

C8. VALIDACIÓN FUNCIONAL DEL SNP RS6105269 EN LA ENFERMEDAD DE CROHN.

Aguilar Melero, P; Ferrín, G; Benítez-Cantero, JM; Iglesias Flores, E; Salgueiro, I; García, MA; García Sánchez, V.

IMIBIC/HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA.

Objetivos

En la actualidad, la enfermedad de Crohn (EC) es una de las enfermedades inflamatorias intestinales cuya incidencia está aumentando, llegando a presentar una prevalencia en Europa de 70 casos/100.000 habitantes. Se sabe que tiene un origen multifactorial, y que es la interacción entre factores genéticos y ambientales la que desencadena su aparición. Pese a los numerosos estudios genéticos que han identificado polimorfismos de susceptibilidad a EC, hasta la fecha sólo se ha logrado explicar un 20% del componente hereditario de la enfermedad. Esto hace patente la necesidad de identificar nuevos polimorfismos y, sobre todo, validar qué genes son los verdaderos responsables de la enfermedad. El polimorfismo rs6105269 (G/A), se ha asociado con un mayor riesgo de sufrir la EC. El objetivo de nuestro estudio es analizar los genes más cercanos al mismo (MACROD2 y FLRT3) para comprobar si afecta a la expresión de alguno de ellos y puede ser utilizado como biomarcador pronóstico.

Materiales y métodos

Se han reclutado 95 pacientes con EC, cuyo genotipo para el SNP rs6105269 ha sido secuenciado. Mediante ELISA, se han cuantificado los niveles plasmáticos de las proteínas MACROD2 y FLRT3, en los tres grupos de pacientes correspondientes a los tres genotipos posibles para este SNP (AA, AG y GG). Además, se han analizado las diferencias estadísticas de diversas características demográficas, clínicas y analíticas entre los tres grupos de pacientes, mediante el programa SPSS.

Resultados

La proteína MACROD2 está significativamente disminuida en el plasma de pacientes con genotipo AA (AA: 851 ng/ml, GG: 1372 ng/ml, AG: 907 ng/ml), mientras que la proteína FLRT3 tiende a estar incrementada en estos pacientes. Además, el 43% de los pacientes AA tienen antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal (GG 12 %, AG 9%), lo que sugiere que en su caso el componente genético es un factor de riesgo importante. El genotipo AA, se asocia con patrones estenosantes y fistulizantes de la enfermedad (AA 80% pacientes, GG 47% y AG 38%, $p=0,02$) y con niveles más elevados de marcadores inflamatorios tal como la PCR (AA: 22,5 ng/ml, GG: 3,8 ng/ml, AG: 4,2 ng/ml, $p=0,02$).

Conclusiones

El genotipo AA del SNP rs6105269 disminuye la expresión de MACROD2 en plasma de pacientes con EC, produciendo una mayor inflamación y contribuyendo a un patrón más agresivo de la enfermedad. Dicho polimorfismo podría utilizarse como marcador pronóstico de la enfermedad, pero se necesitan más estudios que ayuden a conocer las funciones biológicas de esta proteína.

COMUNICACIONES ORALES

Sesión General II

C9. CARACTERÍSTICAS Y FACTORES PREDICTORES DEL CÁNCER COLORRECTAL DE INTERVALO: ESTUDIO POBLACIONAL.

Muñoz García-Borrueal, M; Serrano Ruiz, FJ; Moreno Rincón, E; Pérez Medrano, I; Naranjo Rodríguez, A; Pleguezuelo Navarro, M; Casáis Juanena, LL; Hervás Molina, AJ

HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) constituye el tumor más frecuente en el mundo occidental y es la segunda causa de muerte por cáncer, con una incidencia de 440.000 casos y 210.000 muertes cada año en Europa. La calidad de la colonoscopia es punto clave para asegurar la prevención del cáncer colorrectal. El riesgo de CCR tras colonoscopia previa negativa es bajo, aunque el CCR de intervalo ocurre.

Objetivos

Investigar la incidencia de CCR de intervalo en una población de Andalucía Occidental en un período de diecisiete años, así como analizar las características y los factores predictores asociados al CCR de intervalo.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo sobre población sometida a colonoscopia entre 01-01-1997 y 30-06-2014. Datos extraídos de bases informatizadas. Se analizaron variables demográficas (edad, sexo, antecedentes personales y familiares), características de colonoscopia diagnóstica de CCR y de las previas y lesiones encontradas (tamaño, localización, histología). Se aplicó t-Student para comparar variables cuantitativas y Chi cuadrado para categóricas (SPSS), considerando significación estadística $p<0,05$.

Resultados

Realizadas colonoscopias a 33.755 pacientes diagnosticándose 1.814 CCR (figura 1): 115 pacientes 6,34% tenían colonoscopia en los 10 años previos (16(0,88%) un año, 65(3,58%)3 años, 90(4,96%) en 5 años previos). Media: 38,53 meses (6,1-59,9). Colonoscopias en 10 años previos al diagnóstico CCR (tabla 1): 76,5% preparación de colon adecuada.15,7% de adenomas en mismo segmento que el CCR, 72,2% sésiles, 77,7%>10mm, 38,8% vellosos y 33,3% con displasia de alto grado. Se realizaron 8 polipectomías en fragmentos. El 50,4% de pacientes se había realizado más de 1 colonoscopia en los 10 años previos al diagnóstico de CCR. 68 pacientes sin pólipos en anteriores colonoscopias y en las que se realizó polipectomía, 11,2% eran adenomas >10mm, 15,7% vellosos y 12,2% con displasia de alto grado. Comparando los pacientes con CCR intervalo con el resto (tabla 2): presentaban edad más avanzada (72,18±11,04 vs 70,02±11,35 años, $p=0,048$), más antecedentes familiares de CCR (16,5% vs 9,8%, $p=0,022$),

neoplasias de localización más proximal (colon derecho) (32,2% vs 15,7%, $p<0,001$) y estadio menos avanzado al diagnóstico (0:12,2% vs 6,1%, IV:16,5% vs 22,5%, $p:0,051$).

Conclusiones

La tasa de CCR intervalo a 10 años fue del 6,34 %, la mitad diagnosticados en los 3 años siguientes a una colonoscopia, pudiendo ser lesiones no diagnosticadas en exploración previa o extirpación incompleta. Edad avanzada, antecedentes familiares y localización proximal fueron factores relacionados con CCR intervalo.

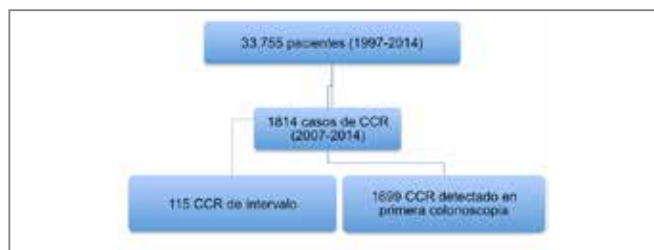


Figura 1: Diagrama de flujo del estudio.

Preparación (%)	Adecuada 88 (76,5)	Inadecuada 24 (20,9)	----
Pólipos mismo segmento (%)	SI 18 (15,7)	NO 89 (77,4)	No valorable 7 (6,1)
AP pólipo (%)	Tubular 9 (7,8)	Velloso 7 (6,1)	----
Tipo pólipo	Sésil 13 (11,3)	Pediculado 5 (4,3)	----
Tamaño pólipo (mm.)	<10 6 (2,4)	10-19 8 (3,2)	>20 5 (2)
Displasia	Bajo grado 10 (8,7)	Alto grado 6 (5,2)	----
Método extirpación	Pinza fría 3 (2,6)	Pinza caliente 1 (0,9)	Asa diatermia 10 (8,7)

Tabla 1: Características de las colonoscopias previas.

		CCR intervalo	CCR en primera colonoscopia	p
n (%)		115	1699	-
Edad (años ± DT)		72,18±11,04	70,02±11,35	0,048
Sexo (H/M)		(67/48)	(1081/618)	ns
Antecedentes familiares (%)	Si No S.familiar	19 (16,5) 96 (83,5)	167 (9,8)	0,037
Estadio tumoral al diagnóstico (%)	Estadio 0 Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV	14 (12,2) 15 (13) 28 (24,3) 39 (33,9) 19 (16,5)	103 (6,1) 170 (10) 471 (27,7) 572 (33,7) 383 (22,5)	0,051
Localización de la lesión	Recto C. izquierdo Transverso C. derecho	28 (24,3) 30 (26,1) 20 (17,4) 37 (32,2)	546 (32,1) 658 (38,7) 229 (13,5) 266 (15,7)	0,000

Tabla 2: Comparación entre el grupo de pacientes con CCR de intervalo y los pacientes diagnosticados de CCR en la primera colonoscopia.

C10. COMPARACIÓN DE TERAPIAS OPTIMIZADA Y CONCOMITANTE EN LA ERRADICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI.

González-Bárceñas ML 1; García-Gavilán MC 1; Fernández-Moreno N 1; Navarro-Jarabo JM 1; Rivas-Ruiz F 2; Pérez-Aisa A1

UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, MARBELLA, MÁLAGA1
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, MARBELLA, MÁLAGA2

Introducción

La disminución de la tasa de erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) <80% en los últimos años en zonas con alta resistencia a claritromicina ha planteado la necesidad de emplear diferentes estrategias terapéuticas como primera línea de tratamiento, dentro de las cuales se encuentra la cuádruple terapia concomitante, con la cual se espera una erradicación >90%, dejando la pauta inicial con triple terapia para zonas con erradicación >80%. Está descrito adicionalmente que el uso de un inhibidor de la bomba de protones (IBP) a dosis altas aumenta la tasa de erradicación 6-10% con respecto a dosis estándar.

Objetivos

Determinar la tasa de erradicación de la infección por Hp en una población con alta resistencia a claritromicina tratada con

triple terapia optimizada y cuádruple terapia concomitante, ambas durante 10 y 14 días, de forma global y de forma individualizada. Comparar dichas tasas entre sí y con respecto a la tasa de erradicación descrita en nuestra población con terapia triple estándar.

Material y métodos

Análisis descriptivo de pacientes naïve con infección por Hp tratados con uno de los siguientes: triple terapia optimizada durante 10 (OPT10) o 14 días (OPT14) (IBP dosis altas/12h, claritromicina 500mg/12h, amoxicilina 1gr/12h) o terapia concomitante durante 10 (CONCO10) y 14 días (CONCO14) (IBP dosis altas/12h, claritromicina 500mg/12h, amoxicilina 1gr/12h, metronidazol 500mg/12h). La erradicación fue comprobada con el test de del aliento de urea marcada con C13 6-8 semanas tras su finalización.

Resultados

203 pacientes (65,5% mujeres, 34,5% hombres) con una mediana de edad de 51,12 ($\pm 15,902$) fueron incluidos (19,4% fumadores, 6,8% dispepsia no investigada, 69,4% dispepsia funcional, 18,9% úlcera péptica, 4,9% otros diagnósticos). 29,1% recibieron tratamiento con OPT10 con erradicación del 93,3%, 17,5% fueron tratados con OPT14 con erradicación del 88,9%, 20,9% CONCO10 con erradicación del 92,7% y 32,5% CONCO14 con 83,3% de erradicación ($p=ns$). La erradicación global obtenida fue del 89,2% de los casos. El subanálisis por grupos terapéuticos obtuvo una erradicación mayor para el grupo OPT (91,7%) frente al grupo CONCO (86,9%), aunque sin diferencias estadísticamente significativas ($p=ns$).

Conclusiones

La tasa de erradicación obtenida con pautas OPT y CONCO durante 10 y 14 días de forma global fue del 89,2%, siendo esta superior a la tasa de erradicación descrita en nuestra zona de alta resistencia a claritromicina con triple terapia estándar. Aunque sin diferencia estadísticamente significativa, la tasa por subgrupos fue mayor para la pauta OPT frente a la CONCO. Son necesarios estudios prospectivos comparativos.

C11. EFICACIA DIAGNÓSTICA DEL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES INMUNOLÓGICO EN EL CRIBADO FAMILIAR DEL CÁNCER COLORRECTAL.

Puente Gutiérrez JJ; Bueno del Pino P; Domínguez Jiménez JL; Marín Moreno MA; Bernal Blanco E; Fernández Suárez A; Fatela Cantillo D; Díaz Iglesias JM.

AGENCIA SANITARIA ALTO GUADALQUIVIR.

Introducción

Hay poca información disponible sobre el uso del test de sangre oculta en heces (SOH) en el cribado familiar del cáncer colorrectal (CCR), donde la colonoscopia se considera la prueba de elección.

Objetivos

Evaluar la eficacia diagnóstica del test SOH para detectar neoplasia avanzada (NA) en familiares de primer grado (FPG) de pacientes con CCR. Identificar un umbral óptimo del test. Estimar el consumo inmediato de recursos que conlleva.

Material y métodos

Estudio prospectivo, observacional, ciego, de pruebas diagnósticas, en FPG asintomáticos de pacientes con CCR remitidos desde la consulta de cribado familiar para realización de colonoscopia entre 01-2012 y 07-2014. Previamente a la colonoscopia se determinó la hemoglobina (Hb) fecal mediante el test SOH cuantitativo OC-sensor (Eiken-Chemical, Japan). Se definió NA como cáncer/adenoma de tamaño ≥ 1 cm, histología vellosa o displasia grave. La exactitud diagnóstica fue analizada mediante curva ROC, determinándose el área bajo la curva (AUC) y el mejor punto de corte para detectar NA. Para este y para los umbrales 50, 75 y 100 $\mu\text{g}/\text{mL}$ se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN), cociente de probabilidad positivo (LR+), negativo (LR-), número necesario de colonoscopias (NND) y coste por caso detectado.

Resultados

Fueron 242 individuos (140 mujeres; 57,9%), con edad $50,6 \pm 8,8$ años (rango 30-75) pertenecientes a 73 familias; 156 (64,5%) con un FPG ≥ 60 años y 86 (35,5%) con ≥ 2 FPG afectados o uno < 60 años. La colonoscopia detectó NA en 38 (15,7%), de ellos 37 adenomas avanzados y 1 carcinoma invasor. La Hb fecal en los individuos con NA fue superior respecto de aquellos sin NA ($369,9 \pm 605,6$ vs $69,5 \pm 190,7$ $\mu\text{g}/\text{mL}$, $p < 0,001$). El AUC para el diagnóstico de NA fue 0,73 (IC 95%: 0,63-0,83) y el mejor punto de corte 40 $\mu\text{g}/\text{mL}$ (índice de Youden 0,46). Dependiendo del punto de corte, la sensibilidad varió entre 68,4-52,6% (tabla 1). Para el umbral óptimo, la sensibilidad fue 68,4%, el VPN fue 92,9% y el NND 3 (IC 95%: 3,3-2,4), detectando el 70,0% de las NA proximales, el 63,3% de las distales y el 80,0% de las mayores de 1cm. El coste por NA detectada osciló entre 312,56 y 294,32 €, frente al coste de realizar colonoscopia (585,79 €).

Conclusiones

Una ronda del test SOH mostró un aceptable rendimiento diagnóstico en FPG de pacientes con CCR, por lo que podría representar una alternativa a la colonoscopia. La utilización de un umbral bajo (40 $\mu\text{g}/\text{mL}$) puede conferir mayor sensibilidad y VPN a un coste aceptable. Estos hallazgos necesitan confirmarse en estudios más amplios y a largo plazo, especialmente en los familiares de mayor riesgo.

Hb($\mu\text{g/mL}$)	Positivos(%)	S(IC 95%)	E(IC 95%)	VPP(IC 95%)	VPN(IC 95%)	LR+(IC 95%)	LR-(IC 95%)	NND(IC 95%)
40	72 (29,75)	68,4 (52,5-80,9)	77,5 (71,2-82,6)	36,1 (26,0-47,6)	92,9 (88,1-95,9)	3,03 (2,17-4,24)	0,41 (0,25-0,66)	2,8 (3,3-2,4)
50	66 (27,27)	65,8 (49,9-78,8)	79,9 (73,9-84,8)	37,9 (27,1-49,9)	92,6 (87,8-95,6)	3,27 (2,29-4,68)	0,43 (0,27-0,68)	2,6 (3,1-2,3)
75	59 (24,38)	60,5 (44,7-74,4)	82,4 (76,5-87,0)	39,0 (27,1-51,7)	91,8 (86,9-95,0)	3,43 (2,32-5,08)	0,48 (0,32-0,72)	2,5 (3,1-2,3)
100	47 (19,42)	52,6 (37,3-67,5)	86,8 (81,4-90,7)	42,6 (29,5-56,7)	90,8 (85,9-94,1)	3,98 (2,5-6,32)	0,55 (0,38-0,78)	2,3 (2,0-2,7)

Tabla 1: Eficacia diagnóstica del test según distintos puntos de corte de Hb fecal.

C12. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON HIERRO SACAROSA EN LA ANEMIA SECUNDARIA A HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA NO RELACIONADA CON HIPERTENSIÓN PORTAL: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.

Guerrero Misas, M; Muñoz García-Borrueal, M; Pérez Medrano, I; Pérez Galindo, P; Galvez Calderón, C; González Galilea, A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Objetivos

Evaluar eficacia y seguridad de administración de hierro sacarosa intravenoso (HSiv) en pacientes con anemia secundaria a HD aguda (HDA) no relacionada con hipertensión portal (HTPo), comparada con grupo control.

Material y métodos

Estudio prospectivo que incluye 55 pacientes con anemia ($\text{Hb} \leq 10 \text{ g/dl}$) y HDA. Se midieron parámetros bioquímicos del metabolismo del Fe. En 25 pacientes se administró una/dos dosis de 200 mg de HSiv (en 48h) (Casos). Se recogieron variables clínicas, evolutivas del sangrado y aparición de efectos adversos (EA). Al alta, pacientes con $\text{Hb} \leq 10 \text{ g/dl}$ recibieron sulfato ferroso vía oral (SFvo) 80mg/12h. Se evaluó recuperación de anemia, metabolismo del hierro al mes y EA relacionados con SFvo. Los resultados se compararon con grupo control (30 pacientes) realizándose el mismo protocolo de tratamiento (salvo HSiv) y seguimiento clínico-analítico. Tres casos (Cs) y seis controles (C) se perdieron en el seguimiento. Se aplicó t-Student para comparación de variables cuantitativas de datos apareados y Chi-cuadrado para variables categóricas (SPSS), significación estadística si $p < 0.05$. Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del HU Reina Sofía, Córdoba.

Resultados

No hubo diferencias significativas entre grupos en relación a edad; sexo; comorbilidad; origen alto de HD; necesidad de transfusión durante el ingreso; SFvo al alta y EA SFvo. No hubo mortalidad ni intervenciones quirúrgicas en ambos grupos. De

los casos, 22 (88%) recibieron dos dosis de HSiv. Cinco pacientes presentaron EA leves al HSiv. Los resultados analíticos fueron: Hb basal (Cs: $9.1 \pm 0.72 \text{ g/dl}$, C: $8.6 \pm 1 \text{ g/dl}$, $p: 0.09$); Hb mes (Cs: $12.6 \pm 1.72 \text{ g/dl}$, C: $12.7 \pm 1.40 \text{ g/dl}$, $p: 0.8$); Incremento Hb (Cs: 3.5 g/dl (39.78%), C: 4.1 g/dl (48.96%), $p: 0.24$); Hto basal (Cs: $27.4 \pm 2\%$, C: $26 \pm 3.1\%$, $p: 0.09$); Hto mes (Cs: $38 \pm 5.37\%$, C: $38.2 \pm 4.11\%$, $p: 0.87$); Incremento Hto (Cs: 10.6% (39.32%), C: 12.2% (48.2%), $p: 0.25$); Fe basal (Cs: $44.4 \pm 46 \mu\text{g/dl}$, C: $47.21 \pm 43.3 \mu\text{g/dl}$, $p: 0.8$); Fe mes (Cs: $62.6 \pm 29.45 \mu\text{g/dl}$, C: $67.04 \pm 37.6 \mu\text{g/dl}$, $p: 0.6$); Incremento Fe (Cs: $30.4 \mu\text{g/dl}$ (112.42%), C: $18.65 \mu\text{g/dl}$ (117.88%), $p: 0.4$); Ferritina basal (Cs: $102.2 \pm 118.66 \text{ ng/ml}$, C: $135.51 \pm 160.56 \text{ ng/ml}$, $p: 0.4$); Ferritina mes (Cs: $82.14 \pm 66.53 \text{ ng/ml}$, C: $47.39 \pm 40.54 \text{ ng/ml}$, $p: 0.036$); Incremento ferritina (Cs: 13.99 ng/ml (50.62%), C: 91.54 ng/ml (40.11%), $p: 0.02$); Transferrina basal (Cs: $213.8 \pm 46 \text{ mg/dl}$, C: $197.8 \pm 42 \text{ mg/dl}$, $p: 0.2$); Transferrina mes (Cs: $263.64 \pm 46.28 \text{ mg/dl}$, C: $282.92 \pm 45.11 \text{ mg/dl}$, $p: 0.16$); Incremento transferrina (Cs: 51.48 mg/dl (26.26%), C: 82.83 mg/dl (44.71%), $p: 0.006$); IST basal (Cs: $17.7 \pm 19.7\%$, C: $19.7 \pm 21.21\%$, $p: 0.7$); IST mes (Cs: $19.68 \pm 13.5\%$, C: $19.45 \pm 11.6\%$, $p: 0.9$); Incremento IST (Cs: 3.6% (82.46%), C: 0.23% (67%), $p: 0.57$). El 59% de casos tenían Hb normal al mes ajustada por sexo frente al 50% de controles ($p: 0.54$).

Conclusiones

La administración de HSiv en el episodio agudo de HD no relacionada con HTPo podría acelerar la recuperación de los depósitos de hierro al alta y ser útil en el protocolo de actuación en este tipo de pacientes.

C13. ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO: TASAS DE CIRUGIA EN PACIENTES CON EII Y FACTORES RELACIONADOS.

Charo-Benallal, D.; Argüelles-Arias, F.; Perea-Amarillo, R.; Castro-Laria, L.; Benítez-Roldán, A.; Caunedo-Álvarez, Á.; Herrerías-Guérrez, J.M.

HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Objetivos

-Analizar tasas de cirugía, tratamiento biológico e

inmunomodulador en la población de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

-Analizar factores de riesgo de cirugía y por tanto, de mala evolución durante el curso de la enfermedad.

Material y métodos

Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes con EII diagnosticados en el período 2003-2008, que permite un seguimiento posterior de 5-10 años.

Se han incluido 428 pacientes. Se han analizado las variables edad, sexo, localización al diagnóstico, tipo de afectación, consumo de tabaco y tratamientos prescritos y se han correlacionado con la necesidad de cirugía.

Resultados

Se han analizado 246 pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) (57,4%) y 182 pacientes con Colitis Ulcerosa (CU) (42,6%).

Al diagnóstico los pacientes con EC tenían una edad media de: 32,5 +/- 13,78 años.

Un 34,1% de los casos eran fumadores. La localización se dividía en L1: 35%, L2: 33%, L3: 32%.

El fenotipo de la EC era inflamatorio en el 67,9%, estenosante 23,6%, fistulizante 4,9% y perianal 17,9%.

En un 50% de los casos han recibido tratamiento inmunomodulador y en el 33% terapia biológica.

La tasa de cirugía para los pacientes con EC fue de un 24%.

Los pacientes con CU presentaron al diagnóstico una edad media de 40,7 +/- 15 años.

Un 12,6% eran fumadores. La localización se dividía en E1:29.6%, E2: 46.7%, E3:17%.

Han recibido tratamiento inmunomodulador el 32.9% de los casos y terapia biológica el 15,9%. La tasa de cirugía para la CU fue del 8,7%.

De todas las variables analizadas en los pacientes con EC, sólo la localización L2 y L3 al diagnóstico (p<0,05) y la edad al diagnóstico <30 años (p<0,001) se han relacionado con una mayor tasa de cirugía. Respecto a los pacientes con CU no se ha encontrado relación estadísticamente significativa con ninguna de las variables analizadas.

Conclusiones

Las tasas de cirugía así como el porcentaje de terapia inmunomoduladora y biológica prescritas son similares a las descritas en la literatura. Sólo la localización y la edad son factores que parecen inducir una peor evolución en los caso de EC.

	Sexo	Edad al Diagnóstico	Localización	Fumador	Inmunomoduladores	Tratamiento Biológico	Tratamiento Quirúrgico
EC	55,2% hombres	32,5±13,7 años	L1:35% L2:33% L3:32%	34,1%	50%	33%	24%
CU	55% hombres	40,7±15 años	E1:29.6% E2:46.7% E3:17%	12,6%	32.9%	15.9%	8.7%

Tabla 1

C14. ETIOLOGÍA DE LAS ILEITIS AGUDAS DE NOVO.

Núñez Ortiz, A; Sánchez Torrijos, YM; Leo Cranerero, E; Aguilera Jaldo, VI; Herrera Justiniano, JM; Marquez Galan, JL.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. SEVILLA.

Objetivos

El auge de la enfermedad de Crohn (EC) hace que generalmente se sospeche ante una ileítis aguda de novo. Nuestro objetivo fue conocer la etiología de la ileítis aguda en nuestro medio.

Material y métodos

Estudio retrospectivo descriptivo que incluye pacientes ingresados en nuestro Servicio entre 2007 y 2014, derivados desde Urgencias con diagnóstico radiológico (ecografía y/o TAC abdominal) de ileítis aguda, excluyendo los que tenían diagnóstico establecido de EC.

Analizamos sexo, edad, antecedentes epidemiológicos, síntomas al ingreso y duración de los mismos, analíticas, microbiología, radiología, endoscopia e histología al ingreso y evolución en el tiempo de la clínica y exploraciones complementarias.

Resultados

Incluimos 39 pacientes (16 mujeres y 23 hombres) con edad media de 34,38 ± 13,88 años (14-64) y 7 días (mediana) de evolución de los síntomas al ingreso (rango 0-454). De ellos eran fumadores el 46,2% de los pacientes.

Presentaron diarrea 22 casos (56%) - 5 sanguinolenta-, dolor abdominal (36 pacientes, 92%), fiebre (23 pacientes, 59%), pérdida de peso (9 pacientes, 23%), náuseas/vómitos (17 pacientes, 43%) y obstrucción intestinal (3 pacientes, 7%). La cifra de leucocitosis media fue de 11351 ± 5455, la hemoglobina media 13,57 ± 1,69 g/l y la PCR 88,17 ± 82,7 mg/l.

Durante el ingreso y seguimiento posterior llegamos al diagnóstico de EC en 21 pacientes (53,8%), 7 de etiología infecciosa filiada (3 Anisakiasis, 1 Campylobacter, 1 Giardia, 1 Salmonella, 1 Yersinia), en otros 10 la evolución clínica con resolución completa

hace sospechar etiología infecciosa sin aislamiento y hubo 1 caso de origen isquémico.

La duración de los síntomas previos al ingreso fue superior entre los pacientes con EC que aquellos con origen infeccioso filiado (mediana 15 vs 7 días), de modo que 12/13 pacientes con síntomas de más 10 días de evolución fueron diagnosticados de EC. Del resto de factores analizados, sólo la pérdida de peso (33 vs 0%, p 0,09) diferencia EC de la etiología infecciosa. Igualmente, la elevación de reactantes inflamatorios (leucocitos y PCR) es superior en EC.

Conclusiones

Alrededor del 50% de los pacientes diagnosticados en Urgencias de ileítis aguda son diagnosticados de EC. En el resto de los casos destaca la etiología infecciosa, si bien hay un número considerable de pacientes en los que no se puede identificar la causa concreta autolimitándose el cuadro. Síntomas de larga evolución, asociados a pérdida de peso y elevación importante de los reactantes inflamatorios son características diferenciales de la EC.

C15. IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO INTERIOR EN LA IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA INMUNOSUPRESORA CON RIESGO DE REACTIVACIÓN DE VHB. RESULTADOS PRELIMINARES.

Carrillo Ramos, MJ.; Duarte Chang, C.; Romero Carreño, E.; Santana Martínez, S.; Beltrán Castaño, R.; Cordero Ruiz, P.; Sandoval, S.; Carmona Soria, I.; Caunedo Álvarez, A.

COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Objetivos

Investigar la práctica de cribado de VHB entre pacientes sometidos a terapia inmunosupresora en el Área Hospitalaria Virgen Macarena por las distintas especialidades médicas que los usan e implementar un protocolo de forma prospectiva, desde Farmacia Hospitalaria, para el cribado de pacientes que reciban estos tratamientos, así como de profilaxis antiviral si fuera preciso.

Material y métodos

Una primera fase retrospectiva en la que se estudió los pacientes que habían sido sometidos a terapia inmunosupresora durante un año. Utilizando la base de datos de la Unidad de Farmacia Hospitalaria se identificó cada paciente sometido a dicho tratamiento, indicación del mismo y servicio de origen. Así mismo se recogió los datos referentes al cribado de VHB (serología completa; AgHbs solamente; ninguno), monitorización analítica durante el tratamiento y casos de reactivación.

Una segunda fase, prospectiva, cuya duración es de un año, que consistió en el envío de una nota de circulación interior a los servicios que con más frecuencia prescriben dichos fármacos indicando la necesidad de determinar el estado serológico del

paciente con respecto al VHB antes de prescribir estos tratamientos. Desde Farmacia, se comprueba, antes de dispersar cualquiera de los fármacos mencionados, que se ha estudiado correctamente al paciente. De ser incorrecta y/o incompleta, se procede a remitir al paciente a su médico de referencia para el correspondiente estudio. Una vez identificado al paciente como en riesgo de reactivación, desde Farmacia, se prescribe el correspondiente tratamiento antiviral.

Resultados

Durante la fase retrospectiva se incluyó un total de 179 pacientes. A un 15% (26/179) de los pacientes se les solicitó serología completa de VHB mientras que en el 54% (96/179) de los casos, no se les solicitó ninguna prueba de cribado. En esta fase se objetivó un caso de reactivación del VHB.

A los 10 meses del inicio de la fase prospectiva, se han incluido un total de 37 pacientes. El linfoma fue la indicación más frecuente (67%). El tratamiento inmunosupresor más utilizado fue Rituximab (65%). Al 70% de los pacientes (26/37) se les solicitó serología completa de VHB por el médico prescriptor. De este grupo, un 19% (5/26) se identificó como en riesgo de reactivación, por lo que recibieron lamivudina (4 pacientes) y entecavir (1 paciente) previo al inicio de la terapia inmunosupresora. No se han objetivado casos de reactivación en esta fase.

1. SEXO		
Femenino	15	40.5%
Masculino	22	59.5%
Total	37	100%
2. EDAD		
Femenino	52± 17	
Masculino	45± 16	
3. ENFERMEDAD DE BASE		
Artritis o conectivopatías	4	11%
EII	6	16%
Linfoma	25	67%
Psoriasis	2	5%
4. TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR		
Adalimumab	8	22%
Etanercept	3	8%
Infliximab	1	3%
Rituximab	25	66%
5. ESTUDIO SEROLÓGICO VHB		
AgHbs/AntiHbs/AntiHBc	26	70%
AgHbs solamente	7	19%
Ninguno	4	11%
6. RIESGO REACTIVACIÓN		
NO	21	81%
SI	5	19%
7. TRATAMIENTO PROFILÁCTICO ANTIVIRAL		
Entecavir	1	20%
Lamivudina	4	80%

Tabla 1: Prevalencia de contacto con el VHB en pacientes que reciben tratamientos inmunosupresores

Conclusiones

La implementación de un protocolo interior con la colaboración de Farmacia hospitalaria es eficaz para evitar la reactivación de VHB en pacientes sometidos a terapia inmunosupresora en nuestra área.

C16. VALOR DE LA 18F-FDG PET/TC EN LA ESTADIFICACIÓN DEL CARCINOMA GÁSTRICO.

González Cosano, VM1; Pleguezuelo Navarro, M1; Hervás Molina, AJ1; Mena Bares, LM2; Maza Muret, FR2; Carmona Asenjo, E2; Moreno Ortega, E2; Vallejo Casas, JA2; Gómez Barbadillo, G3.

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.1
UGC MEDICINA NUCLEAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.2
UGC CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.3

Objetivos

Analizar la utilidad de la 18F-FDG PET/TC en la estadificación inicial del carcinoma gástrico frente a la TC, así como en el manejo clínico del paciente.

Material y métodos

Se estudian de forma retrospectiva 15 pacientes con cáncer gástrico diagnosticados tras la realización de una endoscopia digestiva alta durante el periodo de tiempo comprendido entre mayo 2012-junio 2013. A todos los pacientes se les realizó un estudio TC de tórax y abdomen con contraste intravenoso y un estudio PET/TC con 18F-FDG desde la base del cráneo hasta tercio proximal de extremidades inferiores transcurridos 21 días de media con respecto al estudio de TC.

Resultados

Se analizó un total de 11 hombres y 4 mujeres con edad media de 70 años y diagnóstico de carcinoma gástrico, siendo el adenocarcinoma de tipo intestinal la variante histológica más frecuente (46,7% de los casos). Tras la valoración de los estudios de TC y PET/TC se indicó la realización de cirugía en el 86,7% de los pacientes y quimioterapia paliativa en el 13,3% restante. En la detección del tumor primario la PET/TC presentó una sensibilidad del 100% frente al 86,7% de la TC, y en el diagnóstico de enfermedad metastásica la TC y PET/TC presentaron valores de sensibilidad del 33,3% y 37,5%, especificidad del 44,4% y 85,7%, VPP del 28,6% y 75% y VPN del 50% y 54,5% respectivamente. La PET/TC con respecto a la TC cambió el estadio de enfermedad en el 46,7% de los pacientes y el manejo clínico en el 40% de los casos.

Conclusiones

La 18F-FDG PET/TC es un procedimiento útil en la estadificación del carcinoma gástrico, presentando una mayor sensibilidad que la TC en la detección del tumor primario y con valores de especificidad y VPP notablemente superiores para el diagnóstico de enfermedad metastásica. La PET/TC dio lugar a un cambio en el manejo clínico del paciente en el 40% de los casos.

COMUNICACIONES ORALES

Sesión General III

C17. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS CASOS INCLUIDOS EN LOS REGISTROS ESPAÑOL Y LATINOAMERICANO DE HEPATOTOXICIDAD.

Medina Cáliz, I1; Robles Diaz, M1; Stephens, C1; Ortega Alonso, A1; González Jiménez, A1; García Muñoz, B1; García Cortés, M1; Sanabria, J1; Moreno, I1; Bessone, F2; Hernández, N3; Sánchez, A3; Di Pace, M3; Arrese, M4; Ruiz, A4; Brahm, JR5; Arancibia, J5; Kershenobich, D6; Loeza, A6; Giralá, M7; Lizarzabal, M8; Mengual, E8; Méndez Sánchez, N9; Dávalos, M10; Paraná, R11; Schinoni, M11; Carrera, E12; Lucena, M11; Andrade, RJ1.

SERVICIO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA Y UNIDAD DE HEPATOLOGÍA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MÁLAGA (IBIMA), UNIVERSIDAD DE MÁLAGA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD).1
HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO, ARGENTINA.2
HOSPITAL DE CLÍNICAS, MONTEVIDEO, URUGUAY.3
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE, SANTIAGO, CHILE. 4
HOSPITAL CLÍNICO, UNIVERSIDAD DE CHILE, SANTIAGO, CHILE. 5
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, CUIDAD DE MÉXICO, MÉXICO6
HOSPITAL DE CLÍNICAS, ASUNCIÓN, PARAGUAY. 7
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO, MARACAIBO, VENEZUELA. 8
FUNDACIÓN CLÍNICA MÉDICA SUR, CUIDAD DE MÉXICO, MÉXICO.9
HOSPITAL REBAGLIATI, LIMA, PERU. 10
HOSPITAL UNIVERSITARIO PROFESOR EDGARD SANTOS, SALVADOR DE BAHÍA, BRASIL.11
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO. ECUADOR.12

Objetivos

El daño hepático inducido por fármacos (DILI) difiere entre las áreas geográficas debido a las diferentes políticas de prescripción, hábitos de consumo y factores genéticos. En este estudio hemos comparado los casos DILI incluidos en la red Latinoamericana (SLATINDILI) con los pertenecientes al registro español de hepatotoxicidad para identificar diferencias en la manifestación del episodio y en los agentes responsables.

Material y métodos

Se compararon los parámetros clínicos, demográficos y agentes responsables entre 148 casos de DILI latinoamericanos y 858 españoles.

Resultados

En ambos registros se observó que la edad media para el desarrollo del episodio de DILI fue similar, de 51 años en Latinoamérica y de 54 en España. Sin embargo, entre los casos latinoamericanos (LA) predominan las mujeres (58%) comparado con los españoles (ES, 49%). A pesar de que el daño hepatocelular fue el tipo de daño más frecuente en ambos registros, el porcentaje de casos hepatocelulares fue superior en el Registro Español, 65% vs 58%. Presentaron ictericia el 72% y el 67% de los casos LA y ES,