

Conclusiones

La mortalidad aguda y a largo plazo en la HDA tiene diferentes patrones. Mientras que las complicaciones de la cirrosis son importantes en ambos grupos (especialmente el sangrado por varices); la neoplasia avanzada, juega un papel destacado en la mortalidad a largo plazo. En este último grupo, existe un subgrupo en el cual la mortalidad podría considerarse evitable. En pacientes sin neoplasia, el AIMS65 fue un buen predictor de mortalidad y podría seleccionar aquel subgrupo de pacientes que se beneficiaría de un seguimiento y tratamiento intensivo.

Shock hemorrágico	14 (31.8%)
Encefalopatía hepática	7 (15.9%)
Accidente cerebrovascular	5 (11.3%)
Shock séptico	4 (9.2%)
Insuficiencia renal	4 (9.2%)
Neoplasia estadio terminal	3 (6.8%)
Insuficiencia cardíaca	2 (4.5%)
Pancreatitis aguda grave	2 (4.5%)
Neumonía aspirativa	2 (4.5%)
Tromboembolismo pulmonar	1 (2.3%)

Tabla 1 Causas de mortalidad intrahospitalaria.

Neoplasias	11 (25.4%)
Sangrado por varices	8 (17.8%)
Infarto agudo miocárdio	6 (13.3%)
Insuficiencia cardíaca	5 (11.1%)
Accidente cerebrovascular	4 (8.9%)
Shock hemorrágico	3 (6.7%)
Complicaciones quirúrgicas	3 (6.7%)
Cirrosis, encefalopatía	2 (4.4%)
Enfermedades biliares (pancreatitis, colangitis)	2 (4.4%)

Tabla 2 Causas de mortalidad diferida (6 meses).

CO-17. EXPERIENCIA CLÍNICA DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN CÁDIZ

BONILLA FERNÁNDEZ, A; RAMÍREZ RAPOSO, R; ABRALDES BECHIARELLI, AJ; DÍAZ JIMÉNEZ, JA; CARNERERO RODRIGUEZ, JA; RODRIGUEZ PARDO, MJ; VIEJO ALMANZOR, A; RAMOS CLEMENTE ROMERO, MT; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

Describir las características epidemiológicas y los hallazgos de la cápsula endoscópica (CE) en pacientes que acuden al Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Material y métodos

Se han recogido de forma retrospectiva los datos de pacientes que se realizaron estudio mediante CE en nuestro centro, entre los periodos de Enero 2011 hasta Diciembre 2015 incluyendo datos demográficos, indicaciones del estudio, hallazgos y complicaciones.

Resultados

Se registraron un total de 239 casos: 103 hombres (edad media 62.1 años) y 136 mujeres (edad media 59 años). Las comorbilidades más frecuentes fueron patología cardíaca (28.5%), seguida de Hipertensión arterial (20%) y Diabetes mellitus (15.5%).

La mayoría se encontraba sin ningún tratamiento (34.3%) seguido de consumo de antiagregantes (31%), AINES (26%), anticoagulantes (16%) y doble antiagregación (4%).

A todos los pacientes se les había realizado previamente endoscopia digestiva alta y baja. El 27.2% tenía tránsito intestinal y 22.5% TAC Abdominal.

La indicación con más frecuencia es estudio de anemia tanto ferropénica como recurrente (55.2%), seguida por Hemorragia de origen oscuro (22.5%), Enfermedad inflamatoria intestinal (10%), Diarrea crónica (7.5%). En todas ellas los hallazgos resultan patológicos en >75% de los casos (**figura 1**). El 4.1% necesito introducción endoscópica de la CE. El tiempo medio de la CE en estómago fue de 62.1 minutos, en intestino delgado de 247.9 minutos y en colon 254.3 minutos.

En cuanto al análisis global de los hallazgos en los estudios de CE, el más frecuente fue lesiones inflamatorias en 168 casos (70.2%), bien como único hallazgo o asociado a otro tipo de lesión, se observó lesiones vasculares en 77 casos (32.2%) y tumorales en 14 casos (5.8%). En cuanto a los hallazgos según indicación, éstos se resumen en la **figura 2**. Durante la prueba se evidenció sangrado activo en 28 casos (11.7%). En el 89.5% de los casos no existió ninguna complicación; entre las que estaban retención o estudios no válidos por mala preparación.

Conclusiones

La CE ha demostrado ser una técnica de gran utilidad para el diagnóstico de la enfermedad del intestino delgado y es una herramienta para el manejo del paciente con anemia crónica de origen digestivo y en la enfermedad inflamatoria. En los casos de hemorragia de origen oscuro (HOO), presenta un alto rendimiento diagnóstico ya que se conoce su relación con lesiones a nivel de intestino delgado. Se trata de una técnica segura con una tasa muy baja de complicaciones, las cuales en su mayoría se tratan de forma conservadora.

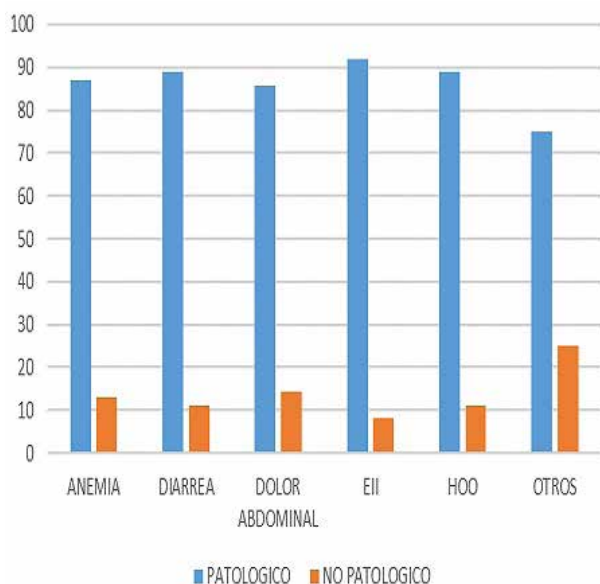


Figura 1 Hallazgos de la CE (patológico vs. no patológico) según la indicación del estudio.

Hallazgos de la CE (patológico vs. no patológico) según la indicación del estudio.

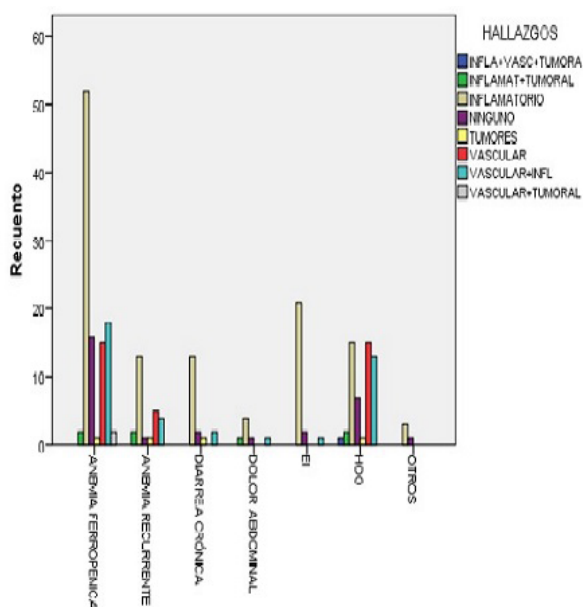


Figura 2 Lesiones observadas en relación a la indicación.

Lesiones observadas en relación a la indicación.

CO-18. ANÁLISIS DE MICROBIOTA FECAL Y PERFIL NUTRICIONAL EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

GARCÍA-MUÑOZ, B¹; ROMERO-PÉREZ, E¹; CORNEJO, I²; GARCÍA-ALMEIDA, JM²; MORIÑIGO-GUTIÉRREZ, MA³; TAPIA-PANIAGUA, S³; ALCAÍN-MARTÍNEZ, GJ¹; RUÍZ-SANTANA, N¹; GARCÍA-FUENTE, E¹; ANDRADE-BELLIDO, RJ¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

²UGC ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

³DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

Introducción

La microbiota intestinal está implicada en regulación de la respuesta inmune pudiendo constituir un aspecto determinante en la etiología y evolución de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y puede ser alterada por fármacos, enfermedades asociadas o alteración en hábitos dietéticos.

Se propone este estudio para evaluar diferencias y su significado clínico al estudiar parámetros clínicos y el patrón de la microbiota fecal entre pacientes con EII e individuos sanos.

Material y métodos

Se realiza un estudio observacional transversal de pacientes con EII seguidos de forma ambulatoria y controles, comparando parámetros analíticos, antropométricos y nutricionales, incluyendo ingesta de tres días, además de un análisis de la microbiota fecal mediante DGGE (Electroforesis en gel con gradiente de desnaturalización).

Resultados

Se compararon 32 pacientes con EII (16 enfermedad de Crohn (EC) y 16 con colitis ulcerosa (UC)) con 12 controles (tabla 1). Para el análisis de la microbiota se recibieron 42 muestras (31 enfermos y 11 controles). Con dicho patrón de bandas se realizó un dendrograma con el coeficiente de correlación de Pearson que permite agrupar las muestras en función de su similitud en cuanto al patrón de bandas.

El análisis del ADN microbiano de las muestras de heces indican que hay cierto parecido entre la microbiota de los individuos control, la cual es un 60% diferente a la de los individuos afectados (figura 1). Además se encuentra relación estadísticamente significativa entre dichos grupos con variables analíticas: PCR, procalcitonina e hierro sérico, parámetros relacionados a actividad En el análisis de perfil nutricional, la albúmina y vitamina D es significativamente menor en sujetos con EII. El patrón de ingesta mostró diferencias entre ambos grupos siendo el consumo de pescado y verduras menor pacientes con EII.

Parámetros antropométricos como la media de desnutrición, el porcentaje de pérdida de peso y una menor masa muscular es mayor en el grupo de casos.

Conclusiones

La población de bacterias intestinales en EII difiere de la de los individuos sanos.

Los niveles disminuidos de albumina sérica y vitamina D son frecuentes en pacientes con EII con actividad inflamatoria y criterios de desnutrición.

La diferencia en el patrón de ingesta puede ser un factor importante a evaluar en la población con EII, como una menor ingesta de pescado o de verduras.

Son necesarios más estudios en esta línea que analicen la diferencia entre la microbiota de sujetos con EII e individuos no afectados.

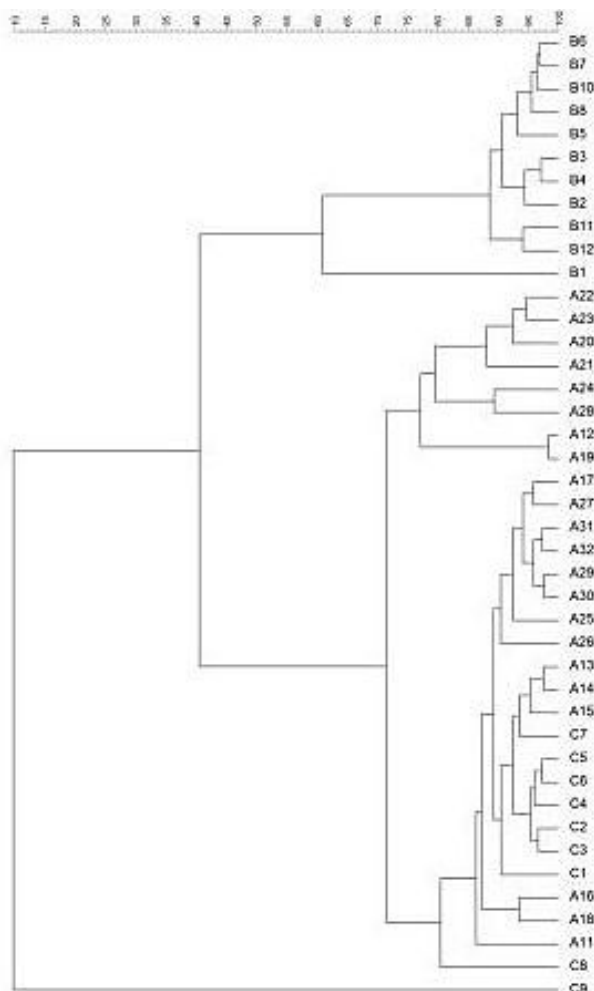


Figura 1 Dendrograma para *Lactobacillus* realizado a partir del patrón de bandas obtenido mediante DGGE.

	Controles	Pacientes (EII)	Sig. Estadística
PCR (mg/L)	14 (31.8%)	9	0,004
Calprotectina Fecal (µmol/L)	7 (15.9%)	250,8	0,000
Hierro µg/dL	5 (11.3%)	69	0,009
Calcio mmol/L	4 (9.2%)	9,1	0,666
Vitamina B12 (ng/mL)	4 (9.2%)	400	0,250
Hemoglobina (g/L)	3 (6.8%)	10,9	0,010
GOT (mU/mL)	2 (4.5%)	17,5	0,089
Homocisteína (µmol/L)	2 (4.5%)	9,9	0,627
TSH (mU/L)	2 (4.5%)	1,7	0,745
PTH	1 (2.3%)	45,9	0,768

Tabla 1 Análisis comparativo de parámetros analíticos agrupando grupos en base a presencia de EII

	Controles	Pacientes (EII)	Sig. Estadística
Vitamina D (ng/mL)	31	19	0,002
Albúmina (g/dL)	4	3,6	0,022
Prealbúmina (mg/dL)	28,0	24,0	0,6
Porcentaje pérdida peso	0	3	0,055
Masa Muscular (kg)	49	31	0,045
Ingesta recomendada Kcal por sexo y edad (Kcal)	2200	1600	0,066
Carnes (g)	129	110	0,066
Grasas Aceites (g)	100	84	0,14
Verduras (g)	148	99	0,04
Consumo Pescado(g)	85	53	0,046
Consumo cereales(g)	105	125	0,2
Talla (cm)	170	168	0,473
% Desnutrición diagnóstica nutricional	0,00	2,23	0,003
Consumo Frutas (g)	159,0909	163,0000	0,25

Tabla 2 Análisis comparativo de parámetros nutricionales y patrón de ingesta en base a presencia de EII.

CO-19. EL TRATAMIENTO ANTIVIRAL LIBRE DE INTERFERON NO AUMENTA EL RIESGO DE DESARROLLO DE HEPATOCARCINOMA A CORTO PLAZO EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA POR VIRUS DE LA HEPATITIS C

NÚÑEZ-ORTIZ, A; AGUILERA-JALDO, VI; SÁNCHEZ-TORRIJOS, Y; SOUSA-MARTÍN, JM; FERRER-RÍOS, MT; GIRÁLDEZ-GALLEGO, Á; AMPUERO-HERROJO, J; PÉREZ-MARTINEZ, J; CUARESMA, M; RUIZ-PÉREZ, R; PASCASIO-ACEVEDO, JM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

Se ha descrito una incidencia aumentada de recurrencia neoplásica precoz en los pacientes con hepatocarcinoma (HCC) asociado al virus de la hepatitis C (VHC) tratados con terapia antiviral libre de interferón (IFN) tras haber obtenido respuesta tumoral completa. Por ello, existe controversia acerca de si el tratamiento con antivirales de acción directa (AADs) libre de IFN puede aumentar el riesgo de desarrollo de HCC en los pacientes con cirrosis por VHC.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico de la cohorte de pacientes con hepatitis crónica por VHC con fibrosis avanzada o cirrosis (F3-F4) que han recibido diferentes combinaciones de AADs libres de IFN. Se han excluido del análisis los pacientes trasplantados hepáticos, los que habían sido diagnosticados de HCC previamente y aquéllos que no disponían de una técnica de imagen en el seguimiento durante o tras la finalización del tratamiento antiviral. El diagnóstico del estadio de fibrosis se realizó por Fibroscan (F3: 9,6-13,5 kPa; F4: >13,5 kPa), biopsia o datos ecográficos/endoscópicos de hipertensión portal.

Resultados

Fueron incluidos en el análisis 296 pacientes (F3: 36; F4: 260), 61% hombres, de 58±11 (30-82) años, 82% genotipo (G) 1 (58% 1b); 10% G3; 7% G4 y 1% G2. De los pacientes cirróticos (Child-Pugh A/B/C: 77%/22%/1%), el 41% tenían historia de descompensación y el 54% varices esofágicas. El tiempo entre el inicio del tratamiento antiviral y la ecografía (ECO) previa fue (mediana, P25-P75) de 9,3 semanas (3-19,5). Tras un seguimiento mediano de 49,4 semanas (32-61), se diagnosticaron 5 HCC, todos cirróticos (1,75% del global; 1,9% en F4), detectados a las 10, 18, 25, 40 y 50 semanas de seguimiento y con respuesta viral sostenida en todos. En 3 de los HCC (los de detección más temprana) es posible que estuviera antes del inicio del tratamiento antiviral: en 2 la alfafetoproteína sérica estaba elevada (45 y 47 ng/ml) y la ECO previa se había realizado 10 y 13 meses antes, respectivamente, y en uno había una trombosis portal parcial y el HCC detectado fue difuso y con invasión portal.

Conclusiones

La terapia antiviral libre de IFN no aumenta el riesgo esperado a corto plazo de desarrollo de HCC en los pacientes con cirrosis por VHC. Es necesario excluir la existencia de HCC antes del inicio del tratamiento antiviral y realizar rigurosamente el cribado recomendado en los pacientes con fibrosis avanzada.

CO-20. FACTORES ASOCIADOS CON RESPUESTA COMPLETA AL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO MEDIANTE RADIOFRECUENCIA EN HEPATOCARCINOMA

MEJÍAS-MANZANO, MÁ¹; AGUILERA-JALDO, VI¹; LE CACHEUX, C²; GIRÁLDEZ-GALLEGO, A¹; PASCASIO-ACEVEDO, JM¹; SOUSA-MARTÍN, JM¹; AMPUERO-HERROJO, J¹; GUTIÉRREZ-MARTÍN, C²; FERRER-RÍOS, MT¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

²SERVICIO RADIODIAGNÓSTICO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

Analizar las características clínicas, analíticas, tumorales y radiológicas de los pacientes con hepatocarcinoma tratados mediante radiofrecuencia que se asocian a respuesta completa tras el tratamiento.

Material y métodos

Estudio transversal en el que se incluyeron 108 pacientes con cirrosis hepática y hepatocarcinoma, tratados de manera inicial únicamente con radiofrecuencia. Se analizaron, entre otras, las características demográficas, clínicas (etiología de la cirrosis, estadio Child-Pugh, MELD), analíticas (creatinina, bilirrubina, INR, albumina, alfafetoproteína), tumorales (estadio BCLC [Barcelona-Clinic Liver Cancer], número y tamaño de los nódulos radiofrecuenciados) y radiológicas (existencia de invasión vascular e hipervascularización arterial). La respuesta al tratamiento con radiofrecuencia se evaluó mediante los criterios modificados RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors), (**figura 1**).

Resultados

De los pacientes tratados con radiofrecuencia, el 75% obtuvo respuesta completa tras el tratamiento (81/108), el 20,4% (20/108) respuesta parcial, el 2,8% (3/108) mantuvo enfermedad estable y en el 1,9% (2/108) hubo progresión de la enfermedad, (**tabla 1**).

La respuesta completa a la radiofrecuencia se asoció con el valor del MELD (9 vs 11 p=0,05) y con el tamaño del nódulo tumoral radiofrecuenciado; tamaño ≤20mm 86% (37/43) vs tamaño >20mm 67,7% (44/65) (p=0,04). No se encontró asociación con la edad, sexo, estadio de Child-Pugh, número de nódulos tumorales, presencia de invasión vascular ni de hipervascularización arterial. Se observó una tendencia hacia la significación estadística entre otras variables de interés como fueron la cifra de alfafetoproteína (177UI/mL vs 1444UI/mL p= 0,19) y el estadio BCLC; estadio 0 o A 76,2% (80/105) vs estadio B 33,3% (1/3) (p=0,15).

En el análisis multivariante, el valor del MELD (OR 0,87 (IC95% (0,77-0,98); p=0,02)) y el tamaño del nódulo tumoral radiofrecuenciado ≤20mm (OR 2,84 (IC 95% (1,01-8,00); p=0,04)) se asociaron de manera independiente con la respuesta completa tras el tratamiento con radiofrecuencia.

Conclusiones

Es posible predecir la respuesta al tratamiento mediante radiofrecuencia en base a un conjunto de factores relacionados tanto con el paciente como con el tumor, siendo especialmente relevante el valor del MELD y el tamaño tumoral, permitiendo así seleccionar un subgrupo de pacientes en los que el tratamiento percutáneo del hepatocarcinoma mediante radiofrecuencia puede ser más eficaz.

TIPO DE RESPUESTA	m-RECIST
Respuesta completa	Desaparición de cualquier realce en las lesiones objetivo
Respuesta parcial	Disminución de por lo menos el 30% de la suma de los diámetros de las lesiones objetivo viables (realce en fase arterial)
Enfermedad estable	Cualquier caso en el que no se encuentre respuesta completa ni parcial
Progresión de la enfermedad	Aumento de al menos el 20% de la suma de los diámetros de las lesiones objetivo viables (realce en fase arterial)

Figura 1 Criterios modificados RECIST.

Características de la población	N=108
Sexo H/M, n (%)	80 (74,1)/ 28 (25,9)
Edad (años, media ± DE)	64,4±10,3
Etiología de la cirrosis, n (%)	
VHC	50 (46,3)
Alcohol	30 (27,8)
VHB	9 (8,3)
EHGNA	2 (1,9)
VHC o VHB o EHGNA + Alcohol	15 (13,9)
Otros	2 (1,9)
Child-Pugh, n (%)	
A	71 (65,7)
B	36 (33,3)
C	1 (0,9)
MELD (media ± DE)	10,3±3,7
ECOG, n (%)	
0	80 (74,1)
1	22 (20,4)
2	5 (4,6)
3	1 (0,9)
4	0 (0)
Clasificación BCLC, n (%)	
0	5 (4,6)
A	100 (92,6)
B	3 (2,8)
C/D	0 (0)
Datos analíticos previos a la RF (media ± DE)	
BT (mg/dl)	1,3±0,9
Creatinina (mg/dl)	0,9±0,4
INR	1,2±0,2
Albúmina (g/dl)	3,7±0,5
Alfa-fetoproteína (ng/ml)	496,9±2645,5
Número de nódulos al diagnóstico del HCC, n (%)	
1	
2	148
3	
4	
Tamaño nódulos en los pacientes sometidos a RF, n (%)	
≤20 mm	43 (39,8)
>20 mm	65 (60,2)
Respuesta tras RF según m-Recist, n (%)	
Respuesta completa	81 (75%)
Respuesta parcial	22 (20,4)
Progresión enfermedad	2 (1,9)
Enfermedad estable	3 (2,8)

Tabla 1 Características de la población a estudio.

CO-21. LA FRECUENCIA CRÍTICA DE PARPADEO Y EL PHES PREDICEN UNA PROGRESIÓN MÁS RÁPIDA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

SENDRA, C¹; AGUILERA, V¹; AMPUERO, J¹; GRANDE, L²; GIRÁLDEZ, A¹; SOUSA, JM¹; PÉREZ, J¹; FERRER, MT¹; PASCASIO, JM¹; ROMERO GÓMEZ, M¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA.

Introducción

Analizar el impacto de la encefalopatía hepática mínima (EHM), evaluada mediante frecuencia crítica de parpadeo (FCP) y test psicométricos (PHES), en el riesgo de progresión de la cirrosis hepática.

Material y métodos

Estudio prospectivo unicéntrico que incluyó 70 pacientes con cirrosis hepática con un seguimiento medio de 8,4+7,2 meses. La EHM se evaluó mediante FCP (patológico <39 Hz) y PHES (patológico <-4 puntos). Los pacientes fueron basalmente clasificados en (D'Amico et al, APT 2013): cirrosis compensada sin varices (estadio 1), cirrosis compensada con varices (estadio 2), descompensados con hemorragia digestiva (estadio 3), descompensación diferente a hemorragia digestiva (estadio 4) y cualquier segundo evento de descompensación (estadio 5). La progresión de la cirrosis fue definida como la transición hacia un estadio diferente, la realización de trasplante hepático por insuficiencia hepatocelular o la muerte. Además, se recogieron variables de interés (edad, sexo, MELD, Child-Pugh, bilirrubina, creatinina, INR, albúmina, sodio, plaquetas). Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS.

Resultados

El 8,6% (6/70) estaban en el estadio 1 al inicio del estudio, el 10% (7/70) en estadio 2, el 2,9% (2/70) en estadio 3, el 20% (14/70) en estadio 4 y el 58,6% (41/70) en estadio 5 (**tabla 1**). El 7,1% (5/70) de los pacientes fallecieron y el 4,3% (3/70) requirieron un trasplante hepático. El 12,9% (9/70) de los pacientes experimentaron una progresión de la cirrosis durante el seguimiento. Los pacientes con CFF<39Hz presentaron un mayor riesgo de progresión de cirrosis (22,6% (7/31) vs. 3,2% (1/31); logRank 6.427, p=0.011) (**figura 1**), así como aquellos con PHES<-4 (27,3% (6/22) vs. 5% (2/40); logRank 3,347, p=0.067) (**figura 2**). Por otro lado, el MELD (15+5 vs. 11+4; p=0.006) y la albúmina (3,2+0,3 vs. 3,7+0,5; p=0.005) también se asociaron a la progresión de cirrosis. En el análisis multivariante, la FCP<39Hz [HR 50.5 (IC95% 2.2-1168); p=0.014], el MELD [HR 1.56 (IC95% 1.16-2.10); p=0.004] y el sexo masculino [HR 10.1 (IC95% 0.91-112); p=0.060] se asociaron de forma independiente a la progresión de la cirrosis hepática.

Conclusiones

La encefalopatía hepática mínima podría representar un marcador indirecto de enfermedad hepática avanzada en pacientes con cirrosis hepática y, por tanto, asociarse a una mayor rapidez de progresión y a un peor pronóstico.

Características	Cohorte (n=70)
Sexo; hombres	72,9% (51/70)
Edad; años ±SD	58,6±11,0
MELD score ±SD	11,5±4,1
Child-Pugh Score (A/B/C)	35/34/1
Varices esofágicas	75,7% (53/70)
Episodio previo de EH	32,9% (23/70)
Hemorragia digestiva previa	27,1% (19/70)
Episodio previo de ascitis	60% (42/70)
Episodio previo de ictericia	42,9% (30/70)
Peritonitis bacteriana espontánea previa	7,1% (5/70)
Albúmina ±SD (mg/dl)	3,7±0,5
Bilirrubina ±SD (mg/dl)	1,5±1,1
INR ±SD	1,3±0,4
Creatinina ±SD (mg/dl)	0,9±0,3
Plaquetas ±SD (x109/L)	110±69
CFF<39Hz	50% (31/62)
PHES<-4	35,5% (22/62)
Estadio basal cirrosis(1/2/3/4/5)	6/7/2/14/41
Progresión de la cirrosis	12,9% (9/70)
Trasplante hepático	4,3% (3/70)
Mortalidad por todas las causas	7,1% (5/70)

Tabla 1 Características de la cohorte.

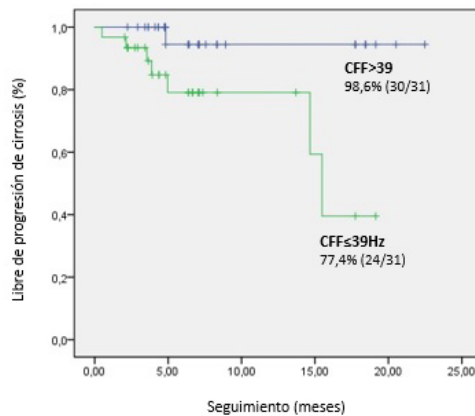


Figura 1 Riesgo de progresión de cirrosis (CFF).

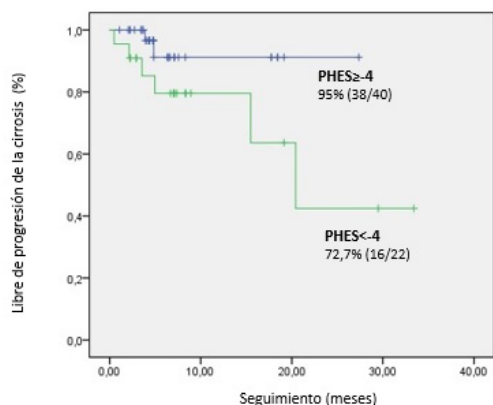


Figura 2 Riesgo de progresión de cirrosis (PHES).

CO-22. INTOLERANCIA A FRUCTOSA/FRUCTOSA-SORBITOL (IF/IFS) ¿DEBEMOS INVESTIGARLA ANTE UN CUADRO FUNCIONAL?

PUYA-GAMARRO, M¹; HINOJOSA-GUADIX, J¹; MÉNDEZ-SÁNCHEZ, IM¹; LÓPEZ-VEGA, MC¹; SORIA-LÓPEZ, E¹; GARCÍA-GAVILÁN, MC¹; RIVAS-RUIZ, F²; SÁNCHEZ-CANTOS, AM¹; PÉREZ-AÍSA, Á¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA
²DEPARTAMENTO INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

La intolerancia a la fructosa presenta una prevalencia del 40-60%. Es una entidad infradiagnosticada al inducir sintomatología inespecífica confundible con patología funcional y a la ausencia de factores predictores conocidos. El test de hidrógeno espirado (THE) con sobrecarga oral de fructosa/fructosa-sorbitol es el gold estándar diagnóstico. Por ello, nuestros objetivos fueron analizar síntomas predictores, patología funcional y factores epidemiológicos asociados a THE positivo (THE+) con sobrecarga oral de fructosa/fructosa-sorbitol (F/FS).

Material y métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo que analiza THE para intolerancia a F/FS realizado en nuestro centro en Enero-Diciembre 2015. Se recogen datos epidemiológicos y clínicos. Los THE se realizan bajo condiciones estandarizadas.

Resultados

Se analizaron 275 THE (193 fructosa-sorbitol y 82 fructosa). Resultaron positivos el 41.6%. Presentaron un THE+ el 45.2% de las mujeres y el 33.3% de los hombres. La edad media de THE+ fue de 37 años frente a 42 años con test negativo (figura 1). En un modelo ajustado de regresión logística, incluyendo el sexo y la edad, se observó que a igualdad de género, a mayor edad menor

riesgo de IF/IFS. A igualdad de edad, las mujeres presentan un 75% de más riesgo de IF/IFS que los hombres. El 43.2% de los pacientes diagnosticados de dispepsia previamente a la realización del test, presentaron THE+; también ocurrió en el 41% de los pacientes diagnosticados de SII, porcentaje considerable aunque sin significación estadística. En cuanto a los síntomas que motivaron la indicación del test, éste fue positivo en el 45.8% de los pacientes con dolor abdominal, el 43.4% con meteorismo, el 42.3% con diarrea, el 41.5% con distensión abdominal (figura 2). Ninguno presenta relación estadísticamente significativa con THE+. Durante la realización del test, independientemente del resultado, lo más frecuente es no presentar síntomas (figura 3). Cuando presentaron fueron: dolor abdominal (85%), distensión abdominal y diarrea (78% respectivamente); esta clínica y un THE+ se relacionan de forma estadísticamente significativa (p<0.001) (figura 4).

Conclusiones

- 1) Cuando indicamos un THE para detectar IF/IFS, encontramos una no despreciable tasa de positivos (41.6%). A igualdad de género y edad, son factores protectores de IF/IFS cumplir años y ser mujer.
- 2) Existe un alto porcentaje de THE+ en dispepsia (43.2%) y SII (41%) aunque sin significación estadística; no obstante aconsejamos tener presente la IF/IFS en estas patologías.
- 3) No encontramos síntomas predictores de IF/IFS, puede deberse a nuestra escasa muestra.
- 4) Durante la realización del test es infrecuente la aparición de síntomas, de haberlos destacan el dolor abdominal y en segundo lugar la distensión abdominal y diarrea, relacionándose de forma estadísticamente significativa con un THE +.

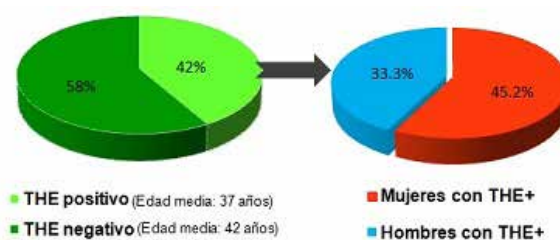


Figura 1 A la izquierda: Porcentaje de THE positivo y negativo así como la edad media en cada grupo. A la derecha: Porcentaje de hombres y mujeres con THE+.

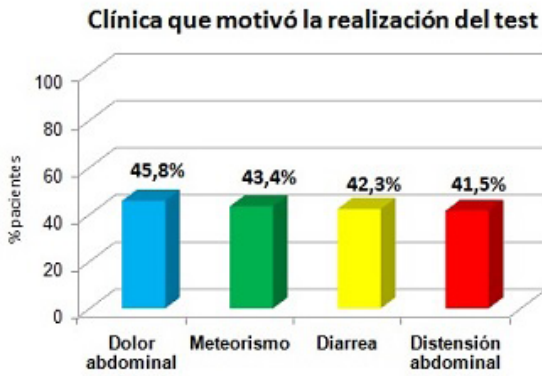


Figura 2 Clínica que motivó la solicitud del THE.

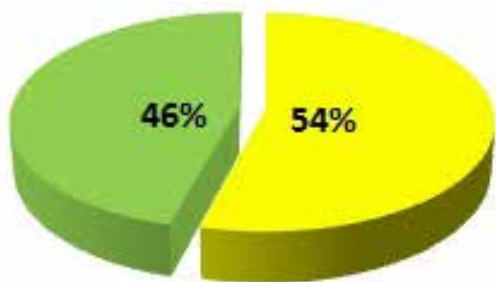


Figura 3 Porcentaje de pacientes que presentaron clínica durante la realización del THE.

Figura 4 Porcentaje de clínica presentada durante el test, en los casos de THE+.

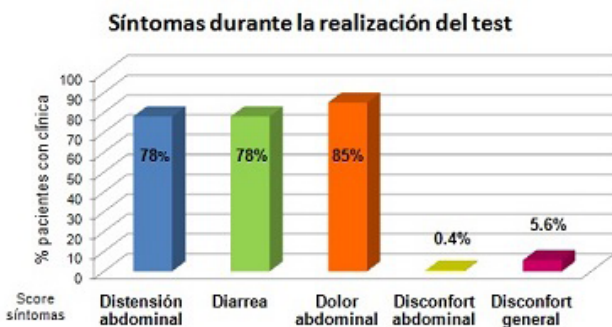


Figura 4 Porcentaje de clínica presentada durante el test, en los casos de THE+.

CO-23. ESTUDIO SOBRE SCORES PRONÓSTICOS EN PREDICCIÓN DE PANCREATITIS AGUDA GRAVE

VALVERDE-LÓPEZ, F; JIMÉNEZ-ROSALES, R; ÚBEDA-MUÑOZ, M; DE TERESA-GALVÁN, J; REDONDO-CEREZO, E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

Introducción

La clasificación de Atlanta revisada en 2012 ha supuesto un importante cambio conceptual en lo que a Pancreatitis Aguda (PA) se refiere, distinguiendo 3 grados de gravedad en función de la presencia y duración de fallo orgánico, lo cual tiene importancia pronóstica. Pretendemos valorar cómo se comportan los scores de BISAP y RANSON como factores predictores de pancreatitis aguda grave (PAG) y exitus.

Material y métodos

Estudio descriptivo que incluye a los pacientes ingresados en HUVN entre junio 2010 y junio 2012 diagnosticados de PA. Se calcularon los scores de BISAP y RANSON, valorando el desarrollo de PAG y exitus, obteniéndose curvas ROC para calcular el mejor punto de corte en término de S, E, VPP y VPN.

Resultados

N=269, 52.8% mujeres 47.2% hombres, 17 casos con PAG (6.3%), 8 exitus (3%).

Etiología: 65% Litiasis, 10.4% enólica, Poscpres 3%, fármacos en el 0.7%, metabólica en el 1.1%, idiopática 15.2%, Mixta (alcohol+litiasis) 1.1%, otras en el 2.6%

BISAP presenta AUC de 0.9, S 70%, E 94%, VPP 41.4%, VPN 97.9% y precisión 91.8% para predicción de PAG y AUC de 0.97, S 100%, E 92%, VPP 27.6%, VPN 100% y precisión 92.2% para predicción de exitus (Tablas 1 y 2).

RANSON presenta AUC de 0.85, S 88% y E 79%, VPP 22.1%, VPN 99% y precisión 79.6% para predicción de PAG y AUC 0.94, S 100% y E 77%, VPP 11.8%, VPN 100% y precisión 77.7% para predicción de exitus (Tablas 1 y 2).

Conclusiones

Nuestro estudio demuestra unas buenas cifras de S y E para ambos scores a la hora de predecir Pancreatitis Aguda Grave y exitus, si bien debido a que se tratan de eventos de baja prevalencia, los VPP son bajos, siendo un resultado positivo poco fiable tanto para predecir PAG como exitus. Por otro lado los VPN son muy altos, por lo que un resultado BISAP<3 o RANSON<4 son excelentes predictores para descartar PAG y exitus. Aunque ambos scores presentan cifras similares, el RANSON precisa 48h para su ejecución, mientras que el BISAP es fácilmente realizable en el momento del ingreso. Además, en nuestra experiencia los VPP obtenido con el BISAP son mejores que en el RANSON para la predicción de ambas variables, por lo que es altamente recomendable su uso, especialmente para descartar que el paciente vaya a desarrollar una PAG.

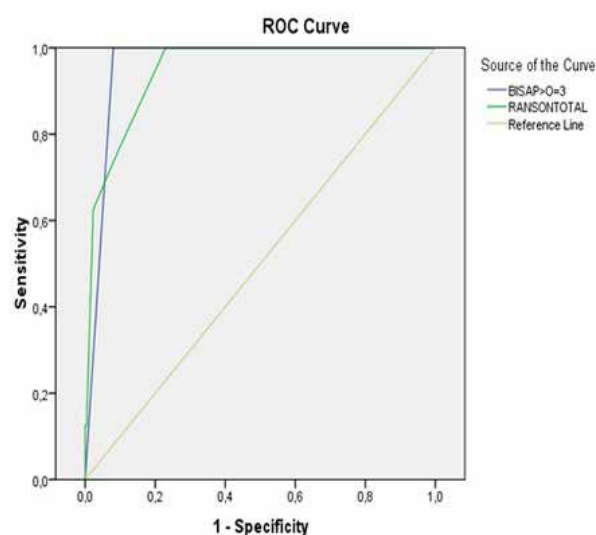
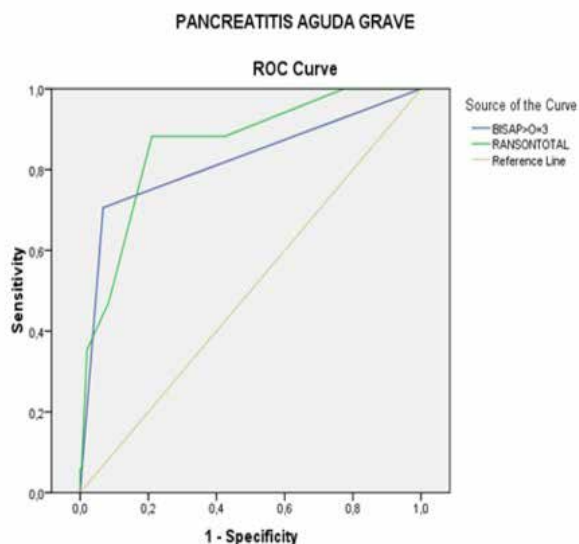


Figura 1 ~~~~~

Curvas ROC para predicción de Pancreatitis Aguda Grave.

Figura 2 ~~~~~

Curvas ROC para predicción de Mortalidad.

PREDICCIÓN DE PAG	AUC (IC al 95%)	S	E	VPP (IC al 95%)	VPN (IC al 95%)	Precisión (IC al 95%)
BISAP>= 3	0.9 (0.83-0.97)	70%	94%	41.4% (25%-59.3%)	97.9% (95.3%- 99.1%)	91.8% (87.9%-94.5%)
RANSON>=4	0.85 (0.76-0.95)	88%	79%	22.1% (13.8%-33.3%)	99% (96.4%-99.7%)	79.6% (74.3%-83.9%)

Tabla 1 ~~~~~

Resultados BISAP y RANSON para predicción de Pancreatitis Aguda Grave.

EXITUS	AUC (IC al 95%)	S	E	VPP (IC al 95%)	VPN (IC al 95%)	Precisión (IC al 95%)
BISAP>= 3	0.97 (0.95-0.99)	100%	92%	27.6% (14.7%-45.7%)	100% (98.4%-100%)	92.2% (88.4%-94.8%)
RANSON>=4	0.94 (0.89-0.99)	100%	77%	11.8% (6.1%-21.5%)	100% (98.1%-100%)	77.7% (72.4%-82.3%)

Tabla 2 ~~~~~

Resultados BISAP y RANSON para predicción de Mortalidad.

CO-24. DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO ¿QUÉ HACER EN LA CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA?

SANTAELLA-LEIVA, I¹; MONGIL-POCE, LL¹; PERÉZ-AISA, A²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

Valorar las alteraciones, de índole digestiva, en pacientes con dolor torácico, a los que se les ha descartado causa cardiaca del mismo, así como, el papel de la manometría esofágica y de la pHmetría de 24 horas en su diagnóstico.

Material y métodos

Se realiza estudio retrospectivo de pacientes con dolor torácico, estudio cardiológico normal y que no presenten síntomas típicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico como pirosis retroesternal o regurgitación. A todos los pacientes se les realiza endoscopia digestiva alta (EDA) y manometría de alta resolución (HRM), seguida, en el caso de que ésta no fuese diagnóstica, de pHmetría esofágica ambulatoria durante 24 horas.

Resultados

Se recogen 50 pacientes, 19 hombres y 31 mujeres, con una edad media de 56 años (30-69). La EDA fue normal en 31 pacientes, en 15 se diagnosticó una hernia de hiato, con esofagitis grado A de los Ángeles en 2 de ellos, 3 casos de cardias incompetente y se confirmó un caso de esofagitis eosinofílica.

Con HRM, se diagnosticaron 2 casos de Acalasia tipo II, 2 casos de Esófago hipercontráctil "jackhammer" y 3 casos con Espasmo esofágico distal (14% de los pacientes).

Otros tres, presentaban una Motilidad esofágica ineficaz que no se relacionó con la sintomatología que presentaban estos pacientes. El resto de las exploraciones fueron normales, excepto el caso de la esofagitis eosinofílica que presentaba disfunción peristáltica con presurización esofágica.

A los pacientes que no presentaron un diagnóstico de trastorno motor, se les realizó pHmetría de 24 horas. Se detectó reflujo gastroesofágico patológico en 13 casos, correspondiendo 4 a reflujo grave, 4 a moderado y 5 a leve, según la clasificación de DeMeester. Es decir, un 26% de los pacientes que consultaban con dolor torácico, sin otros síntomas típicos de ERGE tras historia clínica dirigida, presentaban evidencia de reflujo gastroesofágico patológico en la pHmetría.

Conclusiones

El dolor torácico como expresión de una enfermedad por reflujo gastroesofágico es frecuente, incluso sin síntomas típicos de la misma, por lo que comenzar con un tratamiento empírico con doble dosis de inhibidores de la bomba de protones se presenta como una opción diagnóstico-terapéutica eficaz. La posibilidad

de diagnosticar un trastorno motor primario es relativamente baja pero es importante realizar un estudio funcional exhaustivo e identificar estos desórdenes, porque ello permitirá aportar opciones terapéuticas efectivas.

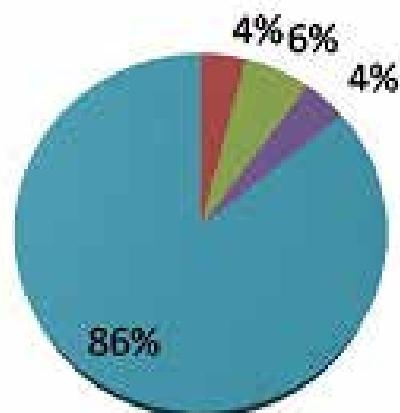


Figura 1

Hallazgos con manometría de alta resolución: 4% Acalasia tipo II, 4% Jackhammer, 6% Espasmo esofágico distal, 86% sin hallazgo que justifique la clínica aunque un 26% presentaban pHmetría patológica.

CO-25. APLICABILIDAD Y RESULTADOS DE LA TERAPIA INCISIONAL ASOCIADA A DILATACIÓN CON BALÓN EN ESTENOSIS POSTQUIRÚRGICAS BENIGNAS DE COLON. SERIE DE CASOS.

TENORIO-GONZÁLEZ, E¹; PINAZO-MARTÍNEZ, IL²; VÁZQUEZ-PEDREÑO, L¹; JIMÉNEZ-PÉREZ, M¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

²UGC APARATO DIGESTIVO. ÁREA DE GESTION SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR, ALGECIRAS.

Introducción

El desarrollo de estenosis benignas en anastomosis tras cirugía colorrectal es un problema frecuente que supone un desafío terapéutico por su alta tasa de recidiva y la existencia limitada de opciones terapéuticas, siendo la terapia incisional asociada a dilatación neumática una alternativa a las técnicas habituales, evitando múltiples sesiones y siendo ésta ya ampliamente empleada en estenosis esofágicas, con buenos resultados.

Objetivo

Nuestro objetivo con este estudio es comunicar nuestra experiencia en la terapia combinada como alternativa a dilatación aislada secuencial.