa y en una localización poco habitual y al tener un síndrome antifosfolípido primario y un déficit de AT III como estados de hipercoagulabilidad subyacentes, se incluye dentro del grupo de elevado riesgo trombótico y estaría indicado mantener el tratamiento anticoagulante de forma indefinida.



#### **P41. LA UGC DE DIGESTIVO DEL HUPR: ANALISIS DE SU GESTIÓN A PARTIR DE LOS DATOS DE CMBD Y GRD: LA IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS**

García, M.1; Cano, I.2; Pérez, J.2; Sánchez, M.3; Toledo, S.4; Haro, M.2; Rey, M.2

1HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL, UGC DIGESTIVO. CÁDIZ. 2HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CÁDIZ. 3HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. 4COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

##### **Objetivos**

Actualmente se está dando relevancia a las UGC, responsabilizándolas cada vez más de la consecución de sus propios objetivos. En este sentido, el contrato-programa vigente contempla como objetivo para los distintos Servicios y UGC un Índice de Utilización de Estancias inferior a 1, en un contexto cada vez de mayor complejidad. En este trabajo estudiaremos la evolución que han tenido los indicadores de gestión que se refieren a la Estancia Hospitalaria y a la Complejidad de la UGC de Digestivo del HUPR en los años de 2000 a 2011 comparándola con el estándar del SAS del año 2010.

##### **Metodología**

A partir de los datos del CMBD de hospitalización de los años señalados, suministrados por el Servicio de Documentación e Información Sanitaria del HUPR, y del estándar, cuya fuente son los Servicios Centrales del SAS sobre las altas del 2010, hemos analizado la cronología de la UGC de Digestivo en cuanto a los indicadores señalados, para después compararla con el estándar del SAS.

##### **Resultados**

En 2000, con una complejidad de 1.4, la permanencia media en el hospital era 9.12 días (IUE 1.11). Al crecimiento de la complejidad se une un descenso de la estancia hasta llegar al 2011, que con una complejidad de 1.7, la permanencia se ha reducido a 7.42 días (IUE 0.78), lo que mejora el estándar del SAS.

##### **Conclusiones**

Comprobamos la mejora continua de la UGC de Digestivo del HUPR, que ha logrado el objetivo del contrato programa en los últimos tres años, hasta superar el estándar.

#### **P42. CONSUMO DE ALCOHOL Y RIESGO DE CANCER**

García, M.1; López, J.2; Haro, M.2; Cano, I.2; Pérez, J.2; Sánchez, M.3; Toledo, S.4; Rey, M.5

1HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL, UGC DIGESTIVO. CÁDIZ. 2HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CÁDIZ. 3HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. 4COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA. 5HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CÁDIZ.

##### **Objetivos**

Frecuentemente se realizan estudios en el ámbito hospitalario sobre el consumo de alcohol como la causa de gran cantidad de enfermedades y complicaciones que provocan una considerable tasa de mortalidad.

##### **Metodología**

Apoyándonos en los datos que se desprenden del CMBD del HPUR, de los años 2007 a 2010, pretendemos establecer la relación entre el consumo de alcohol y las neoplasias del tracto digestivo Hemos considerado sólo las Neoplasias digestivas establecidas como Diagnóstico Principal (códigos 150-159 de la CIE-9), y que tienen asociadas como Diagnóstico Secundario (C2-C15) un código de bebedor (códigos 303 y 305.0 de la CIE-9), desechando para este estudio las metástasis y neoplasias secundarias.

##### **Resultados**

En los datos reflejados se aprecia la influencia del alcohol ante el riesgo de contraer una enfermedad de tipo neoplásico, acentuándose más en hombres que en mujeres, y aumentando significativamente en la primera parte del tracto digestivo (boca y esófago). A medida que descendemos observamos que el riesgo va disminuyendo, siendo ya inapreciable la relación Cáncer-Alcohol en la última parte del tracto (colon y recto), donde los valores "no bebedores" superan destacadamente a los valores "bebedores".

##### **Conclusiones**

Después de esta aproximación estadística a las informaciones que relacionan consumo de alcohol y neoplasia maligna, observamos que en el caso de las neoplasias digestivas es correcto establecer una relación entre ambos conceptos, aunque las de colon y recto no siguen esta misma tendencia.



### **P43. COLELITIASIS EN EL HOSPITAL DE PUERTO REAL: NECESIDAD DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN**

García, M.1; Haro, M.2; Cano, I.2; Pérez, J.2; Sánchez, M.3; Toledo, S.4; Rey, M.5

1HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL, UGC DIGESTIVO. CÁDIZ. 2HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CÁDIZ. 3HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. 4COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA. 5HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CÁDIZ.

#### **Objetivos**

La Colelitiasis es una de las anomalías más frecuentes del tubo digestivo. El tratamiento de elección es la colecistectomía. En el Hospital Universitario de Puerto Real éste proceso no tiene un protocolo de actuación, por lo que nuestro estudio va dirigido a analizar la saturación de la unidad por esta causa y las ventajas que se conseguirían con dicho protocolo.

#### **Metodología**

Hemos formado un grupo de trabajo para analizar los sucesivos ingresos que sufren los usuarios en la Unidad de Digestivo, por la misma causa, en el período de un año. Los datos se han tomado del CMBD del año 2010, con procedimiento realizado de colecistectomía.

#### **Resultados**

Poder disponer de un protocolo de actuación consensuado con la unidad de admisión. Observamos que este proceso requiere en muchos casos un segundo ingreso quirúrgico al fallar el tratamiento médico. Lo que conlleva la necesidad de una regularización del proceso y su protocolización.

#### **Conclusiones**

En la Unidad de Digestivo del Hospital Universitario de Puerto Real, esta patología produce frecuentemente reingresos de un mismo individuo, con lo que esta área hospitalaria se encuentra saturada por unos procesos que, con un protocolo que regulase el procedimiento a seguir de cada caso no sólo disminuiría las estancias de los afectados, sino también los recursos necesarios para dicha asistencia. Liberando camas para otros procesos.

### **P44. COMPARACIÓN DEL IMPACTO DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DIGESTIVA DE GRDS 494 Y 557 DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE ANDALUCÍA Y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL EN EL AÑO 2010**

García, M.1; Sánchez, M.2; Toledo, S.3; Haro, M.4; Cano, I.4; Pérez, J.4; Rey, M.4

1HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL, UGC DIGESTIVO. CÁDIZ. 2HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. 3COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA. 4HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CÁDIZ.

#### **Objetivos**

1. Conocer el comportamiento de los GDRs siguientes en el H.U. Puerto Real (HUPR), en relación a los Hospitales Públicos de Andalucía en el año 2010. GDR 494 Colecistectomía laparoscópica sin exploración conducto biliar sin CC. GDR 557 Trastornos hepatobiliares y de páncreas con CC mayor.

2. Comparar las Estancias Medias Esperadas (EME) a nivel de Andalucía comparándolas con los GRDs mencionados con la EME del HUPR, para conocer el comportamiento de dicho Hospital.

#### **Metodología**

Los GDR son un sistema de clasificación de pacientes por casuística y consumo de recursos. La fuente de información es el CMBD 2010 de Andalucía y HUPR. Se han seleccionado los GRDs comunes de la patología Digestivo que se encuentran entre los 30 primeros de Andalucía y que coinciden con los del HUPR. Se han comparado las EME de Andalucía y las del HUPR con los GRDs comunes. Se ha realizado una comparativa al fin de determinar el impacto que han tenido en cuanto a la estancia hospitalaria.

#### **Resultados**

En el CMBD del año 2010 y en el HUPR, los dos GRDs objeto de estudio se comportan de la siguiente manera: 1.- GRD 494 Andalucía...EME 14.00 HUPR...EME 3.12 2.- GDR 557 Andalucía...EME 3.36 HUPR...EME 11.65.

#### **Conclusiones**

1. El HUPR tiene una menor estancia media que el global de Andalucía.

2. El HUPR tiene un mejor comportamiento por atender al mismo tipo de pacientes con menor estancia para los GRDs estudiados de patología digestiva.

### **P45. ANÁLISIS DE TRASPLANTES HEPÁTICOS EN LOS HOSPITALES ANDALUCES**

García, M.1; Toledo, S.2; Rey, M.3; Haro, M.3; Cano, I.3; Sánchez, M.4; Pérez, J.3

1HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL, UGC DIGESTIVO. CÁDIZ. 2COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA. 3HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

## Objetivos

El trasplante hepático es el tratamiento de elección actual para un gran número de enfermedades hepatobiliares agudas y crónicas. Nos planteamos en este trabajo como objetivos principales:

1. Conocer la evolución de estas intervenciones quirúrgicas en Andalucía desde su inicio hasta la fecha. 2. Determinar cuales son los factores que hacen que Andalucía sea actualmente una de las comunidades con más actividad trasplantadora de hígado del territorio nacional.

## Metodología

Hemos constituido un grupo de trabajo para analizar la evolución en los diferentes hospitales andaluces, desde que se realizó el primer trasplante de hígado en 1989 en el hospital Reina Sofía de Córdoba hasta ahora, hace dos décadas. Los datos proceden del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, ONT y de diferentes hospitales andaluces.

## Resultados

Andalucía cuenta actualmente con 4 centros que realizan trasplantes de hígado: Reina Sofía (Córdoba), Virgen del Rocío (Sevilla), Carlos Haya (Málaga) y Virgen de las Nieves (Granada). En 22 años, se han efectuado 2496 trasplantes hepáticos (adultos e infantiles), de los cuales el 1,4 por ciento es de donante vivo, modalidad que en Andalucía comenzó en 2002 en el Hospital Reina Sofía (Córdoba), debido a los avances quirúrgicos y al aumento del número de donantes.

## Conclusiones

Conseguir una mejor adecuación del progresivo incremento de receptores respecto a los donantes disponibles y encontrar tratamientos y estrategias encaminadas a disminuir o impedir la recidiva de las enfermedades que motivaron el trasplante hepático; seleccionar lo mejor posible a los candidatos. Actualmente, se puede hablar de supervivencia a 10 años en torno al 60% y con una calidad de vida excelente.

### P46. VALORACIÓN DE LA ANEMIA EN EL EPISODIO AGUDO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA MEDIANTE GASOMETRÍA VENOSA

Ruiz Cuesta, P.; Jurado García, J.; Benítez Cantero, J.; García Caparrós, C.; García Sánchez, V.; González Galilea, Á.; Gálvez Calderón, C.

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

## Objetivos

Determinar la concordancia de dos métodos de

determinación de laboratorio, gasometría venosa (GSV) y analítica convencional, en pacientes con hemorragia digestiva.

## Metodología

Estudio observacional y prospectivo de pacientes ingresados en la Unidad de Hemorragias Digestivas. En el episodio agudo se obtenían muestras simultáneas de acceso venoso para GSV y analítica convencional. Se recogieron variables demográficas, clínicas y determinaciones bioquímicas (Hb, Htco, sodio, potasio y glucosa). Se comparó la concordancia en las estimaciones obtenidas con los dos métodos de medida, mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclass (CCI), considerándose concordancia muy buena si  $CCI > 0,9$ ; buena 0,71-0,9; moderada 0,51-0,7; escasa 0,31-0,50 y nula  $< 0,3$ .

## Resultados

Se analizaron 132 pacientes, 87 (65,9%) varones, con una edad media de  $66,7 \pm 15$  años. Causas del sangrado: 20,5% úlcus péptico, 26,5% hipertensión portal, 32,6% hemorragia digestiva baja y 20,5% otras. Valores medios obtenidos por GSV y analítica, respectivamente: Hb  $9,97 \pm 3,37$  y  $9,48 \pm 3,08$  g/dl ( $p < 0,001$ ); Htco  $29,9 \pm 10,2$  y  $29,1 \pm 9\%$  (ns); sodio  $136,4 \pm 6$  y  $136,5 \pm 5,8$  mEq/l (ns); potasio  $4,15 \pm 0,8$  y  $4,18 \pm 0,6$  mEq/l (ns); glucosa  $153,8 \pm 74,1$  y  $155,1 \pm 74,4$  mg/dl (ns). Los CCI fueron: para Hb 0,931 (0,90-0,95); Htco 0,899 (0,85-0,92); sodio 0,917 (0,88-0,94); potasio 0,896 (0,85-0,92); glucosa 0,953 (0,93-0,96); en todos los casos se obtuvo significación estadística ( $p < 0,001$ ).

## Conclusiones

La concordancia de los parámetros obtenidos con GSV y analítica convencional es muy buena. Estos resultados avalan la fiabilidad del empleo de la GSV en el paciente con hemorragia digestiva aguda, obteniéndose de forma más sencilla y precoz en la situación de urgencia.

### P47. EFECTO DEL POLIMORFISMO ABCB1 2677G>T, A DE LA GLICOPROTEÍNA-P EN LA ESPECIFICIDAD POR LA BILIRRUBINA COMO SUSTRATO EN PACIENTES CON TOXICIDAD HEPÁTICA INDUCIDA POR FÁRMACOS (DILI)

Andrade, R.1; Ulzurrun, E.2; Stephens, C.3; Crespo, E.4; Ruizcabello, F.5; Robles, M.1; Borraz, Y.2; Cabello, M.2; Pelaez, G.6; Hallal, H.7; Romero-gomez, M.8; Guarner, C.9; Soriano, G.9; Castiella, A.10; Moreno-herrera, I.2; Moreno-planas, J.11; Lucena, M.2

1U. HEPATOLOGÍA, H. VIRGEN DE LA VICTORIA, FAC. MEDICINA, MÁLAGA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS CIBEREHD; 2S. FARMACOLOGÍA CLÍNICA, H. VIRGEN DE LA VICTORIA, FAC. MEDICINA, MÁLAGA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS CIBEREHD; 3S. FARMACOLOGÍA CLÍNICA, H. VIRGEN DE LA VICTORIA, FAC. MEDICINA, MÁLAGA., CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS CIBEREHD; 4DPTO DE FARMACOLOGÍA, FAC. FARMACIA, GRANADA; 5S. ANÁLISIS CLÍNICOS, LAB. INMUNOLOGÍA, H. VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA, RED GENÓMICA DEL CÁNCER; 6S. FARMACOLOGÍA CLÍNICA Y AP. DIGESTIVO, H. TORRECÁRDENAS, ALMERÍA; 7S. GASTROENTEROLOGÍA. H. MORALES MESEGUER, MURCIA; 8U. HEPATOLOGÍA, H. NUESTRA SEÑORA DE VALME, SEVILLA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS CIBEREHD; 9U. HEPATOLOGÍA, H. SANT PAU, BARCELONA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS CIBEREHD; 10S. AP. DIGESTIVO, H. MENDARO, GUIPÚZCOA; 11S. AP. DIGESTIVO, H. LA RODA, ALBACETE

### Objetivo

Analizar el papel de la variante genotípica en la posición 2677 en el exón 21 del gen ABCB1 en el transporte de la bilirrubina basado en su estructura química y el riesgo de DILI. La estructura química de la bilirrubina presenta grupos de unión que contienen un átomo de carbono. Una asociación entre este fragmento químico y los polimorfismos de la glicoproteína-P en el desarrollo de DILI se han demostrado previamente (Ulzurrún et al. J Hepatol, 2011).

### Metodología

Se genotipó el polimorfismo ABCB1 2677G>T,A en 160 pacientes DILI, de los cuales 102 tenían una bilirrubina total (BT)  $\geq 2$  veces el límite superior de la normalidad (LSN) y 58 con una BT  $< 2$  xLSN. El genotipado se realizó mediante secuenciación directa. La estructuras químicas contribuyentes a la actividad ATPasa del ABCB1 fueron determinadas según Sakurai et al (Biochemistry, 2007).

### Resultados

La distribución del genotipo TT fue significativamente diferente entre pacientes DILI con una BT  $\geq 2$  xLSN y BT  $< 2$  xLSN (Pc= 0.045; OR= 6.4). Las frecuencias alélicas demostraron un efecto protector del alelo 2677G en pacientes con la BT  $\geq 2$  xLSN (P= 0.033; OR= 0.5).

### Conclusiones

Portadores del genotipo TT con la BT  $\geq 2$  xLSN tienen un mayor riesgo de toxicidad por bilirrubina, sugiriendo que los grupos de unión que contienen un átomo de carbono son componentes estructurales importantes en la especificidad del sustrato de la glicoproteína-P. Financiación: Agencia española del medicamento y FIS PS 09/01384. CIBERehd y Red genómica del cáncer están financiados por el ISCIII.

## P48. FACTORES IMPLICADOS EN EL TRATAMIENTO DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO

López Vega, M.1; Fernández Cano, F.1; Moreno García, A.1; Rivas Ruiz, F.2; Rosales Zabal, J.1; Fernández Pérez, F.1; Méndez Sánchez, I.1; Navarro Jarabo, J.1; Pérez Aisa, A.1

1AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO; 2AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN. MÁLAGA.

### Introducción

El Sobrecrecimiento Bacteriano (SIBO) genera malabsorción grasa que conlleva malnutrición. La presencia de condiciones predisponentes condicionan una persistencia del cuadro así se deben decidir estrategias oportunas en el diseño del tratamiento.

### Objetivos

Evaluar las estrategias de tratamiento en el SIBO. Identificar factores predictores de mala respuesta al mismo.

### Metodología

De 220 test de Hidrógeno espirado con sobrecarga de glucosa para diagnóstico de SIBO realizados en nuestro centro entre enero-2008 y diciembre-2010, se seleccionaron 170. Se recogieron variables demográficas y epidemiológicas. Se identificaron los casos de SIBO tratados según la pauta estándar de Rifaximina 400mg cada 8h durante 10 días. Un segundo test evalúa la persistencia o no de SIBO. Se analizaron las variables para identificar factores predictores de respuesta.

### Resultados

De 122 pacientes (media de edad: 51'5, 50% hombres (61)) obtuvimos un total de 35 con diagnóstico de SIBO, de éstos, 25 cumplían los criterios para ser incluidos en el análisis. 14 (56%) presentaron un test de control positivo. La mediana de edad de los pacientes que respondieron fue de 58, frente a no respondedores que fue de 68.. La presencia de distensión muestra una tendencia sin significación estadística a peor respuesta (p=0,115). Se analizó la patología predisponente a padecer SIBO (hepatopatía, cirugía resectiva, inflamatoria...) y en los pacientes hepatópatas se muestra una tendencia a una mejor respuesta a la primera línea de tratamiento (p=0,18).

### Conclusiones

Es necesario comprobar la negativización de SIBO tras tratamiento con rifaximina dada la probabilidad de mala respuesta (55'6%). Los pacientes con hepatopatía parecen ser mejor respondedores al tratamiento con rifaximina.

#### **P49. MANIFESTACIONES DIGESTIVAS COMO DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD STEINERT**

Serrano Leon, M.; Soria de La Cruz, M.; Ramos-clemente Romero, M.; Iglesias Arrabal, M.; Rivas Rivas, M.; Ruiz Santiago, C.; Naranjo Rodriguez, A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

##### **Introducción**

La enfermedad de Steinert o distrofia miotónica es una enfermedad congénita, que afecta a la musculatura estriada, en ocasiones a otros órganos como corazón, glándulas endocrinas, y en raras ocasiones a fibra lisa intestinal. En la forma adulta, el debut suele ser sobre la segunda o tercera década de la vida, con debilidad y atrofia de la musculatura facial, ojos, antebrazos, manos, piernas y pies. Presentamos dos casos clínicos de pacientes jóvenes afectados de Enfermedad de Steinert donde los síntomas digestivos motivaron la realización de pruebas funcionales, confirmándose anomalías por afectación de musculatura lisa intestinal y esfínteres.

El primer caso, varón de 30 años, ya diagnosticado, con antecedentes familiares de distrofia muscular miotónica, y retraso psicomotor leve. Acude por estreñimiento crónico. En enema opaco presentaba megacolon sin estenosis ni lesiones orgánicas, realizándose Manometría anorectal que apreciaba severa hipotonía basal anal con tono medio de 35 mmHg, y déficit importante en capacidad de contracción voluntaria anal, franca disminución de la sensibilidad rectal, sin sensación defecatoria a pesar de llenados progresivos del balón rectal hasta los 100 cc. Reflejo rectoanal inhibitorio, sin contracción paradójica en maniobra defecatoria. Mejoró con laxantes osmóticos y proquinéticos.

El segundo caso, varón de 22 años sin antecedentes familiares ni personales de enfermedad de Steinert, con diarrea intermitente y disfagia alta hace unos 2 años. Tránsito intestinal baritado, anormal retención del contraste en esófago cervical, completándose con Manometría esofágica, descartando Acalasia, detectando trastorno motor esofágico inespecífico con hipomotilidad global del esófago en toda extensión, ondas peristálticas de baja amplitud e hipotonía basal de esfínteres superior e inferior, sugestivo de afectación neuromuscular de hipofaringe y esófago, remitiéndose a Neurología que diagnosticó enfermedad de Steinert tras estudio genético. Se recomendaron medidas dietéticas y rehabilitación.

La enfermedad de Steinert es la distrofia muscular más frecuente en el adulto. Hereditaria, autosómica dominante, y expresividad clínica variable, afecta de forma característica la musculatura estriada. La participación de musculatura lisa del tracto digestivo puede ocasionar síntomas característicos, que se presentan con menor frecuencia que otras alteraciones sistémicas. La disfagia es el más observado (25-45%). Menos frecuentes son gastroparesia, esteatorrea, estreñimiento y megacolon. La pseudo-obstrucción puede

aparecer en cualquier etapa evolutiva, incluso años antes del diagnóstico. La evolución es muy variable, en ocasiones benigna, pero puede llegar a resultar invalidante. No tiene tratamiento específico, básicamente sintomático con énfasis en rehabilitación y psicoterapia. El diagnóstico precoz permitirá tratamiento de síntomas y profilaxis de complicaciones posteriores.

#### **P50. VALOR DE LA PHMETRIA AMBULATORIA DE 24 HORAS PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS SINTOMAS RESPIRATORIOS ASOCIADOS A REFLUJO GASTROESOFAGICO**

Perez Rodriguez, E.1; Marin Pedrosa, S.2; Naveas Polo, C.3; Hervás Molina, A.3

1HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA., UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO.; 2HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO.; 3HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO.

##### **Objetivos**

Evaluar los resultados diagnósticos en nuestro medio de la Phmetría convencional en pacientes remitidos por diferentes síntomas respiratorios, en función de características de los mismos, como su edad y sexo.

##### **Pacientes y métodos**

120 pacientes remitidos por síntomas como tos crónica, laringitis posterior, asma o ronquera crónica a los que se realizó Phmetría ambulatoria de 24 horas, con sonda de un canal, mediante técnica convencional. Se recogieron los datos referentes al score de de Meester así como los síntomas en una base de datos Acces y se analizaron mediante el programa estadístico SPSS.

##### **Resultados**

La prueba fue normal en 62% de los casos, habiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres. En 34,2% de los pacientes hubo síntomas asociados a Ph menor de 4, siendo el Índice sintomático positivo en 21% de los estudios La tos crónica fue la queja más frecuente en los grupos de edad por encima de 45 años, mientras que la laringitis posterior fue el motivo de derivación más frecuente en los más jóvenes.

##### **Conclusiones**

La Phmetría detecta reflujo patológico en aproximadamente una tercera parte de los pacientes con síntomas respiratorios, siendo más frecuente en nuestro estudio en pacientes varones. Aún en los pocos casos en

que hay asociación sintomática con episodios de reflujo, es incierta una relación causal.

### Palabras clave

Reflujo gastroesofágico. Síntomas respiratorios. Phmetría esofágica.

### P51. ESTUDIO DE LIMPIEZA COLÓNICA UTILIZANDO PEG MÁS ÁCIDO ASCÓRBICO COMPARADO CON PEG PARA LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE COLON: RESULTADOS PRELIMINARES.

Belda Cuesta, A.; San Juan Acosta, M.; Argüelles Arias, F.; Caunedo Álvarez, Á.; Romero Vázquez, J.; Pellicer Bautista, F.; Herrerías Gutiérrez, J.

COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA, DIGESTIVO. SEVILLA.

### Introducción

Según algunos estudios, la Cápsula de Colon (CC) puede jugar un papel importante en el diagnóstico de lesiones colónicas, si bien existen aspectos que deben ser mejorados. Uno de ellos, y dado que la CC no es capaz de aspirar los restos de heces, es la preparación, por lo que se han propuesto distintos esquemas de limpieza, sin estar aún definido cuál puede ser el mejor.

### Objetivos

El objetivo principal de nuestro estudio es comparar el grado de limpieza colónica con dos regímenes de preparación distintos. Los objetivos secundarios son analizar la presencia de burbujas en el colon que impidan una correcta visualización de la mucosa y la tasa de exploraciones completas (considerando la visualización del plexo hemorroidal) según cada régimen de preparación.

### Material y métodos

Se trata de un estudio prospectivo, abierto y ciego para el investigador en el que se administran dos preparados laxantes distintos para cada grupo de pacientes, en los que se indicó la técnica para la detección de pólipos colónicos. En el primer grupo (A) los pacientes se preparan con solución evacuante PEG más ácido ascórbico 2 litros (Moviprep®) y en el segundo (B) con solución evacuante tipo PEG 4 litros (Klean-prep®). El grado de limpieza se midió según la escala de Leighton recientemente publicada agrupándose la preparación en "buena-excelente" y "aceptable-pobre". Se analizó la presencia de burbujas según dicha escala así como la tasa de visualización del plexo hemorroidal como parámetro para valorar si se observa la totalidad de la mucosa del colon. Se utilizó la Pillcam-Colon 2® en todos los casos.

### Resultados

Se incluyeron en el grupo A 13 pacientes (5 hombres) con una edad media de  $52 \pm 19$  años y en el grupo B 11 pacientes (7 hombres) con una edad media de  $54.44 \pm 10$  años. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad y el sexo. Los resultados sobre la calidad de la limpieza quedan recogidos en la tabla adjunta. El porcentaje de pacientes con preparación "buena-excelente" fue superior en el grupo A tanto en la valoración global como en ciego, colon ascendente y transversal, aunque la diferencia no alcanzó la significación estadística. En el 79,9% de los pacientes del grupo A no se observan burbujas de forma significativa comparado con un 76,3% del grupo B ( $p=N.S.$ ). El plexo hemorroidal se visualizó en el 84,6% de los pacientes en el grupo A y en el 81,8% en el grupo B ( $p=N.S.$ ). No se notificaron efectos adversos en ninguno de los grupos.

### Conclusiones

Los resultados preliminares de este estudio muestran una tendencia hacia la superioridad de PEG+Ácido ascórbico (2 litros) sobre PEG (4 litros) en la preparación colónica de los pacientes previa a cápsula colónica. Sin embargo, con los datos analizados no se alcanza la significación estadística, lo que hace necesario aumentar el tamaño muestral. Result Bueno-Excelente PEG + ácido ascórbico PEG P CIEGO 76,92% 36,36% 0,095 ASCENDENTE 76,91% 54,54% NS TRANSVERSO 69,22% 36,36% NS DESCENDENTE 61,53% 63,63% NS RECTO 61,53% 72,72% NS TOTAL 69,22% 52,72% NS.

### P52. ANALISIS DE LOS INDICADORES DE SATISFACCIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL CÁNCER COLORRECTAL A PARTIR DEL CMBD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

García, M.1; Pérez, J.2; Sánchez, M.3; Toledo, S.4; Cano, I.2; Rey, M.2; Haro, M.2

1 HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL, UGC DIGESTIVO. CÁDIZ. 2 HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL; 3 HOSPITAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. 4 COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

### Objetivos

El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte por cáncer en Andalucía. Esta enfermedad es más frecuente en la población de edad avanzada. La Consejería de Salud dentro de su Plan de Calidad, ha incluido esta enfermedad dentro de los procesos asistenciales integrados, recogiendo el conjunto de actuaciones y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada, para conseguir un resultado óptimo en cuanto a recursos y satisfacción del usuario. Nuestro objetivo es analizar los siguientes indicadores: números de reintervenciones y números de ingresos por CCR producidos en los últimos cuatro años en el HUPR.

## Metodología

Analizaremos, a partir del CMBD del HUPR, la eficiencia del hospital en cuanto a los indicadores de reingresos y reintervenciones en los casos de CCR, recogidos dentro del plan de calidad de los procesos asistenciales integrados, y que deben ser inferiores al 3% y al 5% respectivamente del total de casos en el Centro.

## Resultados

En los datos obtenidos del CMBD de los últimos cuatro años, tanto los reingresos como las reintervenciones han disminuido hasta mejorar el estándar.

## Conclusiones

La implementación del tratamiento de determinadas enfermedades como un proceso asistencial integrado ha permitido una mejora importante en la gestión de las mismas, con el beneficio que esto conlleva tanto para los pacientes como para el Centro en cuanto a la optimización de recursos. Sin un sistema de información eficaz, que permita conocer los datos de los procedimientos quirúrgicos para detectar fallos dentro del proceso, no podemos mejorar la calidad del servicio.

### P53. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN MUJER JOVEN CON ENFERMEDAD DE CROHN Y TOMA DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

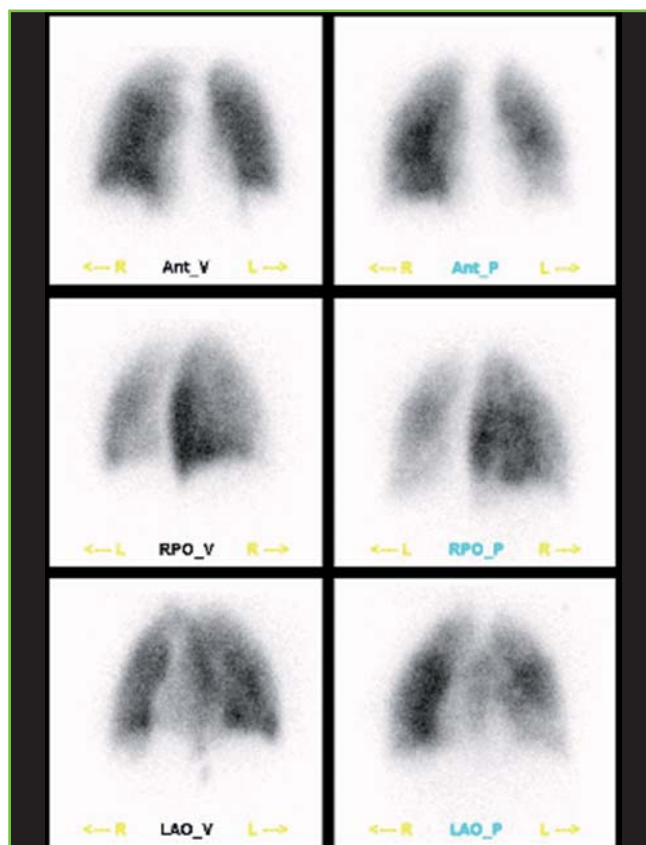
Benítez Rodríguez, B.1; Pallarés Manrique, H.1; Ramos Lora, M.1; Rodríguez Sicilia, M.2

1HOSPITAL GENERAL JUAN RAMÓN JIMENEZ, DIGESTIVO. HUELVA.  
2HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, DIGESTIVO. GRANADA.

## Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 33 años de edad diagnosticada 8 meses antes de enfermedad de Crohn ileal mediante colonoscopia con ileoscopia informada como ileítis sospechosa de Crohn con informe histológico que refiere inflamación crónica moderada-severa y criptitis. Como antecedentes destaca anticoncepción hormonal (anillo vaginal), aborto en la 5ª semana de gestación hacía 5 años, con parto gemelar por cesárea un año después. EN tratamiento domiciliario con mesalazina 3 g/24 horas. Ingresa por cuadro de 2 semanas de evolución de fiebre y artralgias, con tos y expectoración blanquecina, seguida de disnea progresivamente a moderados esfuerzos. Se realiza una radiografía de tórax que muestra derrame pleural izquierdo con infiltrados alveolares no homogéneos en ambas bases, sobre todo la izquierda. Se practica AngioTAC de tórax que es informada como infiltrado alveolar basal en lóbulo inferior izquierdo, que se extiende a lóbulo inferior y llingula con

un patrón de engrosamientos peribronquiales y pequeñas opacidades periféricas de bordes mal definidos, todo sugestivo de proceso inflamatorio-infeccioso, sin poder descartar TEP. En gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión se observan defectos de perfusión en segmento medial basal del lóbulo inferior derecho y en segmentos anterior basal y posterior basal del lóbulo inferior izquierdo con ventilación conservada, todo compatible con tromboembolismo pulmonar bilateral. La analítica refleja hemoglobina 11.7 g/dL, 33.6% de hematocrito, VCM 90.7 fL, 15100 leucocitos con moderada neutrofilia, 544000 plaquetas. Coagulación normal. D-dímeros 3530 mcg/L. Bioquímica reglada normal (incluyendo perfil renal, iónico, hepático y CPK). PCR 2.2 mg/dL. Gasometría venosa pH 7.42, pCO2 45 mmHg, Bicarbonato 29.2 mmol/L. Cultivo de esputo se aísla *Cándida albicans*, negativo para micobacterias. Proteinograma albúmina 50.1%, alfa 1 6.4%, alfa 2 15.8%, Beta 13%, gammaglobulinas 14.7%, índice albúmina/globulinas 1 (perfil electroforético compatible con síndrome inflamatorio moderado. ANA 1/320; anticuerpos anti DNA-nativo <1/10; c-ANCA y p-ANCA negativos. Anticuerpos anticardiolipina IgG 47 UGPL/mL (comprobado en dos controles analíticos), anticuerpos anticardiolipina IgM <12 UMPL/mL; anticuerpos anti B2 Glicoproteína 1 IgG 1.9 EU/mL. Homocisteína 7.7 picomol/L. Serología infecciosa para CMV, Legionella, VIH, Chlamydia pneumoniae, Coxiella Burnetti, Mycoplasma pneumoniae negativos. Se trata por tanto de un cuadro de tromboembolismo pulmonar bilateral asociado a síndrome antifosfolípidos en paciente mujer joven con enfermedad de Crohn y anticoncepción hormonal mediante anillo vaginal. Se pauta tratamiento con tratamiento parenteral con carbapenémico, broncodilatadores, corticoides inhalados y anticoagulación, con buena evolución y normalización de estudio radiológico de tórax en controles posteriores.



## **P54. HEPATOTOXICIDAD ATRIBUIDA A IBUPROFENO. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS EN NUESTRO MEDIO.**

Muñoz García, Á.1; Robles Díaz, M.2; Borraz Pereira, Y.3; Lucena, M.4; Navarro, J.5; Fernández, M.6; Pérez Romero, J.7; Romero, M.8; García Ruiz, E.9; Durán Jiménez, J.10; Andrade Bellido, R.11

1HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA, UGC APARATO DIGESTIVO; 2FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA. CIBEREHD., UNIDAD DE HEPATOLOGÍA.; 3FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA. CIBEREHD., DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA.; 4FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA. CIBEREHD, DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA; 5HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA, MÁLAGA, UGC APARATO DIGESTIVO; 6HOSPITAL DE TORRECÁRDENAS, ALMERÍA, SERVICIO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA; 7HOSPITAL DE PUERTO REAL, CÁDIZ, UGC APARATO DIGESTIVO; 8HOSPITAL VIRGEN DE VALME, SEVILLA, UGC APARATO DIGESTIVO; 9HOSPITAL DE LA LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN, CÁDIZ, UGC APARATO DIGESTIVO; 10HOSPITAL VIRGEN DE LA MACARENA, SEVILLA, UGC APARATO DIGESTIVO; 11HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. CIBEREHD., UGC APARATO DIGESTIVO.

### **Introducción**

La hepatotoxicidad por fármacos es la reacción adversa a medicamentos que más medidas regulatorias conlleva. El ibuprofeno ha sido tradicionalmente considerado un fármaco seguro en este sentido. A pesar de ello, se han registrado casos de hepatotoxicidad atribuidos al consumo de ibuprofeno en los últimos años.

### **Objetivos**

Describir las características demográficas, clínicas y analíticas, pronóstico, causalidad y frecuencia de la hepatotoxicidad atribuida a ibuprofeno en nuestro medio.

### **Metodología**

Se analizaron los casos de hepatotoxicidad idiosincrásica atribuidos a ibuprofeno incluidos en el Registro Español de Hepatotoxicidad(REH).

### **Resultados**

De los 740 casos de hepatotoxicidad recogidos en el REH entre abril 1994 y julio de 2010, 24 (3.2%) fueron atribuidos a ibuprofeno (edad media 52, rango 18-83 años, 50% sexo femenino), erigiéndose como el tercer fármaco con mayor frecuencia asociado a hepatotoxicidad, por detrás de la amoxicilina-clavulánico y la flutamida. El tiempo de latencia medio fue de 95 días (rango 2-1768 días), y la dosis media, 1200 mg/día (rango 400-1800 mg). El tipo de daño fue hepatocelular en el 46% de los casos, colestásico en el 29%, y mixto en el 25%. El 17% de los pacientes presentaron fiebre, y el 4% rash. El 63% de los casos requirieron hospitalización. El 71% desarrollaron ictericia, 8 de ellos con patrón de daño

hepatocelular, cumpliéndose así la "Ley de Hy". Uno de estos últimos casos presentó fallo hepático fulminante, requiriendo trasplante hepático. Un segundo paciente falleció por fallo hepático fulminante.

### **Conclusiones**

La hepatotoxicidad por ibuprofeno ha resultado ser relativamente frecuente en nuestro medio, y potencialmente grave, pudiendo resultar en algunos casos fatal. Por lo tanto, este efecto adverso potencial debería ser tenido en cuenta a la hora de prescribir este fármaco.

## **P55. INCIDENCIA DE TUMORES DE NOVO EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES DESDE 2002 A 2011**

Matas Cobos, A.; González Artacho, C.; Martos Ruiz, V.; Espinosa Aguilar, M.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

### **Introducción**

El sistema inmune destruye las células neoplásicas originadas por mutaciones somáticas o por virus oncogénicos. La disminución de la vigilancia por parte del sistema inmune puede causar un crecimiento incontrolado de estas células neoplásicas. El uso de medicación inmunosupresora en pacientes trasplantados se asocia a mayor riesgo de tumores malignos.

### **Objetivos**

Estudiar la incidencia de tumores de novo en trasplantados hepáticos desde 2002 hasta Julio del 2011.

### **Metodología**

Estudio Descriptivo Observacional que analiza aquellos pacientes trasplantados hepáticos entre el 2002 y 2011 con diagnóstico de tumor de novo. Resultados analizados mediante el programa estadístico SPSS-15.

### **Resultados**

De 227 pacientes trasplantados, 19 pacientes (8,37%) desarrollaron tumores de novo en el postrasplante: 15 hombres y 4 mujeres. La edad media fue de 51,5+8 años. Las indicaciones más frecuentes de trasplante fueron cirrosis etílica (37%) seguida de infección por Virus C asociada a Hepatocarcinoma (37%). El 68,4% de los pacientes estaba en tratamiento inmunosupresor con Tacrolimus y Micofenolatomofetil; el resto con Inhibidores de la Calcineurina. Los tumores fueron: 6 casos de cáncer de piel (31,2%), 4 pulmón (20,8%), 4 linfomas (20,85), 1 colon

(5,2%), 2 ORL (10,4%), 1 esófago (5,2%) y 1 próstata (5,2%). 9 fallecieron (ninguno por cáncer de piel).

### Conclusiones

El tumor más frecuente en los pacientes trasplantados es el cáncer de piel, con una supervivencia del 100%. La frecuencia del resto de las neoplasias malignas depende de distintos factores: tiempo transcurrido desde el trasplante, o intensidad y duración de la inmunosupresión, siendo los linfomas los segundos en frecuencia.

### P56. LA ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN HEPÁTICA PERMITE MONITORIZAR LA HEPATITIS RECURRENTE POR VIRUS C POST-TRASPLANTE: RESULTADOS PRELIMINARES DE LA EVOLUCIÓN NATURAL Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

Bellido Muñoz, F.; Giráldez Gallego, Á.; Araujo Míguez, Á.; Pascasio Acevedo, J.; Sousa Martín, J.

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO, SECCIÓN HEPATOLOGÍA. SERVICIO APARATO DIGESTIVO. SEVILLA.

### Palabras clave

Elastografía de transición, hepatitis C recurrente, trasplante hepático.

### Objetivos

Estudiar de forma prospectiva los cambios en la rigidez hepática (RH), mediante elastografía de transición (ET), de una serie prospectiva de casos de pacientes con hepatitis C recurrente post-trasplante hepático (TH), dejados a su evolución natural (grupo A) o sometidos a tratamiento antiviral (grupo B).

### Metodología

Se incluyeron 17 ET realizadas durante 31 meses sobre 11 pacientes con hepatitis C recurrente post-TH. Se valoraron los resultados pareados de la ET en el mismo paciente con el propósito de conocer los cambios en la RH en los grupos A (13 casos) y B (4 casos). Se recolectaron las siguientes variables: 1) en el momento de la inclusión: edad, sexo, genotipo, tiempo desde el TH y fibrosis basal; 2) durante el seguimiento: tiempo entre las dos ET (basal y de seguimiento) y resultado de ambas.

### Resultados

La edad media fue de 56,8 +/- 7,9 años; la proporción hombre/mujer fue 10:1. 10 pacientes eran genotipo 1b. La mediana de tiempo desde el TH hasta la ET basal fue de 28 meses (rango: 6-142) y la media de tiempo entre las dos ET fue de 11,3 +/- 4,5 meses. En el grupo A se produjo un aumento de la RH en 10/13 de los casos (77%)

mientras que en el grupo B se produjo un descenso en 3 de los 4 casos (75%). La magnitud de estos cambios fue escasa, probablemente en relación con el escaso tiempo transcurrido entre ambas exploraciones.

### Conclusiones

La RH desciende en el 75% de los casos de hepatitis C recurrente sometidos a tratamiento específico y aumenta en la misma proporción de los casos dejados a su evolución natural. Estos resultados son acordes con los publicados acerca de la evolución histológica natural y de la regresión de la fibrosis en los pacientes tratados. Este aspecto dinámico constituye una ventaja de la ET, que le permite convertirse en un complemento útil a la biopsia.

### P57. PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS B TRATADOS CON ANÁLOGOS DE NUCLEÓS/TIDOS

Figueroela López, B.1; Suárez García, E.1; Aparcero López, R.1; Maraver Zamora, M.1; Morillo Verdugo, R.2; Hoyas Pablos, E.1; Romero Gómez, M.1

1 COMPLEJO HOSPITALARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, UGMQ ENFERMEDADES DIGESTIVAS; 2 COMPLEJO HOSPITALARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, DEPARTAMENTO DE FARMACIA. SEVILLA.

### Introducción

El tratamiento de la hepatitis crónica B (HCB) con análogos de nucleós/tidos (AN) inhibe la replicación viral para impedir la progresión histológica, evitar la aparición de complicaciones, reducir la necesidad de trasplante hepático y mejorar la supervivencia.

### Objetivo

Valorar respuesta y pronóstico a largo plazo en una cohorte de pacientes con HCB tratados con AN.

### Metodología

Análisis retrospectivo de base de datos de pacientes con HCB tratados con AN antes de 2007. Se determinaron analítica hepática y renal y ADN VHB basal y cada 3-6 meses. Se definió breakthrough virológico (BV), no respuesta y ADN VHB negativo según criterios aceptados (EASL). Se consideró deterioro renal creatinina  $\geq 1,5$  mg/dL o aclaramiento de creatinina  $\leq 50$  ml/m.

### Resultados

52 pacientes (73% varones), con edad media de 46,8 (22-76) años y 79% HBeAg (-) Se realizó biopsia en 32 pacientes: 54% tenían inflamación portal  $\geq 2$  y 37% fibrosis  $\geq 2$ . Presentaban cirrosis 22 pacientes. La media de ALT basal fue 145 UI/L y la media de ADN VHB basal fue



2176411 UI/mL. Se trataron con lamivudina (28), adefovir (17) y combinación de ambos (7). La mediana de seguimiento fue de 82,7 meses (5-123). 26 pacientes desarrollaron BV y 73% de ellos mutaciones. 11 continuaron con el mismo tratamiento y en 41 se cambió (55% por BV, 19% por coste-eficacia, 13% por deterioro renal y 11% por no respuesta). Al final del seguimiento 28 pacientes estaban con tenofovir (14 en monoterapia y 14 en combinación), 12 con adefovir (6 en monoterapia y 6 en combinación), 7 con entecavir, 2 con lamivudina y 3 sin tratamiento. El ADN VHB era negativo en 87% (100% de los que continuaban en tratamiento). 5/11 HBeAg (+) seroconvirtieron. 10% negativizaron HBsAg, todos HBeAg (-) basal (3 desarrollaron antiHBs). Presentaron deterioro renal 29% de los tratados con adefovir. En 15 pacientes a los que se realizó elastografía, se observó mejoría de fibrosis respecto a la biopsia basal (1,27 vs 2,07; p=0,009). De los pacientes con cirrosis, 18% presentaron descompensación, 18% desarrollaron carcinoma hepatocelular y 9% fueron trasplantados. La supervivencia actuarial global fue del 88%. 3 pacientes fallecieron por causa hepática y 3 por tumores no hepáticos.

### Conclusiones

El tratamiento de HCB con análogos de nucleósidos en nuestra cohorte consigue a largo plazo negativizar la carga viral en todos los pacientes, eliminar la infección en 12% de los pacientes HBeAg negativo, mejorar la fibrosis y una supervivencia elevada.

### P58. HEPATITIS COLESTÁSICA DEBIDA A INFECCIÓN DISEMINADA POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS

Romo, G.; Martínez, E.; Viñolo, C.; Estévez, M.; Gallardo, F.; Jordán, T.; Gallego, F.

HOSPITAL DE PONIENTE, U.G. DE APARATO DIGESTIVO.

### Introducción

La Strongyloidiasis es una infección endémica en las regiones tropicales y subtropicales que, de forma excepcional, en su forma diseminada, puede manifestarse como hepatitis colestásica. Presentamos el caso de un varón de 37 años, natural de Gambia, residente en España desde hacía 5 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés que ingresó por cuadro de semiología colestásica indolora de 2 semanas de evolución. Analíticamente, destacaba: GOT: 108 U/L, GPT 87U/L, GGT 160U/L, FA 540U/L, BT 15.2 mg/dl (BD:7mg/dl) así como eosinofilia. Las pruebas de imagen realizadas descartaron una causa extrahepática de colestasis. Asimismo se descartaron mediante anamnesis dirigida y analíticas otras causas de hepatitis colestásica (alcohol, fármacos, virus hepatotropos, etc). Ante estos hallazgos, se realizó biopsia hepática que puso de manifiesto un infiltrado inflamatorio del espacio porta (linfocitos, histiocitos, neutrófilos y eosinófilos) y colestasis canalicular de disposición perivenular lo cual sugería hepatitis tóxica versus proceso

infeccioso sistémico. Teniendo en cuenta el área geográfica de la que procedía el paciente, solicitamos serologías virales específicas encontrando positividad para: Strongyloides stercoralis (S.S), Rickettsia coronii y Squistosoma. Un aspirado duodenal confirmó finalmente la presencia de S.S, por lo que se inició tratamiento cíclico con Ivermectina y Albendazol, resolviéndose el cuadro. Este caso representa una excepcional causa de hepatitis colestásica producida por la invasión de los canalículos biliares intrahepáticos por parte del parásito S.S que, aunque infrecuente, hay que tener presente en zonas de alto flujo inmigratorio.

### P59. EXPERIENCIA INICIAL Y UTILIDAD DE LA ENTEROSCOPIA DE DOBLE BALON EN UN HOSPITAL COMARCAL

Peña Ojeda, J.; Monrobel Lancho, A.; Chicano Gallardo, M.; Pérez de Luque, D.

HOSPITAL DE MONTILLA. EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR.

### Objetivos

Describir la experiencia inicial y la utilidad que tiene la enteroscopia de doble balón (EDB) en un hospital comarcal.

### Material y métodos

Análisis de procedimientos consecutivos realizados entre mayo-2008 y junio-2011 utilizando el enteroscopio de doble balón Fujinon modelo EN-450P5.

### Resultados

14 procedimientos en 12 pacientes, 6 hombres y 6 mujeres con una edad promedio de 51 años (23-77 años). Las indicaciones fueron: \* Anemia ferropénica persistente de origen incierto en 5 casos (45 %). \* Sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que afectaba al intestino delgado en 4 casos (36%). \* Dolor abdominal en 1 caso. \* Déficit persistente de vitamina B12 en 1 caso. \* Hemorragia digestiva baja de causa indeterminada en 1 caso. La EDB se realizó a 9 pacientes por vía anal, a 1 por vía oral y por ambas vías a 2. La vía inicial dependió de la sospecha clínica y/o alteraciones en las pruebas previas. Por vía oral la distancia máxima alcanzada fue de 250 cm. Llegando hasta los primeros tramos del ileon proximal en todos los casos. Por vía anal fue posible sobrepasar la válvula ileocecal en todos los pacientes, en 6 se llegó hasta ileon medio siendo el máximo alcanzado de 150 cm. desde la válvula ileocecal. Se encontraron alteraciones patológicas en 7 pacientes: 4 fueron diagnosticados de enfermedad de Crohn ileal, 1 presentaba una tumoración submucosa en ileon y 2 tenían una estenosis ulcerada en ileon. La EDB no detectó lesiones en los otros 5 pacientes: en 3 existía anemia y 2 de ellos mantenían un consumo crónico de AINES, 1 había iniciado tratamiento por alta sospecha de enfermedad de Crohn considerando que se

encontraba en remisión en el momento de la prueba y en 1 la EDB descartó las lesiones sugeridas en técnicas de imagen previas (gammagrafía). No se produjeron complicaciones en ningún paciente.

### Conclusiones

La EDB es una técnica segura y fiable para explorar el intestino delgado. En pacientes seleccionados presenta gran rendimiento diagnóstico constituyendo la prueba definitiva para confirmar un diagnóstico de sospecha evidenciando lesiones no detectadas previamente o descartando de forma definitiva la existencia de patología sospechada en las pruebas radiológicas.

### P60. TRASPLANTE URGENTE POR FALLO HEPÁTICO FULMINANTE EN LA UNIDAD DE TRASPLANTE HEPÁTICO DEL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

Matas Cobos, A.; González Artacho, C.; Ojeda Hinojosa, M.; Espinosa Aguilar, M.; de Teresa Galván, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, APARATO DIGESTIVO. GRANADA.

### Introducción

El fallo hepático fulminante (FHF) es una entidad poco frecuente, de etiología diversa y con una alta mortalidad que oscila entre el 70 y el 90%. El trasplante es el único tratamiento curativo, pero es una opción terapéutica radical, con un alto riesgo, e implica un tratamiento inmunodepresor permanente.

### Objetivos

Analizar la incidencia de FHF en nuestra unidad desde Abril de 2002 hasta Julio 2011.

### Métodos

Estudio retrospectivo observacional que incluye aquellos pacientes que han presentado fallo hepático fulminante en el periodo de estudio. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS-15.0.

### Resultados

De 227 pacientes trasplantados hepáticos en nuestra unidad; 8 (3,52%) fueron por fallo hepático fulminante (4 hombres y 4 mujeres). La edad media fue de 30 años (mínimo 20 y máximo 49). Las causas de FHF: 1 paciente por ingesta de paracetamol (12,5%), 3 pacientes por toma de éxtasis (37,5%), 1 paciente por infección viral (12,5%) y en 3 pacientes la causa no se determinó (37,55). 3 de los 8 pacientes fallecieron (37,5%). Las causas de exitus fueron: muerte intraoperatoria, estenosis tardía de la arteria hepática y colangiocarcinoma.

### Conclusiones

El trasplante hepático es actualmente el tratamiento de elección de los pacientes con fallo hepático agudo que presentan criterios de mal pronóstico. La causa más frecuente de FHF en nuestra unidad es por toma de éxtasis. La supervivencia de los pacientes trasplantados por FHA es inferior a la del trasplante por enfermedades crónicas debido a la urgencia y al estado clínico del receptor.

### P61. ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)

Navarrete, N.1; Troncoso, S.1; Muñoz, M.1; Sánchez-ángulo, J.2; García, I.1; Fernández, C.1; Blanco, M.1; López-cepero, J.1

1HOSPITAL GENERAL DE JEREZ DE LA FRONTERA, UGC DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS; 2HOSPITAL GENERAL DE JEREZ DE LA FRONTERA, UGC DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS.

### Introducción

Las vías clínicas (VC) son planes asistenciales multidisciplinares y secuenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología y que presentan un curso clínico predecible. Nuestra unidad elaboró e implantó la VC para el manejo de la HDA.

### Métodos

Para ello se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar y se realizó una búsqueda bibliográfica en la que apoyar la elaboración de la VC, adaptándola posteriormente a nuestro entorno de trabajo. Se consensuaron también unos indicadores de evaluación. Tras meses de implantación, se analizaron los datos retrospectivamente mediante la revisión de las historias clínicas.

### Resultados

Desde abril/2010 hasta enero/2011, la UGC de Enfermedades Digestivas ha atendido un total de 57 pacientes con HDA sin Hipertensión Portal, 9 de los cuales recibieron alta precoz y realizándose endoscopia oral en las primeras 24 horas a 56 pacientes. Fueron atendidos 22 casos de HDA secundarios a Hipertensión Portal, siendo todos ingresados. Se les realizó endoscopia oral en las primeras 12 horas a 19 y recibieron antibióticos profilácticos desde su confirmación diagnóstica 20 de ellos. En conjunto durante 2009 tuvimos una ganancia potencial en los pacientes con HDA de 74 días mientras en 2010 un ahorro de 7 estancias; en conjunto una variación positiva de 81 estancias.

### Conclusiones

La HDA es una patología que se beneficia de las

VC porque permiten adecuar los recursos a las necesidades, evitar la variabilidad y trabajar apoyados en la evidencia científica.

## **P62. ¿SON MÁS GRAVES LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL A EDADES TARDÍAS?**

García Caparros, C.; Ruiz Cuesta, P.; García Sánchez, V.; Iglesias Flores, E.; Jurado García, J.; Marín Pedrosa, S.; Gómez Camacho, F.

HOSPITAL REINA SOFÍA, APARATO DIGESTIVO. CÓRDOBA.

### **Introducción**

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) puede incidir en pacientes entre los 60 y 80 años. Este grupo de población tiene características especiales que lo pueden hacer más susceptible al desarrollo de complicaciones relacionadas con la enfermedad y sus tratamientos. Actualmente, existen pocos datos que nos permitan conocer la gravedad de la enfermedad en esta población.

### **Objetivo**

Determinar la gravedad de la EII en pacientes diagnosticados a edades tardías.

### **Materiales y métodos**

Estudio retrospectivo, observacional, casos-contrroles. Se identificaron a todos los pacientes con EII diagnosticados a edad  $\geq 60$  años (casos) y entre 20-40 años (contrroles) mediante la base ENEIDA. Por cada caso se tomaron aleatoriamente dos contrroles. Se definió como enfermedad grave o complicada aquellos pacientes que presentaban en los tres primeros años tras el diagnóstico: enfermedad fistulizante o estenosante en el caso de EC, complicaciones como abscesos abdominales, megacolon tóxico, hemorragia grave o perforación, necesidad de inmunomoduladores o biológicos, y mortalidad

### **Resultados**

Se incluyeron 220 pacientes: 72 casos (77,8% CU y 22,2% EC, con edad media de 74 años $\pm$ 6,1, rango 62-91) y 148 contrroles (54,7% CU y 45,3% EC, con edad media de 31,8 años $\pm$ 5 rango 22-40). Del total de pacientes, 153 tenían una enfermedad no complicada (59 casos y 94 contrroles) y 67 pacientes tenían una enfermedad complicada (13 casos y 54 contrroles). Los contrroles presentaron una enfermedad complicada con un nivel de significación de  $p=0,005$ , sobre todo por la presencia de EC fistulizante ( $p=0,024$ ) y por la necesidad de inmunomoduladores o biológicos ( $p=0,0103$ ). Del grupo de casos con enfermedad complicada, lo más frecuente fue la presencia de hemorragia grave ( $p=0,023$ ).

### **Conclusiones**

Los pacientes diagnosticados de EII a edades tardías no presentan una enfermedad más grave que los jóvenes durante los primeros años tras el diagnóstico aunque sí presentan más complicaciones relacionadas con el sangrado.

## **P63. ORGANIZACIÓN Y RESULTADOS DE LA CONSULTA DE DISPEPSIA EN ACTO ÚNICO**

Grilo Bensusan, I.; Gomez Delgado, E.; Ruz Segura, I.

HAR. ÉCIJA. APES. BAJO GUADALQUIVIR, APARATO DIGESTIVO.

### **Objetivos**

Presentar un modelo de organización de la consulta de dispepsia en acto único (AU). Analizar la adecuación de la derivación, la utilización de los recursos y la utilidad de la formación para mejorar la derivación.

### **Métodos**

Estudio prospectivo descriptivo de los pacientes derivados a la consulta de AU de dispepsia entre enero y julio de 2011. Realización de una sesión de formación en cada centro de salud entre febrero y marzo.

### **Resultados**

Se ofertaron en Diraya 5 citas de consulta semanales y existían 3 citas ese día para endoscopia en AU. Se atendieron a 117/135 (87,3%) pacientes. De las 71 citas de endoscopia se ocuparon 41 (57 %). La derivación fue correcta en 41/117 (35 %) pacientes sin diferencias entre los centros de salud ( $p = 0,9$ ). Existieron diferencias entre los meses previos y posteriores a la formación (14,3 vs 41,6 %) ( $p = 0,008$ ). Del total de pacientes derivados 65 (55 %) tenían dispepsia, con edad mediana de 41 años (27-55,5) y predominio de mujeres 43 (66,2%). La principal causa de derivación incorrecta entre los dispépticos fue la ausencia de criterios de endoscopia 15 (65,2 %). En 8 pacientes no se pudo realizar la endoscopia por falta de ayunas. El diagnóstico más frecuente fue la dispepsia funcional 33 (50,8 %).

### **Conclusiones**

El modelo de consulta de dispepsia en AU en nuestro medio obtuvo una derivación adecuada baja, fundamentalmente debido a la citación de pacientes sin dispepsia. La formación puede mejorar dicha derivación, aunque se podrían plantear otros modelos de organización.

**P64. PANCREATITIS DEL SURCO: SERIE DE 11 CASOS**

Rincón Gatica, A.; Marquez Galisteo, C.; de La Cruz Martínez, M.; Leo Carnerero, E.; Sousa Martín, J.; Trigo Salado, C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS

**Objetivo**

Analizar las características de los casos de pancreatitis del surco de nuestra Unidad. Se trata de un tipo especial de pancreatitis crónica caracterizada por un proceso inflamatorio focal a nivel del área del surco pancreatoduodenal afectando secundariamente al duodeno.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo y retrospectivo de 11 casos de pancreatitis del surco diagnosticados en nuestra Unidad.

**Resultados**

Analizamos una serie de 11 casos, 10 hombres (90.9%) y 1 mujer con una edad media de 49 años (rango de 37-78 años). La etiología fue el alcohol en todos los hombres e idiopática en la mujer. Las determinaciones de amilasa al ingreso estaban comprendidas entre 86 y 1727 mU/ml. El diagnóstico radiológico se hizo en base a TAC de abdomen con contraste en 5 de los casos (45%) y por RNM de abdomen en los 6 restantes (55%). Se constató estenosis duodenal en 6 de los casos y 4 de ellos (36%) requirieron cirugía (duodenopancreatectomía cefálica) correlacionándose los hallazgos de las técnicas de imagen con el estudio de anatomopatológico de las piezas quirúrgicas.

**Conclusiones**

La pancreatitis del surco es una entidad poco conocida aunque existen descripciones desde los años 70. Se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las masas en las tumoraciones de la cabeza de páncreas y en la estenosis duodenal. El tratamiento inicial debe ser conservador reservando la cirugía (duodenopancreatectomía cefálica) cuando la sintomatología persiste a pesar del mismo o aparecen complicaciones como la obstrucción duodenal o de la vía biliar.

**P65. EFICACIA DE LA DILATACIÓN ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON EICI Y ESTENOSIS INTESTINAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO**

Ojeda Hinojosa, M.; Martos-ruiz, V.; Matas Cobos, A.; González Artacho, C.; de Teresa Galvan, J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, SERVICIO APARATO DIGESTIVO

**Objetivos**

Evaluar la eficacia y las complicaciones de la dilatación endoscópica de estenosis intestinales sintomáticas en pacientes con EII.

**Material, métodos y resultados**

Hasta 2011 hemos realizado en nuestro servicio catorce dilataciones endoscópicas en pacientes con EII. Se analizaron: el tipo de EII (enfermedad de Crohn = 85.5%, colitis ulcerosa = 14.8%), el tiempo medio desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la dilatación (10.5 años), la localización (destaca la anastomosis quirúrgica, suponiendo un 56.2% de las indicaciones), tipo de dilatador (dilatador rígido + dilatador neumático = 14.8%, dilatador neumático = 85.8%), complicaciones (perforación = 7.1%, hemorragia = 7.1%, fallo de la técnica = 14.2%), tiempo medio hasta recaída (9.5 meses), número medio de dilataciones por paciente (1.78), y tratamiento que seguían en el momento de la dilatación (mesalazina = 78.5%; azatioprina = 64.2%; mercaptopurina = 7.1%; infliximab = 7.1%; adalimumab = 7.1%). El seguimiento medio fue de 39 meses.

**Conclusiones**

- Alto porcentaje de recaídas tras el procedimiento (57.1%), la mayoría de los cuales (75%) se sometieron posteriormente a cirugía. Ésta cifra es superior a lo previamente publicado en la literatura, hecho que podría estar relacionado con los malos resultados de la técnica en estos pacientes.

- Consideramos, no obstante, constituye una alternativa válida en determinados casos, como en pacientes de alto riesgo quirúrgico o sometidos a varias intervenciones intestinales.

