

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.

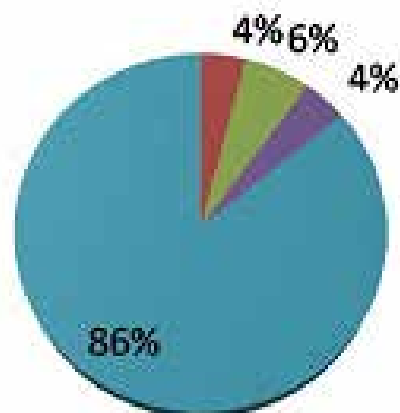


Figura 1

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.

Material y métodos

Se ha analizado la respuesta a terapia combinada en una serie de 15 casos recogidos desde octubre 2011 hasta junio 2016, con edades comprendidas entre 22 y 85 años.

Los motivos de la intervención quirúrgica fueron, en orden de frecuencia, diverticulitis aguda (n=4), neoplasia (n=6), perforación (n=1), poliposis adenomatosa familiar (n=1), enfermedad de Crohn (n=1), estreñimiento pertinaz(n=1) y perforación iatrogénica (n=1).

Todos presentaban estenosis inferiores al centímetro, con síntomas de suboclusión intestinal o como valoración previa a reconstrucción tránsito intestinal. Según el montaje quirúrgico realizado se optó por la preparación más adecuada (solución evacuante/enemas) bajo sedación consciente y tras ayunas de 8 horas.

Se realizaron varios cortes radiales y de escasa profundidad (<3mm), con esfinterotomo de aguja y fuente de diatermia, bajo visión endoscópica. Tras dicha ampliación del diámetro de la estenosis, se canalizó balón CRE y se dilató progresivamente hasta un rango máximo de 20-30 mm.

Posteriormente, se infiltró con triamcinolona 40 mg en los cuatro cuadrantes.

Resultados

El objetivo inmediato se definió como el paso sin dificultad del colonoscopio por la anastomosis.

Como éxito clínico, se consideró la resolución de síntomas y el mantenimiento de un buen calibre de la luz sin necesidad de reintervención quirúrgica o nueva terapéutica endoscópica.

En todos los casos el grado de estenosis mejoró según criterios clínicos y endoscópicos.

La mejora sintomática se mantuvo posteriormente, con revisiones en uno y tres meses, desde la realización de la técnica hasta junio 2016. Sólo se registró un caso de perforación, inmediata a la técnica y controlada con clip, y una estenosis refractaria a doble sesión combinada, en que finalmente se optó por colostomía definitiva.

Conclusiones

La terapia incisional seguida de dilatación neumática en sesión única es un tratamiento seguro y con buenos resultados, tanto a corto como a largo plazo, clínica y endoscópicamente, constituyendo un método definitivo en pacientes seleccionados.



Figura 1 Previa a terapia combinada.



Figura 2 Revisión al mes.

	Edad (años)	Sexo	Año IQ	Año T. Incisional	Motivo Qx	Motivo T. Incisional	Sesiones de dilatación previas
1	22	Mujer	2008	2011	PAF	Suboclusión	12
2	34	Mujer	2013	2013	Estreñimiento	Estreñimiento	4
3	56	Mujer	2008	2013	Diverticulitis	Suboclusión	0
4	62	Mujer	2008	2013	Yatrogénica	Suboclusión	1
5	66	Hombre	2008	2013	Diverticulitis	Suboclusión	0
6	70	Mujer	2009	2013	Neoplasia	Suboclusión	0
7	85	Mujer	2011	2013	Neoplasia	Suboclusión	6
8	59	Mujer	2014 (2)	2015	Neoplasia	Suboclusión	0
9	73	Hombre	2012	2015	Neoplasia	Suboclusión	5
10	64	Hombre	2003-2012-2014	2015 (2)	Neoplasia	Suboclusión	5
11	63	Hombre	2014	2015	Neoplasia	Pre-reconstrucción tránsito	1
12	35	Mujer	2002	2015	Enf. Crohn	Suboclusión	0
13	71	Mujer	2015	2015	Neoplasia	Suboclusión	2
14	64	Hombre	2015	2016	Diverticulitis	Pre-reconstrucción tránsito	0
15	62	Hombre	2014(2)-2016	2016	Diverticulitis	Suboclusión	0

Tabla 1

Indicaciones de la técnica.

CO-26. EVOLUCIÓN DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA (USE-PAAF) EN NUESTRO CENTRO

HINOJOSA-GUADIX, J¹; SÁNCHEZ-YAGÜE, A¹; ROBLES-CABEZA, L²; PEREDA-SALGUERO, T²; SORIA-LÓPEZ, E¹; PUYA-GAMARRO, M¹; RIVAS-RUIZ, F³; SÁNCHEZ-CANTOS, AM¹

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

²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

³DEPARTAMENTO INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

La punción-aspiración con aguja fina guiada por ecoendoscopia (USE-PAAF) se ha consolidado como una técnica útil para el diagnóstico anatomopatológico de lesiones de difícil acceso percutáneo. Conocer su utilidad, rentabilidad diagnóstica y tasa de complicaciones es fundamental para indicar la técnica.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo de las USE-PAAF realizadas en nuestro centro desde Agosto-2007 hasta Junio-2015. No se disponía de patólogo en sala. Se analizaron datos clínico/epidemiológicos y relacionados con la técnica. Evaluamos la validez del resultado anatomopatológico.

Resultados

Se analizaron 297 sesiones de USE-PAAF realizadas en 175 lesiones pancreáticas, 70 adenopatías, 22 gástricas, 6 esofágicas, 6 rectales, 6 masas mediastínicas y en 12 otras. Las agujas usadas por orden cronológico fueron: 54.54% aguja estándar (AE), 36.36% aguja de bloque celular (ABC) (ProCore™), 7.07% aguja de histología (AH) (SharkCore™). Se utilizaron agujas de 22G (64%), 25G (19.5%) y 19G (15.5%). El 79.5% (236/297) de las lesiones fueron diagnosticadas con muestra de la lesión, 2.7% (8/97) de una lesión metastásica, un 2.7% (8/297) precisaron cirugía y en 15.15% (45/297) se desestimó realizar más pruebas invasivas. Se objetivaron complicaciones en 3 USE-PAAF (2AE; 1ABC) por sangrados autolimitados sin repercusión hemodinámica. Se obtuvo muestra citológica en 266 USE-PAAF y suficiente para inmunohistoquímica en 28, en 21/28 (75%) el diagnóstico fue posible gracias a la inmunohistoquímica. De las sesiones en las que sólo se obtuvo citología, en 52 (19.5%) la inmunohistoquímica hubiese sido necesaria. Existiendo una relación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre la obtención de muestras que posibiliten inmunohistoquímica y la necesidad de la misma para alcanzar el diagnóstico. Se obtuvo una muestra adecuada (cualquier resultado citológico o histológico valorable por el patólogo) en el 91.7% (22/24) de las lesiones en las que se utilizó una AH, el 83.2% (104/125) con la ABC y el 69.4% (127/183) con la AE existiendo una relación estadísticamente significativa a favor de la AH ($p = 0.0025$) entre el tipo de aguja y el nivel de adecuación de la muestra.

Conclusiones

La AH es significativamente superior al resto de agujas para obtener muestras diagnósticas. La aguja más usada ha sido AE de 22G aunque su rentabilidad ha sido inferior probablemente influenciado por no disponer de patólogo en sala. La USE-PAAF es una técnica segura con una alta rentabilidad diagnóstica aunque la obtención de muestras adecuadas para la realización de inmunohistoquímica ha sido decisiva para optimizar estos resultados.

CO-27. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL BIOSIMILAR DE INFLIXIMAB (REMSIMA®) EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA EN PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS PRELIMINARES A 6 MESES.

GUERRA-VELOZ, MF¹; ARGÜELLES-ARIAS, F¹; PEREA-AMARILLO, R¹; CASTRO-LARIA, L²; BENÍTEZ-ROLDÁN, A¹; MERINO, V²; RAMÍREZ, G²; VILCHES-ARENA, A³; CAUNEDO-ÁLVAREZ, A¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.
²SERVICIO BIOQUÍMICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.
³DEPARTAMENTO INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

Conocer la eficacia y seguridad de Remsima en pacientes con colitis ulcerosa (CU).

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional y prospectivo de una única cohorte, constituida por pacientes con CU que están en tratamiento con el biosimilar de Infliximab (Remsima®) en el hospital Virgen Macarena. Se han incluido los pacientes “switch” de Remicade® (en los que se mantuvo la misma dosis de Infliximab así como el mismo período de administración) y los pacientes naive a biológico (a los que se administró según pauta habitual). Se analizó la respuesta clínica al tratamiento a los tres meses y seis meses mediante el índice de Mayo, comparándose con la puntuación anterior al tratamiento. Igualmente se analizaron los efectos adversos relacionados con el fármaco.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 40 pacientes, un 59.5% eran hombres, con una edad media de 43±13 años. Las características fenotípicas de los pacientes se describen en la **tabla 1** según la Clasificación de Montreal.

Del total de pacientes incluidos, 31 eran switch de Remicade®, estando el 80.6% de los mismos en remisión al momento del cambio. 9 eran naive a biológicos, de los que el 66% estaban tomando corticoides. Media duración con Remicade® fue 203 (42 – 294) semanas.

A los 3 meses disponemos de resultados de seguimiento de 31 pacientes switch y de 9 naive a biológico. Un 92% de los switch en remisión inicial la mantienen. 50% naive la alcanzaron. A los 6

meses tenemos datos de 36 pacientes. 27 switch de Remicade® y 9 naive. Un 91.3% de los pacientes switch mantienen remisión inicial, así como un 70% de los pacientes naive a biológico (**Figura 1**).

Los pacientes switch presentan descenso en la mediana de la PCR (2 (1;10) vs 1 (0;2) vs 1 (0;5) a los 0, 3 y 6 meses respectivamente; p=0.04). En los pacientes novo a Biológico se observó reducción en el score de Mayo (6 (4.5; 7) vs 3 (1.5 ;5) vs 1 (1; 5.7) a los 0, 3 y 6 meses respectivamente; p=0.021) (**Figura 2**).

A los 6 meses se suspendió Remsima® en dos pacientes que mantenían remisión previa por mejoría endoscópica/clínica, un paciente por fallo a tratamiento y otro por efectos adversos (parestias). Dos pacientes han requerido ingreso hospitalario por brote moderado-grave.

En cuanto a la seguridad, no se han observado efectos adversos de importancia en el momento del análisis.

Conclusiones

Según estos resultados preliminares de seguimiento a 6 meses, Remsima® es eficaz y seguro en los pacientes con CU. Mantiene la respuesta en un 90% de los casos switch y consigue remisión clínica en el 70% de los casos naive. No obstante, es necesario continuar analizando la respuesta de estos pacientes en un período mayor de seguimiento.

Características		n (%)	IC 95%
Extensión	E1	16/40 (40)	23.6 – 53.7
	E2	15/40 (37.5)	21.2 – 53.7
	E3	9/40 (22.5%)	8.30 – 36.7
Gravedad	S1	13/40 (32.5%)	16.7 – 48.3
	S2	20/40 (50%)	33.3 – 66.7
	S3	7/40 (17.5%)	4.5 – 30.5
Manifestaciones extraintestinales	SI	5/40 (12.5%)	
	NO	35/40 (87.5%)	73.2 – 95.8

Tabla 1 Características fenotípicas Clasificación de Montreal.

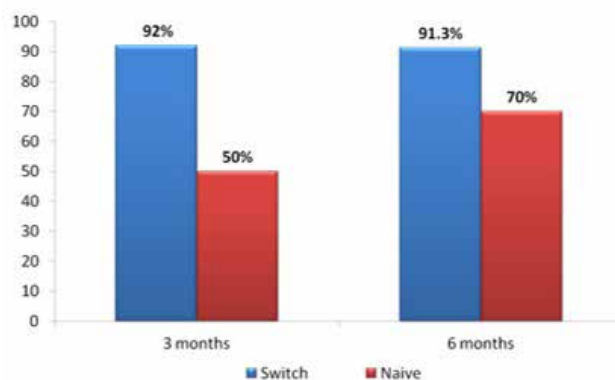


Figura 1 Remisión de la CU.

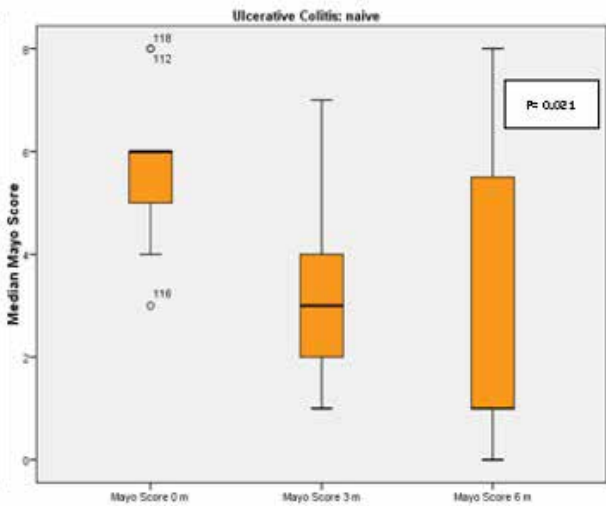


Figura 2

Reducción score de Mayo pacientes novo.

CO-28. INTERFERENCIA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL DESARROLLO LABORAL Y SOCIAL: REPERCUSIONES EN LA CALIDAD DE VIDA.

CAMACHO-MARTEL, L¹; CAMARGO-CAMERO, R¹; LÓPEZ-ORTEGA, S²; FERNÁNDEZ-PÉREZ, F³; AMO-TRILLO, V⁴; OLMEDO-MARTÍN, R⁴; ALCAÍN-MARTÍNEZ, G¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA
²SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.
³SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.
⁴SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se relaciona con dificultades en el desarrollo de la actividad laboral, en la continuidad de las actividades sociales y con una importante disminución en la calidad de vida. El objetivo de este estudio se dirige a cuantificar las limitaciones y dificultades en el ámbito laboral y social así como su relación y repercusión sobre la calidad de vida.

Material y métodos

Se trata de un estudio con pacientes de tipo ambulatorio que acuden a la consulta de EII. El periodo de recogida de datos fue de siete meses y se completaron cuestionarios de tipo demográfico y clínicos. La calidad de vida fue valorada con el Cuestionario de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (IBDQ-36) la productividad laboral con el (WPAI).

Resultados

Participaron 127 pacientes con una media de edad de 39 años. El 53.5% estaban empleados y el 22% desempleados. La media de duración de la enfermedad fue de 9.9 años. De los pacientes que estaban empleados la media de horas perdidas durante la última semana por problemas de la enfermedad fue de 1.63. Además la interferencia de la enfermedad en la productividad laboral fue del 42% y las limitaciones en las actividades cotidianas del 52%. Las dificultades en la productividad y las limitaciones en la vida diaria correlacionan significativamente con la calidad de vida ($r=-.467$ to $-.626$). En esta línea, las limitaciones en la vida diaria predice una peor calidad de vida ($\beta=-.411, t=-2.99, p=.004$). Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la interferencia de la EII en la productividad laboral $t(125)=-2.442, p=.016$ y actividades cotidianas y en la calidad de vida $t(125)=4.04, p=.000$ siendo mayor en los hombres. En general, no hubo diferencias significativas entre Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.

Conclusiones

Los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal tienen que hacer frente, además de los síntomas y complicaciones propios de la enfermedad, a las limitaciones que genera en cuanto a la productividad laboral y el desarrollo normal de la actividad diaria. Debe tenerse en cuenta que la EII tiene un impacto importante en todas las dimensiones de la vida de la persona y un abordaje eficaz requiere de un enfoque multidimensional.

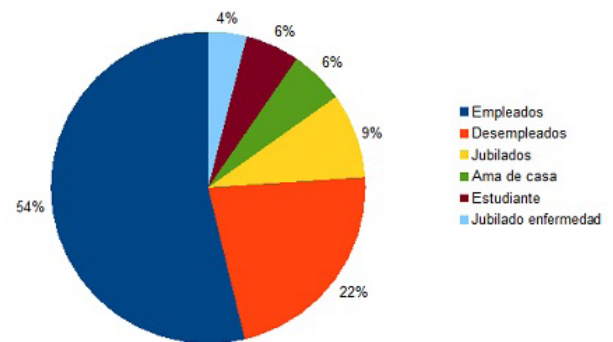


Figura 1

Variables	Total Media (N=67)	CROHN Media (N=42)	Colitis Ulcerosa Media (N=25)
Tiempo de trabajo perdido en la última semana	1.6	1.7	1.4
Absentismo			
Pérdida de productividad laboral (%) Presentismo	42	39	44
Dificultad en las actividades de la vida diaria (%)	52	51	53

Tabla 1

Variable	IBDQ Total (N=67)
Pérdida de productividad laboral. Presentismo.	r=-.467
Dificultad en las actividades de la vida diaria	r=-.626

Tabla 2

CO-29. ADVANCED FIBROSIS IS INDEPENDENTLY ASSOCIATED WITH IMPAIRED KIDNEY FUNCTION IN BIOPSY-PROVEN NAFLD. RESULTS OF A MULTICENTER CROSS-SECTIONAL STUDY.

VILAR-GÓMEZ, E¹; GALLEGO-DURÁN, R¹; ALLER, R²; PASTOR-RAMÍREZ, H¹; BAÑALES, J³; ARIASLOSTE, MT⁴; GARCÍA-MONZÓN, C⁵; GARCÍA-TORRES, ML⁶; AGUILAR-URBANO, V⁷; SALMERÓN, J⁸; OLCOZ-GOÑI, JL⁹; GÓMEZ-CAMARERO, J¹⁰; CALLEJA, JL¹¹; ABAD, J¹¹; ALBILLOS, A¹²; LO-IACONO, O¹³; FRANCÉS, R¹⁴; DIAGO, M¹⁵; FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ, CM¹⁶; GARCÍA-SAMANIEGO, J¹⁷; CABALLERÍA, J¹⁸; BENLLOCH, S¹⁹; TURNES, J²⁰; AMPUERO-HÉROJO, J²¹; ROMERO-GÓMEZ, M²¹

- ¹UNIDAD INTERCENTROS APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.
- ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID, VALLADOLID.
- ³DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA-DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA, DONOSTIA/SAN SEBASTIÁN.
- ⁴DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER.
- ⁵DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA, MADRID.
- ⁶DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA, VALENCIA.
- ⁷DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.
- ⁸DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.
- ⁹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN, LEÓN.
- ¹⁰DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS, BURGOS.
- ¹¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA, MAJADAHONDA.
- ¹²DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL, MADRID.
- ¹³DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVESITARIO DEL TAJO, ARANJUEZ.
- ¹⁴DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE, ALICANTE/ALACANT.
- ¹⁵DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA, VALENCIA.
- ¹⁶DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN, ALCORCÓN.
- ¹⁷DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO UNIVERSITARIO LA PAZ, MADRID.
- ¹⁸UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA, BARCELONA.
- ¹⁹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA.
- ²⁰DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA, PONTEVEDRA.
- ²¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introduction

Although there is growing evidence that patients with nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) or steatohepatitis (NASH) have an increased prevalence/incidence of chronic kidney disease (CKD), the relationship between reduced kidney function and histological features of patients with biopsy-proven NAFLD has not been fully elucidated.

Material and methods

A total 1459 adult patients with biopsy-proven NAFLD from 33 centers in 3 countries [Spain (821 patients), Australia (245 patients) and Cuba (393 patients)] were consecutively enrolled. Biopsies were reviewed by local pathologists and scored using the NASH-CRN scoring system and fibrosis (F) stages (0-4) and subsequently classified as NAFL or NASH (combined presence of steatosis, ballooning and lobular inflammation). This study did not include patients with decompensated cirrhosis. Kidney function was assessed through CKD-EPI estimated glomerular filtration rate (eGFR) formula and CKD was defined as eGFR less than 60 ml/min/1.73 m2

Results

Kidney function assessed by eGFR (ml/min/1.73 m2) was not significantly different among patients with NAFL (n=536) (95.1 ± 17.9 ml), NASH-F0 (n=338) (95.5 ± 16.7), NASH-F1 (n=178) (95.8 ± 16.6) and NASH-F2 (n=190) (94.3 ± 16.7). However, eGFR was lower in NASH patients with advanced fibrosis (n=150 for F3, 84.5 ± 22.1; n=67 for F4, 84.9 ± 20.9), P0.675 (n=229) had lower eGFR (87.2 ± 18.9 ml) as compared to those with NFS of 2.67 (n=91) (83.1 ± 19.5 ml) as compared to those with a FIB-4 <1.30 (n=1023) (96.5 ± 18.1 ml), P<0.01.

Conclusions

In biopsy-proven NAFLD patients, only advanced fibrosis was strongly associated with either decreasing eGFR or presence of CKD determined by an eGFR <60 ml/min/1.73 m2, irrespective of well-known risk factors as obesity, diabetes and components of metabolic syndrome.

Variables	Overall patients (n=1459)
Age (years), mean	48.7 ± 11.9
Gender, female, n (%)	836 (57%)
Body mass index (kg/m ²)	35.6 ± 9.3
Waist circumference (cm)	108.8 ± 13.1
Current smokers, n (%)	213 (15%)
Type 2 diabetes, n (%)	501 (34%)
Hypertension (yes), n (%)	709 (49%)
Metabolic syndrome (yes), n (%)	878 (60%)
Fasting glucose (mmol/l)	113 ± 41.8
HOMA-IR	5.35 ± 3.78
Glycated hemoglobin (%)	5.8 ± 1.34
ALT (U/L)	53.7 ± 43.7
AST (U/L)	37.8 ± 28.2
Cholesterol (mmol/l)	196.9 ± 46.5
Triglycerides (mmol/l)	157.1 ± 84.8
HDL (mg/dl)	49.46 ± 14.92
Creatinine (mmol/l)	0.84 ± 0.30
eGFR (ml/min/1.73 m ²), CKD-EPI	93.57 ± 18
eGFR cut-offs (ml/min/1.73 m²), CKD-EPI, n (%)	
eGFR > 90	907 (62%)
eGFR 60-89	489 (34%)
eGFR < 60	63 (4%)
NAFLD fibrosis score	
NAFLD fibrosis score	-1.09 ± 1.68
FIB-4 score	1.26 ± 1.22
NAS†	
NAS†	3.5 ± 1.7
Steatosis	2.68 ± 0.76
Lobular inflammation	1.93 ± 0.77
Ballooning	1.89 ± 0.77
Fibrosis (stage) ‡, n (%)	
0	741 (51%)
1	311 (21%)
2	190 (13%)
3	150 (10%)
4	67 (5%)
NAS ≥4	697 (48%)
NASH (yes), n (%)	933 (64%)

Table 1 Baseline characteristics.

Variables	eGFR (ml/min/1.73 m ² by CKD-EPI)			
	r	P value	β	P value
Age (years)	-0.55	<0.01	-0.52	<0.01
Gender (female)	-0.23	<0.01	-0.14	<0.01
Body mass index (kg/m ²)	0.02	0.33	-	-
Glycosylated hemoglobin (%)	-0.10	<0.01	-0.08	<0.01
HOMA-IR	-0.09	<0.01	-0.07	<0.01
Cholesterol (mmol/l)	-0.01	0.73	-	-
Hypertension (yes)	-0.21	<0.01	-0.18	<0.01
Type 2 diabetes (yes)	-0.13	<0.01	-0.12	<0.01
Metabolic syndrome (yes)	-0.19	<0.01	-0.21	<0.01
Current smoking (yes)	-0.19	<0.01	-0.08	0.01
Histological categories of NAFLD				
NAFL or simple steatosis	-	-	-	-
NASH + F0	0.01	0.72	-	-
NASH + F1	0.01	0.63	-	-
NASH + F2	-0.01	0.62	-	-
NASH + F3	-0.17	<0.01	-0.20	<0.01
NASH + F4	-0.12	<0.01	-0.18	<0.01

Table 2 Correlations and multivariable linear regression analysis between eGFR values and potential predictors.

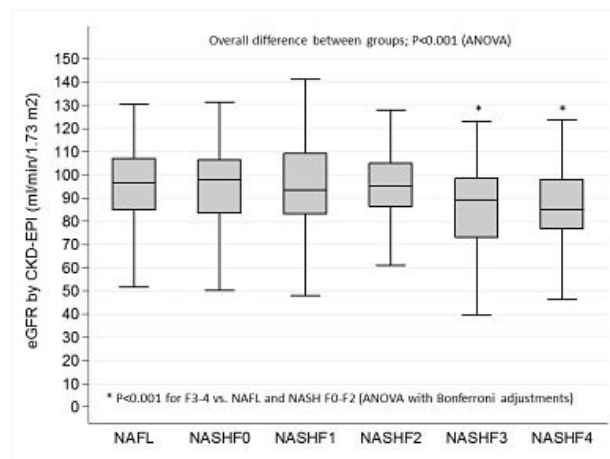


Figure 1 Association between kidney function and histological severity of NAFLD. NAFL, steatosis; NASH, steatohepatitis; F, fibrosis.

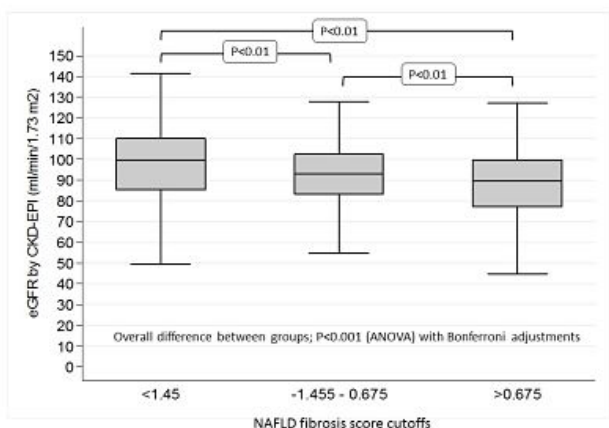


Figure 2

Association between kidney function and NAFLD fibrosis score cutoffs.

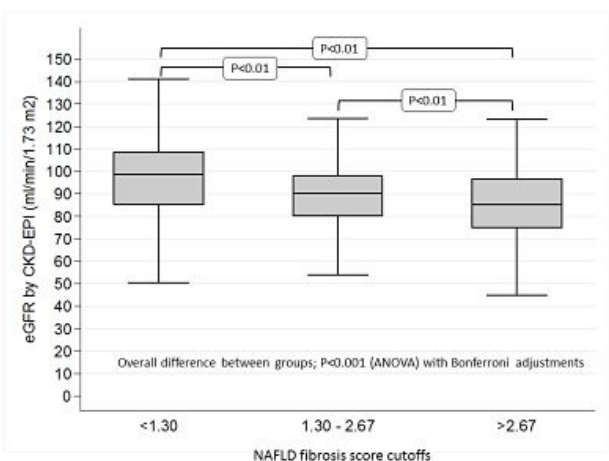


Figure 3

Association between kidney function and FIB-4 score cutoffs.

CO-30. VALIDACIÓN DE LOS ÍNDICES FIB 4 Y NFS PARA DISCRIMINAR FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON EGHNA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

GALLEGO-DURÁN, R¹; ALLER, R²; PASTOR-RAMÍREZ, H¹; BAÑALES, J³; ARIAS-LOSTE, MT⁴; GARCÍA-MONZÓN, C⁵; VILAR-GÓMEZ, E¹; ESCUDERO, A⁶; AGUILAR-URBANO, V⁷; SALMERÓN, J⁸; OLCOZ-GOÑI, JL⁹; GÓMEZ-CAMARERO, J¹⁰; CALLEJA, JL¹¹; ALBILLOS, A¹²; LO LACONO, O¹³; FRANCÉS, R¹⁴; DIAGO, M¹⁵; FERNÁNDEZ-RODRIGUEZ, C¹⁶; GARCÍA-SAMANIEGO, J¹⁷; CABALLERÍA, J¹⁸; AMPUERO, J¹; ASPICHUETA, P¹⁹; BENLLOCH, S²⁰; ROMERO-GÓMEZ, M¹

¹COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.
²HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID, VALLADOLID.
³HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA-DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA, DONOSTIA/SAN SEBASTIÁN.

⁴HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER.
⁵HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA, MADRID.
⁶HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA, VALENCIA.
⁷COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.
⁸HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.
⁹COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN, LEÓN.
¹⁰COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS, BURGOS.
¹¹HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA, MAJADAHONDA.
¹²HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL, MADRID.
¹³HOSPITAL UNIVESITARIO DEL TAJO, ARANJUEZ.
¹⁴HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE, ALICANTE/ALACANT.
¹⁵HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA, VALENCIA.
¹⁶HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN, ALCORCÓN.
¹⁷COMPLEJO UNIVERSITARIO LA PAZ, MADRID.
¹⁸HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA, BARCELONA.
¹⁹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES, BARAKALDO.
²⁰HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA.

Introducción

Comparar la utilidad de los métodos NAFLD Fibrosis Score (NFS) y FIB4 para la predicción de la fibrosis en pacientes con EGHNA diagnosticados mediante biopsia hepática.

Material y métodos

El Registro HEPAmét, liderado por la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), es una base de datos multicéntrica monitorizada, que incluye pacientes españoles con EGHNA diagnosticados mediante biopsia hepática. Deben cumplir al menos 2/4 criterios de inclusión (esteatosis definida por ecografía; ALT o AST por encima de los límites superiores de la normalidad (LSN); HOMA-IR> 4 o síndrome metabólico definido mediante criterios ATP III). Se registraron datos demográficos, antropométricos, analíticos, anatomopatológicos y ecográficos, así como enfermedades y medicación concomitante. Se determinó el área bajo la curva (AUROC) para fibrosis significativa (F2-F4) y avanzada (F3-F4). Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS 22.0.

Resultados

Se incluyeron 1214 pacientes NAFLD biopsiados, 57% (693/1214) mujeres, edad media de 47,8 + 11,6 años. Según el SAF Score, el 60% (724/1214) de los pacientes padecían NASH, el 26% (315/1214) mostraron fibrosis significativa y el 12% (142/1214) fibrosis avanzada según Kleiner. Los coeficientes de correlación entre NFS y FIB4 respecto a la fibrosis avanzada fueron 0,28 (p<0.01) and 0.38 (p<0.01) respectivamente.

FIB4 alcanzó un AUROC mayor para la predicción de fibrosis avanzada: 0,78 [IC del 95% 0,74 a 0,82] que NFS: 0,73 [IC del 95% 0,69 a 0,76]; p = 0,04. De ellos, el 39,4% (478/1214) y 21.6% (262/1214) de los pacientes fueron clasificados como indeterminados para NFS y FIB4 respectivamente (p <0,01).

Para la predicción de fibrosis avanzada, el VPN fue 91% (964/1055) y VPP 32% (51/159) utilizando un punto de corte en NFS >0.67. Aplicando en FIB-4 un punto de corte >2.67, el VPN obtenido fue 90.3%(1053/1166) y VPP 60% (29/48).

Finalmente, para excluir fibrosis, un punto de corte de $<-1,45$ para NFS, alcanzó un VPP del 95% (550/577), y empleando el umbral en FIB-4 $<-1,30$, el VPP alcanzado fue 95% (859/904).

Conclusiones

En práctica clínica, ambos índices son útiles para excluir pacientes con fibrosis, con potencial como método de cribado para seleccionar aquellos con bajo riesgo de progresión. Otros métodos no invasivos son necesarios para evaluar con precisión el estadio de fibrosis de aquellos casos que caen en la zona gris.

CO-31. LACTATO Y OTROS BIOMARCADORES EN PREDICCIÓN DE PAG Y EXITUS. ESTUDIO CON 269 PACIENTES.

VALVERDE-LÓPEZ, F; JIMÉNEZ-ROSALES, R; CABALLERO-MATEOS, AM; 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 diversos parámetros de laboratorio obtenidos al ingreso 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 obtuvo analítica en urgencias con determinación de urea (con cálculo posterior del BUN), Cr, PCR y Lactato, 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 (Figuras 1 y 2).

Resultados

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

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

Los resultados en términos de S, E, VPP, VPN y área bajo la curva (AUC) se resumen en las tablas 1 y 2. El BUN presenta el AUC más alto en términos de predicción de PAG mientras que el Lactato presenta el AUC más alto para predicción de mortalidad.

Conclusiones

Los parámetros de laboratorio constituyen una herramienta rápida y sencilla, aunque probablemente incompleta para predecir el desarrollo de PAG, con la ventaja que pueden ser obtenidos en el momento del ingreso y días posteriores sin dificultad. Nuestro estudio demuestra unas buenas cifras de E y una buena AUC para BUN, Cr y Lactato, no así tanto para la PCR en términos de predicción de Pancreatitis Aguda Grave y exitus al ingreso, 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. Aunque muchos de estos parámetros ya se habían analizado en estudios previos, nosotros presentamos el Lactato como una herramienta al menos similar a otros parámetros clásicos, pudiendo ser de utilidad para la construcción de futuros scores o monitorización del tratamiento y evolución.

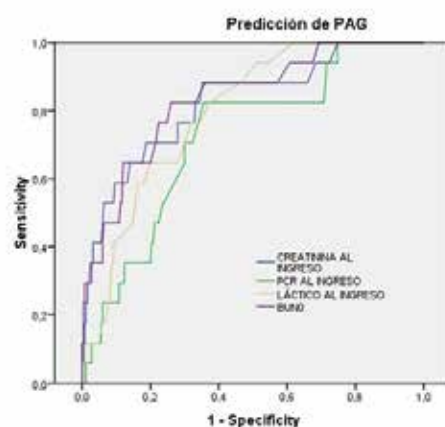


Figura 1

Curvas ROC para predicción de PAG.

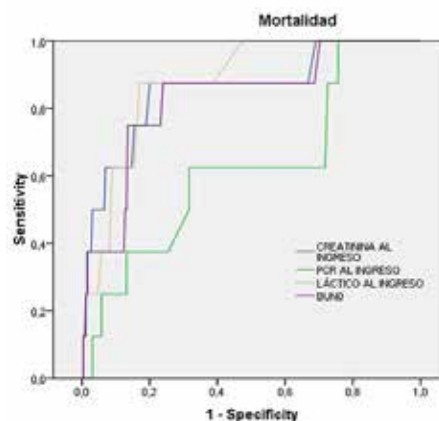


Figura 2

Curvas ROC para predicción de mortalidad.

PAG	AUC (95% CI)	Sensibilidad (95% IC)	Especificidad (95% IC)	VPP (95% IC)	VPN (95% IC)
Lactato	0.79 (0.71-0.88)	58.8% (36%-78.4%)	83.3% (78.2%-87.4%)	19.2% (10.8%-31.9%)	96.8% (93.5%-98.4%)
Creatinina	0.82 (0.71-0.93)	64.7% (41.3%-82.7%)	86.1% (81.3%-89.8%)	23.9% (13.9%-37.9%)	97.3% (94.3%-98.8%)
BUN	0.83 (0.73-0.93)	64.7% (41.3%-82.7%)	86.9% (82.2%-90.5%)	25% (14.6%-39.4%)	97.3% (94.3%-98.8%)
PCR	0.72 (0.60-0.83)	70.6% (46.9%-86.7%)	69.7% (63.8%-75.1%)	13.6% (8%-22.3%)	97.2% (93.7%-98.8%)

Tabla 1

Valores de S, E, VPP, VPN y AUC en predicción de PAG.

Mortalidad	AUC (95% CI)	Sensib. (95% IC)	Especifi. (95% IC)	VPP (95% IC)	VPN (95% IC)
Lactato	0.87 (0.78-0.96)	87.5% (52.9%-97.2%)	82.7% (77.6%-86.8%)	13.5% (6.7%-25.3%)	99.5% (97.4%-99.9%)
Creatinina	0.85 (0.70-0.99)	75% (40.9%-92.9%)	84.7% (79.8%-88.5%)	13% (6.1%-25.7%)	99.1% (96.8%-99.8%)
BUN	0.83 (0.68-0.98)	75% (40.9%-92.9%)	85.4% (80.6%-89.2%)	13.6% (6.4%-26.7%)	99.1% (96.8%-99.8%)
PCR	0.62 (0.41-0.82)	62.5% (30.6%-86.3%)	68.1% (62.2%-73.4%)	5.7% (2.5%-12.6%)	98.3% (95.2%-99.4%)

Tabla 2

Valores de S, E, VPP, VPN y AUC en predicción de mortalidad.

CO-32. DIETA DE EXCLUSIÓN DE CUATRO GRUPOS DE ALIMENTOS EN ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: EXPERIENCIA EN COMPLEJO HOSPITALARIO DE GRANADA

DELGADO-MAROTO, A; DÍAZ-ALCÁZAR, MM; ÍÑIGO-CHAVES, AM; DIÉGUEZ-CASTILLO, C; DÍAZ-ALCÁZAR, MM

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

Introducción

Describir nuestra experiencia en el tratamiento con dieta de exclusión de cuatro grupos de alimentos (gluten, leche y derivados, huevo y legumbres) en pacientes diagnosticados de esofagitis eosinofílica.

Material y métodos

Hemos realizado un estudio retrospectivo de los casos de esofagitis eosinofílica tratados con dieta de exclusión de cuatro grupos de alimentos en el Complejo hospitalario de Granada. Todos hicieron un estudio de alergia alimentaria previo al inicio de la dieta y en todos se confirmó la presencia de eosinofilia en esófago medio y distal tras dos meses en tratamiento con IBPs. Tras consentimiento informado aceptaron inicio de la dieta. La reintroducción de alimentos se realizó en periodos de seis semanas en el siguiente orden: gluten, leche y derivados, huevo y legumbres; realizándose estudio de eosinofilia esofágica tras cada reintroducción. Los datos (edad, sexo, clínica, pruebas y anatomía patológica) han sido recogidos de nuestra base de datos informática (Archinet).

Resultados

En total se han recogido 12 casos, 6 mujeres (50%) y 6 hombres (50%). La edad media fue de 37.6 años. La clínica de presentación más habitual fue disfagia esofágica (75%), seguido de impactación alimenticia (25%). 6 (50%) presentaban antecedentes alérgicos no alimenticios, de los cuales 3 (50%) fue alergia estacional, 1 (16.6%) rinitis alérgica, 1 (16.6%) asma bronquial y 1 (16.6%) dermatitis atópica.

De los 12 casos recogidos, 8 finalizaron el estudio (66.7%), 2 abandonaron (16.6%) y en 2 (16.6%) se suspendió por positividad tras retirada de los cuatro alimentos.

En los 8 pacientes que finalizaron se detectó positividad a alguno de los alimentos. En total se detectaron 16 positivos (**Figura 1**), de los cuales 6 (37%) fue a la leche, 4 al huevo (25%), 4 a legumbres (25%) y 2 al gluten (14,3%). 2 pacientes (25%) presentaron positividad a 3 alimentos, 4 pacientes (50%) a 2 alimentos y 2 pacientes (25%) sólo a uno (**Figura 2**). Mediante el estudio alergólogo sólo se detectó un caso de sensibilización a leche.

Finalmente se recomendó excluir de la dieta aquellos alimentos positivos y que habían provocado alteraciones clínicas y/o endoscópicas. Así mismo se aconsejó consumir de forma moderada aquellos alimentos positivos sin alteraciones clínicas ni endoscópicas, y mantener mínimo una semana de lavado tras la presencia de síntomas.

Conclusiones

La dieta de exclusión de grupos de alimentos es una buena alternativa para el tratamiento de pacientes diagnosticados de esofagitis eosinofílica. El estudio alergólogo no es útil para detectar los alimentos causantes.

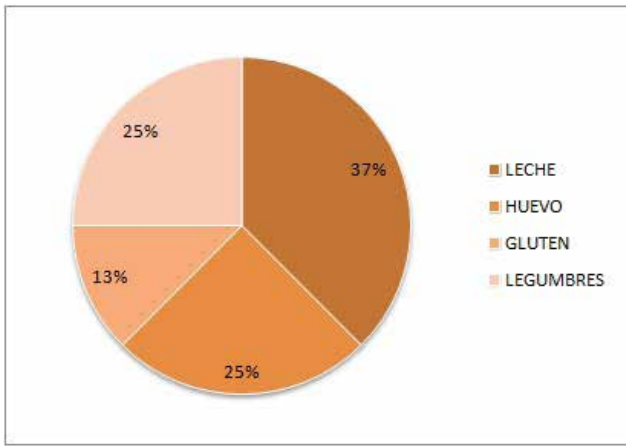


Figura 1 ~~~~~

Porcentaje de positividad por grupos de alimentos de los 14 resultados positivos recogidos tras dieta de exclusión.

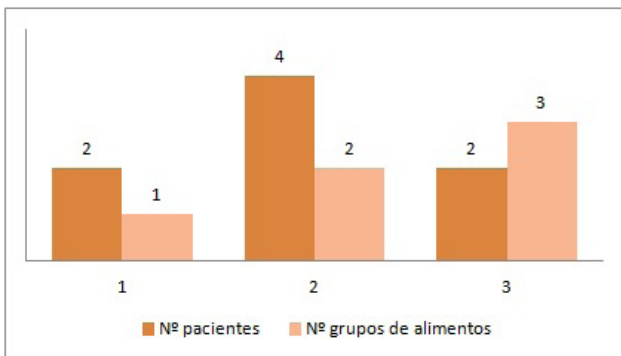


Figura 2 ~~~~~

Relación del número de grupos de alimentos positivos por paciente.