

COMUNICACIONES ORALES

Sesión General II

8. METFORMINA REDUCE LOS NIVELES DE AMONIO PLASMÁTICO EN RATAS CON DERIVACIÓN PORTOCAVA

A.I. Gómez-Sotelo¹, I. Ranchal¹, J. Ampuero¹, J.A. del Campo¹, J.D. Bautista², A. Galindo-Galindo¹, M. Romero-Gómez¹,

¹UNIDAD DE MEDICOQUIRÚRGICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y CIBERHED. HOSPITAL DE VALME. ²DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA MOLECULAR. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

Objetivos

La metformina se ha asociado con menor riesgo de desarrollar encefalopatía hepática y parece tener un efecto de inhibición parcial de la glutaminasa en células Caco2 (Ampuero et al. PLOS2012).

Material y métodos

Se emplearon 24 ratas macho Wistar. Se realizó anastomosis portocava según técnica de Numata (Numata. Microsurgery 1983). Los animales fueron divididos en dos grupos: Grupo 0 (n=12) no recibió medicación; Grupo 1 recibió 30mg/Kg p.c. de metformina v.o. 1 vez al día. Los animales se sacrificaron cuatro semanas tras la cirugía y la amoniemia fue medida (Roche Diagnostic, Germany 18,7-102 µg/dl).

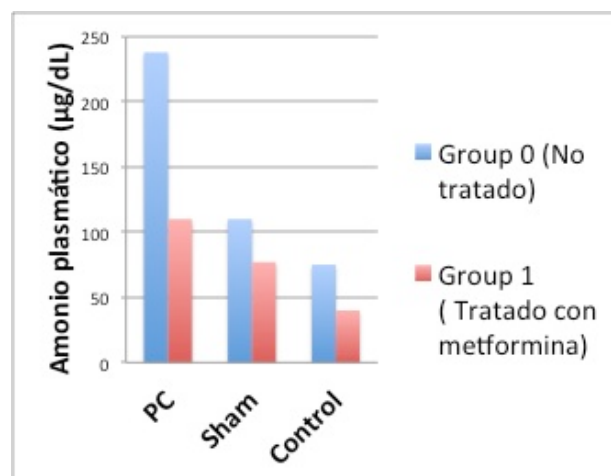
Se realizó análisis estadístico empleando el test U-Mann Whitney, ANOVA y coeficiente de Spearman's.

Resultados

Los niveles de amonio a las 4 semanas fueron inferiores en el grupo de animales tratados con metformina (73±41 µg/dl vs. 142±115 µg/dl; p<0.05). En ratas con derivación portocava (PC) no-tratadas los niveles de amonio fueron 238±166 µg/dL y de 110±49 en las PC tratadas con metformina. Las ratas PC tratadas con metformina mostraron niveles de amonio similares a las ratas sham no tratadas (110±49 µg/dL vs. 110±32 µg/dL; p=1).

Conclusiones

El tratamiento con metformina durante 2 semanas disminuye la hiperamoniemia en las ratas con derivación portocava. La metformina podría reducir la respuesta inflamatoria asociada a la hipersinsulinemia y modular la actividad glutaminasa. El tratamiento con metformina podría ser un abordaje prometedor en el manejo de pacientes cirróticos con encefalopatía hepática.



9. NUEVO MODELO DE PREPARACION PARA ESTUDIO CAPSULOENDOSCOPICO CON PEG + ACIDO ASCORBICO COMO UNICO AGENTE DE PREPARACION Y REFUERZO

V.A. Jiménez, F. Argüelles, J. Romero, F. Pellicer, A. Caunedo, J.M. Herreras

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA, SEVILLA, ESPAÑA.

Objetivo

Evaluar el grado de limpieza colónica y tasa de excreción de la CCE de 2da generación (PillCam Colon 2) utilizando como régimen de preparación y refuerzo Polietilenglicol (PEG) + Acido Ascórbico.

Métodos

Estudio prospectivo y unicéntrico de pacientes que tenían indicación para estudio mediante CCE. La preparación consistió en la administración de 1 litro de solución PEG + Ascórbico entre las 19 y las 21h del día -1. El día de la prueba los pacientes ingirieron otro litro de PEG + Ascórbico entre las 07.00 y las 08.00hrs, y a partir de entonces ayuno hasta la ingestión de la cápsula a las 09.00hrs. Posteriormente los refuerzos se indicaron en los horarios habituales con 0,5 litros de PEG + Ascórbico. Se analizó: limpieza colónica global y por tramos (escala de Leighton), porcentaje de exploraciones completas, tiempos de tránsito colónico (TTC) y excreción de CCE.

Resultados

Se incluyeron 25 pacientes (14M/11H; 49.24±13.18 años). Las indicaciones fueron: Cribado de CCR 17/25 (68%), Control/Sospecha EII 4/25 (16%), Control de Enfermedad Celiaca 1/25 (4%), HDOO 1/25 (4%), Anemia crónica 1/25 (4%) y Diarrea crónica 1/25 (4%). La limpieza colónica global fue Excelente-Buena en 18/25 casos (72%). El tiempo total de las exploraciones fue de 413,37 ±199.08 min y el TTC fue de 187.36 ±153.73 min. Se excretaron durante la vida de la batería 20/25 CCE (80%).

Conclusiones

El régimen propuesto con PEG + Ascórbico como agente de preparación-refuerzo es adecuado en términos de propulsión, sin embargo este régimen podría modificarse en estudios posteriores para obtener aún mejores tasas de limpieza.

10. ESTUDIO DE PREVALENCIA, INCIDENCIA, SUPERVIVENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ESÓFAGO DE BARRETT Y ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE ESPAÑA TRAS 15 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Q Arroyo-Martínez¹, M Rodríguez-Téllez¹, A Flores¹, A García-Escudero², R González-Cámpora², F Pellicer-Bautista¹, JM Herrerías-Gutiérrez¹, A Caunedo-Álvarez¹

1UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.
2UNIDAD DE GESTIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

El presente trabajo involucra un análisis pormenorizado de los últimos 15 años en lo que respecta al EB y el ACE, su incidencia, prevalencia y factores de riesgo. Se trata de un estudio muy amplio, con resultados interesantes que ayudan a una mejor comprensión y abordaje de la patología esofágica, a la vez que estimula la creación de nuevas líneas de investigación encaminadas a seleccionar aquellos pacientes que se beneficiarían de un seguimiento clínico-endoscópico más estrecho a fin de evitar gastos y gastos innecesarios.

Objetivos

Evaluar la incidencia del Esófago de Barrett (EB) y del Adenocarcinoma de Esófago (ACE) en los últimos años, los FR relacionados con la aparición y progresión de la displasia.

Métodos

Abarca desde enero de 1996 a marzo de 2011. Se revisaron biopsias endoscópicas e histórico desde Anatomía patológica. Siguiendo el comportamiento histológico los pacientes fueron divididos en: Grupo 1: "EB sin displasia" (EBS), Grupo 2: "EB con displasia estable" (EBDE), Grupo 3: "EB con progresión de la displasia" (EBPD) y Grupo 4: "ACE".

Resultados

Se analizaron 430 pacientes, 338 con EB y 92 con ACE. La TI pasó de 2,25 y 1,25 por 100 000 habitantes en 1996 a 6,5 y 4,75 en 2011, en EB y ACE respectivamente. Observamos una mayor proporción de varones, mayor edad, tabaquismo e ingesta etílica en el grupo ACE respecto al grupo EB. La supervivencia del

ACE tuvo una media de 23 meses, el grupo "EBPD" obtuvo la mayor supervivencia, no hubo fallecimientos relacionados con el EB en los grupos EBS y EBDE.

Conclusiones

Existe una mayor incidencia y prevalencia tanto del EB como del ACE en los últimos años. Como FR encontramos el sexo masculino, mayor edad, consumo de alcohol y tabaco. El EB largo (>3 cms) está implicado en la progresión del EB. La enfermedad cardiovascular y neoplásica no esofágica han sido las principales causas de mortalidad en los pacientes con EB. El diagnóstico de ACE ha sido, mayormente, como debut de la enfermedad neoplásica.

11. PREVALENCIA DE RESISTENCIA PRIMARIA DE HELICOBACTER PYLORI (HP) A CLARITROMICINA (CLA) Y LEVOFLOXACINO (LF) EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA

JM Navarro-Jarabo¹, N Fernández-Moreno¹, Fernández-Sánchez¹, F Casado-Caballero¹, A Hervas-Molina², JJ Puente-Gutiérrez³, C Rodríguez-Ramos⁴, H Pallarés-Manrique⁵, A Pérez-Aisa, N Montiel Quetzel

1AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. MARBELLA.
2HOSPITAL CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA.
3HRU REINA SOFÍA. CORDOBA.
4AGENCIA SANITARIA ALTO GUALDALQUIVIR. ANDÚJAR.
5HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.
6HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMENEZ. HUELVA.

Introducción

Los resultados en la erradicación de HP con la pauta OCA dependen fundamentalmente de la resistencia primaria del HP a los antibióticos. La conferencia de Consenso de Maastricht IV recomienda la implementación de programas de vigilancia de ámbito regional para detectar resistencia primaria a CLA. En nuestra comunidad hay escasez de datos contrastados, y por tanto, nos proponemos determinar la tasa de resistencia primaria a CLA y LF.

Material y métodos

Estudio de prevalencia transversal realizado en 6 hospitales de Andalucía. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, con edades entre 18-80 años, sometidos a endoscopia de la que se tomaron biopsias gástricas, y no tratados previamente con tratamiento erradicador. La resistencia a CLA (CLA-r) y LF (LF-r) se determinó mediante análisis genómico por PCR: Mutaciones de gen 23sRNA para CLA-r y del gen gyrA para LF-r.

Resultados

Se analizaron 405 muestras gástricas de sendos pacientes. CLA-r se detectó en 73 pacientes (18%); CI95%: 14,158-21,892.

LF-r se detectó en 54 (13.3%); CI95% 9.899-16,767. Se encontró Heteroresistencia (HR) con ambos antibióticos: CLA-r 37/73 (50.6%) y LF-r 28/54 (51.8%). Se encontró variabilidad para la CL-r entre los distintos centros, con variaciones entre el 10 y el 27%, (p 0.04). No se encontró variabilidad para LF-r.

Conclusiones

Nuestra tasa de resistencia primaria a claritromicina y levofloxacino es elevada y se debería replantear el tratamiento de primera línea. La resistencia a claritromicina no es homogénea en toda la comunidad. Es necesario realizar más estudios para verificar el impacto clínico que tienen la heteroresistencia.

	n	CL-R	C-HR	Q-R	Q-HR
Andújar	52	1 (1.9%)	5 (9.6%)	3 (5.8%)	5 (9.6%)
Cádiz	30	2 (6.7%)	4 (13.3%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)
Córdoba	100	4 (4%)	6 (6%)	8 (8%)	8 (8%)
Granada	100	16 (16%)	11 (11%)	5 (5%)	4 (4%)
Marbella	89	11 (12.4%)	6 (6.7%)	6 (6.7%)	7 (7.9%)
Huelva	34	2 (5.7%)	5 (14.7%)	3 (8.8%)	3 (8.8%)

12. ESCALA ONUBA-MONTH: HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA PARA DECIDIR EL REGIMEN TERAPÉUTICO A SEGUIR (BITERAPIA O TRIPLE TERAPIA)

FM Jiménez-Macías¹, PG Casado Monge¹, H Pallarés Manrique¹, JM Vázquez Morón¹, B Benítez¹, M Ramos Lora¹, E Pujol de la Llave²

1UNIDAD DE HEPATOLOGÍA.
2SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Objetivos

El modelo predictivo actual para la terapia antiviral dual en pacientes con hepatitis crónica C genotipo 1 (CHC-1) tiene un escaso valor predictivo negativo con incapacidad de definir en fases muy precoces de terapia qué pacientes tienen escasas posibilidades de curarse.

Material y métodos

Estudio prospectivo, randomizado a doble ciego, que incluyó 99 pacientes con CHC-1, que fueron aleatorizados a recibir una 1ª dosis de inducción enmascarada de interferón pegilado (PDIIP=360 µg) vs dosis estándar más ribavirina. Seleccionamos aquellos pacientes que habían superado la 1ª regla de parada de

las Escalas Onuba y dependiendo de la cinética lipídica presentada durante el 1º mes de terapia antiviral, calculamos las puntuaciones de los pacientes para ver si presentaban o no un metabolismo lipídico favorable (MLF).

Resultados

Aquellos sujetos que presentaron un MLF, alcanzaron mayores tasas de RVS: 78,8% vs 36,2%; OR 6,6, 95% CI (2,7-16,1); p<0,0001. Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del modelo fue respectivamente: 94,1%, 93,8%, 94,1% and 93,8%. Rango de puntuaciones: (+17)-(-18) puntos. Ningún paciente con puntuación en la EOM menor o igual a 0 alcanzó una RVS. Por tanto, TAD podría haberse suspendido al final del 1º mes de terapia en el 46% sujetos: 93,6% de los no-respondedores, generando un potencial ahorro económico.

Conclusiones

Las 3 escalas Onuba, calculadas en 3 momentos distintos podría ser la herramienta diagnóstica más potente y precoz para pacientes con CHC-1, al detectar al 93,6% de los sujetos que no alcanzarán la RVS.

13. POTENCIAL AHORRO ECONÓMICO QUE GENERARÍA LA ESCALA ONUBA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA PARA TOMA DE DECISIONES EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA C G1

FM Jiménez-Macías¹, M Prada Peña², A Camacho³, J Gómez³, M Ramos Lora¹, E Pujol de la Llave²

1UNIDAD DE HEPATOLOGÍA
2UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE DOCUMENTACIÓN
3SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Objetivos

El coste medio de la terapia antiviral dual (TAD) para pacientes CHC-1 oscilaba entre 7000-9000 € por paciente, mientras que el coste promedio de la triple terapia puede oscilar entre 35,000 y 45,000 € por paciente, siendo este último régimen terapéutico responsable de acontecimientos adversos nuevos. Calculamos el potencial ahorro económico que podría derivarse de la aplicación de las Escalas Onuba en la práctica clínica.

Material y métodos

Este estudio aleatorizado a doble ciego incluyó 99 pacientes con hepatitis crónica C genotipo 1. Calculamos los costes directos reales derivados de tratar a esos pacientes (terapia antiviral, consumo de EPO y Filgastrim, consultas médicas) y posteriormente calculamos los potenciales ahorros de emplear las Escalas Onuba.

Resultados

Nuestro modelo hizo un pronóstico correcto en el 94% de los sujetos tratados. Usando las puntuaciones obtenidas en las escalas BASAL y WEEK, la terapia dual podría haber sido suspendida en la 1ª semana en el 21% sujetos (potencial ahorro 164971 €) y en la 4ª semana tras aplicar la escala MONTH: potencial ahorro 227820 € en otro 25% adicional). El ahorro total que se hubiera alcanzado: 376991 €, gracias a la suspensión precoz de la terapia dual.

Conclusiones

Las escalas Onuba podrían ser potentes y costo-eficientes herramientas para pacientes CHC-1. La implantación de éstas en la práctica clínica probablemente generaría un significativo ahorro de recursos sanitarios, definiendo en las primeras semanas de terapia, cuáles se curaran con terapia dual, ahorrando recursos, y evitando interacciones, resistencias y costes innecesarios.

14. IMPORTANCIA DE LA INTOLERANCIA DE HIDROCARBONADOS LACTOSA, FRUCTOSA Y SORBITOL EN PACIENTE CON DIARREA CRÓNICA, DISTENSIÓN Y/O DOLOR ABDOMINAL

A. Martínez- Alcalá1, F. Martínez- Alcalá1, C. Martínez- Alcalá1, JM Perez1, C. Almeida2, F. Martínez1

1CENTRO ANDALUZ DE GASTROENTEROLOGÍA INTEGRAL, SEVILLA.

2BIOESTADÍSTICA. UNIDAD DE ESTADÍSTICA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN FISEVI. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA.

Introducción

Las diarreas crónicas acompañadas de distensión y/o dolor abdominal se estima que afecta hasta el 30% de la población y motivan la realización de numerosos estudios consumiendo una gran cantidad de recursos. Entre el 12 y el 28% según las series están relacionadas con intolerancia a la lactosa.

Objetivos

Evaluar la incidencia de intolerancia hidrocarbonada a lactosa, fructosa y sorbitol en pacientes con diarreas, dolor y/o distensión abdominal.

Método

Hemos estudiado 100 pacientes con esta sintomatología realizándoles el estudio de intolerancia hidrocarbonada mediante test de H2 espirado tras la sobrecarga oral del carbohidrato correspondiente. Valoramos diagnósticos de EII, SII, cirugía digestiva previa tratamientos ansiolíticos/antidepresivos, IBP, hormonas tiroideas, proquinéticos y consumo de alcohol y tabaco.

Resultados

El 43 % de los pacientes presentaban intolerancia a lactosa, el 34 % a sorbitol y el 20% a fructosa. Los pacientes en tratamiento con IBP han presentado una mayor incidencia de intolerancia a la lactosa (53% frente al 38%) Entre los paciente que presentaban Test lactosa positivo (TLP) el 45 % presentaban además test de sorbitol positivo y un 30% presentaron el test de fructosa positivo.

Conclusiones

Observamos una incidencia significativa de intolerancia hidrocarbonada no solo a lactosa sino también a fructosa y sorbitol. Por lo que parece indicado su estudio en este grupo de pacientes. En nuestra serie la incidencia de intolerancia a la lactosa es superior en el subgrupo tratado con IBP.

COMUNICACIONES ORALES

Sesión General III

15. REGULACIÓN DE LA SEÑAL DE MUERTE CELULAR POR SORAFENIB EN EL CARCINOMA HEPATOCELULAR. PAPEL DE LOS GENES DE LA FAMILIA DE P53.

AJ De la Rosa1, AM Baturone1, ML Portero1, J Herrerías1, S Pereira1, L Barrera2, M Rubio2, V Gómez2, G Jiménez2, J Tinoco2, D Aparicio2, J Ramírez3, JM Alamo2#, C Bernal2, J Serrano2, G Suárez2, LM Marín2, JL Márquez4, MA Gómez2#, FJ Padillo2#, J Muntané2#

1INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA (IBIS). HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DEL ROCÍO"/CSIC/ UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

2DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL. INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA (IBIS), HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DEL ROCÍO"/CSIC/ UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

3DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA (IBIS), HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DEL ROCÍO"/CSIC/ UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

4SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA (IBIS), HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DEL ROCÍO"/CSIC/ UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

#CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD).

Objetivos

Sorafenib es un inhibidor multiquinasa que reduce la proliferación y angiogenesis tumoral. El estudio evalúa la actividad pro-apoptótica de Sorafenib.

Métodos

Se utilizaron muestras de hepatocarcinoma (HCC) de diversas etiologías, así como diversas estrategias experimentales in vitro e in vivo para evaluar el efecto de Sorafenib en la señal de