

XLIII REUNIÓN SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA. SEVILLA 2012.

COMUNICACIONES ORALES Mesa Comunicaciones I

1. PERFIL SINTOMÁTICO DEL PACIENTE DISPÉPTICO Y SÍNTOMAS PREDICTORES DE ORGANICIDAD

I. Grilo-Bensusan, E. Gómez-Delgado, I. Ruz-Segura, R. Navarro-López

HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCIJA.
APES BAJO GUALDAQUIVIR.

Objetivos

Describir el perfil sintomático de los pacientes con dispepsia derivados a la consulta de acto único y valorar su asociación con la dispepsia orgánica vs funcional.

Métodos

Estudio prospectivo desde enero de 2011 a julio de 2012. Se realizó una anamnesis sistematizada a todos los pacientes derivados. Entre los pacientes con dispepsia investigada se analizaron factores asociados con la dispepsia funcional vs dispepsia orgánica.

Resultados

Se valoraron 144 pacientes; 94 (65,3%) mujeres y 50 (34,7%) hombres. La mediana de edad fue 42,5 años (31-59,75). Se realizaron 75 (52,1%) endoscopias y 44 (30,6%) ecografías. El porcentaje de pacientes con los siguientes síntomas fue: Dolor epigástrico (81,9%), náuseas o vómitos

(37,5%), sensación de digestión pesada (57,6%), plenitud precoz (37,5%), distensión abdominal (53,5%), mejoría con IBP (57,6%), síntomas de alarma 51 (35,4%), toma de AAS o AINEs 26,4%, relación con la ingesta (54,2%), antecedente de úlcera péptica (7,6%), pirosis (52,1%), regurgitación (39,6%), disfagia (6,9%), odinofagia (4,2%). En el estudio univariante la sensación de digestión pesada, la plenitud precoz y la distensión abdominal (se asociaron significativamente con la dispepsia funcional. En el estudio multivariante, la sensación de digestión pesada continuó siendo estadísticamente significativa (OR 2,923; IC 95% 1,184-7,219; p = 0,02).

Conclusiones

El síntoma predominante en los pacientes con dispepsia es el dolor epigástrico.

La sensación de digestión pesada es el síntoma que se asocia significativamente a la dispepsia funcional, así como la plenitud precoz y la distensión abdominal.

2. ¿PUEDE USARSE LA GAMMA-GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA (GGT) EN LUGAR DE LA FOSFATASA ALCALINA (FA) PARA CALCULAR EL PATRÓN DE DAÑO HEPÁTICO INDUCIDO POR FÁRMACOS (DILI)?

M. Robles-Díaz, M. García-Cortés 1, A. Fernández-Castañer 1, I. Moreno 1, I. Medina-Cáliz 2, E. Ulzurrun 2, C. Stephens 2, M.I. Lucena 2, R.J. Andrade 1

1 UNIDAD DE HEPATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA Y DEPARTAMENTO DE MEDICINA FACULTAD DE MEDICINA DE MÁLAGA. CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE LAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD). BARCELONA. 2 SERVICIO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA Y DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA FACULTAD DE MEDICINA DE MÁLAGA. CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE LAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD). BARCELONA.

Objetivos

El patrón de daño hepático en sospecha de DILI es imprescindible para aplicar la escala de causalidad de CIOMS y tiene valor pronóstico. Para calcularla se usa alanina aminotransferasa (ALT) y FA al inicio de la enfermedad y la relación (R) entre ambas según la fórmula $[R=(ALT/LSN)/(FA/LSN)]$. Dado que la GGT se usa como un marcador subrogado de colestásis, nuestro objetivo fue analizar la validez de la GGT para calcular la R en DILI.

Métodos

Se analizaron 564 pacientes con DILI idiosincrático incluidos en el Registro Español de Hepatotoxicidad. Se evaluó la influencia de edad, sexo, IMC, diabetes, hiperlipemia, consumo de alcohol y fármaco imputado.

Resultados

Observamos una pobre correlación lineal entre $(ALT/LSN)/(FA/LSN)$ y $(ALT/LSN)/(GGT/LSN)$ ($r=0.517$). Mediante regresión lineal calculamos dos puntos de corte para determinar el patrón de daño hepático con la nueva R: 2.76 y 3.8 (en lugar de 2 y 5 usados con la ratio tradicional). La coincidencia global entre R fue 59.4%. La especificidad fue 93.6% para daño hepatocelular, 39.4% para colestásico y 7% para mixto ($p=0.0001$). De los cofactores analizados sólo los fármacos influenciaron la validez de la nueva R. Sólo con flutamida, hierbas y quinolonas se observó un alto grado de acuerdo entre ratios (73.7%, 88.9% y 73.2% respectivamente) ($p<0,001$).

Conclusiones

La GGT no puede ser recomendada como un marcador subrogado de la FA para determinar el patrón de daño en DILI excepto cuando el patrón resultante es hepatocelular.

3. DISPEPSIA DE ACTO ÚNICO: ¿UNA UTOPIA?

I. Grilo-Bensusan, E. Gómez-Delgado, I. Ruz-Segura, R. Navarro-López

HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCIJA.
APES BAJO GUALDAQUIVIR.

Objetivos

Analizar la adecuación de la derivación a la consulta de acto único de dispepsia-ERGE y valorar el impacto de diferentes medidas en dicha derivación.

Métodos

Estudio prospectivo desde enero de 2011 a julio de 2012. Se valoró la adecuación de la derivación según las indicaciones que ofrece el proceso dispepsia de la Junta de Andalucía y la guía clínica de la AEG. Se valoró el papel de la formación en los centros de salud (marzo 2011) y la selección previa de los pacientes según la información ofrecida por los MAP (enero 2012).

Resultados

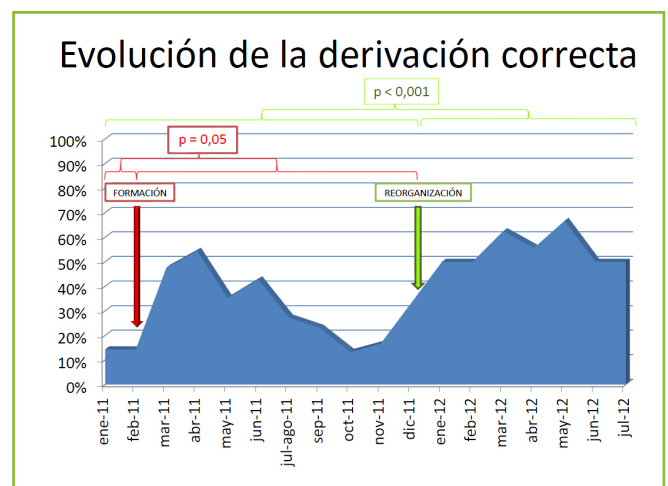
Se citaron 270 pacientes de los cuales fueron atendidos 239 (88,5%). La derivación fue correcta en 87 (36,4%) pacientes. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres centros de salud ($p=0,92$). Las causas de derivación incorrecta fueron: derivación de pacientes sin dispepsia -ERGE (83; 54,6%), falta de ayunas (20; 13,2 %), dispepsia investigada (19; 12,5%) y ausencia de criterios de endoscopia (30; 19,7%).

La formación en los centros de salud supuso una mejora de la tasa de derivación correcta (4/28 (14,3%) vs 49/150 (32,7%), $p =0,05$). El cambio de organización de la consulta con la selección de pacientes previa a la citación mejoró significativamente la tasa de derivación correcta (53/178 (29,8%) vs 34/61 (55,7%), $p < 0,001$).

Conclusiones

La tasa de derivación correcta a la consulta de acto único de dispepsia-ERGE fue baja en nuestro medio.

La formación en los centros de salud y la selección previa de los pacientes mejora la derivación correcta.



4. INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA POR HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: METAANÁLISIS.

J. Ampuero, R. Gallego, M. Romero-Gómez

UNIDAD DE GESTIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y CIBEREHD. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

Objetivos

Evaluar la influencia de la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) en el incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV).

Métodos

Se revisó sistemáticamente la literatura publicada hasta diciembre de 2011. Se seleccionaron 21 publicaciones que cumplieran criterios: evaluación diagnóstica de EHGNA (ecografía, ALT, biopsia, TAC) y datos de presencia de ECV (aumento del grosor de la íntima-media, lesiones coronarias, cardiopatía isquémica o marcadores no invasivos (proteína C reactiva-PCR)). 45.227 pacientes fueron incluidos. Se realizó el estudio estadístico considerando: i) un resumen de los datos de cada estudio individual; ii) investigación de la homogeneidad de los estudios gráfica y estadísticamente; iii) cálculo de los índices agrupados; y iv) exploración de la heterogeneidad.

Resultados

EHGNA fue evaluada mediante ecografía abdominal (16/21), por biopsia hepática (2/21), por elevación de ALT (2/21) y por TAC (1/21). El diagnóstico de ECV se realizó mediante la medición del grosor de la íntima-media de la arteria carótida (7/21), la presencia de eventos (infarto de miocardio mortal y no mortal) (7/21), lesiones en coronariografía (4/21), el TAC coronario (2/21) y la medición de PCR (1/21). El análisis de datos conjuntos demostró que en la cohorte de pacientes con EHGNA el 24% (2.635/8.392) presentó ECV, mientras que se detectó en el 9% de los pacientes sin EHGNA (3.056/31.144); (OR: 2.25, 95%CI: 1.69-3.00).

Conclusiones

La enfermedad por hígado graso no alcohólico incrementa más del doble el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular.

5. RECIDIVA TRAS EL CAMBIO DE LA DOBLE TERAPIA A LA MONOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

J. Ampuero, M. Castro-Fernández, M. Rojas, M. Millán, M. Romero-Gómez

UNIDAD DE GESTIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y CIBEREHD. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

Objetivos

Analizar la recidiva a los seis meses y al año, en la enfermedad de Crohn (EC), tras el cambio de la doble terapia (inmunosupresores y biológicos) a la monoterapia (suspensión de uno de los dos fármacos).

Métodos

Se incluyeron 270 pacientes con EC. Se seleccionaron aquellos pacientes con terapia concomitante de biológicos e inmunosupresores durante, al menos, seis meses y se documentó la recidiva a los seis meses y al año tras la suspensión de la doble terapia. Se evaluó la recidiva de la enfermedad como la necesidad de hospitalización por cualquier complicación relacionada con la enfermedad. En todos los casos, la suspensión de la doble terapia fue debida a remisión de la enfermedad (fueron excluidos cuando hubo falta de respuesta, efectos secundarios o inducción).

Resultados

55 pacientes cumplieron criterios de inclusión. En 27.3% (15/55) pacientes se suspendieron los inmunosupresores y en 72.7% (40/55) los biológicos. Pacientes con recidiva a los seis meses: 21.8% (12/55). Por grupos, en los pacientes con suspensión de inmunosupresores hubo 26.7% (4/15) recidivas, mientras en los que se suspendieron los biológicos hubo 20% (8/40) ($p > 0.05$). Pacientes con recidiva al año: 32.7% (18/55). Por grupos, en los pacientes con suspensión de biológicos hubo 26.7% (4/15) recidivas, mientras en los que se suspendieron los inmunosupresores hubo 35% (14/40) ($p > 0.05$).

Conclusiones

En pacientes con enfermedad de Crohn se muestran igualmente efectivas las opciones de suspensión de los fármacos biológicos o inmunosupresores, en cuanto a las recidivas durante el primer año.

6. ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL: VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO MEDIANTE MEDIDAS FISIOTERAPÉUTICAS EN LA POBLACIÓN ANCIANA

F. Padilla-Ávila 1, M. Campos-Hervás 2, A.N. Muelas-Hervás 3, F. Morales-Álcazar 4, R.M. Galvez-Fernandez 5, E. Baeyens-Cabrera 4

1 HOSPITAL TORRECÁRDENAS (ALMERÍA). 2 FUNDACIÓN GERON. RESIDENCIA DE MAYORES "MERCEDES FERNÁNDEZ OLIVARES". VILCHES. JAÉN. 3 CLÍNICA VIRGEN DE LAS NIEVES. LINARES. JAÉN. 4 COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

Introducción

Estreñimiento en la población anciana es debido a: fenómenos de neurodegeneración entérica y otros factores como inmovilidad física, dieta inapropiada y fármacos con acción anticolinérgica (sobre todo analgésicos).

Objetivos

- Determinar la prevalencia del estreñimiento en la población anciana.
- Valorar la mejora mediante el empleo de medidas fisioterapéuticas.

Métodos

Estudio descriptivo prospectivo de Enero- Diciembre de 2011.

Para su clasificación utilizamos criterios diagnósticos (Roma III) del estreñimiento crónico y la escala de heces de Bristol (figura 1); se obtienen 32 pacientes.

Se han recogido; AP, fármacos; y descartado enfermedad orgánica (colonoscopia, enema opaco y/o TAC abdominal).

Las medidas fisioterapéuticas empleadas han sido: masoterapia abdominal, gimnasia abomino-pelviana y cinesiterapia activa de MMII.

Resultados

32 pacientes (10 hombres/22 mujeres). Edad media 81,78 años. El 59,37% de los pacientes presentaba estreñimiento y el 23,13% de más de 5 años de evolución.

El 62,5% tomaba laxantes osmóticos (lactulosa) y el 80,35% realizaba dieta rica en fibra. En el 18,75% necesitaban administración de microenemas de glicerina.

Tras la realización de fisioterapia el 43,75% aumentó la frecuencia de las deposiciones y 38,43% disminuyó la toma de laxantes.

Conclusiones

El estreñimiento crónico concierne al 30% de la población; elevándose hasta el 50% en mayores de 65 años.

La utilización de medidas fisioterapéuticas mejoran el estreñimiento disminuyendo el tiempo de tránsito, número de deposiciones y disminución del esfuerzo defecatorio.



7. ¿RESULTA ÚTIL LA MEDICIÓN DE METANO (CH₄) EN LAS PRUEBAS DE ALIENTO?

M. Lozano 1, M.C. López-Vega 1, P. Rosón 1, J.M. Navarro 2, E. Toscano 1, J. Cotta 1, F. Martín 1, A. Pérez-Aisa 2

1 HOSPITAL QUIRÓN. MÁLAGA. 2 HOSPITAL COSTA DEL SOL. MÁLAGA.

Introducción

La determinación de H₂ es útil en los test de aliento para el diagnóstico de malabsorción de carbohidratos y sobrecrecimiento bacteriano (SIBO), pero un 30% de la población solo produce CH₄.

Objetivos

Determinar el número de productores de metano. Cuantificar los diagnósticos de malabsorción de azúcares y SIBO midiendo CH₄.

Métodos

Estudio retrospectivo analizando los test de malabsorción de lactosa (MAL), fructosa (MAF) y SIBO.

Siguiendo el protocolo estandarizado, se determinaron en aliento los niveles de H₂ y CH₄ basales y cada media hora durante tres horas utilizando un cromatógrafo de gas (MYCROLIZER®, ISO-MED). Se consideró un aumento de > 20 (H₂) ó 12 (CH₄) ppm diagnóstico de MAL y de >15 (H₂) ó 10 (CH₄) ppm de MAF y SIBO. Se consideran productores de CH₄ niveles basales mayores a 4 ppm.

Resultados

Se realizaron 64 pruebas (31 lactosa, 15 fructosa y 18 SIBO), a 63 pacientes (37 mujeres/27 hombres).

Un 40.6% (26) de los pacientes producen metano.

Un 29% (9%) de MAL resultaron positivos en H2 y un 13% (4) en CH4. Un 3% (2) de MAF fueron positivos a H2 y un 27% (4) a metano. Un 5% (1) test de SIBO positivo para H2 y 3 (17%) para CH4. La medición de CH4 modifico el diagnóstico en el 11 (18%) pruebas.

Conclusiones

Un 40.6% (26) de los pacientes producen metano.

La medición de CH4 aporta un mayor rendimiento diagnóstico a la medición exclusiva de H2, sobretodo en el caso de MAF y SIBO.

8. TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES BILIARES TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO MEDIANTE LA COLOCACIÓN TEMPORAL DE STENTS METÁLICOS AUTOEXPANDIBLES CUBIERTOS

A. Alcalde, S. Sobrino, I. Gutiérrez, T. López, J.M. Bozada, J.L. Márquez

SERVICIO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Objetivos

Evaluar el éxito clínico y seguridad de la prótesis metálicas autoexpandibles totalmente cubiertas (FCSEMS) con largo periodo de seguimiento, en pacientes con complicaciones biliares tras el trasplante hepático (TH).

Métodos

Serie retrospectiva de 12 pacientes, entre 2008 y 2012, con TH y posterior complicación biliar (estenosis y/o fuga biliar). En 4 pacientes se colocó la FCSEMS como primera opción terapéutica. En los 8 restantes, se colocó tras fracasar la terapia endoscópica convencional (stent plástico biliar asociado o no a esfinterotomía endoscópica).

Resultados

7 hombre y 5 mujeres. Edad media al TH 51.8 ±7.1 años. Predominio de etiología alcohólica (n=7).Tiempo desde el TH hasta diagnóstico de complicaciones biliares de 30.5 meses. Complicación biliar: Estenosis aislada (n=8), estenosis asociada a fuga (n=3) y fuga biliar (n=1).

Tiempo medio de permanencia de la FCSEMS de 6.37 meses.

Resolución de la complicación biliar mediante la colocación de la FCSEMS en 8 de los 11 pacientes (72.7%), sin recurrencia durante el seguimiento posterior que fue de 23.6 meses (6-44).

No existen diferencias significativas entre los dos grupos de tratamiento, aunque hay una menor tasa de éxito (75% vs 66.6%) y mas migración (25% vs 66.6%) en el grupo que se coloca la FCSEMS como primera línea

No éxitos ni complicaciones graves asociadas. 4 casos de migración del stent sin complicaciones asociadas.

Conclusiones

Los pacientes con complicaciones biliares post-TH no respondedores a la terapia endoscópica convencional, la colocación temporal de FCSEMS es una alternativa eficaz y a largo plazo de la cirugía.

9. TRATAMIENTO DE RESCATE CON CUÁDRUPLE TERAPIA CON BISMUTO TRAS EL FRACASO DE 2 PAUTAS TERAPÉUTICAS EN LA ERRADICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

M. González 1, MC. López 1, MA. Romero 1, F. Fernández 1, R. Rivera 1, J. Gisbert 2, J.M. Navarro 1, F. Rivas 3, A. Pérez 1

1 UNIDAD DE DIGESTIVO. AGENCIA SANITARIA HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA. 2 UNIDAD DE DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA E INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA PRINCESA. MADRID. 3 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. MARBELLA.

Objetivos

Evaluar la eficacia del tratamiento de tercera línea con cuádruple terapia con bismuto tras el fracaso de dos terapias erradicadoras consecutivas con claritromicina (OCA) y con levofloxacino (OLA).

Métodos

Análisis descriptivo de pacientes con fracaso de dos terapias erradicadoras de infección por H. Pylori, la primera con IBP, claritromicina y amoxicilina, y la segunda con IBP, amoxicilina y levofloxacino, y tratamiento posterior con una cuádruple terapia (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) pauta durante 7-14 días. Para el análisis se consideraron edad, enfermedad de base, duración del tratamiento, tasa de erradicación y efectos adversos como variables.

Resultados

66 pacientes (66,7% mujeres; 33,3% hombres) fueron incluidos (22,7% fumadores, 81,8% con dispepsia o gastritis y 26,7% de úlcera gástrica o duodenal). La duración del tratamiento fue de 7 días (15,2%), 10 días (53%) o 14

días (31,8%) Se observó una tasa de erradicación en 41/66 pacientes (62,1%) tras el tratamiento con la cuádruple terapia con bismuto. 5/66 pacientes (7,57%) presentaron efectos adversos, siendo los más frecuentes sabor metálico (4/66), náuseas (3/66) y dolor abdominal (3/66).

Conclusiones

La cuádruple terapia con bismuto es una alternativa erradicadora aceptable y segura para la erradicación de la infección por H. Pylori tras el fracaso de dos terapias estándar con claritromicina y con levofloxacino.