

POSTERS

P1. ACTUALIZACIÓN EN CEP ASOCIADA A EII. REVISIÓN CASUÍSTICA HUVN (GRANADA).

P. De la Torre-Rubio, C. González-Artacho, M. Martos-Ruiz, M.C. García-Marín, M. Gómez-García, M.J. Cabello-Tapia, J. De Teresa-Galván

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

La CEP es una enfermedad progresiva y crónica, el 80% de los pacientes tienen asociada una EII (hasta el 90% CU). Hasta el momento ningún tratamiento médico modifica el curso de la enfermedad.

Objetivos

Revisión casos de EII en seguimiento en nuestras Consultas que asocian CEP.

Métodos

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Se recogieron variables demográficas, parámetros analíticos, clínicos, tratamiento que recibieron y evolución posterior.

Resultados

De un total de 5 pacientes con EII asociada a CEP, 4 eran pancolitis ulcerosa y 1 caso E. Crohn. La edad media al diagnóstico de la EII fue 28 años. De media pasaron 9 años y 3 meses hasta el diagnóstico de la CEP. El 100% se diagnosticaron de CEP a raíz de alteraciones en la bioquímica hepática, 3 se diagnosticaron por Colangiograma-RMN, y sólo uno por CPRE. Estaban en tratamiento con Azatioprina y mesalazina y sólo uno de ellos con infliximab. Como tratamiento específico para la CEP, todos estaban en tratamiento con Ácido ursodesoxicólico. Sólo uno fue candidato a trasplante hepático. Dos pacientes desarrollaron un ADENOCARCINOMA DE COLON, uno de ellos se intervino, con buena evolución actual. Tres de ellos se siguen en Consultas externas estando controlados desde el punto de vista Digestivo. Los otros 2 fueron exitus por otras patologías.

Conclusiones

CEP y EII suelen evolucionar de forma independiente. El trasplante hepático es el único tratamiento que se ha demostrado que mejore el pronóstico de la enfermedad. Hay mayor incidencia de CCR en pacientes con CEP y EII.

P2. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA RETIRADA DE INFLIXIMAB EN NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

C. Alegría-Motte, V. Martos-Ruiz, E. López-González, M. Gómez-García, J. de Teresa-Galván

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

Se ha demostrado utilidad del Infliximab (IFX) en la inducción y mantenimiento de la remisión en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) con actividad moderada/severa. Su utilidad en colitis ulcerosa (CU) es menor, aunque cada vez más estudios avalan su uso para el mantenimiento de la remisión.

Objetivos

Analizar el motivo y situación clínica actual de nuestros pacientes con EII en los que se retiró Infliximab.

Métodos

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo que incluye pacientes con EII en los que se retiró IFX. Efectos adversos, motivo de retirada y situación actual.

Resultados

994 pacientes diagnosticados de EII, 110 recibieron tratamiento con IFX. De estos, 75 con EC y 35 de CU.

Se retiró IFX en 50 (46%) pacientes, de estos 80% (40) con EC y 20% (10) con CU.

Motivos de retirada de IFX en EC: 17.5% (7) alergia, 20% (8) efectos adversos, 17.5% (7) por intervención quirúrgica, 15% (6) falta de respuesta, 17.5% (7) remisión de la enfermedad, 5% (2) pérdida de eficacia y 7.5% (3) otros. Efectos adversos encontrados: 2 presentaron cefalea, 1 neumonía, 1 herpes zoster, 1 linfoma, 1 viriasis, 1 patología psiquiátrica, 1 gastroenteritis.

Motivos de retirada del IFX en CU: 10% (1) alergia, 20% (2) efectos adversos, 10% (1) mala respuesta, 60% (6)

remisión de la enfermedad, 10% (1) otros. Dos pacientes presentaron disnea a la hora de la infusión de IFX.

Conclusiones

- El motivo más frecuente de retirada de IFX en nuestros pacientes fue la remisión, tanto en EC como en CU.
- El efecto adverso más frecuente, por el que suspendimos INX fue las infecciones.

P3. ANÁLISIS IN VITRO DE LAS ALTERACIONES METABÓLICAS PROMOVIDAS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN FUNCIÓN DEL GENOTIPO

J.A. Del Campo, Á. Rojas, M. García-Valdecasas, M. Romero-Gómez

U.C. M.Q. DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS Y CIBEREHD. SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. SEVILLA.

Introducción

El virus de la Hepatitis C, promueve al desarrollo de resistencia a la insulina y esteatosis, pero se desconocen muchos aspectos sobre los mecanismos moleculares subyacentes.

Objetivo

Analizar cómo el VHC modula la expresión génica de la vía de señalización de la insulina y el metabolismo de lípidos "in vitro", empleando suero de pacientes infectados con genotipo 1 y 3.

Métodos

Células Huh 7.5 se cultivaron en medio DMEM. A las 24 horas se añadió 2,5µl de suero de pacientes. A las 96 horas, se extrajo el ARN total y la expresión de los genes se determinó por RT-PCR.

Resultados

La expresión de los genes de la vía de señalización de la insulina se incrementó de la siguiente manera: TCTP (G1: 1,59±0,35, G3: 1,58±0,21, JFH1: 1,81±0,01), PTEN1(G1: 1,57±0,45, G3:1,59±0,07), PTEN4 (G1=1,53±0,35, G3=1,63±0,09), PTP1B (G1: 2,23±0,22) y PTP2 (G1=1,68±0,13, G3=1,71±0,43). Los genes IRS1 (G3: 1,66±0,06) y MAP3K (G3: 1,64±0,31) aumentaron en genotipo 3, mientras que PTP1B (G1: 2,23±0,22) se sobre-expresaba en genotipo 1. Los genes PI3K, AKT y MTOR no cambian.

Conclusión

Los genotipos del VHC 1 y 3 modifican la expresión de los genes de la vía de señalización de la insulina, pudiendo resultar posibles dianas terapéuticas. Los efectos en el metabolismo lipídico son mayores con la infección por genotipo 3.

P4. ANTICUERPOS ANTI-LDL OXIDADA: RELACIÓN ENTRE LA EHGNA Y RIESGO CARDIOVASCULAR

I. Ranchal 1, Gallego-Durán R. 1, Ampuero-Herrojo J. 1, M.J. Pareja 1, R. Aparcero 1, R. Andrade 2, C. García-Monzón 3, M. Romero-Gómez 1

1 UG MQ ENF. DIGESTIVAS, HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, UNIVERSIDAD DE SEVILLA, CIBEREHD, SEVILLA, ESPAÑA. 2 SECCIÓN DE HEPATOLOGÍA, HOSPITAL CLÍNICO VIRGEN DE LA VICTORIA, CIBEREHD, MÁLAGA, ESPAÑA. 3 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN HEPÁTICA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA PRINCESA, HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA, CIBEREHD, MADRID, ESPAÑA.

Introducción

La prevalencia de la enfermedad hepática por depósito de grasa no alcohólica (EHGNA) está aumentando debido a su relación con el síndrome metabólico, observándose recientemente una relación entre EHGNA y la enfermedad cardiovascular (ECV).

Objetivo

Evaluar la relación entre los anticuerpos anti-LDLox y la ECV en pacientes con EHGNA.

Material y métodos

Se incluyeron 73 pacientes diagnosticados por EHGNA mediante biopsia hepática, estableciéndose distintos parámetros (esteatosis macrovesicular, inflamación lobulillar y portal, balonización, fibrosis perisinusoidal, y estadije fibrosis según Kleiner y NASH score). Se recogieron muestras de sangre y suero, se analizaron parámetros bioquímicos clínicos y anticuerpos circulantes anti-LDL oxidado mediante ELISA.

Resultados

Los pacientes fueron clasificados de acuerdo con EHGNA (≥ 4 (n = 37) y <4 (n = 21)) y balonización (ninguna = 48; alguna = 11). Los anticuerpos anti-LDLox se correlacionaron con NASH score (r = 0,342, p = 0,027) y la balonización hepática (r = 0,410, p = 0,006). Se observaron elevados niveles de anticuerpos anti-LDLox en pacientes con elevado NASH score (2281,15 EU / mL) frente a aquellos

pacientes con un bajo NASH score (1576,94 EU / ml) (p 0,038). Los pacientes con balonización mostraron mayores niveles de anticuerpos LDLox (2720,13 EU / ml) frente a pacientes sin balonización (1853,93 UE / ml) (p 0,045).

Conclusiones

Los anticuerpos anti-LDLox se asocian con factores de riesgo cardiovascular en base a su NASH score y balonización hepática en pacientes EHGNA diagnosticados según biopsia hepática.

P5. BAJA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DEL ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO LEVEMENTE ELEVADO

A. Cerezo 1, F. Rosa 2, M.D. Ortega 3, D.J. Pérez 1, M.J. de la Torre 3, F.A. López 3

1 APARATO DIGESTIVO, 2 MEDICINA INTERNA, 3 TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO. AGENCIA SANITARIA ALTO GUADALQUIVIR.

Objetivo

Analizar la precisión diagnóstica del Antígeno Carcinoembrionario (AC) levemente elevado en la consulta de Digestivo.

Pacientes y método

Estudio retrospectivo en el que se han incluido a todos los pacientes derivados a la consulta de Digestivo tras la detección de elevación leve del AC en el proceso diagnóstico de neoplasias ocultas, desde Enero de 2010 a Junio de 2012.

Resultados

31 pacientes (15 mujeres (48.4%) y 16 hombres (51.6%)) con edad de 70.9 años \pm 10.7 años, procedentes de los hospitales de Puente Genil (Córdoba, 16, 51.6%), Sierra de Segura (Jaén, 9, 29%) y Alcaudete (Jaén, 6, 19.4%). Valor medio al inicio del estudio de 7.3 \pm 4.3 Ng/ml. Se solicitaron más marcadores tumorales en la primera analítica en 13 pacientes (41.9%). Las derivaciones fueron realizadas principalmente desde Atención Primaria (23, 74.2%) y Hematología (4, 12.9%). Se procedió al alta directa a una única paciente (3.2%). 22 pacientes (71%) presentaban uno o más síntomas/signos relevantes. No presentaron ninguna sintomatología 9 pacientes (29%). Se precisaron las siguientes técnicas diagnósticas: ecografía abdominal: 21 pacientes (67.7%); endoscopia alta: 8 (25.8%); esófago-estómago-duodeno: 6 (19.3%); tomografía abdominal (TA): 7 (22.6%); colonoscopia: 16 (51.6%); colonografía por TA: 9 (29%); analítica/s de control: 18 (58%). Fueron necesarias 1.7 \pm 1 revisiones por cada paciente. Se llegó a un diagnóstico relevante en un único paciente (3.2%).

Conclusiones

Se constata la baja precisión diagnóstica del AC levemente elevado. La carga económica derivada de todos los estudios realizados parece considerable. Medidas educacionales podrían tener repercusión en este aspecto.

P6. CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE MELANOMA METASTÁSICO CON AFECTACIÓN DE INTESTINO DELGADO. INFORME DE UN CASO.

V. Martos-Ruiz, A.D. Sánchez-Capilla, E. López, M. Ojeda, C. Alegría, J. De Teresa

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

Introducción

En más de un 60 % de autopsias de pacientes con melanoma metastático se encuentra afectación del intestino delgado. Para el diagnóstico se suelen utilizar la TAC, el PET y/o la cápsula endoscópica.

Presentación del caso

Paciente de 70 años, intervenido hace 3 años de melanoma cutáneo. Consulta por cansancio y debilidad de un mes de evolución, presentando debilidad en hemicuerpo izquierdo. Se realiza TC y RMN craneal que evidencian 2 lesiones ocupantes de espacio, compatibles con metástasis cerebrales. Se objetiva también anemia ferropénica severa, realizándose EDA y EDB, que son normales. Posteriormente se realiza cápsula endoscópica: varias depresiones fibrinadas de la mucosa, vellosidades circundantes exuberantes, de aspecto patológico, con diferentes grados de sangrado, y otras dos lesiones de aspecto coraliforme, oscuras, sin signos de sangrado. Acude al servicio de urgencias por sangrado masivo, sometiéndose a laparotomía exploradora: melanositis coli y varias lesiones en intestino delgado de hasta 4 cm, con infiltración de meso y otras asas por lo que no se resecan.

Comentarios

- La afectación de intestino delgado es frecuente en los casos de melanoma con extensión metastásica.

- Las manifestaciones clínicas dependen de localización y tamaño de la metástasis, siendo en forma de hemorragia hasta en 26% de los casos.

- Para el diagnóstico de las metástasis gastrointestinales es de gran utilidad la cápsula endoscópica, como se demuestra en nuestro caso.

P7. CARACTERÍSTICAS DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN UN CENTRO PRIVADO

V.M. Aguilar-Urbano, G. García-Fernández, J. Gonzalo-Marín, F. Fernández-Pérez, C. Montes-Aragón, C.M. De Sola-Earle

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL USP HOSPITAL DE MARBELLA. MARBELLA, MÁLAGA.

Objetivos

Analizar las características de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en un centro hospitalario privado.

Métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo de las CPRE en Hospital USP-Marbella desde enero 2011 hasta junio 2012.

Resultados

El estudio incluyó 42 pacientes, 26 (61,9%) mujeres, con edad media de 64,48 años (DE= 17,07, 21– 96).

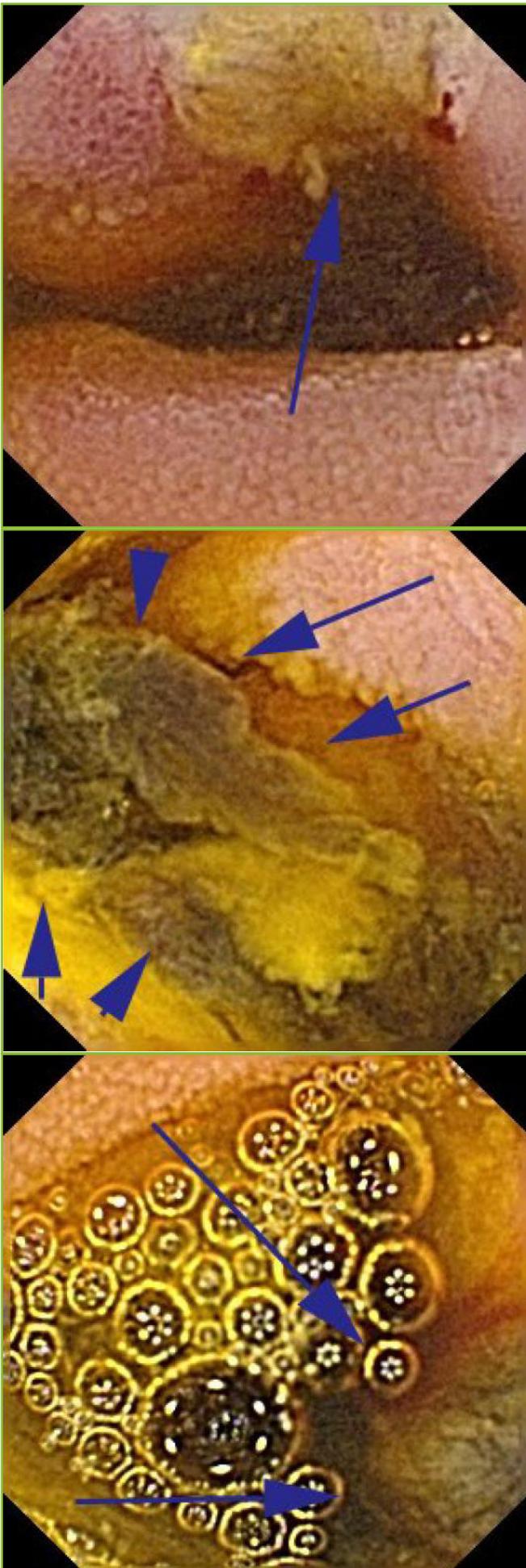
El nivel de riesgo ASA fue: ASA-I 14,3%, ASA-II 42,9%, ASA-III 26,2% y ASA-IV 16,7%. El 28,6% estaban colecistectomizados y el 16,7% había tenido pancreatitis aguda.

Previo a CPRE realizamos: ecografía abdominal 100% (dilatación de vía-biliar 78,9%), eco-endoscopia 40,5% (dilatación vía-biliar 35,7%) y colangiopancreatografía por resonancia-magnética 52,4% (dilatación vía-biliar 52,3%).

El 100% de CPRE fueron programadas y bajo sedación con propofol (74,26 ml/hora de media). Con intención terapéutica 92,9% y por dilatación de vía-biliar 78,6%.

Los hallazgos diagnósticos tras CPRE:

| DIAGNÓSTICO | PORCENTAJE |
|-----------------------|------------|
| No diagnóstico | 7,1 |
| Coledocolitiasis | 52,4 |
| Colelitiasis | 7,1 |
| Normal | 2,4 |
| Colantitis aguda | 4,8 |
| Ampuloma | 7,1 |
| Neoplasia pancreática | 11,9 |
| Otras | 7,1 |



Se realizó esfinterotomía endoscópica (EE) 80,5% y tenían EE previa 19,5 %. Se colocó endoprótesis 58,5% (plástica-biliar 41,5%, plástica-pancreática 12,2% y metálica-biliar 4,9%).

Alcanzamos éxito técnico completo 82,9% y éxito clínico 95,1%. Observamos divertículo duodenal en 29,3%. El grado de dificultad por score-Schutz: 75,6% grado-1, 22% grado-2 y 2,4% grado-3.

Presentaron complicaciones tempranas 2 casos, hiperamilasemia y hematoma subcapsular. No se presentaron complicaciones tardías.

Conclusiones

- La patología más frecuente encontrada fue coledocolitiasis.
- Predominantemente los procedimientos fueron de grado 1 de dificultad, y en la mayoría con éxito técnico completo.
- La tasa de complicaciones fue baja.

P8. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ASOCIADA A COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA

E. Leo, A. Rincón, C. Trigo, A. Avila, J.M. Sousa, M.D. De la Cruz, J.M. Herrera, J.L. Márquez-Galán

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Objetivos

Describir características de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) asociada a colangitis esclerosante primaria (CEP) y su evolución en el tiempo.

Métodos

Estudio descriptivo de 41 pacientes con CEP, realizamos despistaje de EII en 29. De ellos, 21 (72%) presentan EII: 12 E Crohn (EC), 7 colitis ulcerosa y 2 no clasificables.

Analizamos relación cronológica de CEP y EII, características fenotípicas de la patología intestinal y necesidad de tratamiento inmunosupresor, biológico y quirúrgico.

Resultados

EII se diagnostica antes que CEP en 12 casos (57%) y simultáneamente en 6. Se realiza despistaje de EII en 5 asintomáticos a nivel intestinal, 1 (20%) la presenta.

En EC predomina afectación ileal L1 (8/12), el patrón de comportamiento se distribuye por igual. Patología perianal y L4 en 3 y 2 casos, respectivamente.

Siete de 9 pacientes con colitis presentan afectación extensa.

Diez (47%) utilizan IS, predominando en colitis (5/9). Sólo un paciente usa biológicos. En EC, 4/12 (33%) precisan cirugía tras 16 años de seguimiento. Ningún paciente desarrolla cáncer de colon.

Conclusiones

El diagnóstico de EII suele ser previo al de CEP. En CEP asintomática es infrecuente el diagnóstico de EII. En nuestra serie, contra lo descrito, predomina EC en muchos casos exclusivamente ileal por lo que el despistaje debe incluir estudio de intestino delgado.

La evolución de EII suele ser benigna en EC, con necesidad de inmunomoduladores y cirugía inferior a los pacientes que no asocian CEP. Sin embargo, la inmunosupresión en colitis es frecuente.

P9. CARACTERIZACIÓN DE LA ANEMIA INDUCIDA POR INHIBIDORES DE LA PROTEASA EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA

R. Millán 1, M.C. Rico 1, R. Gallego-Durán 1, R. Aparcero 1, E. Ríos 2, C. Couto 2, M. Romero-Gómez 1

1 UNIDAD DE GESTIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y CIBEREHD. 2 UNIDAD DE HEMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, UNIVERSIDAD DE SEVILLA. SEVILLA.

Objetivos

Caracterizar la anemia en pacientes con hepatitis C crónica que reciben tratamiento con inhibidores de la proteasa, interferón pegilado y ribavirina.

Métodos

16 pacientes con hepatitis crónica C (genotipo 1), tratados con triple terapia basada en inhibidores de la proteasa fueron incluidos. Los niveles de hemoglobina fueron monitorizados cada semana durante el primer mes y en las siguientes semanas hasta alcanzar la semana 12. La anemia se manejó con reducción de la dosis de ribavirina, eritropoyetina theta y mediante transfusiones, según

fuese apropiado. Los niveles de eritropoyetina endógena, haptoglobulina y reticulocitos fueron medidos en la semana basal y cuando Hb<10 g/dl.

Resultados

35.7% de los pacientes presentaron anemia, tasa similar con Boceprevir y Telaprevir. Ningún paciente mostró deficiencia de hierro. Los pacientes con anemia mostraron elevación de eritropoyetina (262+56 vs. 31+28 IU/L;p=0.001) y reticulocitos (3.15+1.7% vs. 1.45+0.7%;p=0.013). Todos los pacientes con anemia mostraron un incremento de la eritropoyetina endógena >200 IU/L. El descenso de hemoglobina y los niveles de eritropoyetina mostraron una correlación de $r=0.75$; $p=0.002$; $n=14$ y el recuento de reticulocitos $r=0.6$; $p=0.015$; $n=16$.

Encontramos tres tipos de anemia, según los niveles de haptoglobulina y de reticulocitos: i) pacientes con recuento de reticulocitos aumentado y haptoglobina baja (anemia hemolítica) (60%) ii) pacientes con reticulocitos y haptoglobina normal (anemia central) (20%) y iii) pacientes con haptoglobina descendida y reticulocitos normales (anemia mixta) (20%).

Conclusiones

La anemia es el mayor efecto adverso en pacientes con hepatitis crónica C que reciben triple terapia. Combinando haptoglobulina, reticulocitos y eritropoyetina, los pacientes podrían ser clasificados en tres tipos de anemia: hemolítica, central y mixta.

P10. COLANGIOCARCINOMA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

F. Padilla-Ávila 1, G. Carrillo-Ortega 2, M. Tercero-Lozano 2, F. Morales-Alcázar 2, R.M. Gálvez-Fernandez 2, E. Baeyens-Cabrera 2

1 HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.
2 COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

Introducción

Colangiocarcinomas representan el 15% de los tumores hepáticos primarios. Edad de presentación 50-70 años. Síntoma más frecuente; obstrucción biliar dando lugar a ictericia, acolia y prurito.

Objetivos

Determinar la prevalencia y localización del colangiocarcinoma; así como evaluar tratamiento, complicaciones y porcentaje de recidiva.

Métodos

Revisión de casos diagnosticados como Colangiocarcinoma en Complejo Hospitalario de Jaén durante Enero de 2010 a Diciembre de 2011.

17 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de colangiocarcinoma se consignó localización tumoral, técnica quirúrgica y/o tratamiento paliativo.

Se realizó seguimiento revisando reingresos, complicaciones y aparición de recidiva.

Resultados

17 pacientes (9 hombres/8 mujeres). Edad media 68,94 años. El 82,71% presentó ictericia en el momento del diagnóstico.

La localización fue 35,29% intrahepático; 17,64% tumor de Klatskin; 47,05% extrahepático. El 58,82% presentaron enfermedad localizada en el momento del diagnóstico frente a 11,76% con carcinomatosis peritoneal y 29,41% con metástasis hepáticas.

Se realizó tratamiento quirúrgico en el 41,17% recibiendo tratamiento paliativo el 58,82% de los pacientes.

Tasa de complicaciones derivadas de la cirugía fue 28,57%. En el momento del estudio el 23,52% de los pacientes presentaban ausencia de enfermedad; encontrándose recidiva en el 29,41% y habiendo fallecido el 47,07%.

Conclusiones

Los colangiocarcinomas son tumores agresivos cuya extensión está presente muchas veces en el momento del diagnóstico.

La cirugía es la única técnica curativa, aunque los índices de reseccabilidad son bajos y muchos de los pacientes reseccados presentan recidiva. Pronóstico sombrío con esperanza de vida corta.



P11. COLITIS ISQUÉMICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ESTUDIO RETROSPECTIVO.

A. García-Robles, R.M. Gálvez-Fernández, F. Morales-Alcázar, I. Del Castillo-Codes, A.M. Trapero-Martínez, E. Baeyens-Cabrera

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

Objetivos

Conocer características demográficas y clínicas de la colitis isquémica en nuestro medio.

Métodos

Estudio retrospectivo: 44 pacientes con diagnóstico endoscópico e histológico de colitis isquémica entre Enero-2009 y Diciembre-2011. Se determinó presencia de factores de riesgo cardiovascular. Se describieron, síntomas que motivaron la colonoscopia, hallazgos endoscópicos y localización de lesiones. Se consideró colitis grave los que precisaron cirugía o fueron éxitus.

Resultados

44 pacientes, 23 hombres y 21 mujeres, edades entre 40 y 88 años (media: 72,6 años). Presentaban cardiopatía isquémica 6 casos (13,6%), HTA 28 (63,6%), diabetes 13 (29,5%), dislipemia 21 (47,7%) y EAP 9 (20,5%). Un 29,5% presentaban dos FRCV, y en un 27,3% coexistían tres o más. Los síntomas más frecuentes fueron: dolor abdominal y rectorragia (27,3%), rectorragia (22,7%) y dolor abdominal (20,5%). Hallazgos colonoscópicos más frecuentes: signos inflamatorios menores (29,5%), y úlceras con fibrina (27,3%); estenosis en 2 pacientes (4,5%) y necrosis en un 15,9%, evidenciándose este hallazgo en el 100% de las muertes y en el 66,7% de los que precisaron cirugía ($p=0.014$). Localización más frecuente: colon izquierdo (59,1%) y sigma (34,1%). La colitis isquémica fue leve o moderada (88,6%) y grave (11,3%); mortalidad: 4,5% y 6,8% precisaron cirugía.

Conclusiones

La colitis isquémica afecta fundamentalmente a individuos de edad avanzada con dos o más factores de riesgo cardiovascular. Localización más frecuente: sigma, colon izquierdo. La mayoría, colitis leve o moderada aunque la presencia de necrosis se relaciona con peor pronóstico.

P12. COLONOSCOPIA EN LA DIVERTICULITIS AGUDA

M.A. Romero-Ordóñez, R. Rivera-Irigoín, F. Fernández-Cano, M. González-Bárceñas, A. Pérez-Aisa, F. Rivas-Ruiz, A. Sánchez-Cantos

HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA.

Objetivos

- Evaluar diferencias en el éxito de la colonoscopia en función del tiempo transcurrido.
- Describir las causas del fracaso y los hallazgos endoscópicos.

Métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda y sometidos a colonoscopia en nuestro Hospital entre Enero 2010-Diciembre 2011. Realizamos dos grupos, A: colonoscopia en las primeras 8 semanas y grupo B después de 8 semanas del episodio agudo.

Resultados

Se incluyeron 95 pacientes, con una edad media de 56,48 años. El 51,6% eran hombres, 42 de los pacientes se sometieron a colonoscopia en las 8 semanas siguientes al episodio de diverticulitis (Grupo A) y en 53 se realizó la colonoscopia después de 8 semanas (Grupo B). La colonoscopia fue completa en 83,3% de pacientes del grupo A y en el 90,6% del grupo B ($p=ns$). Las causas del fracaso endoscópico en el grupo A fueron: signos de diverticulitis aguda en 3 pacientes, dolor en 1, dificultades técnicas en 1 y mala preparación en 2. En el grupo B fueron: signos de diverticulitis aguda en 1, dolor en 1 y dificultades técnicas en 3. Los hallazgos endoscópicos fueron: pólipos en 20, en 2 neoplasias, en 2 EII, en 6 colitis segmentaria, en 1 colitis de otra etiología y en 1 estenosis inflamatoria.

Conclusiones

- Se observa mayor fracaso cuando la exploración se realiza en las primeras 8 semanas.
- La principal causa de fracaso en la colonoscopia realizada en las primeras 8 semanas fue la persistencia de signos inflamatorios agudos.
- La tasa de neoplasias y EII es similar a la descrita en otras series.

P13. CONSULTA DE PROCESO DE CÁNCER COLORRECTAL, EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

C.M. Ruiz, M. Brunely, R. Rodríguez, A. Naranjo

U.G.C APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

Objetivos

Analizar factores epidemiológicos, presentación, localización, método diagnóstico y presencia o no de metástasis al diagnóstico, así como tumores sincrónicos en nuestros pacientes con CCR.

Métodos

Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de CCR en la consulta de proceso de nuestro hospital entre enero 2007 – diciembre 2011.

Resultados

Se diagnosticaron 421 pacientes de adenocarcinoma intestinal, 130 localizados en recto y 291 en colon. La localización más afectada fue la transición de recto – sigma y sigma, en 17,34% y 22,57% respectivamente. El 57.95% fueron varones con edad media de presentación 69,10 años. La sintomatología predominante fue la rectorragia 47,51%, en tumores de colon 58%, síndrome anémico 25.89%, en el 84.40 % colon derecho, alteración del tránsito intestinal 17.81%, tenesmo rectal 16,15% en el 66% de los pacientes con localización rectal y el síndrome constitucional 9,98%. El diagnóstico se realizó en 97.86% con colonoscopia, hallándose al diagnóstico neoplasia sincrónica en colon en 1.43%, y sincrónico abdominal 4.51%. En cuanto a las metástasis se hallaron en 9.98% siendo más frecuente a nivel hepático 8.08% y pulmonar 2.85%. La derivación a cirugía general se realizó en el 62.4 % de los casos, 27% a oncología – radioterapia médica y 6% a paliativos.

Conclusiones

Nuestra finalidad ha sido describir la epidemiología y las características más relevantes desde el punto de vista clínico del cáncer colorrectal en nuestro medio hospitalario en los últimos 5 años tras la implantación de un proceso asistencial integrado.

P14. DIAGNÓSTICO DE LESIONES MEDIASTÍNICAS MEDIANTE USE-PAAF: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

C. González-Artacho, C. Alegría-Motte, A.M. Matas, E. Redondo-Cerezo, J. De Teresa

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

Introducción

En el diagnóstico de lesiones mediastínicas, la mediastinoscopia es considerada patrón oro. Se realiza en un quirófano y bajo anestesia general. La USE-PAAF es una

técnica bien tolerada y segura para el diagnóstico de lesiones mediastínicas, y en comparación a la mediastinoscopia presenta menos complicaciones.

Caso 1

Varón de 55 años con antecedentes de tabaquismo activo y cáncer de pulmón, ingresado por empiema necessitatis con absceso subcutáneo secundario. En TAC y PET se detectan adenopatías mediastínicas. Se realiza ecobroncoscopia (EBUS)-PAAF para filiar dichas lesiones sin obtener resultado concluyente. Se realiza USE con PAAF con citopatólogo “in situ” de masa adenopática de 5 cm subcarinal, concluyendo origen metastásico de la neoplasia pulmonar.

Caso 2

Mujer de 75 años con antecedente, hacía 10 años, de adenocarcinoma de colon con metástasis hepática, sometida a cirugía del tumor primario y la lesión hepática, con posterior quimioterapia adyuvante. En PET-TAC se detecta masa hipermetabólica en lóbulo inferior derecho pulmonar con posible invasión mediastínica a nivel paraesofágico, sugerente de neoplasia pulmonar. Se solicita USE identificando gran masa periesofágica de unos 5 cm, con invasión pleural, realizando PAAF con citopatólogo “in situ” informada como adenocarcinoma compatible con origen en colon.

Discusión

La USE-PAAF es un técnica segura y bien tolerada, y debe considerarse como primera opción para el diagnóstico de lesiones mediastínicas.



P15. ENFERMEDAD DE CROHN E INIXIMAB: NUESTRA EXPERIENCIA

C. Alegría-Motte, V. Martos-Ruiz, E. López-González, M. Gómez-García, J. de Teresa-Galván

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

Infliximab (IFX) está indicado en pacientes con EC que no responden a tratamientos convencionales. 2/3 de los pacientes tratados con IFX presentan buena respuesta, de éstos 1/3 alcanzan remisión.

Objetivos

Analizar la epidemiología de los pacientes con EC que han recibido tratamiento con IFX en nuestra unidad y la respuesta desde Enero-2002 a Febrero-2012.

Métodos

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de pacientes con EC que han recibido tratamiento con IFX, analizando datos epidemiológicos y eficacia del mismo.

Resultados

De 994 pacientes diagnosticados de EII, 110 (11%) recibieron IFX en algún momento. El 68% (75) presentan EC. 56% (42) hombres y 44% (33) mujeres.

El 47% de pacientes presentaron afectación ileocólica, 40% con componente inflamatorio y 32% afectación perianal.

El 81% asociaban tiopurinas al tratamiento. Las indicaciones de IFX en EC fueron: inflamatorio 57% (43), fistulizante 17% (13), perianal 4% (3), patrón mixto 22%.

En 69(92%) pacientes se completó la inducción con IFX, con respuesta en el 88%(66).

De los 75 pacientes, recibieron mantenimiento con IFX 83% (62), siendo eficaz en 76% (57). 38 pacientes continúan en tratamiento con IFX.

IFX se suspendió en 38 (49%): 7 por remisión, 8 por efectos adversos, 7 por alergia, 7 por cirugía, 5 mala respuesta, 1 pérdida de eficacia, 3 otros.

Se consiguió remisión clínica en 39 (52%), respuesta en 22 (29%) y continúan con actividad 19% (14).

Conclusiones

- 51% de nuestros pacientes con EC están en tratamiento con IFX.

- El tratamiento con IFX se reserva para pacientes con mala respuesta a tratamientos convencionales, respondiendo a la inducción 88% y logrando remisión con mantenimiento 52%.

P16. ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA; CAUSA EMERGENTE DE DISFAGIA. REVISIÓN DE CASOS.

F. Morales, A. García, R.Gálvez, G.Carrillo, M. Gordo, E. Baeyens

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

Objetivos

Describir datos demográficos, características clínicas y analíticas de presentación y manifestación de EO, y principales hallazgos endoscópicos y anatomopatológicos.

Métodos

Estudio descriptivo de pacientes diagnosticados de EO desde Enero de 2010 hasta Diciembre de 2011.

Resultados

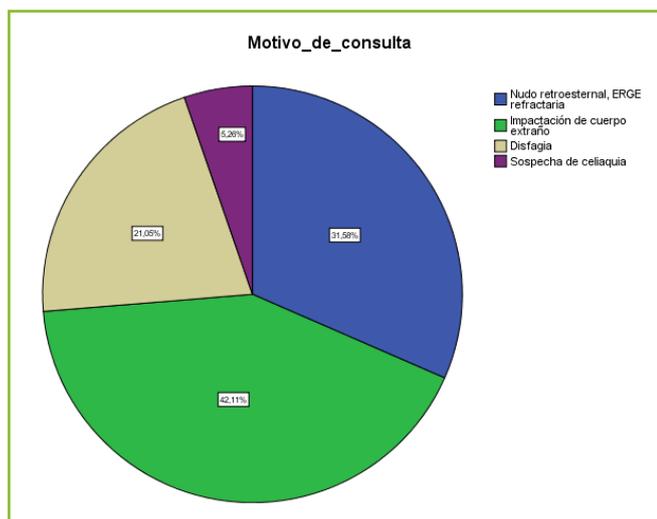
Se diagnosticaron 19 pacientes de EO, un 78,9% hombres y un 21,1% mujeres. Edad media de 26,05±16,11 años. Todos presentaban elevación de IgE y eosinofilia. El 59,7% asociaba alergia estacional, y alguna alergia alimentaria, destacando alergia frutos secos (31,6%), huevo (21,1%), y marisco (15,8%). El 68,4% asociaba otra enfermedad, asma (52,7%) y dermatitis atópica (15,8%).

Un 31,6% consultó por sensación de nudo retroesternal o ERGE refractaria, el 42,1% por impactación de cuerpo extraño esofágico, el 21,1% por disfagia y un 5,3% por dispepsia.

Un 26,3% no presentó hallazgos endoscópicos macroscópicos de interés, un 52,6% mucosa esofágica anillada longitudinalmente, un 15,8% estrias longitudinales y un 5,3% estenosis esofágica distal. En todos se objetivó presencia de esofagitis crónica con predominio de eosinófilos. Se realizó tratamiento con IBP y dieta en todos, añadiéndose Fluticasona Inhalado y Montelukast oral en el 63,2%, únicamente con Fluticasona en el 10,5% y sólo con Montelukast en el 10,5%. El 80,4% de pacientes presentó respuesta óptima al tratamiento.

Conclusiones

La EO afecta fundamentalmente a varones jóvenes. En niños predominan síntomas digestivos altos inespecíficos, mientras que en adultos predomina disfagia o impactación de cuerpo extraño. Se recomienda estudio de alergias sistemático por la alta prevalencia de fenómenos alérgicos asociados. El tratamiento con corticoide tópico se considera de elección.



P17. ¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LA ETIOLOGÍA DE LA PANCREATITIS CRÓNICA Y SU GRAVEDAD MORFOLÓGICA POR CRITERIOS ECOENDOSCÓPICOS?

F. Fernández-Cano, M.C. López-Vega, I. Méndez-Sánchez, J.M. Rosales-Zabal, M.A. Romero-Ordoñez, F. Rivas-Ruiz, R. Rivera-Irigoín, A. Pérez-Aisa

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

Objetivos

Evaluación de la existencia o no de asociación entre la etiología de la pancreatitis con la gravedad de los hallazgos ecoendoscópicos.

Métodos

Estudio transversal, retrospectivo descriptivo que incluye todos los casos con criterios ecoendoscópicos de PC desde 2001 hasta 2011. Se correlacionaron con la historia clínica informatizada para seleccionar los que cumplían criterios diagnósticos de PC. Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para cualitativas. Para comparación de subgrupos (hallazgos leves vs graves) se utilizó test de chi-cuadrado para variables cualitativas y U de Mann-Whitney para las cuantitativas. Nivel de significación en $p < 0.05$.

Resultados

Se estableció el diagnóstico de PC en 73 pacientes, con edad media de 54,99 años, 80,8% de hombres. El 76,7% eran de etiología por tóxicos, el 13,7% idiopática y 9,6% a resto de causas. Las de etiología tóxica tenían un 32,6% de hallazgos ecoendoscópicos sugestivos de PC leves frente a un 67,4% de graves, mientras que el resto de PC presentaban un 81,8% de hallazgos graves, sin encontrar diferencias significativas.

Conclusiones

No encontramos diferencias en el grado de severidad morfológica de PC (leve o grave) según la etiología de ésta (Tóxica frente al resto).

P18. ¿EXISTE, EN LA PANCREATITIS CRÓNICA (PC), ASOCIACIÓN ENTRE LA GRAVEDAD MORFOLÓGICA (POR CRITERIOS ECOENDOSCÓPICOS) Y LA ASOCIACIÓN CON INSUFICIENCIA PANCREÁTICA ENDOCRINA (IPE)?

F. Fernández-Cano, M.C. López-Vega, I. Méndez-Sánchez, J.M. Rosales-Zabal, M.A. Romero-Ordoñez, F. Rivas-Ruiz, R. Rivera-Irigoín, A. Pérez-Aisa

AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. MÁLAGA.

Objetivos

Evaluar asociación entre la presencia de IPE y la gravedad de los hallazgos ecoendoscópicos.

Métodos

Estudio transversal, retrospectivo descriptivo y incluye todos los casos con criterios ecoendoscópicos de PC desde 2001 hasta 2011. Se correlacionaron con la Historia Clínica Informatizada para seleccionar los que cumplían diagnóstico de PC. Se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para cualitativas. Para comparación de subgrupos (presencia o no de IPE) se utilizó test de chi-cuadrado para variables cualitativas y test de U de Mann-Whitney para las cuantitativas. Se estableció el nivel de significación en $p < 0.05$.

Resultados

Se estableció el diagnóstico de PC en 73 pacientes de edad media de 54,99 años, 19,2% mujeres. 55 pacientes (75,3%) tenían realizado tanto pruebas de función pancreática (mediante test de aliento con triglicéridos mixtos o medida de enzimas pancreáticas en suero) como ecoendoscopia. De los 16 pacientes con hallazgos ecoendoscópicos leves de PC, 50% presentaban IPE y 50% no la presentaban. De los 39 pacientes que presentaban hallazgos ecoendoscópicos graves de PC, el 59% presentaba IPE y el resto no, sin que esto supusiera una diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones

No encontramos diferencias en el grado de severidad morfológica de PC según que ésta condicione o no IPE.

P19. HEPATITIS COLESTÁSICA FIBROSANTE COMO FORMA GRAVE DE RECIDIVA DEL VHC POSTRASPLANTE HEPÁTICO. NUESTRA EXPERIENCIA.

V. Martos-Ruiz, M. Ojeda-Hinojosa, C. Alegría, E. López, M.A. López-Garrido, F. Nogueras

UNIDAD DE HEPATOLOGÍA Y TRASPLANTE HEPÁTICO. SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

La hepatitis colestásica fibrosante es una forma infrecuente y grave de hepatitis por VHC, descrita en receptores de trasplante hepático por recurrencia de éste en el injerto.

Objetivo

Determinar la incidencia de esta entidad en nuestro medio.

Métodos

Se han recogido 258 casos de trasplante (desde el 1 Abril 2002 hasta el 30 Junio de 2012), siendo 197 varones y 61 mujeres. Estudiamos: la incidencia de ésta entidad, el tratamiento inmunosupresor y/o antiviral recibido, presentación clínica, datos histológicos y complicaciones posteriores.

Resultados

Se registraron 7 casos de pacientes con reinfección grave del injerto por VHC (incidencia del 2.7%), 6 varones y 1 mujer. De éstos, el 75% recibieron tratamiento con tacrólimus más micofenolato mofetil, el 14.28% con Everólimus más micofenolato y otro 14.28% con ciclosporina más corticoides. Sólo 1 de ellos recibió terapia antiviral. La clínica en todos ellos fue ictericia progresiva y prurito generalizado con datos analíticos de colestasis importante e hipertransaminemia moderada. El 85.71% de los casos aparecieron el primer año postrasplante. En el estudio histológico del injerto hepático, 6 de ellos presentaban fibrosis y uno de ellos hepatitis aguda. La mortalidad fue del 100%.

Conclusiones

- En nuestra serie la hepatitis colestásica fibrosante presenta una incidencia del 2.7%, con mayor frecuencia en varones.
- La clínica más frecuente consiste en ictericia progresiva y prurito generalizado.
- Se da en el primer año postrasplante en un 85.7% de los casos y tiene una mortalidad del 100%.

P20. INDICACIÓN DE BIOPSIA HEPÁTICA EN NUESTRO CENTRO

A.M. Matas-Cobos, M.J. Rodríguez-Sicilia, M.A. López-Garrido, P. de la Torre-Rubio, F. Nogueras-López, J. de Teresa-Galván

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

La biopsia hepática es el procedimiento más específico para evaluar la naturaleza y severidad de multitud de enfermedades hepáticas.

Objetivo

Evaluar las características epidemiológicas e indicación de la biopsia hepática en nuestro hospital.

Métodos

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Incluimos los pacientes a los que se les realizó biopsia hepática bajo control ecográfico (Enero 2010 a Enero 2012).

Resultados

Se realizaron 32 biopsias. El 9,5% eran TOH.

Indicación más frecuente de biopsia hepática fue colestasis disociada (44%), seguida de hipertransaminemia no filiada (43,3%), sospecha de rechazo en pacientes TOH (9,5%) e insuficiencia hepática aguda (3,1%).

En todos los pacientes el INR fue > de 0,9; el 94% presentaban una AP >70% y más de 80.000 plaquetas.

El 100% de las biopsias con control ecográfico. 75% de los casos con aguja semiautomática de 16G y 25% con aguja semiautomática de 18 G. Todos los pacientes recibieron premedicación (1 mg de Atropina y Midazolam a dosis media de 3,5mg).

El diagnóstico histopatológico más frecuente fue Hepatitis autoinmune (28,2%), seguido de esteatosis (16%).

El 97% de los pacientes no presentaron complicaciones derivadas de la técnica. Un paciente presentó hematoma en el lugar de punción que se resolvió con tratamiento conservador.

Conclusiones

Indicación más frecuente de biopsia hepática en nuestro centro es la colestasis disociada seguida de hipertransaminemia.

A pesar de ser una técnica invasiva es bastante segura.

Tendencia decreciente en su utilización por la aparición de técnicas no invasivas.

P21. INSOMNIO Y DIARREA

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

HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCJA. APES BAJO GUADALQUIVIR.

Resumen

Mujer de 49 años con diarrea de 3 semanas de evolución, de 3-4 deposiciones al día, líquidas, con abundantes ruidos hidroaéreos, sin productos patológicos, sin tenesmo recta, ni fiebre. Se acompaña de pérdida de 2 kg, sin pérdida de apetito, ni episodios nocturnos. Su médico de cabecera le indicó loperamida 1mg/8h consiguiendo una deposición al día. No lo relaciona con situación estresante. Refiere que al inicio del cuadro comenzó dieta basada en la ingesta de kiwis durante 5 días y que toma un producto de herboristería para el insomnio. No refiere casos familiares, ni ingesta de alimentos sospechosos de toxoinfección alimentaria. Se solicitó hemograma, perfil hepático y renal, TSH, vitamina B12, ácido fólico, VSG, proteína C reactiva, inmunoglobulina A, anticuerpos celiaquia, coprocultivo y parásitos que fueron normales. Se realizó también curva de lactosa que fue patológica bioquímicamente pero no clínicamente. Ante la normalidad de los estudios se indaga en la composición del producto utilizado para el insomnio y corresponde a melatonina en dosis de 5 mg al día. Se suspende y desaparece la diarrea. Ante la persistencia del insomnio la paciente reinicia el tratamiento por su cuenta de la melatonina en las mismas dosis reapareciendo la clínica, lo que obliga de nuevo a suspender el fármaco. Posteriormente usó dosis de 2 mg sin provocar síntomas y con dieta sin restricción de lácteos.

P22. LA QUERCETINA INHIBE LA REPLICACIÓN VIRAL Y MODULA EL METABOLISMO LIPÍDICO

A. Rojas 2, M. García-Valdecasas 1, J.A. Del Campo 1, M. Romero-Gómez 1

1 U.C. M.Q. DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS Y CIBEREHD. 2 SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. SEVILLA.

Introducción

La Quercetina, podría interferir en el ciclo de vida del VHC mediante la inhibición de la síntesis de NS3 y NS5, proteínas esenciales para la replicación, a la vez que impide la formación de la lipovirpartícula.

Objetivos

Demostrar como la Quercetina modula el metabolismo lipídico y la replicación viral del VHC.

Métodos

Las células Huh7.5 fueron cultivadas e infectadas con JFH1 (1 partícula/ célula). Posteriormente se procedió a la extracción de ARN y proteínas. Los niveles de expresión génica se determinaron por PCR semicuantitativa. Añadimos Quercetina a diferentes concentraciones 25nM, 50nM y 100nM, durante 72 horas. La replicación viral fue determinada por RT-PCR, y células tratadas con Interferón-alfa fueron el control.

Resultados

La Quercetina inhibe la expresión génica aproximadamente entre 0,3 y 0,5 respecto a las células infectadas y de manera similar en presencia o no del virus: DGAT-1 (CONTROL-Q50uM: 0,58, JFH1-Q50uM: 0,57, JFH1: 1,3) rLDL (CONTROL-Q50uM: 0,58, JFH1-Q50uM: 0,44, JFH1: 0,66) y ACC (CONTROL-Q50uM: 0,63, JFH1-Q50uM: 0,6, JFH1: 1,23).

La quercetina inhibe la replicación viral de manera dosis dependiente: 25uM=31,23%; 50uM=42,5% y 100uM=86,41% en comparación con interferón (100%).

Conclusiones

La Quercetina inhibe la replicación del VHC de manera dosis dependiente. Modula los niveles de expresión de los genes implicados en el metabolismo lipídico. Por lo tanto, la Quercetina podría ser un nuevo fármaco para el tratamiento de la Hepatitis C, con la ventaja que no posee efectos adversos.

P23. MANIFESTACIONES DE AUTOINMUNIDAD EN EPISODIOS RECURRENTE DE HEPATOTOXICIDAD

R.J. Andrade 1, I. Medina 1, C. Stephens 1, M.C. Fernández 2, L. Martín 3, R. González Grande 4, JA. Durán 5, A. Malcón de Dios 5, M. Romero 6, J. Salmeron 7, H. Hallal 8, P. Otazua 9, S. Ávila 10, AF. González 1, M. Robles 1, E. Ulzurrun 1, I. Moreno 1, M.I. Lucena 1

1 UNIDAD DE HEPATOLOGÍA Y SERVICIO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MÁLAGA-IBIMA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA, MÁLAGA, ESPAÑA. CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD). 2 SERVICIO DE FARMACOLOGÍA Y APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. 3 SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ. 4 SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA. 5 SERVICIO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA. HOSPITAL VIRGEN DE LA MACARENA. SEVILLA. 6 UNIDAD DE HEPATOLOGÍA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALME. SEVILLA. 7 SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA. 8 SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL MORALES MESSEGUER. MURCIA. 9 UNIDAD DE DIGESTIVO. HOSPITAL ALTO DEBA, MONDRAGÓN. GUIPÚZCOA. 10 SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL XERAL-CALDE. LUGO.

Objetivos

El daño hepático inducido por fármacos (DILI) es un proceso complejo con manifestaciones clínico-patológicas diversas. La recurrencia de DILI se ha asociado a fenómenos de autoinmunidad. Pretendemos analizar la frecuencia de manifestaciones de autoinmunidad, expresión del daño y fármacos involucrados en pacientes que han sufrido dos episodios de DILI causados por el mismo o distinto fármaco.

Métodos

Se analizaron y compararon los casos de DILI que presentaron una re-exposición o sufrieron más de un episodio de DILI por distintos fármacos remitidos al Registro Español de Hepatotoxicidad.

Resultados

De los 811 casos de DILI del registro únicamente 138 (17%) presentaron autoinmunidad positiva. Sin embargo, 18/47 pacientes (38%) con múltiples episodios de DILI mostraron fenómenos de autoinmunidad en el segundo episodio. Nueve de 31 pacientes (29%) con re-exposición, presentaban autoanticuerpos positivos, el 78% anti-nucleares (ANA) y 22% anti-músculo liso. Alternativamente, 9/16 casos (56%) que sufrieron dos episodios de DILI por fármacos diferentes mostraron autoinmunidad en el segundo episodio, mayoritariamente ANA positivos. El daño hepatocelular fue el más prevalente, en ambos episodios. Los fármacos asociados con autoinmunidad fueron del sistema cardiovascular (especialmente estatinas) y antibacterianos.

Conclusiones

La probabilidad de presentar títulos de autoanticuerpos positivos se incrementa en un segundo episodio de DILI, especialmente si éste es causado por un fármaco diferente al del primer episodio. Las estatinas son el grupo farmacológico que induce fenómenos de autoinmunidad con mayor frecuencia. Episodios reiterados de daño podrían desencadenar la pérdida de tolerancia inmunológica e inducir autoreactividad hepática.

P24. MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS COMO COMPLICACIÓN POSTERIOR AL TRASPLANTE ORTOTÓPICO HEPÁTICO

V. Martos-Ruiz, C. Alegría, P. De La Torre, E. López, M.A. López Garrido, F. Nogueras

UNIDAD DE HEPATOLOGÍA Y TRASPLANTE HEPÁTICO. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES.

Objetivos

Determinar la incidencia de complicaciones neurológicas en los pacientes receptores de trasplante hepático en nuestro hospital.

Métodos

Se han recogido datos de 258 casos de trasplante (desde el 1 Abril 2002 hasta el 30 Junio de 2012), siendo 197 varones y 61 mujeres. Analizamos la incidencia de complicaciones neurológicas mayores, tipo de complicación, tiempo comprendido entre su inicio y el trasplante, forma de presentación clínica y la indicación del trasplante.

Resultados

Han presentado complicaciones neurológicas mayores 28 pacientes (incidencia del 10.8%). La cirrosis era de etiología etílica en 11 casos (39%) y por VHC en 12 (42.8%). Las manifestaciones neurológicas más frecuentes fueron: 14 casos de encefalopatía multifactorial (50%), 3 cuadros confusionales (10.7%), 3 crisis comiciales (10.7%), 2 casos de ACV hemorrágico (7.1 %) y 2 casos de mielínolisis centropontina (7.1 %). De éstos, 23 casos (82%) se presentaron en los primeros 15 días postrasplante (un 92.8% en los 3 primeros meses). Sólo cuatro pacientes fallecieron por este tipo de complicaciones.

Conclusiones

- Las complicaciones neurológicas constituyen una causa importante de morbilidad en nuestra serie.
- La mayoría ocurrieron en el periodo postrasplante precoz (2ª semanas).
- No hubo diferencias en la incidencia de complicaciones con respecto a la indicación de trasplante.
- La más frecuente en nuestra serie fue la encefalopatía postrasplante, de etiología multifactorial.

P25. PNPLA3 Y DISC1 ESTÁN ASOCIADOS CON ESTEATOSIS EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA

J. Ampuero 1, J.A. Del Campo 1, L. Rojas 1, L. Ortiz-Fernández 11, M. Maraver 1, A. Rojas 1, M. Conde 11, M. García-Valdecasas 1; J.R. García-Lozano 11, R. Solá 2, X. Forns 12, R. Moreno-Otero 3, R.J. Andrade 4, M. Diago 5, J. Salmeron 6, L. Rodrigo 7, J.A. Pons 10, J.M. Navarro 14, J.L. Calleja 9, J. García-Samaniego 8, M. Buti 13, R. Millán 1, M.F. González-Escribano 11, M. Romero-Gómez 1

1 UNIDAD DE GESTIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y CIBEREHD. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA. 2 HOSPITAL DEL MAR, BARCELONA, ESPAÑA. 3 HOSPITAL DE LA PRINCESA, MADRID, ESPAÑA. 4 HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA, ESPAÑA. 5 HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA, VALENCIA, ESPAÑA. 6 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO, GRANADA, ESPAÑA. 7 HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS, OVIEDO, ESPAÑA. 8 HOSPITAL CARLOS III, MADRID, ESPAÑA. 9 HOSPITAL PUERTA DE HIERRO, MADRID, ESPAÑA. 10 HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ESPAÑA. 11 UNIDAD DE INMUNOLOGÍA, HHUU VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA, ESPAÑA. 12 HOSPITAL CLINIC, BARCELONA, ESPAÑA. 13 HOSPITAL VALL D'HEBRON, BARCELONA, ESPAÑA. 14 HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA, ESPAÑA.

Objetivo

Evaluar la influencia de los factores genéticos sobre la esteatosis en pacientes que padecen hepatitis C crónica.

Métodos

Se incluyeron 700 pacientes con hepatitis crónica C. En una cohorte previa se genotiparon 262.264 SNP. La estratificación de la población, Genotype pruning, GWAS y análisis de imputación fueron realizados usando los softwares Structure, Eigensoft, Plink y Haploview. Los SNPs fueron seleccionados con valores $p < 10^{-3}$, según la respuesta viral sostenida, distribución de genotipos, farmacogenómica y grados de fibrosis y esteatosis. La esteatosis fue evaluada por biopsia hepática (hepatocitos con al menos 5% de grasa).

Resultados

98 SNPs fueron seleccionados. En el análisis multivariado total, PNPLA3 [OR 1.89 (IC95% 1.31-2.73); $p=0.001$] y DISC1 [OR 4.28 (IC95% 1.85-9.87); $p=0.001$] fueron seleccionados. Respecto a PNPLA3 (rs738409), la prevalencia de la esteatosis en el genotipo GG fue del 75% (18/24) vs. los genotipos GC/CC que mostraron un 42.5% (179/421) ($p=0.002$). Respecto a DISC1 (rs16856152), el genotipo CC mostró un 49% (190/388) de esteatosis hepática, mientras que los genotipos CG/GG alcanzó el 25.5% (12/47) ($p=0.002$). En un análisis multivariado, PNPLA3 [OR 1.85 (IC95% 1.31-2.62); $p=0.001$], DISC1 [OR 2.4 (IC95% 1.16-4.93); $p=0.018$], el índice de masa corporal [OR 0.87 (IC95% 0.79-0.96); $p=0.003$], el genotipo de hepatitis C [OR 0.42 (IC95% 0.25-0.69); $p=0.001$] y la carga viral [OR 1.61 (IC95% 1.01-2.57); $p=0.044$] fueron variables independientes asociadas con esteatosis.

Conclusiones

PNPLA3 es un gen clave en la presencia de esteatosis en pacientes con hepatitis C. DISC1 predispone al desarrollo de esquizofrenia y depresión clínica, aunque también modula las respuestas transcripcionales del retículo endoplasmático y el estrés celular.

P26. PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO NO QUIRÚRGICO. RETO DIAGNÓSTICO.

M. Rivas-Rivas 1, B. Zapata-García 3, C. Ruiz-Santiago 1, A. de los Santos-Moreno 2, C. Rodríguez-Ramos 1, M.D. Durán-López 2

1 UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ. 2 UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ. 3 FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE CÁDIZ.

Introducción

La porfiria es una alteración metabólica en el que existe una carencia total o parcial de las enzimas involucradas en la síntesis del grupo hem, lo que causa aumento de precursores tóxicos que se depositan en los tejidos. Su incidencia es de 1-5 casos/ 100.000 habitantes. Debido a su baja prevalencia y sus manifestaciones clínicas similares a las de otras enfermedades, se conoce como "la gran imitadora". El síntoma más común es el dolor abdominal, puede acompañarse de manifestaciones psiquiátricas, fallo respiratorio, hipertensión, taquicardia e hiponatremia.

Caso

Mujer de 22 años que presenta dolor abdominal de una semana de evolución acompañado de vómitos y estreñimiento, refiere palpitations y temblores. A la exploración buen estado general TA 200/120 mmHg, FC 112lpm. El abdomen es doloroso a la palpación de manera difusa, con defensa, ausencia de ruidos hidroaereos y timpanismo. Hemograma y coagulación normal, bioquímica: Hiponatremia. La ecografía describe distensión y ocupación del marco cólico por restos fecales con ausencia de peristaltismo y sin evidencia de causa obstructiva. En TAC no se encuentran hallazgos patológicos. El empeoramiento de la paciente con persistencia del íleo e intenso dolor a pesar de tratamiento y coincidiendo con la menstruación nos hizo sospechar la presencia de porfiria aguda intermitente y solicitamos porfirina en orina de 24h con resultado positivo. Tras administración de arginato de hemina 3mg /Kg durante 4 días presenta una mejoría espectacular con resolución del cuadro.

Conclusiones

Porfiria aguda como causa de abdomen agudo no quirúrgico y dolor abdominal intenso refractario a analgesia. Nos parece un caso clínico muy didáctico e infrecuente que podríamos recordar los residentes de aparato digestivo y adjuntos cuando se nos presenta un dolor abdominal intenso de días de evolución que no cede tras analgesia en pacientes jóvenes y sobretodo mujeres. La porfiria aguda intermitente una enfermedad conocida como la gran simuladora e infradiagnosticada.

P27. PRÓTESIS ESÓFAGICAS: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA, INDICACIONES Y COMPLICACIONES.

G. Carrillo-Ortega 1, M. Tercero-Lozano 1, F. Padilla-Ávila 2, F. Morales-Alcázar 1, R.M. Gálvez-Fernández 1, E. Baeyens-Cabrera 1

1COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.
2HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

Al diagnóstico, la mayoría de pacientes con carcinoma esofágico presentan estadio avanzado, siendo el objetivo terapéutico paliar la disfagia, manifestación inicial e invalidante.

La introducción de prótesis metálicas auto-expandibles supone un avance en tratamiento de disfagia maligna aunque su colocación no está exenta de riesgos.

Objetivos

Estimar la indicación, tipo de prótesis y complicaciones.

Métodos

Estudio descriptivo incluye 10 pacientes ingresados en Complejo Hospitalario de Jaén entre Enero 2009 y Diciembre 2011, que precisaron colocación de prótesis esofágicas auto-expandibles.

Resultados

El 90% de los pacientes que precisaron prótesis esofágica fueron hombres y 10% mujeres, siendo la edad media $70,6 \pm 12,4$ años.

La indicación más frecuente fue neoformación esofágica (90%) frente a estenosis de origen caústico (10%). La estirpe tumoral más frecuente fue Carcinoma Epidermoide en 66,67%.

La prótesis más empleada fue: "Wall-Flex parcialmente recubierta" en 90% de pacientes, con diámetros comprendidos entre 18 mm x 103 mm y 23 mm x 155 mm. La prótesis empleada en estenosis caústica fue "ELA auto-degradable". Las localizaciones fueron: tercio medio en 66,67% de pacientes y 33,33% en tercio inferior.

En todos los casos el procedimiento fue exitoso, evidenciando invasión tumoral en 20% y migración de prótesis en 10% solventada satisfactoriamente, sin objetivar perforación.

Conclusiones

Las prótesis esofágicas auto-expandibles, son un procedimiento útil en el manejo de disfagia maligna, constituyendo un procedimiento sencillo con escasas complicaciones.



P28. PRUEBAS FUNCIONALES EN APARATO DIGESTIVO: DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS (TME) PRIMARIOS POR HIPERMOTILIDAD.

C. González-Artacho, A.M. Matas, P. De la Torre, M.C. García, M. Ruíz-Cabello, J. De Teresa

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

Los TME se caracterizan por la alteración de la función del músculo liso esofágico. Los primarios son aquellos no asociados a ninguna otra situación o enfermedad que pudiera ser su causa.

Objetivos

Analizar la incidencia de TME primarios por hipermotilidad en nuestra población de referencia y sus características.

Métodos

Revisamos, desde 2001 hasta 2011, los diagnósticos de TME tras manometría. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo.

Resultados

Diagnosticamos 130 TME: 65 achaliasias, 47 esfínter esofágico inferior hipertónico (EEIH), 15 espasmo esofágico difuso (EED) y 3 peristalsis sintomáticas. La incidencia fue: 1.23, 0.89, 0.28 y 0.06 por 100000 habitantes/año respectivamente. La edad media fue de 60±5 años. La clínica más frecuente fue la disfagia, más frecuente a sólidos y líquidos que por separado; seguida del dolor precordial. Llama la atención que el 55% de EEIH referían clínica de reflujo gastroesofágico, con pHmetría normal. La endoscopia digestiva (EDA) no fue concluyente en la mayoría y se diagnosticó a uno de neoplasia subcardial.

Conclusiones

- La manometría esofágica es la técnica que permite el diagnóstico de los trastornos motores esofágicos.
- La achalasia es el más frecuente.
- La clínica más frecuente es la disfagia a sólidos y líquidos.
- El papel principal de la EDA es descartar un trastorno secundario (neoplasias, etc)

P29. QUISTES DE CONDUCTOS BILIARES

A. Luque 1, F.J. Castell 2, J.A. Luque 3, A. Garrido 1, J.L. Márquez 1

1 UGC A. DIGESTIVO. H.V. ROCÍO. SEVILLA.
2 UGC RADIODIAGNÓSTICO. H.V. ROCÍO. SEVILLA.
3 UGC RADIODIAGNÓSTICO. H. DE LA. MERCED. OSUNA.

Introducción

Los quistes de los conductos biliares, dilataciones saculares o quísticas que comunican con el árbol biliar, representan una rara entidad clínica. Se consideran 5 tipos (Todani), desde el más frecuente tipo I, dilatación del conducto biliar común hasta el tipo V, enfermedad de Caroli de quistes múltiples intrahepáticos.

Material

Presentamos dos pacientes con quistes biliares, asociados a patología renal.

Caso 1

Mujer de 69 años, con antecedente de nefropatía poliquística e ITU. Asintomática.

Dilatación de colédoco, en su zona media hasta 21 mm, con aflamamiento distal y ligera prominencia conducto páncreas, sin evidencia de coledocolitiasis; quistes renales bilaterales (Ecografía abdominal).

Caso 2

Varón de 30 años. Trasplante renal en 1996 por nefronoptosis y retrasplante en 2007. Desde 2009, crisis compatibles con colangitis. Tratamiento con ciprofloxacino con buena respuesta.

Diagnosticado de E. Caroli y dilatación colédoco 1 cm (Colangio-RMN).

Conclusiones

Estos casos, junto a otros tipos comunicados previamente en Digestivo, muestran enfermedades consideradas de base genética, particularmente en aquellos asociados a la enfermedad poliquística renal y enfermedad de Caroli. Pueden ser asintomáticos o llegar a presentar complicaciones como colangitis, insuficiencia hepática o colangiocarcinoma. El diagnóstico se basa en las técnicas de imagen, ecografía abdominal, RMN o ERCP; y el tratamiento dependerá del tipo de quiste, clínica y complicaciones; con técnicas quirúrgicas desde la cirugía del árbol biliar hasta el trasplante hepático, tratamiento médico y endoscópico.

P30. RENTABILIDAD ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON ANEMIA MICROCÍTICA DERIVADOS DESDE CONSULTA DE HEMATOLOGÍA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

R.M. Gálvez-Fernández, F. Morales-Alcázar, A. García-Robles, S. Jamal-Ismail, R. Martínez-García, E. Baeyens-Cabrera

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

Introducción

La anemia es de las causas más frecuentes de consulta, siendo las microcíticas derivadas a consulta de digestivo para filiar su origen.

Objetivos

Conocer características clínicas de estos pacientes y observar hallazgos endoscópicos más frecuentes.

Métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes diagnosticados de anemia microcítica derivados desde Hematología a Digestivo del CH Jaén, para realización de endoscopia digestiva alta y colonoscopia de Marzo 2010-Marzo 2012.

Resultados

86 pacientes (26 hombres/ 60 mujeres), edad media: 63,3 años. Hemoglobina media 10.88 g/dl y precisaron transfusión sanguínea 8.5%. El 59.6% tomaban fármacos gastrolesivos (31%) y/o padecían patología de base (40%). Se encontró hallazgo endoscópico en 80.3% casos. En EDA se encontraron hallazgos patológicos en 70.4%. Se realizó test ureasa 30%, siendo positivo en mitad de ellos.

Esófago: lo más frecuente fue normalidad endoscópica (49.3%), hernia de hiato (31%) y varices (4.2%).

Estómago: más común fue normalidad endoscópica (56.3%), gastritis agudas o LAMG (19.7%), gastritis crónicas (9.9%) y neoformación (4.2).

Duodeno: normalidad endoscópica alcanzó el 85%, lesiones agudas en 7% y úlceras y neoformación en 1.4%.

En colonoscopia, hallazgos patológicos en 54.9% casos. Hallazgo más frecuente pólipos (12.7%), divertículos (8.5%), otros hallazgos (18.5%), visualizando varias entidades en 15.5% casos.

Conclusiones

La realización de EDA y/o colonoscopia está indicada en todo paciente con anemia microcítica, siempre que se hayan descartado otras causas, no obstante la rentabilidad de estas exploraciones sería mayor si se seleccionaran correctamente los pacientes.

P31. RESISTENCIA A LA INSULINA Y ESTADO INFLAMATORIO: ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE HOMA Y LA PROTEÍNA-C REACTIVA EN PACIENTES CIRRÓTICOS

R. Gallego-Durán, J. Ampuero, C. Cano, B. Figueruela, M.C. Rico, I. Ranchal, H. Pastor-Ramírez, B. Fombuena, M. Romero-Gómez

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

Objetivos

Determinar la relación entre la resistencia a la insulina, la inflamación, las características antropométricas y la disfunción hepática en una cohorte de pacientes cirróticos.

Métodos

Estudio transversal de 46 pacientes cirróticos. Edad media 59.6±7.3 años. Distribución sexos: 76% (35/46) hombres; 24% (11/46) mujeres. Cirrosis, según etiologías:

alcohol 52.3%, virus de la hepatitis C 17.4%, esteatohepatitis 15.3% y 15% otras. La función hepática fue evaluada mediante Child-Pugh (5.6±0.9), MELD (9.1±2.5) y FibroScan® (17.6±17.5). El diagnóstico de la cirrosis se basó en biopsia hepática, y/o parámetros endoscópicos, bioquímicos y ecográficos. Se evaluaron parámetros antropométricos, metabólicos e inflamatorios (principalmente PCR > 5mg/L). Se realizó bioimpedancia a todos los pacientes.

Resultados

Encontramos una asociación entre el índice HOMA-IR y PCR (r=0.34; n=43; p=0.03). La hiperinsulinemia fue asociada con el estado pro-inflamatorio: pacientes con insulina ≥ 20μU/mL mostraron mayores niveles de PCR que los pacientes con insulina ≤ 20μU/mL (14 ± 30.7 mg/L vs 3.1 ± 2.5 mg/L; p=0.05). Además, pacientes con hiperinsulinemia presentaron PCR elevada en el 33%, mientras que en aquellos con niveles de insulina inferiores sólo se encontró que estaba alterada en un 19% (p=0.05). No hubo asociación entre HOMA-IR y el IMC, obesidad visceral, masa libre de grasa, masa grasa y masa muscular. La disfunción hepática no se asoció con HOMA-IR, así como la rigidez hepática no se relacionó con disturbios metabólicos.

Conclusiones

HOMA-IR parece estar alterado en pacientes cirróticos como resultado del estado inflamatorio, más que las alteraciones antropométricas o disfunción hepática.

P32. SÍNDROME DE BURIED BUMPER, UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA PEG

C.M. Ruiz, A. Abalades, M. Rivas, M. Brunely, A. Calle, A. Viejo, A. Naranjo.

U. G. C. APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

Resumen

El síndrome de Buried Bumper se caracteriza por erosión del tope interno de la sonda de gastrostomía y migración a través de la pared gástrica alojándose en cualquier lugar entre la pared gástrica y la piel. Es una complicación tardía y poco frecuente. Presentamos el caso de una mujer de 78 años portadora de sonda de gastrostomía desde hace nueve meses por disfagia orofaríngea de origen neurológico. Acude a urgencias por rebosamiento de alimento por peritubo de la sonda y dificultad de su movilización. A la exploración flujo blanquecino y eritema circunferencial periostomía con dolor a la palpación, dificultad para la movilización de la sonda impresionando de adherencia en planos profundos. La endoscopia identifica en cara anterior del cuerpo gástrico una cavidad donde se encuentra enterrado el tope interno de

la sonda de gastrostomía. Se intenta la retirada del mismo vía endoscópica sin éxito, por lo que se retira por tracción externa. Se coloca nueva sonda de gastrostomía e iniciamos antibioterapia, sin resolución del cuadro, con necesidad de retirada tras nueva recidiva. Es importante prevenir este tipo de complicación con cuidados adecuados de la PEG. Limpieza y comprobación periódica de rotación sobre su eje, evitando tracción externa, son las medidas más aceptadas. La opción terapéutica de esta complicación no está protocolizada.



P33. TOLERANCIA A LA COLONOSCOPIA BAJO SEDACIÓN CON MIDAZOLAM Y PETIDINA

I. Grilo-Bensusan, E. Gómez-Delgado, M. Cañas-Blanco, V. Arjona-Pérez, I. Ruz-Segura, R. Navarro-López

HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCJA. APES BAJO GUADALQUIVIR.

Objetivos

Analizar la tolerancia a la colonoscopia usando midazolam y petidina y factores asociados.

Métodos

Estudio retrospectivo entre febrero de 2007 y diciembre de 2009. Se registró la tolerancia apreciada por el endoscopista y la enfermera de manera cualitativa buena (buena o excelente) y mala (regular, mala o pésima).

Resultados

Se registraron un total 1037 colonoscopias en los que la indicación era una colonoscopia total, existiendo complicaciones en 4,2% pacientes.

La tolerancia apreciada por el endoscopista fue buena en 82,8% casos y según la enfermera en 84%. Se asoció una peor tolerancia, con diferencias estadísticamente

significativas, al género femenino, al antecedente de cirugía abdominal, al endoscopista, a una peor preparación, a una mayor dificultad, a un menor peso, a una mayor dosis de petidina, a una mayor duración de la exploración, a una menor tasa de colonoscopias completas, realización de ileoscopias y toma de biopsias. En el estudio multivariante, el menor peso, la preparación inadecuada y la mayor dificultad apreciada por el endoscopista mantenían dicha asociación estadísticamente significativa.

Conclusiones

La tolerancia es buena en la mayoría de los pacientes sometidos a una colonoscopia bajo sedación con midazolam y dolantina con una baja tasa de complicaciones.

Un menor peso, una peor preparación y una mayor dificultad de la exploración se relacionaron con una peor tolerancia.

Una peor tolerancia se asoció con una mayor tasa de colonoscopias incompletas y menor número de biopsias.

| | TOLERANCIA MALA | TOLERANCIA BUENA | SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (p) |
|--|-----------------|------------------|-------------------------------|
| Sexo (mujer) | 104/170 (61,2%) | 404/820 (49,3%) | 0,005 |
| Edad (mediana,años) | 58 | 53 | 0,116 |
| Peso | 70 | 77 | <0,001 |
| Antecedente de cirugía | 84/167 (50,3%) | 341/814 (41,9%) | 0,046 |
| Colonoscopia previa | 65/167 (38,9%) | 306/812 (37,7%) | 0,764 |
| Médico realizador | | | <0,001 |
| Ileoscopia | 49/170 (28,8%) | 286/820 (34,9%) | 0,129 |
| Biopsia | 96/170 (56,5%) | 540/820 (65,9%) | 0,020 |
| Polipectomía con diatermia | 21/170 (12,4%) | 87/817 (10,6%) | 0,517 |
| Hasta ciego | 117/170 (68,8%) | 722/820 (88%) | <0,001 |
| Exploración difícil | 76/131 (58%) | 86/653 (13,2%) | <0,001 |
| Preparación buena | 117/168 (69,6%) | 648/819 (79,1%) | 0,007 |
| Tiempo de exploración (mediana, minutos) | 30 | 26 | <0,001 |
| Dosis de midazolam (media, mg) | 1,694 | 1,594 | 0,227 |
| Dosis de petidina (media, mg) | 39,440 | 35,365 | 0,023 |

P34. UTILIDAD DE INFILIXIMAB EN EL BROTE AGUDO MODERADO-GRAVE DE COLITIS ULCEROSA REFRACTARIA A TRATAMIENTO ESTEROIDEO

E. Leo, C. Márquez-Galisteo, M.D. De la Cruz, V. Ciria, C. Trigo, J.M. Herrera, J.L. Márquez-Galán

UGC APARATO DIGESTIVO. HU VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Objetivos

Conocer la eficacia de infliximab (IFX) para control del brote moderado-severo de colitis ulcerosa (CU) refractaria a esteroides y factores que influyen en la respuesta.

Métodos

Análisis retrospectivo de 19 pacientes con brote moderado-grave de CU corticorefractaria tratados con IFX.

Analizamos características de CU, tratamientos utilizados y evolución de la CU tras el tratamiento con infliximab, con especial atención en la necesidad de colectomía.

Resultados

El tiempo medio de evolución de CU es 69,8 meses, siendo 3 brotes de debut. Diecisiete son colitis extensas. El 58% toman azatioprina junto a IFX.

La tasa de colectomía al año es del 16% (3/19), todas los 2 primeros meses. En el resto el tratamiento es eficaz, precisando 2 pacientes intensificación del tratamiento. El 63% (12/19) de los pacientes están libres de esteroides el primer año de seguimiento.

Seguimiento final de 33,79 meses, en este tiempo un paciente más (total 4/19 -21%-) precisa colectomía.

La respuesta al tratamiento no se relaciona con características de CU ni con la asociación de azatioprina, pues si bien entre los pacientes en los que no se asocia la colectomía es superior (30 vs 0%) se debe a cirugía precoz que impide añadir tiopurinas.

Conclusiones

IFX evita colectomía en más del 80% de CU moderada-grave corticorefractaria, concordante con la literatura y similar a ciclosporina. Su mantenimiento a largo plazo evita la colectomía demorada e incluso la necesidad de esteroides. No encontramos factores que empeoren la respuesta.

P35. VALIDACIÓN DEL FIBROMAX Y EL NAFLDScore EN UNA COHORTE DE PACIENTES ESPAÑOLES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA POR DEPÓSITO DE GRASA NO ALCOHÓLICA (EHGNA)

R. Gallego-Durán 1, M.J. Pareja 1, I. Ranchal 1, J. Ampuero 1, I.M. Camacho 7, P. Chaves 7, G. Fernández 7, R. Aparcero 1, C. García-Monzón 3, R.J. Andrade 2, J. Crespo 6, J. Caballería 5, J.L. Calleja 4, M. Romero-Gómez 1

1 UNIDAD DE GESTIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y CIBEREHD. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA. 2 HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA, ESPAÑA. 3 HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA, MADRID, ESPAÑA. 4 HOSPITAL PUERTA DE HIERRO, MADRID, ESPAÑA. 5 HOSPITAL CLINIC, BARCELONA, ESPAÑA. 6 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALDECILLA, SANTANDER, ESPAÑA. 7 UNIDAD DE BIOQUÍMICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

Objetivo

Analizar la utilidad de varios métodos no invasivos disponibles (FibroMAX® y NAFLD-Fibrosis-score®) en la práctica clínica en pacientes diagnosticados de EHGNA.

Métodos

49 pacientes diagnosticados de EHGNA (mediante biopsia) fueron incluidos (61% hombres, edad media 49±13 años, 53% síndrome metabólico). Para evaluar la biopsia hepática se utilizaron las escalas Kleiner y el NAS-score. El 30% (15/49) presentaban NAS-score<4 y el 79%(39/49) fibrosis significativa (F2-F4).

El test FibroMax® fue calculado analizando el sexo, la edad, peso, IMC, alfa-2-macroglobulina, haptoglobina, apolipoproteína A1, bilirrubina, GGT, ALT, AST, glucosa en ayunas, colesterol total y triglicéridos. Los datos obtenidos fueron FibroTest (0.37±0.27), SteatoTest (0.61±0.21), NashTest (0.50±0.17) y la media del NAFLD-Fibrosis-score fue -2.08±1.53.

Resultados

El coeficiente de correlación Spearman entre la fibrosis medida con la escala Kleiner y el FibroTest fue $r=0.36$, $p=0.01$; NAFLD-Fibrosis-score $r=0.335$, $p=0.03$. El área bajo la curva ROC (AUROC) para la predicción de la fibrosis avanzada fue de 0.89 (95% CI: 0.80-0.99) para el FibroTest y 0.83 (95% CI: 0.63-1.0) para el NAFLD-Fibrosis-score. Para discriminar fibrosis significativa, el AUROC fue de 0.66 (95% CI: 0.50-0.82) para FibroTest y 0.61 (95% CI:

0.41-0.82) para NAFLD-Fibrosis-score. Un paciente (1/39; 2.56%) mostró fibrosis avanzada y un FibroTest<0.58 y 1/25 (4%) mostró fibrosis avanzada, siendo su NAFLD-Fibrosis-score inferior a -1.455. El AUROC para el diagnóstico NAFLD usando el NashTest fue 0.70 (95%CI: 0.53-0.87). 8/8 (100%) pacientes con un NashTest=0.75 mostraron un NasScore >4. SteatoTest mostró un AUROC de 0.67 (95%CI: 0.46-0.89).

Conclusiones

Fibrotest® es un método no invasivo útil para descartar la fibrosis avanzada y para confirmar esteatohepatitis en pacientes con EHGNA. El FibroTest® es ligeramente mejor que el NAFLD-Fibrosis-score® prediciendo fibrosis avanzada, no obstante, ambas pruebas son fáciles de realizar y permiten una monitorización sencilla.