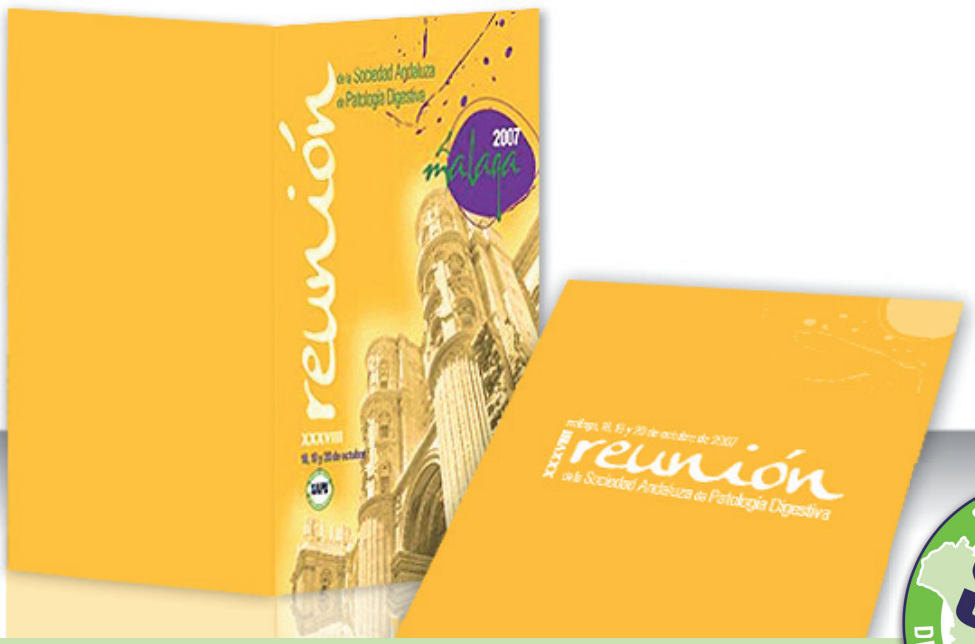
RAPD ONLINE
Revista Andaluza de Patología Digestiva
Volumen 30
Extraordinario 2007

XXVIII Reunión de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva

Málaga, 18 al 20 de octubre de 2007



Órgano Oficial de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva

SOCIEDAD ANDALUZA SAPD DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

01. COMUNICACIONES ORALES
- Primera sesión
- Segunda sesión
- Tercera sesión
- Cuarta sesión
- Quinta sesión

02. COMUNICACIONES EN PÓSTER

Revista Andaluza de Patología Digestiva ONLINE

Junta Directiva de la Sociedad de Patología Digestiva

PRESIDENTE
Juan Esteban Carretero (Almería)

VICEPRESIDENTES

Andalucía Oriental
Julio Pleguezuelo Díaz (Granada)

Andalucía Occidental
José Luis Márquez Galán (Sevilla)
Manuel Rodríguez-Téllez (Sevilla)

SECRETARIO
Manuel Fernández-Dovale Martín (Sevilla)

VICESECRETARIO
Federico Argüelles Arias (Sevilla)

TESORERO
Antonio Galindo Galindo (Sevilla)

DIRECTOR DE LA REVISTA SAPD
Manuel Jiménez Sáenz (Sevilla)

DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB
Pedro Hergueta Delgado (Sevilla)

VOCALES A LA PRESIDENCIA
Manuel Jiménez Sáenz (Sevilla)
Juan de Dios Vega (Córdoba)

VOCALES DE PROVINCIAS
José Francisco Suárez Crespo (Almería)
Mª Carmen Martínez Sierra (Cádiz)
Antonio Reyes López (Córdoba)
Francisco Javier Casado Caballero (Granada)
Juan Díaz Oller (Jaén)
Manuel Ramos Lora (Huelva)
Juan Miguel Rodrigo López (Málaga)
Fco. Javier Romero Vázquez (Sevilla)

PRESIDENTE COMITÉ CIENTÍFICO
Andrés M. Sánchez Cantos (Marbella)

Organizador Reunión SAPD 2007 - Málaga
Raúl Andrade Bellido

Organizador Reunión SAPD 2008 - Huelva
Héctor Pallarés Manrique

MEDALLAS DE ORO

E. Arias Vallejo
G. Castillo Prados
T. Charlo Dupont
J. de Dios Jimena Fernández
F. Martínez Pérez
S. Morales Méndez
J. Pérez Gieb
M. Rodríguez Martínez
E. Valenzuela Casas
J. Verdejo Vivas
E. Franquelo Ramos
M. Muñoz-Ortiz
M. Fernández Dovale
J.M. Herrerías Gutiérrez
J. Huelín Benítez
M. Barranco Jiménez
G. Miño Fungarolas
A. Domínguez Macías
R. Martín-Vivaldi Martínez
F. Docobo Durántez
J. de la Cruz Esteban Carretero
L. Martín Herrera
A. Sánchez Cantos

Vol. 30
Extraordinario 2007

Periodicidad Cuatrimestral

Depósito Legal: M-26347-1978
Registro de comunicación de soporte válido: 07/2
ISSN: 1988-317X

Edición

Sulime Diseño de Soluciones, S.L.
Edificio Centris
Glorieta Fenando Quiñones s/n
Planta Baja Semisótano BSS
módulo 7A - 41940 Tomares (Sevilla)
Tlf. 954157556
Fax. 954150041
Email: sulime@sulime.net
Web: www.sulime.net

NORMAS PARA LOS AUTORES

1.º La **REVISTA ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA Online** publicará todos aquellos trabajos relacionados con las enfermedades del aparato digestivo procedentes de los miembros de la RAPD Online, de la cual es órgano oficial, así como de otros autores nacionales y extranjeros.

2.º Los trabajos podrán pertenecer a alguna de las siguientes categorías:

a. Originales: Trabajos que contengan la descripción de investigaciones clínicas, de técnicas instrumentales o experimentación en laboratorio que contribuyan a ampliar el conocimiento de un problema relativo al aparato digestivo.
b. Notas clínicas: Presentación de uno o más casos clínicos que, por presentar ciertas peculiaridades, supongan una aportación al conocimiento del proceso analizado.
c. Cartas al Director: Objeciones o comentarios a artículos previamente publicados en la Revista y observaciones de interés que por sus características no requieran o merezcan su desarrollo en cualquiera de los dos tipos anteriores.
d. Temas monográficos, editoriales y revisiones, que serán escritos por encargo del Comité Editorial.

3.º Los trabajos estarán redactados en castellano, y deberán enviarse en formato de texto Microsoft Word o RTF (Rich Format Text). El tipo de letra recomendable es Arial Normal con tamaño de 12 puntos. Las tablas deben realizarse con la herramienta -Tabla- (no con el uso de tabuladores y líneas de dibujo o cuadros de texto). No deben incluirse macros.

4.º En la primera página o cubierta figurará el título del trabajo, nombre y apellidos del autor o autores y cargo o títulos de éstos; seguidamente, el nombre del departamento, servicio hospitalario o cátedra e institución y lugar donde trabaja. En la esquina inferior derecha constarán el nombre y dos apellidos y la dirección postal y de correo electrónico del autor con quien debe mantenerse la correspondencia. Al pie de esa página irán las palabras clave para la búsqueda bibliográfica. Esta cubierta deberá ser escrita en una hoja aparte y no en la primera página del texto. La primera página del texto mostrará exclusivamente el título del trabajo, sin incluir los autores ni el lugar de procedencia. Después seguirá la redacción del texto en hojas independientes a las anteriores.

5.º Los originales estarán claramente divididos en los apartados de Introducción, Pacientes (material) y método, Resultados, Discusión y Bibliografía, cada uno de los cuales comenzará una nueva página en el escrito.
El Resumen figurará en hojas independientes, tras la página del título; desarrollará los puntos fundamentales del artículo, no deberá tener una extensión superior a 150 palabras y se enviará redactado en castellano e inglés. La exposición del trabajo, así como la descripción de los métodos empleados, deben permitir al lector repetir las observaciones del autor y juzgar sus conclusiones.
Las **Notas clínicas** constarán de introducción, observación clínica, discusión y bibliografía, cuyo texto no superará un total de seis folios, excluyendo la bibliografía.
Las **Cartas al Director** no deben sobrepasar dos páginas ni incluir más de diez citas bibliográficas.

6.º La Bibliografía citada se presentará según el orden de aparición en el texto, identificándola mediante números arábigos entre paréntesis intercalados en el lugar adecuado.
La expresión de las referencias debe ajustarse a las normas universalmente admitidas:

a. Artículo de revista: Apellidos e iniciales de los nombres de todos los autores del artículo; título del trabajo en el idioma original; abreviatura de la revista según patrón internacional; año, volumen y página primera y última del trabajo citado.
b. Libro: Apellidos e inicial del nombre del autor; título del libro; página inicial y final a que se refiere la cita; editorial, ciudad y año de publicación.
c. Capítulo de libro: Apellidos e inicial del nombre del autor del capítulo; título del capítulo; apellidos e inicial del nombre del autor o editor del libro, precedidos de la preposición «En»; título del libro; página inicial y final a que se refiere la cita; editorial, ciudad y año de publicación.

7.º La iconografía, tanto si se trata de fotografías, radiografías, esquemas o gráficos, se referirán bajo el nombre genérico de figura y llevarán una sola numeración, en caracteres arábigos, según el orden de mención en el texto.
Se recomienda que no superen el número de seis en el caso de originales y tres para las notas clínicas.

Las fotografías se enviarán en formato digital TIFF (.TIF), JPEG (.JPG) o BMP. en blanco y negro o color, bien contrastadas, con una resolución adecuada (preferentemente 150-300 puntos por pulgada). En el caso de archivos JPEG deberá usarse la compresión mínima para mantener la máxima calidad. Las imágenes de radiografías, ecografías, TAC y RM deben escanearse en escalas de grises y guardarse en formato JPG. Las imágenes de endoscopia y otras deben escanearse a color. Deberán estar identificadas incluyendo en el nombre del fichero su número y apellidos del primer firmante(ej: fig1_Herrerias.jpg). Los esquemas, dibujos, gráficos o figuras se enviarán en formato digital, como imágenes o en Powerpoint, adecuadamente identificadas; Cada imagen debe llevar un pie de figura asociado que sirva como descripción. Los pies de figura, se deben entregar en un documento de texto aparte haciendo clara referencia a las figuras a las que se refieren, las imágenes pueden estar insertadas en los archivos de Word/Powerpoint para facilitar su asociación a los pies de figura, pero siempre deberán enviarse como imágenes separadas.Para las microfotografías deberá indicarse la tinción y los aumentos empleados.

8.º Las tablas (hasta un máximo de seis) seguirán una numeración propia en números romanos e irán confeccionadas cada una de ellas en hojas independientes, indicando al pie de las mismas el significado de las abreviaturas en caso de haberse empleado. Como ya se ha indicado, las tablas deben realizarse con la herramienta -Tabla- (no con el uso de tabuladores y líneas de dibujo o cuadros de texto).

9.º Cada autor recibirá un número de separatas impresas establecido por la Secretaría de Redacción, para lo cual se facilitará la dirección del primer firmante del trabajo. Se adjuntará una carta de certificación aclarando que se trata de una publicación electrónica, pero válida a efectos de Currículo.

10.º Los trabajos se pueden remitir de cualquiera de las dos siguientes formas:

a. Manuscrito en papel (texto y figuras: original más dos copias) más CD-ROM dirigido al Redactor Jefe de la REVISTA ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Planta 8, Ala A/B. Avda. Dr. Fedriani, 3. 41009 Sevilla. **b.** Remitiendo el original (Word) más las figuras (Power Point, archivos de imagen) a la siguiente dirección de correo electrónico: jmhg@us.es y/o RAPDonline@sapd.es. En caso de que el tamaño del envío exceda la capacidad del correo electrónico, podrá contactarse con el webmaster de la sapd.es (webmaster@sapd.es) para una solución alternativa para la transferencia de ficheros.

En ambos casos, los trabajos irán acompañados de una carta de presentación, en la que se hará constar que no han sido publicados con anterioridad ni enviados simultáneamente a otro medio de difusión. En caso de utilizar material ya publicado es necesario adjuntar las correspondientes autorizaciones, siendo responsabilidad de los autores las consecuencias que de esta omisión pudieran derivarse.

11.º A su recepción se acusará recibo de los originales, asignándoles un número cuya referencia será obligada en toda la correspondencia que se mantenga sobre los mismos.
Su publicación seguirá el orden de recepción, si bien estará sometida a su aceptación por el Comité de Redacción, tras ser valorados por dos redactores.

12.º El incumplimiento de estas normas podrá ser motivo de devolución a los autores para su corrección, antes de entrar en consideración sobre su posible publicación.

Revista Andaluza de Patología Digestiva ONLINE

Órgano Oficial de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva
www.sapd.es

DIRECTOR
Manuel Jiménez Sáenz (Sevilla)

DIRECTOR ADJUNTO
J. M. Herrerías Gutiérrez

REDACTORES
J. L. Martín Ruiz (Endoscopia)
J. de Teresa Galván (Redactor Jefe)
M. Valenzuela Barranco (Ecografía)

SECRETARIOS DE REDACCIÓN
R. Andrade Bellido (Hepatología)
F. Docobo Durántez (Cirugía)
A. Domínguez Martín (Asistencia Primaria)
M.ª Isabel Lucena (Farmacología Clínica)
H. Pallarés Manrique (Endoscopia)
M. A. Macías Rodríguez (Ecografía)
M. Fernández-Dovale Martín (Cirugía)
M. Rodríguez Téllez (Gastroenterología)

COMITÉ DE DIRECCIÓN

J. Aguilar Reina (Sevilla)
R. Belda Poujoulet (Almería)
J. Esteban Carretero (Almería)
M. Castro Fernández (Sevilla)
M. de la Mata García (Córdoba)
J. de la Santa López (Sevilla)
A. Domínguez Macías (Huelva)
E. Franquelo Villalonga (Málaga)
J. M.ª García Gil (Granada)
J. M.ª Garijo Forcada (Jaén)
J. Huelín Benítez (Málaga)
M. Jiménez Sáez (Sevilla)

COMITÉ EDITORIAL

G. Alcaín Martínez (Málaga)
E. Baeyens Cabrera (Jaén)
A. Bonetti Munnigh (Almería)
F. Cárdenas Lafuente (Málaga)
I. Carmona Soria (Sevilla)
F. J. Casado Caballero (Granada)
M. Casado Martín (Almería)
A. Caunedo Álvarez (Sevilla)
J. de Dios Jimena Medina (Córdoba)
C. M. de Sola Earle (Málaga)
A. Domínguez Muñoz (Málaga)
J. M.ª Esteban Carretero (Cádiz)
R. Fernández Pérez (Almería)
F. J. Fernández Pérez (Málaga)
A. Galindo Galindo (Sevilla)
F. Gallego Rojo (Almería)
M. García Montero (Granada)
F. Gómez Camacho (Córdoba)
A. González Galilea (Córdoba)
P. Guerrero Jiménez (Sevilla)
J. Guilarte López-Mañas (Granada)
A. López Cano (Cádiz)
M. López-Cantarero Ballesteros (Granada)
A. Martínez Espejo (Jaén)
F. Martínez-Alcalá (Sevilla)
A. Maté Hurtado (Málaga)
F. Navarro Freire (Granada)
F. Nogueras López (Granada)
H. Pallarés Manrique (Huelva)
F. Pérez Benítez (Granada)
P. Rendón Unceta (Cádiz)
J. M. Rodríguez Láiz (Almería)
R. Romero Castro (Sevilla)
M. Romero Gómez (Sevilla)
J. Rosell Pradas (Granada)
B. Sánchez Alcalá (Jaén)
H. Sánchez Martínez (Almería)
F. Santalla Medina (Málaga)
S. Sofos Kontoyannis (Granada)
M.ª J. Soria de la Cruz (Cádiz)
F. Suárez Crespo (Almería)

COMITÉ IBEROAMERICANO

F. Bernal Sahagún (Méjico)
A. D. Jorge (Córdoba. Argentina)
M. Mascarhenas (Oporto. Portugal)
E. Monteiro (Lisboa. Portugal)
J. R. Nogueira de Rojas (Irapuato. Méjico)
S. Peña (Amsterdam. Holanda)
A. Pulpeiro (Buenos Aires. Argentina)
F. Ramalho (Lisboa. Portugal)
F. Roesch (Veracruz. Méjico)
G. Rojas de Matamoros (San Pedro de Sula. Honduras)
J. Valenzuela (Santiago de Chile. Chile)

Vol. 30
Extraordinario 2007

Periodicidad Cuatrimestral

RAPD ONLINE Índice

01 COMUNICACIONES ORALES

Primera sesión..... 09
Segunda sesión..... 14
Tercera sesión..... 20
Cuarta sesión..... 26
Quinta sesión..... 32

02 COMUNICACIONES EN PÓSTER

Comunicaciones en póster..... 38

XXVIII Reunión de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva

Málaga, 18 al 20 de octubre de 2007

01

Comunicaciones orales

Comunicaciones orales

SESIÓN 1

1. ¿MEJORA LA EFICACIA PREDICTORA DE GRAVEDAD LA UNIÓN DE DIFERENTES MARCADORES PRONÓSTICOS EN LA PANCREATITIS AGUDA?

JL Domínguez1, JJ Puente1, MA Marín1, E Bernal1, A Naranjo2, M de la Mata2.

1 Servicio de Digestivo.
Hospital Alto Guadalquivir de Andújar.
2 Unidad Clínica de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.
Hospital alto guadalquivir.

Introducción

A lo largo de la historia se ha buscado un marcador pronóstico precoz de gravedad en la pancreatitis aguda. Aún estamos lejos de conseguir un marcador ideal, pero tal vez la unión de algunos de ellos mejore su eficacia.

Objetivos

Evaluar la eficacia predictora de gravedad de la unión de distintos marcadores pronósticos en la pancreatitis aguda (Procalcitonina (PCT), Proteína C reactiva (PCR) y las escalas Ranson, Glasgow modificado y APACHE-II).

Material y métodos

Estudio clínico, observacional, longitudinal y prospectivo sobre 101 pacientes consecutivos de ambos sexos ingresados en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario "Reina Sofía" de Córdoba con el diagnóstico de pancreatitis aguda desde Noviembre del 2003. Todos los pacientes incluidos se encontraban en las primeras 24 horas de evolución, con niveles séricos de amilasa > 800U/l. Se determinaron las variables precisas para valorar la PCT, PCR, Ranson, Glasgow y APACHE II durante el día 1 y 2. La gravedad de la Pancreatitis se definirá de acuerdo a los criterios de Atlanta. La eficacia diagnóstica se midió con la sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN). Se consideró a p 0.5 y 120 respectivamente). Sin embargo, cuando se une el APACHE II con la PCR o PCT aumenta el VPP 80-100%.

Conclusiones

La unión de los diferentes marcadores pronósticos aumenta la eficacia individual de los mismos. Aunque la unión de la PCT o PCR con el sistema APACHE II es la que obtiene la mayor eficacia pronóstica, la unión de la PCT y la PCR es más fácil de determinar y tiene una alta disponibilidad.

2. EVALUACIÓN EN NUESTRO CENTRO DEL TEST DE ALIENTO CON TRIGLICERIDOS MARCADOS CON C13 EN EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA

Isabel Mª Méndez Sánchez, Ángeles Pérez Aisa, Robin Rivera Irigoin, Victor Manuel Aguilar Urbano, Cristóbal Albandea Moreno, Francisco Miguel Vera Rivero, Nuria Fernández Moreno, José Mª Navarro Jarabo, Gregorio García Fernández, Pedro Moreno Mejías, Francisco Fernández Pérez, Francisco Javier Rodríguez González y Andrés Sánchez Cantos.

HOSPITAL COSTA DEL SOL

Introducción

El test de aliento con triglicéridos marcados con C13 (TG-C13) para diagnóstico de insuficiencia pancreática exocrina(IPE) es una buena alternativa al gold standard de cuantificación de grasa fecal(Van de Kamer)para medir la actividad intraduodenal de lipasa pancreática.

Objetivos

Analizar la casuística de test aliento con TG-C13 en nuestro centro.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo pacientes a los que se ha realizado test aliento con TG-C13 en el periodo comprendido entre Marzo 2006/Mayo 2007 en el Hospital Costa del Sol.Cada paciente se preparó según las recomendaciones del protocolo, recogió dos muestras básales, ingirió la comida de prueba, y cada 30´ y por duplicado, recogió muestras de aliento hasta las 6 horas post-ingestión. Los pacientes que estaban en tratamiento sustitutivo con enzimas pancreáticas dejaron de tomarlo las 48 horas previas a la realización del test. El análisis se realizó por espectrofotometría de infrarrojos y los resultados se obtuvieron mediante un programa matemático que calcula el porcentaje de sustrato recuperado como 13CO2. Posteriormente se analizó aspectos epidemiológicos y resultados del mismo. Análisis estadístico con programa SPSS 12.0.

Resultados

Se realizaron un total de 29 test de aliento con TG-C13; los pacientes tenían una edad media de 52.7 años siendo el 75.9% varones. La causa de la realización del mismo fue: 55.2% pancreatitis crónica (PC), 20.7% otros (DPC 7%, dispepsia 3.4%, hiperamilasemia 6.9%, gastrectomía 3.4%) ,13.8% diarrea crónica y 10.3% pancreatitis aguda de repetición. De los pacientes con diagnóstico de pancreatitis crónica presentaban clínica de insuficiencia pancreática exocrina y endocrina (diarrea y diabetes mellitus) el 37.5% y 31.25% respectivamente. Se observó que del total de los test practicados el 55.2% presentaba IPE. Se objetivó IPE en el 56.2% de los casos de PC (incluso uno de los pacientes con tratamiento sustitutivo enzimático) ,100% de las DPC, 75% de las diarreas crónicas, en el 33.3% de las pancreatitis aguda y en el 100% de las gastrectomías. De forma empírica la dosis de enzimas pancreáticas media de los pacientes en los que se evidencia IPE fue de 44.375 unidades/24h, acompañándose de la toma de IBP el 75% de ellos, con una dosis media de 21.6 mg/24h.Del grupo de las PC(N=16) con IPE(N=9) tomaban enzimas pancreáticas de forma empírica el 88.8% (N=8), pero, también se observó que un 57.1% (N=4) de los casos sin IPE(N=7) estaban administrándose de forma empírica enzimas sustitutivos.

Conclusiones

El principal motivo de realización de test de aliento con TG-C13 en nuestro medio es la pancreatitis crónica. Creemos que previo al uso de enzimas sustitutivas pancreáticas en PC se debería de objetivar IPE, siendo el test de aliento con TG-C13 un método fácil. En nuestro centro la dosis de enzimas pancreáticos sustitutivos en los pacientes con IPE se ajusta a las recomendadas en la literatura, aunque en un tercio de los casos no se u no se usa con IBP. Sería recomendable que tras la introducción de tratamiento con enzimas sustitutivas ajustásemos las dosis usando el test de aliento con TG-C13.

3. IMPACTO DE LA SIMULACIÓN VIRTUAL Y ESCÉNICA EN LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN ENDOSCÓPICA DIGESTIVA

F. Melgarejo Cordero, ML. Morales Cevidanes, L. Vázquez Pedreño, RJ. Andrade Bellido, R. Aragonés Manzanares1.

Servicio de Aparato Digestivo Hospital Clínico de Málaga.
1Fundación IAVANTE.

COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Introducción

Entre 2003 y 2004 desarrollamos el primer programa de formación sobre Endoscopia Digestiva con simulación virtual y escénica. La acogida y la valoración de las acciones formativas fueron muy altas, no obstante se planteó que debíamos dar continuidad a la formación que recibían los médicos participantes, para conseguir mantener y mejorar los objetivos alcanzados.

Objetivos

Diseño de un programa formativo revisado, y evaluación del impacto del entrenamiento con simulación virtual y escénica en la calidad de la Formación Endoscópica Digestiva, a lo largo del desarrollo del programa MIR de la especialidad de Aparato Digestivo.

Metodología y diseño de la investigación

El estudio se basaría en el método de la investigación-acción de KEMMIS y McTAGGART, que trata de anticipar la información para mejorar las estrategias de formación, pero también en el método cuantitativo. Desarrollamos este proyecto en tres fases, todo ello a través del estudio de casos de seis médicos residentes en formación endoscópica. Dentro de nuestra investigación ha sido común el uso de una serie de instrumentos como: los documentos personales, la observación participante, la entrevista, el vídeo, la fotografía, los cuestionarios y escalas, y los diarios, además de otros complementarios, como los datos que nos proporcionaban los simuladores virtuales de endoscopia después de la realización de cada técnica. Derivado de éste programa se han incluido las siguientes cuestiones de estudio: -conocimiento del entorno formativo; -desarrollo de un programa para mejorar la relación médico- paciente; -diseño de actividades para mejorar la descriptiva y diagnóstico de las lesiones endoscópicas; -adquisición, mejora y mantenimiento de las habilidades en la práctica de las técnicas endoscópicas; - anticipación de la información de procesos críticos en la práctica endoscópica diaria, -análisis del grado de satisfacción de los médicos entrenados y -análisis de la calidad de la formación impartida.

Resultados y conclusiones

1.- El entrenamiento con simulación escénica, de la obtención del consentimiento informado en endoscopia y de la información de malas noticias, mejora la práctica de las mismas.

2.- El feed- back con simulación virtual nos ha permitido mejorar la destreza en las técnicas y la seguridad en la práctica diaria.

3.- Existe una tendencia convergente ente los diferentes indicadores medidos, al final del entrenamiento con simulación virtual y escénica, para los médicos residentes con y sin experiencia clínica.

4.- Todas las metodologías docentes empleadas tuvieron una elevada calificación en las encuestas de satisfacción, siendo la simulación virtual la más valorada.

5.- Los talleres realizados obtuvieron una alta valoración en el apartado de su utilidad para la práctica diaria.

6.- La implementación de la simulación virtual y escénica en la formación endoscópica digestiva mejora la calidad de la misma.

7.- El análisis del entorno formativo y el desarrollo de los sucesivos Planes de acción revisados, nos han permitido definir un Plan de Mejora Continúa de la Calidad de la Formación Endoscópica Digestiva mediante la gestión de procesos.

8.- Los resultados de esta investigación gracias a los criterios de transferibilidad y confirmabilidad permiten su extrapolación a otros entornos docentes similares.

4. INFORMACION TELEFÓNICA FRENTE AL MODELO DE INFORMACIÓN CONVENCIONAL. EFECTOS EN LA LIMPIEZA Y EN LA CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA

J. Puente, E. Bernal, M. Marín, J.L. Domínguez, P. Bueno, E. Pelado, J. Bravo, Y. Rustarazo

Hospital Alto Guadalquivir

Introducción

La limpieza del colon es un determinante mayor de la calidad de la colonoscopia. Una limpieza inadecuada reduce su rentabilidad diagnóstica y conlleva cancelaciones o controles en un plazo de tiempo más corto del indicado.

Objetivos

Analizar si el refuerzo de la comunicación con el paciente los días anteriores a la colonoscopia influye en la limpieza colónica. Analizar variables asociadas a una limpieza adecuada o inadecuada.

Material y método

Estudio prospectivo en 169 pacientes ambulatorios citados para colonoscopia. La pauta de preparación fue dieta sin residuos 72h antes y polietilenglicol 4L la tarde antes. La muestra se aleatorizó en 2 grupos: (grupo A) 85 pacientes que fueron informados de esta pauta de forma oral y escrita el día que se solicitó la colonoscopia; (grupo B) 84 pacientes que recibieron además una llamada telefónica de la enfermera de la unidad 72 h antes de la prueba. La limpieza del colon fue valorada por el endoscopista (simple ciego) siguiendo una escala diferenciada para colon D e I: (1) heces sólidas que impiden visión; (2) heces líquidas y sólidas que no pueden aspirarse; (3) heces líquidas y sólidas que se aspiran; (4) heces líquidas; (5) colon limpio. Se consideró que la limpieza era inadecuada si la puntuación en algún tramo fue ≤2 y adecuada si ≥4 en ambos tramos. Se pasó una encuesta sobre el cumplimiento de las normas de preparación y se analizaron otros indicadores de calidad (tiempo de intubación cecal, tolerancia y proporción de pacientes con pólipos).

Resultados

Ambos grupos A y B fueron homogéneos en edad (56 vs 59), sexo (59 vs 56% varones), IMC (27 vs 29), demora (36 vs 38 días), nivel de estudios (29 vs 33% sin estudios, 49 vs 46% primarios), riesgo anestésico ASA III-IV (13 vs 10%) e indicación=control (37 vs 31%). En el grupo B la proporción de pacientes con limpieza adecuada fue mayor (66 vs 40%; p<0,001) y la proporción de pacientes con limpieza inadecuada fue menor (28,5 vs 10,7%; p=0,002). El NNT fue 4 (IC 95%: 3-10). No se encontraron diferencias en tasa de colonoscopias completas (85 vs 87%), tiempo de intubación cecal (7,8 vs 9,52 min.), pacientes con pólipos (16 vs 26%) ni tolerancia (17 vs 21% mala o regular). Tampoco se encontraron diferencias en la cantidad de PEG ingerido ni en el tiempo dedicado para ello. El grupo B sí hizo mejor la dieta sin residuos (64,7 vs 85,7%, p=0,002). Fueron variables predictoras de una limpieza inadecuada: no haber seguido correctamente la dieta, tener riesgo anestésico ASA III-IV, no haber sido telefoneado y no ser colonoscopia de control.

Conclusiones

El contacto telefónico con los pacientes justo los días anteriores a la colonoscopia consiguió mejorar la limpieza colónica. Esta estrategia puede ser coste-efectiva dado su reducido NNT. Esta intervención se asoció especialmente a un seguimiento más estricto de la dieta sin residuos.

5. UTILIDAD DE DOS ESCALAS PARA VALORAR LA ADECUACIÓN DE LAS INDICACIONES DE COLONOSCOPIA

D. García-Romero, D. Sánchez-Muñoz, C. Ortiz-Moyano, J. Larraona-Moreno, D. Núñez-Hospital, M. Ramírez Martín del Campo, Á. Pérez-Pastor, P. Guerrero-Jiménez, M. Romero-Gómez.
UGC Enfermedades Digestivas.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA.

Introducción

La presión asistencial en las Unidades de Endoscopia es creciente. Por ello, se hace necesario disponer de herramientas que intenten adecuar las indicaciones de endoscopia. Las sociedades americana (ASGE) y europea (EPAGE) han desarrollado escalas para valorar la adecuación de las indicaciones de pruebas endoscópicas.

Objetivos

Valorar la utilidad de las escalas ASGE y EPAGE para detectar la correcta adecuación de las indicaciones de colonoscopia, y su capacidad diagnóstica.

Pacientes y método

Se incluyeron de forma prospectiva 1000 colonoscopias, que fueron asignadas a una de los 12 escenarios clínicos que sugiere la escala EPAGE. Cada una de ellas recibió una puntuación según el panel EPAGE (www.epage.ch), clasificándose en indicaciones apropiadas, no apropiadas o inciertas según dicha puntuación. También se clasificaron en colonoscopias indicadas o no indicadas según la guía ASGE. Se valoró la procedencia de las indicaciones y la concordancia entre ambas guías, así como la capacidad para detectar lesiones de ambas.

Resultados

Se pudieron valorar 960/1000 (96%) mediante el panel EPAGE y 949/1000 (94,9%) mediante la guía ASGE; p =NS. La indicación según EPAGE fue apropiada en 490/960 (51%) e inapropiada en 175/960 (18,2%), mientras que según ASGE fue generalmente indicada en 754/949 (79,5%) y generalmente no indicada en 195/949 (20,5%); p<0,05. La mayor tasa de indicaciones inapropiadas provenían de Digestivo con ambas guías (EPAGE: 12/41;29,3%; ASGE:15/42:35,7%; p = NS), siendo la indicación más frecuentemente inapropiada el seguimiento tras polipectomía o tras cirugía por cáncer colorrectal (EPAGE: 47/175; 26,9%; ASGE:60/187; 32,1%; p = NS). En exploraciones inapropiadas, el hallazgo de lesiones significativas aplicando ambas escalas fue de 36/175 (20,6%) EPAGE vs 35/195 (17,9%) ASGE; p = NS. Ninguna neoplasia fue diagnosticada en exploraciones inapropiadas según EPAGE, y un paciente con cáncer de ciego se clasificó como exploración generalmente no indicada según la guía ASGE. La correlación entre ambas guías fue 0,664 (p<0,001).

Conclusiones

La tasa de indicaciones de colonoscopias no adecuadas ronda el 20%, siendo la más frecuente el seguimiento

tras polipectomía o tras cirugía por cáncer colorrectal. Ambas guías EPAGE y ASGE son útiles para la detección de exploraciones no adecuadas y lesiones, con buena concordancia entre ambas. El uso conjunto de ambas guías podría aumentar la sensibilidad de las mismas.

6. VALORACIÓN Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

A. Cerezo1, C. Llamoza1, A. González1, C. Gálvez1, A. Membrives 2, AJ. Hervás1; J. Ángel1, A. Naranjo1, C. Díaz3, JF de Dios1

1 Unidad Clínica de Aparato Digestivo.
2 Servicio de Cirugía Digestiva.
3 Servicio de Cirugía General.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

Las complicaciones tras la cirugía bariátrica presentan actualmente unas tasas de rehospitalización importantes. La endoscopia digestiva alta (EDA) puede ayudar a la valoración y tratamiento de algunas de ellas.

Objetivos

Analizar el papel de la EDA, tanto diagnóstico como terapéutico, en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Pacientes y métodos

Estudio retrospectivo de todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica y con realización de EDA. Se analizaron variables demográficas, clínicas y evolutivas.

Resultados

Entre 1998 y 2006 se realizaron 381 cirugías bariátricas. 52 pacientes (13.6%) fueron sometidos a EDA por sospecha de complicación, con un total de 92 exploraciones. La razón hombre/mujer fue de 17/35 (32.7%/67.3%). La edad media a la operación fue de 42.7±9.5 años. El tipo de operación más frecuente fue la gastroplastia vertical anillada y by-pass gástrico con gastroyeyunostomía con un 80.8% (42), seguido de by pass gástrico en “Y” de Roux en un 19.2% (10). En 3 pacientes (5.7%) la EDA fue intraoperatoria. Presentaron manifestaciones postoperatorias sospechosas de complicaciones 50 pacientes. Tres (5.7%) presentaron más de un tipo de complicación. Las indicaciones más frecuentes de realización de EDA fueron: sospecha de obstrucción al vaciamiento gástrico (27; 51.9%), hemorragia digestiva (16; 30.7%), anemia ferropénica (5; 9.6%) y otras en el resto de pacientes. Los hallazgos endoscópicos más importantes fueron: patológicos en neopíloro (15; 28.8%), esofagitis erosiva (10; 19.2%), patológicos en la anastomosis gastroentérica (7; 13.4%), otros hallazgos en 10 pacientes (19.3%), y compatible con la normalidad en 22 pacientes (42.3%). Se realizó terapéutica endoscópica en 17 pacientes (32.7%): dilataciones con balones hidrostáticos (10; 19.2%), hemostasia con adrenalina, sonda de calor o hemoclip (4; 7.7%), extracción de bezoar (3; 5.8%), y colocación de sonda nasogástrica (1; 1.9%). Los que requirieron hemostasia endoscópica requirieron sólo una. El número medio de sesiones de dilatación endoscópica fue de 3.2±3.1. El resultado clínico tras la terapéutica fue satisfactorio en el 70.5% (12 pacientes). No existieron complicaciones derivadas de la endoscopia.

Conclusiones

La técnica quirúrgica examinada con mayor frecuencia fue la gastroplastia vertical anillada con by-pass gastroyeyunal. La endoscopia digestiva alta ofrece una ayuda en la valoración y/o tratamiento de algunas de las complicaciones de la cirugía bariátrica, sobre todo en los hallazgos patológicos de neopíloro, en la esofagitis erosiva y en los hallazgos patológicos de la anastomosis gastroentérica.

Comunicaciones orales

SESIÓN 2

7. ACTIVIDAD CITOPROTECTORA DE N-ACETILCISTEÍNA, RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE LA DISFUNCIÓN MITOCONDRIAL Y LA ACTIVACIÓN DE NF-kB EN HEPATOCITOS

R. González1, J. A. Collado1, P. López2, G. Costán1, A. Bernardos3, G. López-Lluch4, P. Navas4, J. Briceño2, S. Rufián2, M. De la Mata1, J. Muntané1

1 Unidad Clínica Aparato Digestivo
2 Departamento de Cirugía,
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.
3 Unidad Cirugía HBP y Trasplantes.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.
4 Centro Andaluz de Biología del Desarrollo (CABD), Universidad Pablo Olavide, Sevilla

Introducción

La N-acetilcisteína reduce la producción de radicales libres y muerte celular en diversos modelos de hepatotoxicidad. La inducción de apoptosis y necrosis por D-galactosamina (D-GalN) se relaciona con disfunción mitocondrial e inducción de estrés oxidativo en hepatocitos en cultivo.

Objetivos

El presente estudio pretende evaluar si el efecto antioxidante de NAC se relaciona con la recuperación de la función mitocondrial y prevención de la muerte celular por D-GalN en el cultivo primario de hepatocitos humanos.

Material y métodos

Los hepatocitos se aislaron de biopsias hepáticas obtenidas previo consentimiento informado de pacientes sometidos a resección hepática. La N-acetilcisteína (0.5, 5 y 25 Mm.) se co-administró con D-GalN (40 Mª) a hepatocitos en cultivo. La apoptosis y necrosis celular se determinó por fragmentación del DNA celular, actividad caspasa-3 y calpaína, así como la liberación de LDH celular, respectivamente. La actividad de los diversos complejos mitocondriales, el potencial mitocondrial, la producción de radicales libres, y el contenido de ATP y GSH celular fueron determinados en las distintas condiciones experimentales.

Resultados

La inducción de apoptosis por D-GalN se asoció con la hiperpolarización de la membrana mitocondrial, estrés oxidativo y reducción del contenido de ATP celular. La necrosis hepatocelular se relacionó con reducción del GSH celular y despolarización de la membrana mitocondrial. La administración de bajas dosis de NAC (0.5 Mm.) previno la disfunción de la actividad de los complejos I+III y II+III mitocondriales, la producción de radicales libres, el descenso en el contenido de ATP y GSH mitocondrial, y la muerte celular inducida por D-GalN en hepatocitos humanos en cultivo. La administración de elevadas concentraciones de N-acetilcisteína (5 y 25 Mm.) ejerció un potente efecto antioxidante que se asoció con una disminución de la activación de NF-kB e incremento de los parámetros asociados a la apoptosis y necrosis celular inducida por D-GalN. La inhibición de la activación de NF-kB por inhibidores sintéticos incremento la necrosis en hepatocitos control y tratados con D-GalN.

Conclusiones

La administración de bajas dosis de NAC redujo el estrés oxidativo, previno la disfunción mitocondrial y muerte celular inducida por D-GalN. Sin embargo, la potente acción antioxidante de elevadas dosis de NAC inhibe la activación de NF-kB e incrementó la muerte celular por D-GalN en el cultivo primario de hepatocitos humanos.

8. CINÉTICA VIRAL CON LAMIVUDINA O ADEFOVIR PREDICE LA RESPUESTA VIROLÓGICA Y EL DESARROLLO DE RESISTENCIAS EN HEPATITIS CRÓNICA HBEAG NEGATIVO

D. Núñez, E. Suárez, B. Figueruela, B. Puche, L. Grande, J.C. Palomares, D. García, A. Pérez, M.C. Nogales, M. Romero Gómez

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME. SEVILLA.

Objetivo

Analizar los factores predictivos de respuesta al tratamiento y desarrollo de resistencias en pacientes con hepatitis crónica VHB HBeAg negativo tratados con lamivudina (LAM) o adefovir dipivoxil (ADV).

Pacientes y métodos

Grupo LAM: 19 pacientes, 15 hombres y 4 mujeres, edad media 45±9,3 años, tratados durante 36,2±19,4 meses (rango 12-69). Grupo ADV: 26 pacientes, 15 tratados previamente con LAM, 20 hombres y 6 mujeres, edad media 47±9 años, tratados durante 26,9±11,4 meses (rango 12-51). Determinamos ALT y ADNVHB (COBAS Amplicor HBV Monitor Test; límite de detección 200 copias/mL y COBAS Ampliprep Taqman HBV; límite de detección 10 UI/mL; Roche Diagnostics) basal y cada 3 meses durante el tratamiento. Definimos: 1) No respuesta primaria (NRP) descenso de ADNVHB <2 log10 copias/mL a las 24 semanas de tratamiento; 2) Respuesta virológica (RV) ADNVHB <200 copias/mL; 3) Breakthrough virológico (BV) aumento de ADNVHB >1 log10 copias/mL en 2 determinaciones consecutivas. En pacientes con NRP y BV investigamos la presencia de mutaciones en el gen de la polimerasa (TRUGENE HBV Genotyping Kit; Bayer Health Care).

Resultados

No existieron diferencias entre el grupo LAM y ADV en el genotipo (D: 63% y 73%), ALT basal (183,3±147,8 UI/L y 107,2±116 UI/L) ni ADNVHB basal (1,4x106±1,8x106 UI/mL y 1,2x107±4,1x107 UI/mL). La NRP fue similar (15,8% y 15,4%), con mutación en 1/7 pacientes. La RV fue superior en el grupo ADV a los 12 y 24 meses de tratamiento: 61,5% y 54,5% vs 26,3% y 21,1% respectivamente (p=0,01 y p=0,05). La probabilidad de desarrollar BV fue superior en el

grupo LAM a los 6, 12, 18 y 24 meses: 11,8%, 41,2%, 52,9% y 64,7% vs 0%, 13%, 18,5% y 34,8% respectivamente (log rank: 6,91; p=0,009). Se confirmaron mutaciones resistentes a LAM en 11/14 pacientes y mutaciones resistentes a ADV en 4/8 pacientes. No se encontraron factores predictivos basales de RV ni de BV. La probabilidad de BV en el grupo ADV tendió a ser mayor en los tratados previamente con LAM que en los naive a los 12 y 24 meses (20% y 46,7% vs 7,7% y 26,2%; p=ns). En el grupo LAM, RV a los 6 meses predice RV y BV a los 12 y 24 meses. En el grupo ADV, RV a los 12 meses predice RV a los 24 meses y BV a los 18 y 24 meses.

Conclusiones

En pacientes con hepatitis crónica HBeAg negativo el tratamiento con lamivudina presenta un riesgo elevado de breakthrough virológico. Existe un mayor riesgo de breakthrough virológico tras tratamiento con adefovir, en los pacientes tratados previamente con lamivudina que los pacientes naive. Un nivel de ADN-VHB inferior a 200 copias/mL durante el tratamiento predice la respuesta y el breakthrough virológicos con ambos fármacos.

9. INFLUENCIA DE LA DISTRIBUCIÓN DE FIBROSIS EN HÍGADO EN PACIENTES CON HEPATITIS C EN EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE BIOPSIA HEPÁTICA

A. Madrazo, E. Gómez-González, Víctor M. Castellano-Megias, M. Nevado Santos, M. Vera-Valencia, J.C. Alcón, L. Rodrigo, R. Pérez, R. Solá, J.M. Pérez-Moreno, J.M. Navarro, R. Andrade, J. Salmerón, M. Diago, R. Aznar, M. Fernández-López M. Romero-Gómez.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME. SEVILLA.

Introducción

La distribución de la fibrosis en el hígado en pacientes con hepatitis C no es homogénea. Se ha observado una diferencia de un estadio en un tercio de los pacientes cuando se analizan biopsias de ambos lóbulos. El FibroCT permite clasificar a los pacientes en según la distribución de la fibrosis en homogénea, heterogénea o intermedia.

Objetivo

Analizar la capacidad diagnóstica de la interpretación de la biopsia hepática según la distribución de la fibrosis valorada por FibroCT.

Material y métodos

Incluimos 107 pacientes con hepatitis C que no habían sido tratados con antivirales, sometidos a estudio mediante biopsia hepática percutánea con control ecográfico. Las muestras de las biopsias fueron evaluadas en cada hospital por un patólogo experto (FH) y posteriormente se remitieron para evaluación por dos patólogos expertos que evaluaron todas las biopsias y emitieron un diagnóstico (FC). Se practicó TC de hígado helicoidal, sin contraste oral ni intravenoso (Toshiba Asteion, 120kV, 190-205mAs) con cortes axiales de 5 mm. Los niveles de ventana se mantuvieron constantes y las imágenes fueron digitalizadas (Microtek 9800XL+TMA 1600, 300 dpi, 8 bpp). Los pacientes se clasificaron en tres grados de homogeneidad según la distribución de la fibrosis: homogénea, heterogénea e intermedia de acuerdo con el número de áreas de cada estadio de fibrosis detectada.

Resultados

Presentaban una distribución homogénea 39 pacientes (40%), heterogénea 29 casos (30%) e intermedia 30 pacientes (30%). La FH correlacionó con la FC (r=0,85; n=107; p<0.001). Dependiendo de la homogeneidad de la distribución, la correlación entre la F hospital y la FC fue: 0,89 en hígado homogéneos, 0,81 en hígados intermedios y 0,70 en hígados heterogéneos. Así también, la correlación entre el fibroCT y la FC dependió de la homogeneidad en la distribución de la fibrosis (r=0,7, r=0,49 y r=0,43). Por último, en pacientes con distribución homogénea de la fibrosis, la capacidad diagnóstica de F0-F1 valorada por curva ROC fue de 0,89 (IC95%: 0,79-0,99) para el FibroCT y de 0,86 (IC95%:0,75-0,97) para la FH. Así también, para el diagnóstico de fibrosis avanzada (F3-F4), la curva ROC fue de 0,98 (IC95%:0,95-1) para el fibroCT y de 0,92 (IC95%: 0,76-1) para la FH.

Conclusiones

El análisis óptico digital de imágenes de TC de hígado en pacientes con hepatitis C permite conocer el estadio y la distribución de la fibrosis. Un tercio de los pacientes muestran una distribución heterogénea de la fibrosis. La concordancia entre la biopsia y el fibroCT depende de la homogeneidad de la distribución de la fibrosis, lo que cuestiona el papel de la biopsia hepática como prueba oro para el análisis de la utilidad de los métodos no invasivos. El fibroCT es un método útil y seguro para valorar la distribución de la fibrosis en la totalidad del hígado. Agradecimientos: Método y programas de procesado por E.G.G., patentado Universidad de Sevilla. Proyecto 43/03, 102/04 y 56/05 de CSJA.

10. MUTACIONES DEL GEN DE LA HEMOCROMATOSIS GENÉTICA EN LA SOBRECARGA FÉRRICA Y EL PRONÓSTICO DE LA HEPATOPATÍA ALCOHÓLICA

Navarro JM, Rivera R, Figueruela B1, Gila A2, Moreno P, Vera F, Méndez I, Albandea C, Pérez-Aisa A, Rodríguez F, Rivas F3, Perea-Milla E3

Unidad de Aparato Digestivo.
3 Hospital Costa del Sol. Marbella
Unidad de Investigación.
1 Hospital Costa del Sol. Marbella.
Unidad Clínica de Aparato digestivo.
2 Hospital de Valme. Sevilla.
Unidad de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

HOSPITAL COSTA DEL SOL

Introducción

La frecuencia alélica de la mutación H63D en la población general es elevada, en torno al 12%. La penetrancia clínica que tiene esta mutación en su forma homo y heterozigota es controvertida. En la hepatopatía etílica es muy frecuente la sobrecarga de hierro. La influencia que sobre ella que pudiera tener la predisposición genética no está suficientemente estudiada.

Objetivo

Determinar la prevalencia de mutación del gen de la HG en enfermos con hepatopatía etílica, y la influencia que tiene en la sobrecarga de hierro y la gravedad de la hepatopatía etílica.

Material y métodos

Se analizan prospectivamente pacientes con hepatopatía de origen exclusivamente etílico, no conocidos previamente, reclutados de áreas de hospitalización y consulta externa. Se define mutación como la presencia de cualquier forma de presentación de H63D ó C282Y. La sobrecarga férrica se determina por los niveles de ferritina e Índice de Saturación de Transferrina, y la gravedad de hepatopatía por la presencia de cirrosis y/o HTP y/o descompensaciones. Se consideran dos tipos en función del consumo de alcohol: Severo (50-100 grs. /día al menos 5 años; muy severo (> 100 grs. día al menos 5 años) Se realiza análisis en paquete estadístico SPSS 11.0.

Resultados

Se incluyen un total de 118 enfermos, 93 hombres y 25 mujeres, con una edad media de 52.6 años (SD 9.9). En 44 (37.3%) se detecta alguna forma de mutación: H63D/Wu: 35 (79.5%), H63D/H63D: 4 (9.1%), C282Y/H63D: 1 (2.3%), C282Y/wt: 2 (4.6%), C282Y/282Y: 1 (2.3%). No se encontraron diferencias en la gravedad de presentación entre ambos grupos. Los niveles de ferritina entre ambos grupos fueron diferentes: no mutación 707 mg/dl Vs mutación positiva 967 mg/dl, aunque no alcanzó diferencia estadísticamente significativa (p 0.08). Tampoco el I. saturación obtuvo diferencias (52 Vs 58.5% respectivamente). Se encontró diferencia clínica de la gravedad dependiendo del grado de consumo de alcohol (51.9% de cirrosis en consumidores severos y 67%.1% en muy severos (p 0.079), y mayor frecuencia de descompensaciones: 38.8 Vs 56.7% respectivamente (p 0.05). Mediante curvas ROC, no se pudo encontrar capacidad predictiva ni de los niveles de ferritina ni del I saturación para diagnosticar mutación, con AUC de 0.578 y 0.555 respectivamente.

Conclusiones

La frecuencia alélica la mutación HG, sobre todo la forma H63D, es mayor en pacientes con hepatopatía etílica que la encontrada en la población general. La presencia de mutación no influye en el grado de sobrecarga férrica ni en la gravedad de la misma. El grado de consumo de alcohol es el único factor que influye en la gravedad de la enfermedad.

11. OXIDACIÓN DEL FACTOR HIF3-ALFA EN ASTROCITOS DE RATAS SOMETIDAS A DERIVACIÓN PORTO-CAVA

M. Jover1, D. Díaz Gómez1, Laura Collantes de Terán2, J.D. Bautista2 y M. Romero Gómez1.

1 UGC Enfermedades Digestivas
Hospital Universitario de Valme, Sevilla.
2 Depto de Bioquímica, Bromatol., Toxicol. y M.L.
Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

Introducción

La formación de radicales libres, sustancias oxigenadas activas (SOA) y sustancias nitrogenadas activas (SNA) tienen lugar en astrocitos como respuesta a la hiperamonemia (Murhy et al. J Neurosci Res 2001; 6:282-8). Los grupos carbonilo son introducidos en las proteínas por mecanismos oxidativos, este mecanismo tiene lugar en una gran variedad de procesos fisiológicos y patológicos y son marcadores de oxidación proteica (Butterfield et al. Mech Ageing Develop 2001:12:945-962). El factor inducible por hipoxia 3-alfa (HIF3-alfa es el encargado de activar un mecanismo de defensa ante una situación de hipoxia mediante la activación del factor HIF1-alfa.

Objetivos

Estudiar las proteínas que se ven afectadas por el daño causado por radicales libres y SOA/SNA inducidas por la hiperamonemia mediante la cuantificación de grupos carbonilo en mitocondrias de astrocitos de ratas sometidas a derivación porto-cava (DPC).

Materiales y métodos

Incluimos 8 ratas Wistar macho (250-300 g) sometidas a DPC y 8 ratas control. Las mitocondrias no sinápticas cerebrales se han obtenido mediante centrifugación en gradiente (12,000 g durante 30 min usando Ficoll al 6% y 3%) de acuerdo con el método descrito por Kosenko et al. La cantidad de proteína mitocondrial se ha determinado mediante el método de Bradford. Los grupos carbonilos se han cuantificado mediante la reacción con NDPH de acuerdo con el método de Levine et al. Y realización de Western-blot. Las proteínas oxidadas se detectaron y se cuantificaron usando un programa de análisis de imagen (Densitómetro R800, BIO-RAD), mediante la medida de la densidad óptica, correlacionada directamente con la cantidad de grupos carbonilos en la muestra. La identificación del HIF3-??como proteína diana de la oxidación se realizó mediante análisis con un sistema nanoLC-Packings UltiMate Integrated System acoplado a detector de masas, sistema Q-TRAP LC/MS/MS (Applied Biosystems, USA).

Resultados

En nuestro estudio observamos que la proteína HIF3-alfa se encuentra oxidada con una probabilidad de identificación del 87%.

Conclusiones

De las proteínas mitocondriales obtenidas de astrocitos más sensibles a la oxidación se encuentra el factor HIF3-alfa, proteína que podría poner de manifiesto la importancia del endotelio en la patogenia de la encefalopatía hepática, evitando, al oxidarse, la respuesta en el astrocito a una situación de hipoxia.

Agradecimientos

PI040384 y CIBER CB06/04/0047 del ISCIII.

12. PREVALENCIA DE MARCADORES DE VIRUS DE HEPATITIS B Y A E INDICACIÓN DE VACUNACIÓN EN CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

S. Aoufi, JM. Pascasio, JM. Sousa, M. Sayago, MT. Ferrer, M. Cabanillas, C. Verdejo

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO

Introducción

Los pacientes evaluados para el a trasplante hepático (TH) deben recibir vacunación frente a los virus de la hepatitis B (VHB) y de la hepatitis A (VHA) en caso de no estar inmunizados.

Objetivos

Estimar la necesidad de vacunación frente al VHB y VHA en los pacientes cirróticos candidatos a TH.

Pacientes y métodos

Se han estudiado 299 pacientes cirróticos candidatos a TH, 215 (72%) hombres, de edad media 53,6 ± 8,6 (17-68) años. La etiología de la cirrosis fue: alcohol (73%), virus de la hepatitis C (VHC) (34%), otra (11,4%). La función hepática fue evaluada por el estadío de Child-Pugh: A (18%), B (47%) y C (35%); media = 8,5 ± 1,9 (5-13) y el índice de MELD: media = 14,1 ± 5,4 (6-34). Se ha evaluado la indicación de la vacuna frente VHB y VHA mediante el estudio de los marcadores serológicos del VHB (HbsAg, anti-HBc, anti-HBs) y VHA (IgG-antiVHA), investigando su posible asociación con la edad, sexo, etiología y el estado funcional hepático.

Resultados

El 56,2% (168 pacientes) tuvieron marcadores del VHB negativos y 131 pacientes (43,8%) presentaron algún marcador del VHB (+): HbsAg (+), 13 (4,3%); anti-HBc (+) aislado, 37 (12,4%); anti-HBs (+) aislado, 12 (4%); anti-HBc (+)/anti-HBs (+), 69 (23,1%). Tuvieron indicación de vacunación frente al VHB 205 pacientes (68,6%). La indicación de vacunación frente al VHB fue significativamente más frecuente en mujeres (78,6 vs 64,7%; p=0,026), y en VHC (-) (73,7% vs 58,4%; p=0,008), sin observarse diferencias en función de la edad y estado funcional hepático. El 4,3% (9 de 281) presentaron IgG-antiVHA negativo y, por tanto, indicación de vacunación frente al VHA. La indicación de vacunación frente al VHA fue mayor en los pacientes más jóvenes: ≤ 45 años (17,5%), 46-55 (3,7%) y > 55 (2,1%); p=0,003. Hubo 2 pacientes con IgG-antiVHA (-) mayores de 60 años. No se observaron diferencias en relación a las otras variables investigadas.

Conclusiones

1. Casi el 70% de los pacientes cirróticos candidatos a TH tienen indicación de vacunación frente al VHB, siendo ésta más frecuente en las mujeres y en los VHC (-).

2. La indicación de vacunación frente al VHA en esta población es baja globalmente (<5%), pero alcanza una frecuencia significativa en los pacientes más jóvenes. Dado que pueden encontrarse pacientes >60 años con IgG-antiVHA (-), es conveniente investigar el estado inmune frente al VHA en todos los grupos de edad.

13. RESPUESTA A UNA PAUTA DE VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CIRRÓTICOS CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

S. Aoufi, JM. Pascasio, A. Gash, JM. Sousa, M. Sayago, R. Perea, MT. Ferrer, M. Cabanillas, R. Valencia, C. Verdejo

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO

Introducción

Se han utilizado diferentes pautas de vacunación frente al virus de la hepatitis B (VHB) en los pacientes cirróticos, generalmente con bajas tasas de respuesta.

Objetivos

Evaluar la respuesta a una pauta de vacunación frente al VHB con cuatro dosis de 40 miligramos (mg) en los pacientes cirróticos candidatos a trasplante hepático (TH).

Pacientes y métodos

Se han estudiado 146 pacientes cirróticos candidatos a TH, 97 (66,4%) hombres, de edad media = 53,2 ± 8,6 (17-66) años, que han iniciado pauta de vacunación frente al VHB con 4 dosis (0, 1,2 y 6 meses) de 40 mg im. La etiología de la cirrosis fue: alcohol (74%), virus de la hepatitis C (VHC) (26%), otra (13,7%). El estadío de Child-Pugh al tiempo de la vacunación fue: A (17%), B (48%) y C (35%); media = 8,5 ± 1,9 (5-13), y el índice de MELD: media = 14 ± 5 (6-27). Se consideró respuesta a la vacunación cuando se obtuvo seroconversión a antiHBs (> 10 mU/ml). La respuesta pudo conocerse en 101 pacientes, los cuales habían recibido: 1 dosis

(1), 2 dosis (5), 3 dosis (22) y 4 dosis (73). Se analizó la tasa de respuesta y su relación con la edad, sexo, etiología, estado funcional hepático y número de dosis recibidas. Trece pacientes sin respuesta a un primer ciclo completo de vacunación, fueron revacunados con la misma pauta.

Resultados

La tasa de respuesta a la vacunación fue: 1 y 2 dosis (0%), 3 dosis (27,3%) y 4 dosis (27,4%), con una mediana de título de antiHBs de 55 mU/ml (12-620). Se obtuvo la respuesta a la revacunación en el 38,5%. No se observaron diferencias en la respuesta a la vacunación en relación a la edad, sexo, etiología y función hepática, si bien se observó tendencia a una mayor tasa de respuesta en los pacientes en grado A de Child-Pugh (A, 30,8%; B, 23,4%; C, 26,8%; p=ns), con VHC negativo (29,9% vs 12,5%; p=ns) y con otra etiología (35,7% vs 24,1%; p=ns).

Conclusiones

1. La tasa de respuesta a la vacunación frente al VHB en los pacientes cirróticos evaluados para TH apenas sobrepasa el 25% de los que reciben al menos 3 dosis, sin que se haya observado mayor respuesta en los que recibieron 4 dosis.

2. No se han observado diferencias en la tasa de respuesta en relación con el estado funcional hepático ni con las otras variables analizadas.

3. La revacunación frente al VHB puede incrementar significativamente la tasa de respuesta en los pacientes cirróticos.

4. Es necesario instaurar la vacunación frente al VHB en estadíos más precoces de la enfermedad.

Comunicaciones orales

SESIÓN 3

14. CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE DIGESTIVO EN ANDALUCÍA. ENCUESTA A 10 HOSPITALES ANDALUCES.

Dr. F. Argüelles Arias y Dr. J.M. Herrerías Gutiérrez
(Hospital Virgen Macarena)
en nombre del Grupo Andaluz de Jefes de Servicio o Unidades de Aparato Digestivo:

Leopoldo Martín Herrera,
Hospital Puerta del Mar (Cádiz)

José Manuel Montero Domínguez
Hospital Puerto Real (Cádiz)

Juan de Dios Vega
Hospital Reina Sofía (Córdoba)

Rafael Martín-Vivaldi Martínez
Hospital Virgen de las Nieves (Granada)

Agustín Domínguez Macías
Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)

Jorge Maldonado Eloy-García
Hospital Regional Carlos Haya (Málaga)

Andrés Manuel Sánchez Cantos
Hospital Costa del Sol (Marbella – Málaga)

Manuel Romero Gómez
Hospital Nuestra Señora de Valme (Sevilla)

José Luis Márquez Galán
Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

HOSPITAL VIRGEN MACARENA

Introducción

La idea actual de nuestro sistema sanitario es que la asistencia sea ambulatoria y que se utilice la hospitalización cuando sea precisa. En este sentido es de destacar el desarrollo de la consulta única o de alta resolución. Por ello, se ha realizado una encuesta entre varios hospitales andaluces con la idea de definir y determinar qué aspectos son necesarios para poder desarrollar esta consulta.

Material y métodos

La Encuesta ha sido contestada por 10 hospitales andaluces. Se trata de un estudio prospectivo descriptivo de las respuestas contestadas por los distintos hospitales. Las preguntas son 27 en las que se cuestiona sobre la existencia de la consulta y la infraestructura para desarrollarla: ¿cuántos pacientes se ven?, ¿dónde se pasa esta consulta?, ¿de dónde provienen los pacientes?, los criterios para derivar los pacientes a esta consulta, las condiciones en las que acude el enfermo, si se realiza ecografía de abdomen, si se dispone de sistema informático integrado hospitalario, enfermera, ¿en cuántas visitas se emite un diagnóstico del paciente? y por último se pregunta si se cree que es necesaria esta consulta y por qué.

Resultados

De los 10 hospitales 5 tienen consulta de alta resolución, aunque todos consideran que la deberían tener. El número de pacientes atendidos debe ser 10 y en el propio hospital. Existen diferencias en considerar si los pacientes deben provenir desde Urgencias o desde el médico de cabecera. Uno de los hospitales contesta que sólo se deben derivar pacientes cuya patología pueda ser diagnosticada mediante ecografía y/o endoscopia. El paciente debería acudir a la consulta en ayunas y con analítica del médico de cabecera, para así poder realizarles la ecografía. La consulta debe constar de sistema informático y de una enfermera propia. Según los encuestados este tipo de consultas es muy útil en nuestro actual sistema, porque permite mayor colaboración entre Atención Primaria y FEA. Consigue una orientación rápida de la patología del paciente y actúa de filtro adecuado para el resto de las consultas.

Conclusiones

La consulta debe ser atendida por un Facultativo Especialista de Área (FEA) con conocimientos y experiencia en ecografía y endoscopia digestiva, y en el manejo de programas informáticos a nivel de usuario. Hoy en día puede ser considerada una modalidad de consulta resolutiva y eficaz en nuestro sistema sanitario.

15. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA QUE PERDIERON RESPUESTA O NO TOLERARON INFLIXIMAB

L. Castillo, L. Vida, V. García, E. Iglesias, A. Cerezo, F. Gómez, A. González, J. F. De Dios.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción

Infliximab es eficaz para inducir y mantener la remisión y respuesta clínica en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) luminal y/o para conseguir el cierre o disminución del drenaje de las fístulas perianales. Sin embargo, la aparición de anticuerpos anti-infliximab se ha relacionado con la pérdida de eficacia y desarrollo de intolerancia. Adalimumab, anticuerpo anti-TNF completamente humano, ha mostrado su eficacia en la EC luminal activa y/o enfermedad perianal (EP) aunque, en esta última situación aislada, la experiencia es más limitada. Además, hay pocos datos a cerca de su seguridad y eficacia por un plazo mayor de 56 semanas (s).

Objetivo

Evaluar la eficacia y seguridad de adalimumab para la inducción y mantenimiento de la remisión y respuesta en pacientes con EC luminal y/o EP cuando se pierde respuesta o no se tolera infliximab.

Pacientes y método

12 pacientes con EC han sido tratados con adalimumab por pérdida de respuesta o no tolerancia a infliximab. Indicaciones: 8 pacientes por enfermedad luminal (CDAI>220), dos tenían además fístulas perianales y, 4 por EP. Todos han recibido dosis de 160/80mg sc a las 2s. Los respondedores han continuado mantenimiento con 40 mg/2s. Esta pauta se ha modificado en casos de recidiva, pérdida de respuesta o no lograr suspender los corticoides. Se define remisión: CDAI<150 y/o cierre completo de las fístulas, y respuesta: descenso del CDAI por debajo de 100 con respecto al basal y/o un drenaje ≥50% de las fístulas perianales. Los pacientes se evalúan a las 4s de iniciar el tratamiento y posteriormente cada 2 meses o con anterioridad si presentan alguna sintomatología. Se han recogido los efectos adversos de relevancia clínica.

Resultados

El tiempo de seguimiento desde la primera dosis es 46±32,1s (4-116). De los 8 pacientes con EC luminal activa, la remisión y respuesta a las 4s es: 2 y 6 (25, 75%) respectivamente. De los 6 con EP, la remisión y respuesta a las 4s es: 3 y 3 (50, 50%) respectivamente. En 6 pacientes (50%) se ha tenido que modificar la pauta de mantenimiento, en 3 (25%) por recidiva (2 de ellos por enfermedad luminal), 2 (16,7%) por no lograr suspender los corticoides y 1 (8,3%) por pérdida de eficacia al tratamiento. El tiempo medio de recidiva ha sido de 26±18,9s. Un paciente suspendió la medicación a las 72 semanas, manteniendo la remisión en la actualidad. La pauta actual es: 4 pacientes, 40mg/2s; 5, 40mg/s; 1, 80mg/2s y 1, 80mg/s. Sólo uno tuvo un absceso cutáneo en el sitio de inyección que no obligó a suspender la medicación.

Conclusión

En nuestra serie, adalimumab es un fármaco eficaz en la inducción y mantenimiento de la respuesta en pacientes con EC luminal activa así como en la EP cuando se pierde la respuesta o no se tolera infliximab. La recidiva aparece con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad luminal. Es probable que una pauta de mantenimiento más intensa permita disminuir esta situación. Adalimumab es bien tolerado a corto y largo plazo.

16. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA COLOCACIÓN DE SONDA DE GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA (PEG)

D.Núñez, Sánchez, Ramírez, García, Pérez, P.Guerrero, C.Ortiz, J.L.Larraona, L.Grande, M.Romero.

Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

Introducción

La sonda de gastrostomía percutánea (PEG) es actualmente reconocida como la técnica de elección para conseguir una nutrición adecuada en pacientes con problemas de deglución, pero que mantienen intacto el tránsito digestivo y que presentan una relativamente prolongada esperanza de vida.

Objetivos

Analizar la seguridad y eficacia de la colocación de PEG en nuestro hospital.

Material y métodos

Durante el período 1995-2006 se colocaron 299 PEG (Nupport®) a 248 pacientes, 132 hombres, 116 mujeres. Edad media 73,67 ± 15,3 años. Desde un punto de vista etiológico, 63 pacientes (25,4%) presentaban AVC, 39 (15,7%) demencia, 63 (25,4%) causas neurodegenerativas, y otros 83 pacientes (33,5 %) presentaban otras causas. Según el servicio que las solicitó, 33 pacientes (13,3 %) provenían de Medicina Interna, 133 pacientes (53,6% pacientes) de la Unidad de Paliativos (UCA), 40 pacientes (16,1 %) de Digestivo y el resto (42 pacientes-16,9 %) de otros servicios. Se valoró la duración, tasa de reposición, aparición de complicaciones y exitus. Para ello, definimos de forma arbitraria complicaciones inmediatas (primeros 14 días después de la colocación de la PEG), tardías (hasta el primer mes) y no relacionadas con la técnica (más de 30 días tras la colocación).

Resultados

La duración media de la PEG fue de 31,8 ± 29,5 meses [Rango: 0-132]. En 68/248 pacientes (27,4 %) se produjo al menos una reposición de la sonda de gastrostomía [Rango: 0-4]. La media de reposiciones fue 1,18 ± 1,08. Hubo 68 complicaciones (10,1%), siendo las más frecuentes la hemorragia y la migración (2,4%). De estas complicaciones ninguna fue inmediata, 4 fueron tardías (1,6%) y 22 no relacionadas con la PEG (8,8%). La tasa de éxitus fue 47,8 %,119 pacientes (13 pacientes inmediatos (5,2%), 9 pacientes tardíos (3,6%) y 97 pacientes (39%) no relacionados con la PEG).

Conclusiones

La colocación de la sonda de gastrostomía percutánea es un procedimiento seguro y efectivo para proveer nutrición enteral a corto y largo plazo. Conlleva una baja tasa de morbimortalidad por la técnica per sé. Presenta un número muy reducido de complicaciones, siendo en general escasas, con poca relevancia clínica y de fácil tratamiento. La tasa de complicaciones ronda el 10%, aunque las directamente relacionadas con la técnica son menores. La mortalidad relacionada con la PEG es 5,2%.

17. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: NUESTRA EXPERIENCIA

A. García, I. García, B. Zúñiga, A. Maté, A. Garré, F. Reina, A. Palacios Pérez.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Objetivos

Evaluar nuestra experiencia en 195 paciente con patologías diversas, que precisaron de una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) para recibir un aporta nutricional adecuado. Se realiza una revisión acerca de indicaciones, complicaciones y eficacia.

Material y métodos

Revisamos 195 pacientes a quienes se les colocó una PEG, según la técnica de tracción, entre enero de 1995 y junio de 2007, de los cuales 94 (48,2 %) eran hombres y 101 (51.79%) mujeres, con una edad media de 63.36 años (con un rango de edad de menos de 1 año a 102 años). 180 pacientes (92.3 %) sufrían enfermedades neurológicas, 4 (2.05%) achalasia, 8 (4.1%) procesos oncológicos, 1 (0.51 %) enfermedad neuromuscular, 1 (0.51 %) anorexia nerviosa, 1 (0.51%) prematuridad. 93 pacientes (47.69%) procedían de la Unidad de Dietética y Nutrición, 42 (21.53%) del Hospital de Crónicos, 21 (10.76%) del Servicio de Neurología, 6 (3.07%) procedían de la Unidad de Aparato Digestivo, 14 (7.17%) del Servicio de Medicina Interna, 8 (4.1%) de la Unidad de Medicina Intensiva, 2 (1.02%) del Servicio de Oncología, 4 (2.05%) del Servicio de Pediatría, 3 (1.53%) del Servicio de ORL y 2 (1.02%) de Atención Primaria.

Resultados

La técnica se realizó con éxito en 185 de los pacientes. En 10 pacientes (5,12%) no se pudo realizar. Las causas fueron: 3 pacientes por estómago intratorácico, 1 por transiluminación subcostal, 1 por estenosis esofágica maligna, 1 por parada respiratoria, 2 por transiluminación abdominal a pesar de estómago normosituado. En un paciente no se realizó por Divertículo de Zencker y otro por gastrectomía no conocida a priori. En 3 casos (1.62%) hubo complicaciones inmediatas. Las complicaciones tardías se presentaron en 45 pacientes (24.32%), siendo la más frecuente la salida accidental con cierre de fístula, seguida de la infección del estoma. Las sondas se recambiaron en un tiempo medio de 373 días. En 7 casos (3.78%), la sonda se retira de manera definitiva, en 1 paciente por exitus, y en 6 por reinicio de la alimentación oral.

Conclusiones

La PEG es una técnica segura y fácil de realizar con excelentes resultados en la alimentación enteral de pacientes crónicos, mejorando su calidad de vida y estado nutricional. La mayoría de los pacientes candidatos padecen alteraciones neurológicas. La mortalidad relacionada con la técnica en nuestra serie es del 1.02%. Sería conveniente difundir esta técnica entre las diferentes especialidades, pues aunque los pacientes neurológicos son la mayoría, éstos son enviados principalmente por la Unidad de Dietética y Nutrición.

18. ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA INFLUENCIA DEL USO DE AZATIOPRINA EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

E Gómez, E Leo, MD De la Cruz, JM Herrera, C Crivell, F Domínguez Abascal, FR Reina, JL Márquez.

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO

Introducción

La Enfermedad de Crohn (EC) puede progresar desde un patrón inflamatorio (B1) a estenosante (B2) o penetrante (B3). Se postula que el uso precoz de Inmunosupresores (IS) podría evitar la progresión.

Objetivo

Conocer cómo influye el uso de Azatioprina (AZA) en la evolución de la EC.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de pacientes con EC con fenotipo B1 no tratados con IS (grupo 1) o tratados con AZA, con fenotipo B1 al iniciar el tratamiento (grupo 2), excluyendo los que lo interrumpen. Analizamos sexo, edad al diagnóstico, tiempo de evolución de EC y al introducir AZA, tiempo de tratamiento, indicación de AZA, localización, cambios fenotípicos y momento en que se producen.

Resultados

Incluimos 154 pacientes, 91 en el grupo 1 y 63 en el 2. Predominio masculino en el grupo 2 (78%), sin diferencias en el grupo 1. En éste la edad al diagnóstico es más tardía que en el grupo 2 (35,8 vs 25,4 años). La localización ileal es menos frecuente en grupo 2, sin diferencias en el tiempo de seguimiento. El tratamiento con AZA se inicia 3,19 años tras el diagnóstico y es mantenido 3,65 años. En 43 pacientes se utiliza por corticodependencia o refractariedad, en 16 por patología perianal y por manifestaciones extraintestinales en 4. Grupo 1: Diez pacientes (11%) evolucionan a patrón B2 ó B3 en un tiempo medio de 6,5 años desde el diagnóstico. Grupo 2: 13 pacientes (20,6%) evolucionan fenotípicamente tras un seguimiento de 5,9 años. En ningún grupo existen diferencias en la evolución fenotípica según el sexo. Tendencia a peor evolución de los pacientes diagnosticados a edades más tempranas y con afectación ileal. El tiempo de seguimiento es significativamente superior en los pacientes que evolucionan (no correlación entre edad al diagnóstico y tiempo de evolución). En el grupo 2, la introducción precoz de AZA reduce el riesgo de progresión de la enfermedad (8% si se introduce antes del año, 27% si es más tarde). El tiempo de seguimiento postAZA, es igual en ambos grupos. El 28,6% de los pacientes que toman AZA por refractariedad o dependencia de los corticoides evoluciona fenotípicamente, por ninguno de los 18 pacientes restantes (la localización ileal es menos frecuente en estos).

Conclusión

1. La evolución fenotípica de la EC está condiciona-

da por el tiempo de evolución. La afectación ileal y la edad al diagnóstico también la favorecen. 2. Existe una mejor respuesta a AZA si se introduce precozmente y no existe previamente actividad mantenida. No se obtiene beneficio cuando la medicación se añade al tratamiento tras años de corticodependencia. 3. No es posible conocer adecuadamente la influencia de la AZA sobre la evolución de la enfermedad en un estudio retrospectivo (sesgo de selección, en la mayoría de pacientes se prescribe por mala evolución). 4. Hacen falta estudios prospectivos para valorar la eficacia de la AZA a la hora de evitar la progresión de la EC, además de conocer el momento ideal de la introducción.

19. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICO EN LAS LESIONES PERIANALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

A. Cerezo1, L. Casáis1, E. Iglesias1, V. García1, J.M. Gallardo2, F. Gómez2, A. Membrives2, A. Reyes1, J.F. de Dios1

1 Unidad Clínica de Aparato Digestivo.
Hospital Reina Sofía. Córdoba
2 Servicio de Cirugía Digestiva.
Hospital Reina Sofía. Córdoba

HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

Aproximadamente el 20% de los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) presentan complicaciones anorrectales: fístulas, abscesos, estenosis anales y colgajos cutáneos que deterioran en gran medida su calidad de vida. A pesar de los avances en el tratamiento médico, el 83% requieren cirugía, siendo la proctectomía e ileostomía definitiva necesaria en un 20% de los casos. Una colaboración más cercana entre el gastroenterólogo y el cirujano para el tratamiento combinado de la enfermedad perianal (EP) podría mejorar estos resultados.

Objetivo

Evaluar la eficacia de la aplicación de un protocolo de actuación médico-quirúrgica para el manejo de la EP en pacientes con EC.

Pacientes y métodos

Se incluyeron 18 pacientes con EC evaluados por EP entre Diciembre de 2005 y Mayo de 2007. A todos se les aplicó un protocolo diagnóstico-terapéutico que comprendía: 1) Cálculo del índice de actividad de la EP modificado (IAEPm), 2) Exploración de la región anal, perianal y periné mediante una técnica de imagen (RM y/o ecografía endorrectal (EER)), 3) Exploración endoscópica del recto y 4) Exploración bajo anestesia en los pacientes con EP complicada. Las fístulas se definieron según la clasificación de Parks. Consideramos fístulas complejas: altas, asociadas a abscesos, estenosis, inflamación rectal o fístulas rectovaginales y con varios orificios externos. Todas las demás se calificaron como simples. Se reservó el uso de terapias biológicas para casos de fístulas complejas junto con el abordaje quirúrgico en función de la lesión asociada. Se definió como remisión el cese total de la actividad perianal y como respuesta la disminución de al menos el 50% de la actividad perianal, y se evaluó a las 10 semanas y a los 6 meses. Además se valoró el IAEPm postquirúrgico y la apreciación subjetiva del dolor.

Resultados

El IAEPm inicial fue 5 en el 31.3%, 7 en el 18.8% y de 11 en el 12.5%. El número medio de fístulas fue de 1.94±1 por paciente. El 77.8% (14) de los pacientes tenían fístulas complejas. La fístula más frecuente fue la transesfinteriana (50% (9)). Se utilizaron setones en un 72.2% (13) con una permanencia media de 18.09±5 semanas. Se administraron terapias biológicas en un 84.3% (15). La tasa de respuesta y de remisión a las 10 semanas fue del 47.1% (8) en cada caso, y del 17.1% (2) y 64.7% (11) a los 6 meses respectivamente. Un 80% presentaron desaparición del dolor, un 10% mejoría y otro 10% persistencia. Presentaron además un IAEPm final de 1 un 69.2%, y de 2, 3, 5 y 6 un 7.7% respectivamente.

Conclusiones

Tras estos resultados, nos parece imprescindible la colaboración entre gastroenterólogos y cirujanos, así como la aplicación de un protocolo de actuación para el tratamiento combinado de la EP, pues se mejoran los resultados de eficacia de ambos tratamientos por separado.

20. MODIFICACIONES EN LA MUCOSA INTESTINAL TRAS INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EVALUADOS CON EL SISTEMA PATENCY, PILLCAMSB

A. Caunedo, L. Castro, F. Argüelles, J. Romero, B.J. Gómez, J.M. Herrerías.

COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA

Objetivo

El tratamiento con infliximab ha demostrado lograr la remisión clínica en pacientes con EC, así como la curación endoscópica de las lesiones colónicas. Sin embargo, los cambios en la mucosa intestinal no han sido adecuadamente estudiados por la falta de una técnica adecuada. El objetivo de este estudio fue valorar la mucosa de intestino delgado antes y después de infliximab en estos pacientes con cápsula Patency (CP) y, si cumplen los criterios establecidos, mediante cápsula PillCam-SB.

Pacientes y métodos

Los pacientes incluidos fueron sometidos a CP, y aquellos que excretaron la cápsula intacta y sin dolor fueron estudiados con PillCam-SB antes de recibir el tratamiento estándar con Infliximab. Los mismos procedimientos bajo las

mismas condiciones se llevaron a cabo tras el tratamiento en aquellos pacientes con lesiones intestinales en el estudio pre-tratamiento con PillCam-SB. Para la valoración de la mucosa intestinal se diseñó un índice capsuloendoscópico (SCES, 0-36). El índice CDAI se usó para la valoración de la respuesta clínica.

Resultados

Veinte pacientes (10M/10H; 30.45±8.76 años) con EC activa y criterios de terapia biológica se sometieron a CP. Doce de ellos (60%) excretaron la cápsula intacta y el estudio mediante PillCam-SB mostró lesiones intestinales en 5 pacientes: eritema, úlceras y estenosis en 5 casos (5/8; 62.5%); con índice SCES de 8.62±4.17 (rango: 3-14). Hasta la fecha, 12 pacientes han finalizado el tratamiento, 7 de ellos con respuesta clínica completa (58.33%), uno con respuesta clínica parcial (8.33%) y 3 sin respuesta clínica, produciéndose el abandono de la terapia en un caso (8.33%) por efectos adversos. Seis de los ocho pacientes con lesiones intestinales en el estudio pre-tratamiento con PillCam-SB cumplieron los criterios para la valoración post-tratamiento. Uno de ellos excretó la CP deformada y sufrió dolor y vómitos, que se resolvieron en 12 horas. Hasta el momento, 4 de los otros 5 pacientes han sido estudiados con PillCam-SB post-tratamiento, presentando 2 de ellos mejoría en el índice SCES (14 vs. 7; 9 vs. 4), y la misma afectación los otros dos casos (3 vs. 3; 8 vs. 8).

Conclusiones

1.- La combinación de CP+PillCam-SB parece ser un método útil y seguro para monitorizar la respuesta endoscópica tras terapia biológica en pacientes con EC activa, incluso en aquellos con estenosis intestinales. 2.- El tratamiento con Infliximab logró una mejoría endoscópica significativa en dos de cuatro pacientes analizados, aunque, obviamente son necesarios más datos para evaluar este aspecto.

21. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO POR ANTECEDENTES FAMILIARES DE PRIMER GRADO

L. Casáis-Juanena, A. Cerezo-Ruiz, AJ. Hervás-Molina, C. Llamoza-Torres, A. Naranjo-Rodríguez, A. González-Galilea, A. Reyes-López, MV. García-Sánchez, E. Iglesias-Flores, E. Pérez-Rodríguez, B. Agüera-Arroyo, ML. Vignote-Alguacil, C. Gálvez-Calderón, JF. De Dios-Vega.

HOSPITAL REINA SOFÍA

Introducción

El cribado del cáncer colorrectal (CCR) constituye una indicación cada día más frecuente de colonoscopia, por la importancia del diagnóstico precoz y la extirpación de los pólipos adenomatosos como lesión precursora.

Objetivos

Analizar los resultados de un programa de prevención de CCR en una población seleccionada de alto riesgo.

Pacientes y métodos

Estudio descriptivo en el que se analizan de forma consecutiva y retrospectiva, a todos los sujetos registrados en un sistema informático protocolizado con antecedentes familiares de primer grado de CCR sin PAF, a los cuales se les realizó una colonoscopia de cribado en el periodo 01/01/05 al 30/04/07. Se evalúa: número total de exploraciones realizadas; edad media y distribución por sexo; porcentaje de colonoscopias completas y complicaciones de las mismas; localización, tamaño, número y características histológicas de pólipos y adenocarcinomas encontrados de forma global y en distintos intervalos de edad.

Resultados

Se realizaron 640 colonoscopias por esta indicación, lo que supuso el 8,15 % del total de exploraciones bajas (7.855) realizadas en este período. El 85,5 % de las peticiones procedieron de nuestra unidad. Las características del grupo fueron: edad media 49,4 años (rango 19-84); distribución por sexo (56,1 % mujeres frente 43,1 % de hombres). La exploración fue completa en 576 (90,0 %). No se registraron complicaciones graves y sí 5 cuadros vasovagales (0,78%). Los hallazgos más frecuentes fueron: pólipos en 156 pacientes (24,4 %), divertículos en 29 (4,5 %) y neoplasias en 8 (1,3 %), siendo normales el 69,8 % de las exploraciones. De entre los pólipos un 50,6 % (83) correspondieron a adenomas, 5,5 % (9) adenocarcinomas, 1,2 % (2) displasias de alto grado, 25 % (41) hiperplásicos, e inflamatorios 3,7 % (6). El 14,0 % (23) de los pólipos extirpados no se recuperaron para estudio histopatológico. Se encontraron una media de 1,85 pólipos por paciente (1-10), de un tamaño medio de 6,48 mm. (2-45). La localización fue fundamentalmente distal (65,9 %). En el análisis por grupos de edad: 279 pacientes tenían más de 50 años con adenomas en un 30,8 % (16 adenomas avanzados (AA)) y CCR en 1,8 %. 250 pacientes entre los 40 y 50 años con adenomas y CCR en el 22,0 (1 AA) y 0,8 % respectivamente. Finalmente, en 111 pacientes menores de 40 años se encontraron adenomas y CCR en el 13,5 % (1 AA) y 0,9 %. (N.S entre CCR y p = 0,009 entre pólipos).

Conclusiones

Existe un elevado número de lesiones preneoplásicas y neoplásicas en pacientes con familiares en primer grado con CCR. Estos hallazgos hacen necesario el establecimiento de un programa de cribado de CCR, en al menos una población de alto riesgo, dentro de la prestaciones de nuestro sistema sanitario.

Comunicaciones orales

SESIÓN 4

22. CORRELACIÓN ENTRE PRUEBAS DE IMAGEN Y HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

J. de la Cruz, P. España, J.M. Lozano, M. Jiménez, J.M. Rodrigo, R. Manteca

COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA

Objetivos

El cumplimiento de los Criterios de Milán (CM, Mazzaferro, 1996: un nódulo ≤ 5 cms o 2-3 ≤ 3 cms, sin invasión vascular macroscópica o los expandidos de la Universidad de California San Francisco (UCSF, 2001: 1 nódulo ≤ 6,5 cms o 3 nódulos ≤ 4,5 cms y la suma de sus diámetros ≤ 8 cms) logra una baja tasa de recurrencia del hepatocarcinoma tras el trasplante hepático. Investigamos: 1) El porcentaje de nuestra serie de pacientes con hepatocarcinoma que cumplía los CM según las técnicas de imagen realizadas antes del trasplante hepático y el porcentaje que los excedían. 2) El porcentaje de nuestra serie de pacientes trasplantados por hepatocarcinoma que cumplía los CM en la pieza de explante y el porcentaje que los excedía. 3) El grado de correlación entre ellos. 4) La tasa de recurrencia de la neoplasia en ambos grupos.

Material y métodos

Entre 1997-2005 se realizaron 380 trasplantes a 365 receptores. En 63 de ellos la indicación fue el hepatocarcinoma (17,2%) y recibieron algún tipo de tratamiento especifico para el tumor antes del trasplante: Quimioembolizacion: el 73%. Alcoholización: el 5%. Radiofrecuencia: el 11%. Resección: 1 caso. Además, hubo 5 casos incidentales en el hígado explantado. El cumplimiento de los CM se baso en las técnicas de imagen (ecografía, TC, RM, arteriografía selectiva) empleadas en la valoración pretrasplante y en el examen de la pieza explantada.

Resultados

1) De 63 pacientes, 57 resultaron verdaderos positivos (90,6%): en 4 casos no se identifico el hepatocarcinoma en la pieza explantada y en 2 el diagnostico histopatológico fue: cistoadenoma biliar y adenoma de conductos biliares. 2) Criterios de Milán según técnicas de imagen: 43 de los 57 los cumplían antes del trasplante (75,5%) y 14 los excedían (24,5%). 3) Criterios de Milán en pieza de explante: 41 (72%) los cumplían en la pieza de explante y 16 los excedían (28%). De ellos, 5 cumplían los criterios expandidos UCSF (31%) y 11 los excedían (69%). 4) Recurrencias: 5 (8,7%), 2 cumplían los CM (4,8%) y 3 (18,75%) los superaban (ninguna en los casos que cumplían los criterios UCSF).

Conclusiones

Las pruebas de imagen pueden dar falsos positivos para el hepatocarcinoma (en nuestra serie, un 10%) y falsos negativos (incidentales, 1,3%). En algún caso, la no identificación del hepatocarcinoma en la pieza explantada podría deberse al tratamiento pretrasplante recibido (quimioembolización, alcoholización o radiofrecuencia). El análisis de la pieza explantada puso de manifiesto que se había producido una infravaloración del hepatocarcinoma por las pruebas de imagen en el 4,65% de los casos (2 de 43). La tasa de recurrencia global fue baja (8,7%) pero con una diferencia significativa entre el grupo que cumplía los CM y el que los excedía (4,8% versus 18,75%). En el subgrupo que los excedía había 5 (31%) que no rebasaban los criterios UCSF, en ninguno de ellos se produjo recurrencia durante el tiempo de seguimiento.

23. EFICACIA DE LA CPRE EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS BILIARES POST-TRASPLANTE HEPÁTICO

L. Vida, J.M. Ángel, A. Naranjo, A.J. Hervás, M.V. García, B. Calero, P. Barrera, P. López, L. Castillo, J.F. De Dios

HOSPITAL REINA SOFÍA

Introducción

Las complicaciones biliares ocurren entre el 11% y el 34% de los pacientes trasplantados. La estenosis constituye una de las más frecuentes, junto con las fugas biliares. Es conocida la eficacia del tratamiento endoscópico (CPRE) en el tratamiento de las estenosis biliares de los pacientes no trasplantados, sin embargo hay controversia acerca de su eficacia en el tratamiento de las mismas en los pacientes trasplantados.

Objetivos

Determinar la eficacia de la CPRE en el tratamiento de las estenosis biliares que ocurren en los pacientes trasplantados.

Material y métodos

Se estudiaron los pacientes trasplantados hepáticos desde Enero de 2000 a Diciembre de 2006, que fueron sometidos a un protocolo preestablecido de tratamiento endoscópico. Se tomaron datos tales como la etiología del trasplante, forma de presentación de la estenosis, intervalo desde el trasplante y la primera CPRE, tipo de anastomosis encontrada, número de recambios protésicos en el primer año así como la necesidad de reintervenciones quirúrgicas. El estudio estadístico se realizo mediante el programa SPSS 12.0.

Resultados

Un total de 328 pacientes fueron trasplantados en el periodo estudiado. De los cuales 20 (6,1%) desarrollaron estenosis biliares. La indicación más frecuente de trasplante hepático fue la cirrosis por el virus de la hepatitis C (VHC) (60%). La forma más frecuente de presentación de la estenosis fue la ictericia (45%). La media del intervalo entre el trasplante y la realización de la primera CPRE fue de 19.8±26.8 meses. El tipo de estenosis más frecuentemente encontrada fue la anastomótica (90%) mientras que en 2 pacientes (10%) se

encontraron otro tipo de lesiones. El número de sesiones de CPRE en el primer año osciló entre una y cuatro (mediana de 3). La CPRE fue eficaz inicialmente en 14 pacientes (70%). Al final del primer año se produjo la resolución completa en 3 pacientes (15%) y parcial en 11 pacientes (55%). Seis pacientes (30%) requirieron reintervención quirúrgica, dos debida a fallo primario, dos por respuesta parcial/recidiva y dos por otras causas. Cinco pacientes (25%) requirieron drenaje percutáneo. Cuatro pacientes (20%) siguieron un programa de recambios periódicos tras el primer año. Cinco pacientes fallecieron en este periodo.

Conclusiones

La CPRE es una medida segura y con eficacia a corto plazo en el tratamiento de las estenosis biliares postrasplante hepático, disminuyendo la morbilidad y evitando otras medidas terapéuticas más agresivas. Sin embargo la tasa de respuesta completa y definitiva es baja y frecuentemente se requieren tratamientos alternativos.

24. LA SUPRESIÓN PRECOZ VIRAL PREDICE LA EFICACIA A 2 AÑOS EN LA HEPATITIS B TRATADA CON NUCLEÓSIDOS. ENSAYO GLOBE.

R.Andrade1, M. Buti2, M. Diago3, M. Rodríguez-García4, J. Crespo5, ChL. Lai6 en nombre del Grupo de Estudio GLOBE

1 Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga,
2 Hospital Universitario Vall D´Hebrón, Barcelona,
3 Hospital General de Valencia, Valencia,
4 Hospital General de Asturias, Oviedo,
5 Hospital Marqués de Valdecilla, Santander,
6 University of Hong Kong, Hong Kong

HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Antecedentes

Estudios previos han relacionado el grado de supresión precoz del VHB con la posterior eficacia clínica y viral en pacientes (pts) con hepatitis B en tratamiento antiviral. Se presenta un análisis de la relación entre la carga viral a las 24 semanas y la eficacia a los 2 años de tratamiento obtenida en un ensayo de fase III a gran escala.

Métodos

El ensayo GLOBE reclutó 1367 pacientes con hepatitis B de 20 países con un ADN-VHB pretratamiento >6 log10 copias/ml, ALT 1,3-10 xULN, y enfermedad hepática compensada, que fueron aleatorizados a recibir telbivudina (LdT) (600 mg/día PO) vs. tratamiento estándar con lamivudina (Lam) (100 mg/día PO) durante 2 años. En el presente análisis se comparan los resultados de eficacia a los 2 años en 4 subgrupos de pacientes según el nivel de ADN-VHB en la semana 24 (S24): PCR-negativo (<300 copias/mL mediante Amplicor COBAS™); PCR-detectable pero <3 log; 3-4 log; y >4 log10 copias/mL. Se combina la respuesta en ambos grupos de tratamiento.

Resultados

Se presentan datos a 2 años de 1346 pacientes. Todos los parámetros clínicos y virológicos de eficacia a los 2 años mejoraron de forma inversamente proporcional al nivel de ADN-VHB en la S24 (tabla). El porcentaje de pacientes con PCR negativa en la S24 fue superior con LdT (57%) respecto a Lam (45%), y menos pacientes con LdT presentaron una carga viral residual >4 logs en la S24 (17% vs. 27%, respectivamente). Resultados preliminares muestran que el 77% y 74% de los pacientes HBeAg + y HBeAg - con PCR negativa a las 24 semanas tenían ADN indetectable a los 2 años. Contrariamente, el DNA era detectable a los 2 años en el 88% y 90% de los pacientes con ADN > 4 log10 en la semana 24. La relación entre la respuesta precoz y la eficacia a los 2 años fue similar para los pacientes con LdT y Lam, aunque en conjunto los resultados de eficacia fueron proporcionalmente superiores con LdT. Se están llevando a cabo los análisis de resistencia.

Conclusiones

La magnitud de la supresión viral precoz con nucleósidos antivirales determina la eficacia posterior del tratamiento durante al menos 2 años. La eficacia a los 2 años es elevada cuando la supresión del ADN-VHB en la semana 24 es máxima, coincidiendo con la mayor eficacia antiviral de telbivudina. La escasa eficacia observada en los pacientes con ADN-VHB >4 log en la semana 24 sugiere que debería considerarse la intensificación del tratamiento en dichos casos. Las relaciones descritas pueden contribuir a optimizar el manejo del paciente. Respuesta a los 2 años ADN-VHB en suero semana 24 (copias/mL) PCR -ve <3 log 3-4 log >4 log Pts HBeAg + Número de pts 349 120 162 272 Seroconversión HBeAg (%) 45 38 19 6 Normalización ALT (%) 79 76 63 43 PCR-negativa (%) 77 58 32 12 Pts HBeAg - n 335 38 40 30 Normalización ALT (%) 77 74 58 21 PCR-negativa (%) 74 66 40 10.

25. PAPEL DEL IGF-1 Y LA HIPERAMONIEMIA EN RATAS SOMETIDAS A DERIVACIÓN PORTOCAVA

María Jover, Inés Camacho, Daniel Díaz, María García-Fernández, Ana Madrazo, José E. Puche, David Nuñez, Diana García, Inmaculada Castilla-Cortazar, Eulalia Gil, Lourdes Grande, Juan Bautista, Manuel Romero-Gómez.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

Introducción

El factor semejante a la insulina tipo I (IGF-1) es una hormona anabólica cuyos niveles plasmáticos en individuos con cirrosis hepática están disminuidos (Caufriez y col., J Endocrinol Invest; 14:317-321, 1991) y se ha relacionado una

deficiencia severa de esta hormona con la progresión de la enfermedad hepática (Donaghy y col., 1997. Gastroenterology; 113:1617-1622).

Objetivo

Estudiar este estado de deficiencia de IGF-1 y su relación con la hiperamoniemia en ratas sometidas a derivación porto-cava, como modelo de encefalopatía hepática.

Animales y métodos

Incluimos en el estudio 16 ratas Wistar macho (250-300 g), 8 animales controles de operación o ratas sham y 8 ratas sometidas a derivación porto-cava (DPC), mediante la técnica de Numata, [Microsurgery; 4(4):243-244, 1983]. Todos los animales se sacrificaron a las 4 semanas de la intervención. Estudiamos la diferencia de peso a lo largo del estudio, el índice de Fisher (como cociente de aminoácidos ramificados y aminoácidos aromáticos, determinados por el método AccQ de Waters mediante HPLC) y los niveles de amonio (método enzimático GDH, COBAS Integra, ROCHE) en plasma como determinaciones de parámetros relacionados con la disfunción hepática. Además, determinamos los niveles de óxido nítrico (mediante ELISA, kit R&D System, Minneapolis) en plasma y medimos los niveles de IGF-1 mediante RIA en suero (Kit Mouse/rat IGF-I DSL-2900, Diagnostic, USA).

Resultados

Los resultados se presentan en la siguiente tabla: Amonio en plasma (ug/dl): sham: 120,31±60,77, 616,38±327,38* en DPC; Oxido nítrico (µmol/l): 94,53±16,73 en sham vs 116,32±60,08 en DPC; Coeficiente de Fisher: 2,81±0,33 en sham vs 116,32±60,08; Coeficiente de Fisher: 2,81±0,33 en sham vs 1,13±0,31* en DPC; Diferencia de peso (gramos) [a] 77,7±28,91 sham vs -19,39±54,41* en DPC; IGF-1 (ng/ml): 1254,67±649,62 en sham vs 557,38±437,91* en DPC; *valores estadísticamente significativos, con una p<0,05; valor±desviación típica; [a]valor>0 indica ganancia de peso y valor<0 indica pérdida de peso. En el análisis multivariado utilizando la regresión de Cox los niveles de amonio alcanzados en controles de operación fue de 240 µg/dl. Los niveles de IGF-1 correlacionaron con la hiperamoniemia (r=-0,55; p<0.05; n=14), con el coeficiente de Fisher (r=0,59; p<0,05; n=13) y con la diferencia de peso de los animales (r=0,61; p<0,05; n=14). Los niveles de óxido nítrico se ven incrementados en ratas con DPC con respecto a sham, si bien, este incremento no es significativo.

Conclusiones

El déficit de IGF-1 en ratas sometidas a DPC está relacionado con los niveles plasmáticos de amonio, con la pérdida de peso en animales DPC, así como también con el coeficiente de Fisher. Los resultados obtenidos avalan el papel del IGF-1 en la patogenia de la Encefalopatía Hepática. Agradecimientos: PI040384 y CIBER CB06/04/0047 del ISCIII.

26. PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN PORTOPULMONAR EN LOS CANDIDATOS A TRASPLANTE. UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA

J. de la Cruz, P. España, M. Jiménez, J.M. Lozano, J.M. Rodrigo, R. Manteca

COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA

Objetivos

La Hipertensión Portopulmonar (HPP) puede definirse como la Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) que se asocia a la Hipertensión Portal (Clasificación de Venecia, 2003). El 2% de los pacientes con cirrosis e hipertensión portal tienen HPP. Reconocer la HPP durante la evaluación del candidato a trasplante es fundamental por tratarse de una reconocida causa de mortalidad intraoperatoria. El diagnostico de HAP se basa en criterios hemodinámicos mediante Cateterismo Cardiaco Derecho (CCD): Presión Media en arteria pulmonar (PAPm) > 25 mmHg, Presión Capilar Pulmonar (PCP) 120 d.s.cm. Cuando la PAPm ≥ 35 mmHg o las RVP > 250 d.s.cm el riesgo operatorio es muy elevado y el trasplante hepático esta contraindicado. La Ecocardiografía doppler Transtorácica (ETT) es una excelente técnica de screening no invasiva de la HAP. Permite estimar en el 74% de los casos la Presión Sistólica en la Arteria Pulmonar (PAPs) y posee una alta correlación con la obtenida directamente por CCD. La HAP se considera LEVE cuando la PAPs estimada por ETT es inferior a 50. Si la PAPs ≥ 50, debe confirmarse mediante CCD. Estudiamos: 1) La prevalencia de la Hipertensión Portopulmonar en los pacientes con cirrosis hepática evaluados para trasplante hepático en nuestra medio. 2) La utilidad de la ETT como técnica de screening no invasiva comparándola con el CCD.

Material y métodos

Se analizaron una serie de 217 pacientes con cirrosis hepática evaluados para trasplante hepático en el periodo 2000-2005. A todos se les había realizado una ETT. Aquellos con PAPs ≥ 50 fueron sometidos a CCD para medir la PAPm. Al resto, la PAPm se le determino intraoperatoriamente durante el trasplante.

Resultados

La ETT estimo una PAPs elevada en 14 de los 217 pacientes evaluados (6,4%). De los 14 casos, 8 tenían una PAPs < 50, no se sometieron a CCD y fueron aceptados para el trasplante. En los 8 se detecto una PAPm < 35 mmHg intraoperatoriamente (HPP LEVE) y no presentaron complicaciones. En los 6 restantes (2,6%) la ETT estimo una PAPs ≥ 50 y fueron sometidos a CCD: 4 tenían una PAPm < 35 mmHg, fueron aceptados para trasplante hepático y tampoco sufrieron complicaciones; 2 casos presentaron una PAPm ≥ 35 mmHg y no fueron aceptados hasta disminuir terapéuticamente la presión arterial pulmonar. 1 paciente con ETT normal presento PAPm ≥ 35 mmHg intraoperatoria, se complico con shock cardiogénico y falleció.

Conclusiones

La prevalencia de HPP en nuestra serie, estimada por ETT, es del 6%. La prevalencia de HPP significativa

(PAPs ≥ 50), estimada por ETT, es del 2,76%. La ETT evito la necesidad de CCD a más de la mitad de los pacientes (8 de 14, 57%) por estimar una HPP leve que luego se confirmo intraoperatoriamente. La prevalencia real de HPP moderada-severa (PAPm ≥ 35 mmHg determinada por estudio hemodinámico) fue del 1,38% (2 de los 14 seleccionados por el screening y 1 que no fue detectado).

27. TERLIPRESINA Y ALBÚMINA EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON SÍNDROME HEPATORRENAL TIPO 1 CON Y SIN INFECCIÓN ACTIVA

M. Serrano3, JM Pascasio1, JM Sousa1, A Cayuela2, MT Ferrer1, E Gómez-Navarro3, JL Prieto3, M Sayago1, M Cabanillas1.

1 Servicio de Digestivo-H.U. Virgen del Rocío-Sevilla, 2 Documentación y Estadística- H.U. Virgen del Rocío-Sevilla y
3 Unidad de Digestivo-H. Punta de Europa-Algeciras (Cádiz).

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO

Objetivos

Analizar los resultados del tratamiento(TTO) con terlipresina(TLP) y albúmina(ALB) en una cohorte de pacientes con cirrosis e insuficiencia renal(IR) con criterios de síndrome hepatorrenal tipo 1(SHR-1),comparando un grupo sin infección activa(SHR-clásico) con otro con infección activa(SHR-INF).

Pacientes y métodos

Se estudiaron 25 pacientes cirróticos con insuficiencia renal (IR) con criterios de SHR-1:14 con SHR-clásico y 11 con SHR-INF. Se trataron con TLP (0,5-2 mg/4h iv) y ALB (20-40 g/d iv).Previamente, se habían suspendido los diuréticos y realizado expansión con ALB durante al menos 48h, sin mejoría de la IR. Se analizó la respuesta al TTO en ambos grupos y su evolución posterior hasta el trasplante hepático (TH), fallecimiento o última revisión. Definiciones: Respuesta completa (RC), descenso en la creatinina sérica (Cr) hasta valores <1,5 mg/dl; Respuesta parcial (RP), reducción en la Cr>50% del valor máximo alcanzado; No respuesta (NR), no descenso o disminución ≤50% del nivel máximo de Cr. Se investigaron posibles factores predictivos asociados a la respuesta al TTO y a la supervivencia. Las variables numéricas se expresan en mediana y rango intercuartílico [P25-P75].

Resultados

Edad=57años [50,5-59].Sexo:20 hombres (80%). Etiología: alcohol 21 casos (84%).Grado Child-Pugh (C-P)=9 [8-10].MELD=30 [24-32].Creat=4 mg/dl [3,3-4,5].Ambos grupos fueron homogéneos en las características basales y en la severidad de la IR (Cr:SHR-clásico, 3,8 mg/dl [3,2-4,3] vs SHR-INF, 4,3 mg/dl [3,6-5,3];p=NS),pero el grupo SHR-clásico mostró peor grado C-P (9,5 [9-10] vs 8 [7,5-9];p=0,04). La mediana de la dosis de TLP fue 1 mg iv/4h (0,5-2) y la mediana de la duración del TTO de 6 días (3-28).Al final del TTO se observó una mejoría significativa en los valores de Urea, Cr, Na sérico y tensión arterial media, tendiendo a ser mayor la mejoría en el grupo SHR-INF. Se obtuvieron 19 RC (76%), 2 RP (8%) y 4 NR (16%).Recidivaron 6/19 RC (32%), con 4RC y 2RP al re-TTO. La RC tendió a ser más frecuente en el grupo SHR-INF (90,9 vs 64,3%; p=NS), no asociándose a ninguna variable pre-TTO. Tras una mediana de seguimiento de 56 días (5-913),11 pacientes (44%) fallecieron pre-TH y 10 (40%) se trasplantaron (2 fallecieron post-TH).La mortalidad pre-TH tendió a ser mayor en el SHR-clásico (57,1 vs 27,3%;p=NS) y se asoció al tipo de respuesta (NR 100%,RP 50%,RC 68%;p=0,039).La supervivencia actuarial también se asoció al tipo de respuesta (p=0,0001) y fue mayor en el SHR-INF (p= 0,043).

Conclusiones

1) El TTO con TLP y ALB mostró una eficacia elevada en ambos tipos de SHR-1 y posibilitó que un 40% de los enfermos pudieran ser trasplantados.

2) La respuesta al TTO no se asoció a la severidad de la IR, ni de la disfunción hepática pre-TTO y tendió a ser mayor en el SHR-INF.

3) La supervivencia se asoció al tipo de respuesta y fue mayor en el SHR-INF.

4) Estos resultados justifican el TTO con TLP y ALB también en el SHR-INF, donde los resultados pueden ser incluso mejores que el SHR-clásico.

28. TRATAMIENTO ERRADICADOR DE HELICOBACTER PYLORI: COMPARACIÓN ENTRE CUADRUPLE TERAPIA VS LEVOFLOXACINO (OCL)

B. Benítez, P. Hergueta, M.J. Rodríguez, J.M. Herrerías

COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA

Introducción

Hasta ahora el tratamiento de segunda línea que se administra cuando ha fracasado el tratamiento de primera elección en la erradicación del Helicobacter pylori ha sido la cuadruple terapia, que consiste en una pauta durante 7 días de: IBP (omeprazol 20 mg, lansoprazol 30 mg, pantoprazol 40 mg)/12 h; subcitrato de bismuto 120 mg/6 h; tetraciclina 500 mg/6 h, y metronidazol 500 mg/8 h. En este estudio retrospectivo con los datos recogidos en nuestro hospital intentamos comparar si existen algunas diferencias de eficacia entre cuadruple terapia vs levofloxacino que justifiquen el uso del levofloxacino como tercera elección en vez de cómo segunda elección.

Objetivos

Comparar si existen diferencias de eficacia entre cuadruple terapia vs levofloxacino como tratamiento erradicador del Helicobacter pylori.

Material y método

Hemos estudiado de forma retrospectiva un grupo de pacientes seguidos en consulta de Digestivo del Hospital Virgen Macarena en los que fracasó la erradicación de Helicobacter pylori con el tratamiento de primera elección. Se administró a continuación un segundo tratamiento erradicador, de tal modo que de forma aleatoria, a unos pacientes se les administró tratamiento con Levofloacino, mientras que a otros pacientes se les administró tratamiento erradicador con cuádruple terapia, una vez finalizado el ciclo de tratamiento se comprobó mediante test del aliento si el tratamiento había sido eficaz ó no en la erradicación de Helicobacter pylori.

Resultados

Se enrolaron en el estudio un total de 73 pacientes. A 35 de estos pacientes se les administró tratamiento con Levofloxacino para la erradicación de Helicobacter pylori y a los 38 pacientes restantes se les administró cuádruple terapia. De los pacientes tratados con Levofloxacino, en 30 pacientes (85.7%) se erradicó el Helicobacter pylori mientras que en los 5 restantes (14.2%) fracasó la erradicación. De los pacientes tratados con cuádruple terapia, en 31 pacientes (81.5%) la erradicación fue exitosa, en cambio, en los 7 restantes (18.4%) no. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la erradicación de Helicobacter pylori con ambos tratamientos, obteniéndose una p= 0.63.

Conclusión

El tratamiento con Levofloxacino y la cuádruple terapia son igual de eficaces en la erradicación de Helicobacter pylori. Serían necesarios estudios más amplios para confirmar tales resultados.

Comunicaciones orales

SESIÓN 5

29. ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS PAUTAS DE TRATAMIENTO ANTISECRETOR EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) ULCEROSA GRAVE

P Herrera, E Gómez, C verdejo, MD de la Cruz, FJ del Castillo, JM Bozada, A Garrido y JL Márquez.

Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

Objetivo

El objetivo de este estudio fue comparar dos pautas de pantoprazol por vía intravenosa en pacientes con HDA ulcerosa de alto riesgo para presentar persistencia o recidiva hemorrágica.

Material y método

Se randomizaron los pacientes en dos grupos, Grupo 0: tratamiento con bolo de 80 mg i.v. de pantoprazol y perfusión continúa a 8 mg/h durante 72 horas. Grupo 1: tratamiento con 40 mg i.v. de pantoprazol diarios. Se analizó el porcentaje de persistencia/recidiva hemorrágica entre ambos grupos, requerimientos transfusionales, necesidad de cirugía y mortalidad del episodio hemorrágico.

Resultados

Se incluyeron 20 pacientes en el grupo 0 y 21 en el grupo 1. No se encontraron diferencias entre ambos grupos en cuanto al sexo (80% hombres en grupo 0 vs 85% grupo 1, p=0.471), edad (60.05 años vs 60.67, p=0.892), hábito tabáquico (55% vs 45%, p=0.654), consumo de AINEs (35% vs 65%, p=0.085), presencia de inestabilidad hemodinámica (50% vs 76.2%, p=0.082), estigma sobre el nicho ulceroso (Forrest Ia 5% vs 14.3%, p=0.322; Forrest Ib 30% vs 33,3%, p=0.819; Forrest IIa 60% vs 50.1%, p=0.753) ni patología de base (42.1% vs 47.6%, p=0.726). El 90% de los pacientes del grupo 0 recibieron tratamiento endoscópico vs 100% del grupo 1, p=0.232. El 50% de los pacientes del grupo 0 recibieron transfusión vs 52.4% del grupo 1, p=0.879. 2 pacientes (10.5%) del grupo 0 presentaron recidiva hemorrágica vs 3 pacientes (14.3%) del grupo 1, p=0.549, precisando cirugía 1 paciente de cada grupo (p=0.731) y falleciendo 1 paciente del grupo 0 (p=0.475). El análisis de regresión multivariado no mostró que el tratamiento médico fuera factor de riesgo para recidiva hemorrágica.

Conclusión

Según nuestros resultados preliminares, la inhibición ácida máxima de la secreción ácida gástrica mediante bolo e infusión continua de pantoprazol no ofrece resultados superiores al tratamiento con dosis convencionales en el episodio hemorrágico agudo.

30. EVALUACIÓN FUNCIONAL ESOFÁGICA EN PACIENTES OBESOS ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

FJ. Casado, IA. García-Tercero, A. García-Robles, A. Maté, B. Zúñiga, JL. González-Calvin, D. Rodríguez-Morillas

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Introducción

Clásicamente se ha considerado a la obesidad como un factor de riesgo para padecer diversas patologías, entre ellas el reflujo gastro-esofágico (RGE). Cabría pensar que la reducción de peso disminuiría los parámetros de reflujo. Por otro lado, la cirugía bariátrica supone una alteración anatómica del tubo digestivo destinada a favorecer la pérdida de peso rápida. Poco se sabe de los cambios funcionales que dichas técnicas introducen en la motilidad esofágica y la barrera esfinteriana cardial, independientemente del posible efecto compensatorio de la reducción ponderal.

Objetivos

Evaluar la función del esfínter esofágico inferior, motilidad esofágica y reflujo gastro-esofágico (RGE) en pacientes con obesidad mórbida antes y después de ser sometidos a cirugía bariátrica.

Pacientes y métodos

12 pacientes consecutivos (4 varones y 8 mujeres) que no presentaban clínica inicial de RGE, con una edad de 43,5 ±13,36 y un índice de masa corporal (IMC) de 47,76 ± 8,6, que iban a ser sometidos a cirugía bariátrica. Se les realizó un cuestionario de síntomas, una manometría esofágica estacionaria y una pH-metría ambulatoria de 24 horas antes y a los 3 meses de la cirugía. Se valoraron multitud de variables, entre las que destacan la clínica de RGE (ponderada de 0-3 según intensidad), la presión del esfínter esofágico inferior (pEEI), la amplitud de las contracciones del tercio distal esofágico (ACTDE), aparición de ondas terciarias (OT), número total de episodios de pH<4 (nTE), puntuación de DeMeester (pDM) o el % tiempo de pH<4.

Resultados

El peso antes de la cirugía era de 123,41 ± 13,8 y a los 3 meses de 99,58 ± 12,9 siendo la diferencia muy significativa (p<0,0001). Las principales variables se muestran en la tabla I Variable Antes de la cirugía Después de la cirugía p ...Clínica 0,33 ± 0,65 1,08 ± 0,99 <0,05 pEEI 21,83 ± 5,93 20,98 ± 9,03 ns ACTDE 120 ± 47,8 76,9 ± 31,9 <0,05 OT 25% de pacientes 42% de pacientes <0,05 nTE 52,54 ± 25,22 77,9 ± 67,89 ns pDM 12,16 ± 7,70 33,13 ± 37,32 ns %pH<4 2,73 ± 2,11 6,88 ± 8,23 ns...

Conclusiones

La cirugía bariátrica supone una alteración de la función esfinteriana que no se traduce en disminución de la presión basal del EEI, pero sí en una disminución de la motilidad

del tercio distal esofágico, aparición de ondas terciarias, clínica leve y relativo aumento de los parámetros de reflujo de la pH-metría, aunque no llegan a alcanzar la significación estadística, tal vez por ser una muestra pequeña. Quedan por determinar los efectos a largo plazo, una vez reducido el peso.

31. Il-6 E IGF-1 COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA PROGRESIÓN DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA EN LOS PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

A. Cerezo1, D. García1, J. Muñoz1, I. Espejo2, J.L. Montero1, E. Fraga1, G. Costán1, P. Barrera1, T. Marchal3, A. Membrives4, J.M. Gallardo4, E. Arévalo4, M. de la Mata1, J. Muntané1

1 Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo, 2 Servicio de Análisis Clínicos,
3 Servicio de Anatomía Patológica,
4 Servicio de Cirugía General.

HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

La esteatosis hepática (EH) es una complicación relevante en los pacientes con obesidad mórbida. La Il-6 ha sido implicada en la progresión de la EH en diversos modelos experimentales de esteatosis.

Objetivos

El objetivo del presente estudio es determinar la evolución de los parámetros bioquímicos y citoquinas (Il-6, IGF-1) en el suero procedente de pacientes con obesidad mórbida y con diversos grados de EH.

Material y métodos

Se obtuvieron muestras de suero y biopsia hepática procedentes de 36 pacientes con obesidad mórbida ingresados en el Hospital Universitario Reina Sofía. Se recogieron datos de análisis bioquímicos, insulina, Il-6 e IGF-1 en el suero de estos pacientes. Se determinó el grado de esteatosis (oil-red), fibrosis (Masson) y grado de lesión histológica (hematoxilina-eosina y TUNEL) en las biopsias hepáticas.

Resultados

Los pacientes con obesidad mórbida se distribuyeron en función del grado de EH. El análisis histológico detectó la presencia de apoptosis celular en las muestras hepáticas procedentes de los pacientes con obesidad mórbida. El análisis univariante demostró que en los pacientes con obesidad mórbida con una EH grave (grado 3-4) se incrementa de forma significativa el HOMA ($p<0.05$), glucosa ($p<0.02$), insulina ($p<0.05$), transaminasas ($p<0.05$) e Il-6 ($p<0.05$), y se reduce la concentración circulante de IGF-1 ($p<0.05$) en comparación con los valores obtenidos en pacientes con EH leve (grado 1-2). El análisis multivariante mostró como variables predictoras independientes de una EH grave unos valores de glucosa en suero superiores a 110 mg/dl ($p<0.032$), Il-6 superior a 3.12 pg/ml ($p<0.05$) y unos valores de IGF-1 inferiores a 110 ng/ml ($p<0.03$), con un valor predictivo del 85.7% para una EH grave. Aunque la resistencia a la insulina se asoció con modificaciones en los niveles de Il-6 e IGF-1, el estudio estadístico demostró únicamente significación en el valor predictivo del incremento del HOMA para unos niveles elevados de Il-6.

Conclusiones

1) La necrosis y la apoptosis celular coexisten en el tejido hepático procedente de los pacientes con obesidad mórbida.

2) El aumento de la EH está asociado con un aumento del índice HOMA, AST, ALT, GGT e Il-6 y un descenso de los valores de IGF-1.

3) Unos valores de glucosa en suero superiores a 110 ml/dl, Il-6 superior a 3.12 ng/ml y valores de IGF-1 inferiores a 110 pg/ml son valores predictivos independientes de una EH grave.

4) El incremento de HOMA se asocia significativamente con unos valores elevados de Il-6 en el suero de los pacientes con obesidad mórbida.

32. INDICACIONES DE LA ECOGRAFÍA ENDOANAL EN LA PRÁCTICA DIGESTIVA HABITUAL

Dra. MJ. García Montes, Dr. F. Argüelles Arias, Dr. Blas Gómez Rodríguez, Dr. Pellicer Bautista, Dr. Herrerías Gutiérrez.

HOSPITAL VIRGEN MACARENA

Introducción

La ecografía endoanal es una técnica con un uso cada vez mayor, sobre todo, en el estudio de la patología proctológica. Está indicada en el estadiaje del cáncer de recto, en la sepsis perianal, en la incontinencia anal y tiene una dudosa indicación en el dolor anal.

Objetivos

Evaluar su eficacia en este tipo de patologías exponiendo nuestra experiencia durante 12 meses en el uso de esta técnica.

Material y métodos

Se utilizó un ecógrafo ALOKA ProSound SSD-4000 al que se conectó un transductor radial multifrecuencia ASU-67 (7.5 y 10MHz). Se han incluido un total de 87 pacientes, derivados para la realización de eco endoanal por varios motivos que detallamos a continuación: - Estadiaje del cáncer

de recto: se han estudiado a 12 pacientes, 11 hombres y 1 mujer. Remitidos en su mayoría por Oncología radioterápica o por cirugía tras el diagnóstico por colonoscopia. - Patología supurativa: se han estudiado a 42 pacientes, 8 mujeres y 34 hombres, derivados por cirugía general para el estudio de trayectos fistulosos perianales o para despistaje de absceso anal o perirrectal. No se han incluido pacientes con Enfermedad de Crohn. - Dolor anal: se han estudiado a 19 pacientes, 7 hombres y 12 mujeres, con clínica de dolor anal crónico de al menos 3 meses de evolución. Todos los pacientes tenían realizada una colonoscopia que resultó compatible con la normalidad. Se excluyeron del estudio pacientes con fisura anal y con hemorroides internas de cualquier grado. - Incontinencia anal: se han estudiado a 14 pacientes, 6 hombres y 8 mujeres, derivados tras la realización de una manometría anorrectal compatible con hipotonía del Esfínter Anal.

Resultados

- Del grupo de estadiaje de cáncer de recto, 7 pacientes tenían un tumor T4, 2 pacientes con T2 y 1 paciente como T0. 5 pacientes fueron evaluados como N1 y 1 como Nx. 1 paciente no fue concluyente. - De los pacientes estudiados por patología supurativa perianal, en 31 de los mismos se identificó un absceso y trayecto fistuloso, en 6 se identificó algún trayecto fistuloso y 5 de los pacientes no se identificó trayecto fistulosos, absceso o la prueba no fue concluyente. - En el grupo de los pacientes con dolor anal, no se observaron anomalías ecográficas en ninguno de los pacientes analizados. - Del grupo de los pacientes con incontinencia anal, se observaron defectos esfinterianos en 10 de los 14 pacientes estudiados siendo 4 de los pacientes hombres y el resto mujeres.

Conclusiones

No cabe duda que la ecografía endoanal es una herramienta muy eficaz para el estadiaje del cáncer de recto, en la patología supurativa perianal y en la incontinencia anal, fundamental para su posterior abordaje. No obstante, no aporta ningún beneficio en el dolor anal. Por ello, creemos que la ecografía endoanal debe constituir hoy en día una herramienta diagnóstica y disponible para los digestivos, en el estudio de patología rectoanal.

33. RESULTADOS A 2 AÑOS DEL ENSAYO GLOBE EN PACIENTES CON HEPATITIS B: MAYOR EFICACIA CLÍNICA Y ANTIVIRAL DE TELMIBUDINA VS LAMIBUDINA

M.Romero Gómez, M. Buti, M. Diago, M. Rodríguez-García, J. Crespo, ChL. Lai en nombre del Grupo de Estudio GLOBE

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

Antecedentes

Los resultados del primer año del ensayo GLOBE, publicados en 2005, mostraron mayor eficacia de telbivudina vs. lamivudina en todos los parámetros directos de eficacia antiviral y en diversas variables claves de eficacia clínica. Se presentan ahora los resultados de este ensayo a 2 años.

Métodos

El estudio GLOBE es un ensayo de fase III, aleatorizado, doble ciego, que compara telbivudina (LdT) (600 mg/día PO) vs. tratamiento estándar con lamivudina (Lam) (100 mg/día PO) durante 2 años, en una población por intención de tratar (ITT) de 1367 pacientes (pts) con hepatitis B crónica reclutados en 20 países. Los criterios de inclusión fueron HBsAg+, ADN-VHB > 6 log10 copias/ml mediante PCR por test COBAS Amplicor, ALT 1,3-10 xULN y enfermedad hepática compensada. Los pacientes fueron pre-estratificados de acuerdo al HBeAg (+/-) y al nivel de ALT > ó < 2,5xULN. Se realizaron biopsias hepáticas de seguimiento al año, que no fueron repetidas a los 2 años.

Resultados

Los dos grupos fueron comparables en las características basales de los pacientes. En la tabla se muestran los resultados de eficacia (ITT) en la semana 104. A los 2 años, LdT fue superior a Lam en la variable principal de eficacia (Respuesta Terapéutica: ADN-VHB <5 log10 con negativización de HBeAg o normalización de ALT) y en el resto de indicadores directos de eficacia antiviral tanto en pacientes HBeAg+ como HBeAg-. De acuerdo a las recomendaciones de tratamiento según las guías AASLD y Asia-Pacífico (ALT basal ≥ 2xULN), la negativización del HBeAg fue significativamente superior en el grupo tratado con LdT en este subgrupo de pacientes. La normalización de ALT fue más frecuente en el grupo LdT, tanto en pacientes HBeAg+ como HBeAg- (p=0,08). Los fallos de tratamiento fueron significativamente mas frecuentes en el grupo Lam en ambos subgrupos. Se están llevando a cabo análisis de resistencia genotípica que podrán presentarse en el congreso. Los dos fármacos en estudio fueron en general bien tolerados, con una incidencia similar de acontecimientos adversos clínicos.

Conclusiones

Durante 2 años de tratamiento, telbivudina presentó una eficacia antiviral significativamente superior que lamivudina, y se asoció con mayor eficacia clínica sostenida en pacientes con hepatitis B crónica HBeAg+ y HBeAg-. HBeAg Positivo HBeAg Negativo Respuesta LdT Lam LdT Lam n † 458 463 222 224 Disminución media del ADN-VHB log10 -5,7* -4,4 -5,0* -4,2 % PCR negativo 54* 38 79* 53 % normalización ALT 67 61 75 67 % Respuesta Terapéutica 61* 47 74* 62 % Negativización HBeAg 34 29 - - % Negativización HBeAg (ALT basal ≥2 xULN) 40* 32 - - % seroconversión HBeAg 29 24 - - % Fallo primario del tratamiento ‡ 4* 12 0* 3 *p ≤ 0,05, LdT vs. Lam †El análisis incluye toda la población ITT que inició el ensayo ‡ADN-VHB nunca < 5 log10 copias/mL (guía AASDL).

34. SEGUIMIENTO DURANTE 76 SEMANAS DE PACIENTES CON HEPATITIS B CRÓNICA AgHBe POSITIVO TRATADOS CON TELBIVUDINA FRENTE A ADEFOVIR

J.Salmerón1, P. Marcellin2, H. LY Chan3, Ching-Lung Lai4, Mong Cho5, Young Myoung Moon6, You-Chen Chao7, E.J. Heathcote8, R. Myers9, G. Harb10, N. A. Brown11

1 Hospital universitario San Cecilio, Granada,
2 Hopital Beaujon, Clichy, Francia;
3 Prince of Wales Hospital, Hong Kong;
4 University of Hong Kong;
5 Pusan National University Hospital, Busan, Corea del Sur;
6 Severance Hospital, Seúl, Corea del Sur;
7 Tri-Service General Hospital, Taipei, Taiwan;
8 Toronto Western Hospital, Toronto, ON, Canadá;
9 University of Calgary, Calgary, AB, Canadá;
10 Novartis Pharmaceuticals Corporation, East Hanover, NJ, EE. UU.;
11 Idenix Pharmaceuticals, Cambridge, MA,

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Objetivo

conocer la cinética viral del VHB en pacientes con hepatopatía crónica por VHB, tratados durante un año con telvibudina frente a adefovir seguido de otras 24 semanas adicionales de telvibudina.

Métodos

En el estudio se reclutaron 135 adultos con hepatitis crónica AgHBe positivo con una concentración de ADN-VHB >6 log10 copias/ml y ALT de 1,3-10xULN. Los pacientes fueron aleatorizados (2:1) para adefovir o telbivudina durante 24 semanas, con una aleatorización secundaria (1:1) de los pacientes tratados con adefovir para continuar con adefovir o bien cambiar a telbivudina después de la semana 24. El criterio principal de valoración fue la reducción de ADN-VHB en la semana 24. Pasada la semana 52, la mayoría de los pacientes recibió telbivudina en un ensayo de extensión abierto. Se analizaron los efectos de cambiar de adefovir a telbivudina en pacientes con una respuesta subóptima a adefovir (ADN-VHB >3 log10 a las 24 ó 52 semanas).

Resultados

En la semana 24, la reducción media de ADN del VHB respecto al inicio fue significativamente mayor con telbivudina que con adefovir (-6,30 frente a -4,97 log10 copias/ml; P<0,01). La carga viral media descendió de forma marcada en los pacientes tratados con adefovir tras el cambio a telbivudina en la semana 24. El 78 % de los pacientes del grupo de adefovir con presentó una respuesta subóptima en la semana 24 (ADN del VHB >3 log10 copias/ml), aquellos a los que se les cambió a telbivudina mostraron una reducción adicional de 2,1 log10 entre la semana 24 y la 52, mientras que esta fue de 0,9 log10 en el caso de los pacientes que siguieron con adefovir. De forma similar, entre los pacientes tratados con adefovir, que todavía presentaban una respuesta subóptima en la semana 52, tuvo lugar un descenso de la carga viral de 2,1 log10 entre la semana 52 y la 76 tras cambiar a telbivudina. En los pacientes que recibieron telbivudina de forma continua, la reducción media de ADN del VHB respecto al inicio fue de 6,3 log10, 6,8 log10 y 7,2 log10 en las semanas 24, 52 y 76, respectivamente. En estas mismas semanas el ADN del VHB sérico se consideró no detectable (<300 copias/ml) en el 39%, 60% y 72% de los casos, respectivamente.

Conclusión

La telbivudina proporcionó unos efectos antivirales mayores y más rápidos que adefovir a lo largo de un año de tratamiento. En el caso de pacientes con una respuesta subóptima a adefovir, el cambio de adefovir a telbivudina pasadas 24 o 52 semanas condicionó una reducción adicional considerable del ADN del VHB en suero que se mantuvo hasta la semana 76.

35. TRATAMIENTO ERRADICADOR DE RESCATE CON OMEPRAZOL, LEVOFLOXACINO Y AMOXICILINA TRAS FRACASO DEL TRATAMIENTO HABITUAL DE LA INFECCIÓN POR H. PYLORI

A.Pérez-Pastor, E. Lamas, M. Pabón, J.L. Larraona, L.Grande, Hernández, J. Vargas-Romero, A.Madrazo. M. Romero-Gómez, JP Gisbert1 y M. Castro-Fernández.

Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas del Hospital de Valme de Sevilla. Servicio de Ap. Digestivo del Hospital de la Princesa de Madrid1.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

Introducción

La asociación de omeprazol, u otro inhibidor de la bomba de protones (IBP), claritromicina y amoxicilina (OCA) es el tratamiento de elección de la infección por H. pylori y cuando no es efectivo se recomienda un tratamiento de rescate con omeprazol, bismuto, tetraciclinas y metronidazol (OBMT) o ranitidina-bismuto con estos mismos antibióticos (RBMT). Esta cuádruple terapia es compleja por el número de dosis diarias y, en ocasiones, por la dificultad en obtener los fármacos. Seria deseable disponer de un tratamiento, al menos tan efectivo, pero más sencillo o asequible. En un estudio multicéntrico realizado recientemente en España, se ha comunicado una aceptable eficacia (81%) del tratamiento con omeprazol, levofloxacino y amoxicilina durante 10 días, como alternativa al tratamiento con OBMT o RBMT.

Objetivos

Evaluar la eficacia y tolerancia, en nuestra Area Sanitaria, de un tratamiento con un IBP, levofloxacino y amoxicilina durante 10 días tras el fracaso del tratamiento con OCA en la erradicación de H. Pylori.

Pacientes y métodos

Estudio prospectivo, controlado y no aleatorizado, realizado durante los años 2005-07. Se incluyen 62 pacientes consecutivos, 39 mujeres (63%) y 23 hombres, con edad media de 48 años (20-78 años), con infección por H. pylori y fracaso en el tratamiento con OCA. 13 pacientes (21%) presentaban úlcera gastroduodenal. Se recomendó levofloxacino (500 mg/12 h), omeprazol (20 mg/12 h) y amoxicilina (1 g/12 h) durante 10 días. Se estudia asimismo un grupo control, no aleatorizado, de 80 pacientes consecutivos que completaron tratamiento con OBMT o RBMT durante 7 días, tras fracaso de OCA, 42 hombres (52.5%) y 38 mujeres, con edad media de 49 años (14-80 años) y úlcera gastroduodenal en 21 casos (26%). La erradicación de la infección por H. pylori se definió por la negatividad de la prueba del aliento con urea-C13 a las 6-8 semanas de finalizar el tratamiento.

Resultados

61 pacientes realizaron correctamente el tratamiento con IBP, levofloxacino y amoxicilina y 1 paciente tuvo que suspenderlo por decaimiento y dolor abdominal. En 57 pacientes disponemos del control de erradicación y en 3 está pendiente de realizar. 1 paciente se pierde en el seguimiento. En el análisis “por protocolo” el tratamiento resultó eficaz en 49/57 casos (86%) y en el análisis “por intención de tratar” en 49/59 casos (83%). El tratamiento con OBMT o RBMT resulto eficaz, análisis “por protocolo”, en 56/80 casos (70%), sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones

El tratamiento de rescate con omeprazol, levofloxacino y amoxicilina durante 10 días, tras el fracaso del tratamiento de primera elección de la infección por H. pylori, es bien tolerado y tiene una elevada eficacia (86%) siendo una alternativa favorable al tratamiento habitual con omeprazol, bismuto, tetraciclinas y metronidazol.

02

Comunicaciones en póster

P1. ¿ES LA PROCALCITONINA UN FACTOR PRONÓSTICO PRECOZ EN LA PANCREATITIS AGUDA?

JL Domínguez1, MA Marín1, JJ Puente1, E Bernal1, JL Montero2, M De la Mata3, A Naranjo3.

Servicios de Aparato Digestivo.
1 Hospital Alto Guadalquivir.
2 Hospital Infanta Cristina y
3 Hospital Reina Sofía.

HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

Introducción

Es importante la identificación temprana de aquellos pacientes que van a desarrollar una pancreatitis aguda grave ya que esto puede determinar el realizar unos controles más intensivos y unos tratamientos más agresivos. Existen nuevos marcadores pronósticos, como la procalcitonina (PCT), cuyo papel en las reacciones inflamatorias sistémicas y en los casos de sepsis está bien establecido, pero en las pancreatitis agudas existen resultados dispares.

Objetivo

Valorar el papel de los niveles séricos de PCT como factor pronóstico precoz en la pancreatitis aguda grave.

Pacientes y métodos

Estudio clínico, observacional, longitudinal y prospectivo sobre 101 pacientes consecutivos de ambos sexos ingresados en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario “Reina Sofía” de Córdoba con el diagnóstico de pancreatitis aguda desde Noviembre del 2003. Todos los pacientes incluidos se encontraban en las primeras 24 horas de evolución, con niveles séricos de amilasa > 800U/l. La gravedad de la PA se clasificó según los criterios de Atlanta. Se determinaron los niveles de PCT mediante el test inmunocromatográfico semicuantitativo PCT®-Q de BRAHMS Diagnostica®. Se determinaron los niveles de PCT y PCR en el día 1 y 2, además de recoger las variables precisas para realizar la Escala de Ranson, Glasgow y APACHE II (día 1 y 2). Se consideró a $p<0.05$ como significación estadística. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para la comparación de los valores medios y ?2 para las proporciones. Finalmente se realizó un Análisis multivariante mediante regresión logística para la construcción de un modelo que predijera la gravedad de la pancreatitis.

Resultados

En nuestra serie hay un total de 34 hombres y 67 mujeres, con unas edades comprendidas entre 28 y 85 años. La etiología más frecuente de la pancreatitis aguda fue biliar en 73 casos. Treinta y dos pacientes (31.7%) fueron diagnosticados de pancreatitis aguda grave, de los cuales 5 (5%) fallecieron. La determinación de PCT en los días 1 y 2 mostraron diferencias significativas entre pancreatitis aguda leve y grave. Tras obtener las variables que adquieren significación estadística en el análisis univariante, se procede a realizar un análisis multivariante, que detecta 3 variables que adquieren significación con carácter independiente en cuanto a la predicción de la gravedad, siendo éstas la determinación de los niveles de PCT, PCR y la Escala de Ranson en el segundo día.

Conclusiones

La determinación de los niveles de PCT durante el 2º día de iniciarse la pancreatitis aguda es un marcador pronóstico precoz.

P2. AFECTACIÓN DE TRAMOS PROXIMALES EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

MD De la Cruz, E Leo, E Gómez, C Crivell, F Domínguez Abascal, JL Márquez, JM Herrera, FR Reina

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO

Introducción

La afectación de tramos digestivos proximales a íleon (L4 según la Clasificación de Montreal) es relativamente infrecuente en la Enfermedad de Crohn (EC).

Objetivos

Conocer con qué frecuencia están afectados los tramos superiores en la EC, el momento de dicha afectación y su relación con el patrón de la enfermedad.

Material y métodos

Analizamos los pacientes con afectación de tramos proximales entre los 312 pacientes con EC revisados en los últimos 6 meses. Recogemos el sexo, edad al diagnóstico, tiempo de evolución en el momento de la afectación de tramos superiores, la localización entre los mismos, el patrón de comportamiento y la afectación de otros tramos (Ileon y colon).

Resultados

En 28 pacientes (9%) existe afectación de tramos proximales. De ellos, 4 tienen afecto el esófago, 9 el estómago, 12 el duodeno y otros 12 el yeyuno. No existen diferencias en cuanto al sexo, aunque la edad al diagnóstico de la EC es inferior si existe afectación L4 (21 vs 30,7 años, p= 0,01). El tiempo seguimiento de los pacientes es algo superior en los pacientes con afectación L4 (9,5 vs 7,4, p ns). En 17 pacientes se conoce la afectación de tramos altos en el momento del diagnóstico de la EC. En el resto de los pacientes, el tiempo medio de afectación L4 es 6,7 años después del diagnóstico de la EC. El análisis por tramos muestra que la afectación de esófago, estómago y duodeno se conoce en un tiempo medio de 0,6-0,7 años después del diagnóstico y en el caso de la afectación yeyunal a los 5,5 años años (si afectación L4 es sólo yeyunal, sólo en 3/9 pacientes se conoce al diagnóstico

de la EC). La afectación concomitante del colon ocurre en el 68% de los pacientes, y del ileon en el 78%, similar en lo que ocurre en los pacientes sin afectación L4. Un solo paciente no presenta afectación de ileon o colon. Existe patología perianal en el 40% de los pacientes, similar a los que no son L4. Sin embargo sí se asocia de forma significativa a un patrón penetrante de comportamiento (B3), de modo que el 50% de los pacientes con L4 son B3 y el 17% de los B3 son L4 (frente al 6 y 7% de B1 y B2 respectivamente). Existe además una tendencia no significativa a presentar manifestaciones extraintestinales (53 vs 39%). En dos pacientes la afectación de tramos altos es motivo de cirugía, por estenosis pilórica y fístula duodenal respectivamente.

Conclusiones

1. La afectación de tramos digestivos altos (L4) afecta al 9% de los pacientes con EC.

2. El momento del diagnóstico de la afectación proximal se produce generalmente poco tiempo después del diagnóstico de la EC, salvo en los pacientes con afectación yeyunal.

3. Los pacientes con afectación L4 tienen un diagnóstico de la EC a edades más tempranas.

4. No existe relación con afectación a otros niveles, pero sí con el patrón fistulizante y probablemente con la presencia de manifestaciones extraintestinales. Es excepcional la afectación exclusiva de tramos proximales.

P3. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO COMBINADO SOBRE EL RESERVORIO DE PACIENTES INFECTADOS CRÓNICAMENTE POR VIRUS DE LA HEPATITIS C

J. Aguilar Reina, JL Márquez Galá.
Sección de Hepatología. Servicio de Aparato digestivo

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO

Introducción

El aumento de éxitos que ha experimentado el tratamiento de la infección VHC ha producido una percepción optimista sobre lo que el porcentaje de respondedores supone en la reducción del reservorio total de infectados, que será la fuente del anunciado incremento de hepatopatías crónicas y sus complicaciones a medio plazo.

Objetivos

Analizar el efecto que produce sobre el reservorio de pacientes infectados por VHC la práctica clínica habitual indicando tratamiento no restrictivo.

Pacientes y método

Desde 1.995 se estableció un sistema para facilitar el envío de pacientes con anti-VHC, HBsAg en suero o hipertransaminemia mantenida, independientemente de cualquier otro parámetro. Se les informó sobre las características evolutivas de la enfermedad, la posibilidad de tratamiento antiviral, el porcentaje de respuesta previsible y sus efectos secundarios. A todos les fue ofrecida la práctica de biopsia hepática, únicamente indispensable si había duda diagnóstica. A todos los pacientes que no presentaron contraindicación formal se les ofreció tratamiento con interferón pegilado y ribavirina. Se analiza la cohorte remitida entre el 1-1-2.006 y el 3-12-2006.

Resultados

Fueron remitidos 244 pacientes, de los cuales 21 no acudieron a la consulta y 37 fueron diagnosticados de enfermedades diferentes a infección VHC. Los 186 restantes tenían ani-VHC, entre los cuales 4 presentaban ARN-VHC persistentemente negativo, 3 tenían hepatitis aguda y 1 hepatocarcinoma. Los otros 178, tenían infección crónica con enfermedad hepática compensada: no volvieron después de la primera consulta, 33 rechazaron el tratamiento y 9 prefirieron diferirlo por motivos diversos. En 26 se identificaron contraindicaciones al tratamiento. El 36 % fue evaluado después de más de 5 años de conocerse la positividad de anti VHC, y 23 pacientes después de más de 15 años. Recibieron tratamiento 83 pacientes (1 sólo con interferón pegilado, por reacción dermatotóxica grave a la ribavirina). Los pacientes incluidos aún no han completado el ciclo y el seguimiento para comprobar si se produce respuesta sostenida. Aceptando que la respuesta sostenida esperada es del 55% (según la eficacia en ensayos de registro del tratamiento combinado) y la efectividad del 44,2% (respuesta obtenida en todos los pacientes tratados previamente) la infección VHC se erradicaría en el 24,5 % y 17,7% respectivamente de todos los pacientes con infección crónica y en el 25,6% y 20,6% respectivamente de todos los que presentan hepatopatía crónica compensada sin contraindicación para tratar.

Conclusiones

El retraso del momento de evaluación, la falta de aceptación de un número notable de pacientes y los condicionantes sociales dificulta la obtención de un rendimiento óptimo según las posibilidades actuales del tratamiento, que solo mejorará mediante acciones concretas para modificar estos factores.

P4. BIOFEEDBACK COMO TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA ANAL

FM Vera Rivero, A Pérez Aísa, IM Méndez Sánchez, C Albandea Moreno, VM Aguilar Urbano, N Fernández Moreno, R Rivera Irigoin, P Moreno Mejías, F Fernández Pérez, G García Fernández, F Rodríguez González, B Quintero Barranco, P Rosón Rodríguez, A Sánchez Cantos.

Unidad aparato digestivo.
Hospital Costa del Sol. Marbella.

HOSPITAL COSTA DEL SOL

Introducción

El tratamiento de la incontinencia anal busca una mejora de la calidad de vida y un control de las deposiciones. La técnica de biofeedback, que combina métodos manométricos y visuales, ha con seguido en algunos estudios mejoría en el 71% de los pacientes y evitado la incontinencia en el 48% de éstos.

Objetivos

Evaluar la respuesta de los pacientes con incontinencia anal sometidos a tratamiento con biofeedback.

Material y métodos

Estudio retrospectivo en el que se han seleccionado de la base de datos de pruebas funcionales de la Unidad de Aparato Digestivo del Hospital Costa del Sol, los pacientes con incontinencia anal sometidos ha tratamiento con biofeedback. Se han revisado sus historias clínicas y diarios de incontinencia obteniendo datos sobre número de escapes (para un mejor estudio se han dividido en >3 semana, <3 o ningún escape) y ensuciamientos, antes y después del tratamiento, nº de sesiones, situación actual, así como de su calidad de vida (mejor, igual, peor). La técnica es realizada en la sala de pruebas funcionales por facultativo y enfermera con el paciente en decúbito lateral y utilizando sonda de 4 canales con balón para medición de presiones y sistema de registro visual para mostrar al paciente la forma correcta de realizar la maniobra de contracción del esfínter anal externo y entender la finalidad del tratamiento. Se realizan sesiones con 20 maniobras defecatorias con parámetros estándar cada 4-6 semanas.

Resultados

De los 53 pacientes valorados por incontinencia en nuestra unidad 29 de ellos han sido sometidos a tratamiento. El 86´21% eran mujeres (25) y sólo 4 eran hombres (13´79%). La edad media era de 60´69 años (23-79). El 20´68%(6 pacientes) presentaba un esfínter anal externo normal, el 27´59%(8) hipotonía leve, el 24´14%(7) hipotonía moderada y el 27´59%(8) hipotonía severa. El número medio de sesiones fue de 3´62 (1-8). Pre tratamiento: el 86´21%(25) de los pacientes presentaba >3 escapes a la semana, y un 13´179% <3(4) escapes semanales. El 27´59%(8 pacientes) presentaba ensuciamiento. Post tratamiento: el 24´14%(7 pacientes) presentaban >3 escapes semanales, el 37´93%(11 pacientes) < 3 escapes semanales y otro 37´93% no presentaba ningún escape. El 20´69% (6 pacientes) continuaba con ensuciamiento. El 44´83%(13 pacientes) están de alta, 12 pacientes (41´38%) continúan con sesiones y 4 pacientes (13´79%) abandonaron el tratamiento. Con respecto a la calidad de vida el 72´41% refería encontrarse mejor, 8 pacientes (27´59%) se encontraba igual.

Conclusiones

1. La mayor parte de los pacientes tratados en nuestro centro son de sexo femenino,

2. Los pacientes sometidos a biofeedback han sido sometidos a una media de 3´26 sesiones

3. El tratamiento con biofeedback ha conseguido que el 37´93% de los pacientes pueda hacer una vida absolutamente normal, sin presentar escapes.

4. El tratamiento con biofeedback ha permitido que el 72'41% de los pacientes haya experimentado una mejoría de su calidad de vida, debido a la disminución o desaparición completa de los escapes.

P5. CÁNCER COLORRECTAL: ¿SE DIAGNOSTICA DE FORMA AMBULATORIA?

Robin Rivera Irigoín. Isabel Méndez Sánchez. Víctor,Aguilar Urbano. Cristóbal Albandea Moreno. Juana, Gonzalo Marín. Francisco Rivas Ruiz1. Gregorio García Fernández. José Mª Navarro Jarabe. Francisco Fernández Pérez y Andrés Sánchez Cantos.

Servicio de Aparato Digestivo.
1 Unidad de Investigación.
Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

HOSPITAL COSTA DEL SOL

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es la cuarta causa más común de cáncer en el mundo. En Andalucía es la segunda causa de muerte por cáncer y supone el 11% del total de las muertes por cáncer. Existen estudios que señalan que la cirugía urgente del CCR (asociada mayormente a diagnóstico urgente) se asocia con una mayor movilidad, mortalidad y peor supervivencia, por lo que sería deseable que nuestros pacientes no llegaran a esas circunstancias.

Objetivos

Determinar el % de casos de CCR diagnosticados y tratados en nuestro Hospital vía ambulatoria (vía consulta externa e ingreso programado para tratamiento). Describir las principales variables: edad, sexo, antecedentes personales y familiares, localización, forma de presentación, estadio del CCR, tratamiento quirúrgico.

Material y métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo de los casos de CCR registrados en nuestro hospital entre Enero 2004 y Diciembre 2006. Analizamos la edad, el sexo, antecedentes personales y familiares de CCR y neoplasia asociada al CCR, localización, estadio, tratamiento realizado y seguimiento. El análisis se realizó con el programa SPSS 12.0

Resultados

Durante el periodo de estudio se incluyeron 231 pacientes, 134(58%) varones y 97(42%) mujeres, con una edad media de 67,06 [30 - 91, (DE = 12,31)] años. El 9,96% presentaba antecedentes familiares de CCR o neoplasia asocia-

da a CCR y el 4,33% antecedentes personales de CCR a neoplasia asociada a CCR. La localización del tumor fue en el 32,9% en recto/unión rectosigma, 34,63% en colon izquierdo, 32,03% en colon derecho y el 0,43% en el contexto de PAF. Las principales formas de presentación fueron: rectorragia en el 29% de los casos, anemia ferropénica en el 17,3%, alteración del hábito intestinal en el 16%, dolor abdominal en el 13,4% y 10,8% de los casos se presentaron como obstrucción intestinal. El estadio del CCR fue el siguiente: estadio I - 10,6%, estadio II - 33,9%, estadio III - 36,7% y estadio IV - 18,8%. La cirugía realizada fue: R0 en el 74,5% de los casos, R1 en el 2,6%, R2 en el 8,7% y no se realizó cirugía en el 14,3% de los casos. El diagnóstico y estudio de extensión del CCR se realizó de la siguiente manera: Ambulatorio en 113 casos (48,9%), durante ingreso urgente en 93 casos (40,26%), ambulatorio e ingreso para estudio de extensión o riesgo de complicaciones en 12 casos (5,2%), ingreso en espera de colonoscopia, estudio de extensión o cirugía en 8 casos (3,5%) e ingreso tras diagnóstico en otro centro 5 casos (2,2%).

Conclusiones

- Sólo el 48,9% de los casos se estudiaron de forma completa (diagnóstico, estudio de extensión y valoración prequirúrgica: cirugía y anestesia) por vía ambulatoria.
- El cáncer de recto y unión rectosigma constituye un tercio de los tumores colorrectales.
- Hasta el 10,8% de los cánceres debutaron como Obstrucción intestinal.- El 18,8% de los casos fueron diagnosticados en estadio IV.

P6. COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES EN OBSTRUCCIONES TUMORALES DE COLON

G.Alcain, M.C.López-Vega, S. López-Ortega, A. Fernández Castañer, I. Cueto Torreblanca, N. Ortiz López.

HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Objetivo

La colocación vía endoscópica de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA) es útil para aliviar obstrucciones malignas. Las indicaciones fundamentales son: descompresión previa a una cirugía electiva y tratamiento paliativo en enfermos no candidatos a cirugía. El objetivo de nuestro trabajo es valorar los resultados de la colocación de PMA en pacientes con obstrucción colónica, en nuestro centro: Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo realizado mediante revisión de historias clínicas. Se incluyeron 17 pacientes diagnosticados de obstrucción intestinal, en el periodo comprendido entre enero 2003 y diciembre 2006. El diagnóstico de la obstrucción fue clínico radiológico. Las PMA utilizadas fueron: Wallstent, Ultraflex precision y Walflex. Se revisó la evolución posterior de los pacientes, considerándose éxito sino aparecieron complicaciones que precisasen cirugía.

Resultados

Se incluyeron 17 pacientes (9 hombres y 8 mujeres). La edad media fue de 66 años. La localización del tumor fue: rectosigma 70,6%, colon descendente 11,8%, colon transverso 11,8% y ángulo hepático 5,9%. La indicación principal fue paliativa en un 58,8%, siendo la indicación puente a la cirugía de un 41,2%; en esta última circunstancia, el tiempo medio de la realización de la cirugía fue de 9,11 días. El tiempo medio desde el diagnóstico de la obstrucción hasta la colocación de la prótesis fue de 5,2 días. En la mayoría de casos (9) el tiempo de colocación fue de 24 horas. En 15 casos se colocó un solo stent, aunque en 2 pacientes (11,8%) se colocaron 2 en la misma intervención, al ser fallido el primer intento de colocación. Los tipos de stents usados fueron: Wallstent 47,1%, Wallflex 29,4%, Ultraflex precision 23,5%. El resultado fue exitoso en un 64,7% y fallida en el resto (35,3%), por no poder posicionar el stent al no superar la guía la estenosis. El porcentaje de complicaciones fue 17,6% los motivos fueron: perforación, migración y fallecimiento por hemorragia, en un 5,9%, respectivamente.

Conclusiones

En los últimos años la colocación de PMA parece mostrarse como tratamiento ideal en los pacientes con obstrucción intestinal no candidatos a cirugía (ya sea por alto riesgo quirúrgico o enfermedad diseminada) o como puente a ésta. A ello contribuyen su alta eficacia, menores tasas de morbimortalidad y menores costes que la cirugía. En nuestra serie los resultados de eficacia, complicaciones e indicación fueron similares a otras series publicadas.

P7. COMPARACIÓN DE DOS PAUTAS DE TRATAMIENTO CON LEVOFLAXINO PARA HELICOBACTER PYLORI RESISTENTE

MD García Escaño, R Ruiz Morales, D Pérez de Luque, C Zafra Jiménez, A Cantero, M Pérez-Marín y JA Robles.

Unidad de Digestivo. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

HOSPITAL INFANTA MARGARITA

Introducción

La triple terapia con omeprazol, levofloxacino y amoxicilina ha mostrado su eficacia frente a helicobacter pylori y se está utilizando cada vez más, en la mayoría de los centros para los pacientes no respondedores a la triple terapia clásica. La pauta óptima de tratamiento y su duración no está claramente establecida, ya que aunque la más usada es

la de 10 días, algunos autores prefieren 7 días de tratamiento.

Objetivos

Evaluar la eficacia y tolerancia de dos pautas de tratamiento erradicador para Helicobacter pylori con levofloxacino, una de 7 y otra de 10 días de duración, en pacientes no respondedores (omeprazol 20 mg/12 h, levofloxacino 500 mg/12 h y amoxicilina 1 gr/12 h).

Pacientes y métodos

Se evaluaron un total de 55 pacientes, 34 tratados con la pauta de 7 días y 21 tratados 10 días. Todos eran pacientes no respondedores a tratamientos previos. En todos los casos se había establecido un diagnóstico endoscópico. La confirmación de la erradicación se realizó mediante test del aliento a las 4 semanas de haber finalizado el tratamiento.

Resultados

La edad media fue de 51 + 15 en el grupo tratado 7 días y de 44 + 9 en el grupo tratado 10 días. 20 mujeres y 14 varones en el primer grupo y 15 mujeres y 6 varones en el 2º grupo. El diagnóstico previo en el 1º y 2º grupo fue: úlcera gastroduodenal 30% vs 43%, duodenitis péptica 20% vs10%, dispepsia funcional 35% vs 19%, gastritis crónica activa 12% vs 28%, carcinoma gástrico precoz 3% vs 0%. El porcentaje de erradicación fue del 53 % en el grupo tratado 7 días frente al 71.5% en el tratado 10 días, lo que muestra una mejoría notable en la eficacia en el último grupo aunque no resulta estadísticamente significativo. El tratamiento fue muy bien tolerado en ambos grupos, sin efectos secundarios graves ni suspensiones del mismo. Los efectos secundarios leves-moderados se presentaron en el 18 % del primer grupo y el 14 % en el 2º (aftas bucales, cefalea, diarrea, nauseas, artralgias).

Conclusiones

1. En nuestro medio, la triple terapia con levofloxacino (LAO) en su pauta de 10 días de duración es más eficaz que la pauta de 7 días, aunque no hemos encontrado significación estadística, probablemente por escasez de muestra.

2. La tolerancia es excelente en ambas pautas.

P8. DIVERTICULITIS AGUDA: ¿ES MÁS GRAVE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES JÓVENES?

Víctor Aguilar Urbano. Robin Rivera Irigoín. Isabel Méndez Sánchez. Juana, Gonzalo Marín. Cristóbal Albandea Moreno. Francisco Rivas Ruiz1. Gregorio García Fernández. Francisco Rodríguez González. Pedro Moreno Mejías y Andrés Sánchez Cantos.

Servicio de Aparato Digestivo.
1 Unidad de Investigación.
Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

HOSPITAL COSTA DEL SOL

Introducción

La diverticulitis aguda constituye la principal complicación de la diverticulosis colónica y, en los últimos años se ha observado un incremento de la frecuencia de perforación colónica aunque sin aumento de la mortalidad. La enfermedad diverticular de colon constituye una de las 5 principales causas de gasto sanitario por patología gastrointestinal en países desarrollados. Existen datos discordantes en la literatura en relación a la mayor gravedad de la diverticulitis en pacientes jóvenes.

Objetivos

El objetivo principal fue determinar si la diverticulitis aguda tiene un comportamiento más agresivo en pacientes jóvenes.

Material y métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda en el periodo comprendido entre Enero del 2004 y Diciembre del 2005 en nuestro hospital. Se analiza de forma general la edad, el sexo, episodios previos de diverticulitis, pruebas complementarias para el diagnóstico y patología concomitante grave. Dividimos a los pacientes en dos grupos: grupo A menores de 50 años y grupo B: >= de 50 años y analizamos las siguientes variables como parámetros de gravedad de la enfermedad: complicaciones, estancia media hospitalaria, necesidad de cirugía urgente y exitus letales. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 12.0

Resultados

En el periodo de estudio se incluyeron 118 pacientes. El 66,9% (79) hombres y el 33,1 % (39) mujeres, con una edad media de 56,75 (20 - 88) años. El 14,3% (17) presentaba patología concomitante grave. 91 (77,1%) no habían tenido episodios previos de diverticulitis aguda, mientras que 20 (16,9%) habían tenido 1 episodio de diverticulitis y 7 (5,9%) habían presentado 2 o más episodios de diverticulitis. Las pruebas complementarias para el diagnóstico fueron: la ecografía en 94 pacientes (79,9%), el TAC abdominal en 45 (38,2%) y la colonoscopia en 6 (5, 1%). En el grupo A se incluyeron 47 (39,83%) pacientes y en el grupo B 71 (60,17%) pacientes. Al analizar la gravedad en los grupos A y B se encontraron los siguientes resultados: Las complicaciones en el grupo A fueron del 19,1% (9) y en el grupo B del 21,1% (24) pacientes; precisaron de cirugía urgente el 17% (8) de los pacientes del grupo A y el 14,1% (18) del grupo B; la estancia media fue de 7,30 días (DE = 4,83) vs 7, 94 (DE = 5,48) días en el grupo A y B y las tasa de exitus letales fue de 0% (0) en el grupo A y de 4,2% (3) en el grupo B. En todos los casos las diferencias no fueron significativas estadísticamente.

Conclusiones

1. La diverticulitis aguda tiene similares tasas de complicaciones, necesidad de cirugía urgente, estancia

media hospitalaria y de exitus letales en pacientes menores de 50 años y mayores.

2. Más el 20% de los pacientes habían tenido uno o más episodios de diverticulitis aguda previa.

3. La ecografía abdominal fue la principal prueba complementaria utilizada para el diagnóstico.

P9. DIVERTICULITIS AGUDA: TIEMPO ÓPTIMO DE REALIZACIÓN DE LA COLONOSCOPIA

Robin Rivera Irigoín. Víctor Aguilar Urbano. Isabel Méndez Sánchez. Cristóbal Albandea Moreno. Francisco Rivas Ruiz1. Juana Gonzalo Marín. Gregorio García Fernández, Francisco Fernández Pérez. Ángeles Pérez Aisa y Andrés Sánchez Cantos.

Servicio de Aparato Digestivo.
1Unidad de Investigación.
Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

HOSPITAL COSTA DEL SOL

Introducción

La enfermedad diverticular de colon es una patología frecuente en países occidentales y sus complicaciones son causa importante de ingresos hospitalarios. Las guías de práctica clínica aconsejan realización de colonoscopia a los pacientes que han sufrido episodio de diverticulitis aguda con el fin de descartar procesos como neoplasia de colon o enfermedad inflamatoria intestinal.

Objetivos

Determinar si existen diferencias en cuanto al éxito de la colonoscopia, entendido como tal alcanzar el ciego, si ésta se realizaba de forma precoz (en los siguientes 30 días) o tardía (después de los 30 días) del episodio de diverticulitis aguda. Describir los hallazgos endoscópicos en esta serie de pacientes.

Material y métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo de las colonoscopias realizadas tras un episodio de diverticulitis aguda entre Enero del 2004 y Diciembre del 2005. Se analiza la edad, el sexo, la estancia media hospitalaria, el tiempo medio desde el episodio de diverticulitis aguda hasta la realización de la colonoscopia y posteriormente dividimos a los pacientes en 2 grupos: grupo A: colonoscopia en los siguientes 30 días al episodio de diverticulitis aguda y grupo B: colonoscopia después de los 30 días del episodio de diverticulitis aguda.

Resultados

Durante el periodo de estudio 118 pacientes fueron diagnosticados de diverticulitis aguda, de ellos 68 fueron incluidos para este estudio. El 64,7% (55) fueron hombres y el 35,3% (24) mujeres con una edad media de 55,29 (DE = 14, 76) años. La estancia media hospitalaria fue de 8,16 (DE= 5,62) días. El tiempo medio de realización de la colonoscopia fue de 61, 99 (DE = 42,61) días. En el grupo A se incluyeron 9 pacientes y en el grupo B 59. El éxito de la colonoscopia en el grupo A fue del 44,4% (4 de 9 colonoscopias) y en el grupo B del 81, 4% (48 de 59 colonoscopias) siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p = 0,028). La causa de fracaso de la colonoscopia en el grupo A fue: en 3 (60%) signos de diverticulitis y en 1 (20%) dolor intenso y en 1 (20%) dificultades técnicas. En el grupo B: en el 36,4% (4) dolor intenso, en el 27,7% (3) signos de diverticulitis, en el 18,2% (2) dificultades técnicas y en el 18,2% (2) por mala preparación colónica. De los 16 pacientes en los que no se llegó a ciego en la 1ªcolonoscopia se hizo una 2ª siendo ésta completa en el 100% de los casos. Los hallazgos endoscópicos fueron: Divertículos de colon en el 100% de los casos, pólipos de colon en el 19,9% (13), estenosis inflamatoria en el 1,5% (1) y cáncer de colon en el 1,5% (1).

Conclusiones

1. Se obtiene una mayor tasa de colonoscopias completas si realizamos la misma después de 30 días del episodio de diverticulitis aguda (p=0,028).

2. En los casos de fracaso de la 1ªcolonoscopia se alcanzó el ciego en el 100% de los pacientes sometidos a un 2º intento.

3. Se observaron pólipos de colon en el 20% de los pacientes y en el 1,5% cáncer de colon.

P10. EFICACIA ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI CON OMEPRAZOL, CLARITROMICINA Y AMOXICILINA

A. Pérez Pastor, E. Lamas, JL. Larraona, M. Pabón, A. Hernández, L. Grande, J. Vargas-Romero1, A. Madrazo, M. Romero Gómez, M. Castro Fernández.

Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas.
1Unidad de Gestión de Microbiología.
Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

COMPLEJO HOSPITALARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME

Introducción

El tratamiento con omeprazol, u otro IBP, amoxicilina y claritromicina (OCA), durante al menos 7 días, es el tratamiento de elección para la erradicación de la infección por H. pylori, con una eficacia histórica del 80-90%. Estudios recientes muestran una reducción de esta eficacia hasta el 60-80%,

condicionada, entre otros factores, por la duración del tratamiento, diagnóstico de dispepsia o de úlcera gastroduodenal, y sobre todo, por la resistencia a la claritromicina.

Objetivos

Estudiar la eficacia actual (2005-2007), en nuestra Área Sanitaria del tratamiento con OCA analizando la influencia de factores, como: duración del tratamiento (7 ó 10 días), edad, sexo, hábito tabáquico, residencia (rural ó urbana) y diagnóstico (dispepsia o úlcera gastroduodenal).

Pacientes y métodos

Se incluyen de forma prospectiva 333 pacientes consecutivos con infección por H. pylori, edad media de 47 años (16-78 años), 54.1% hombres, 26% fumadores, 52.2% residentes en áreas rurales y el 21% diagnosticados de úlcera gástrica o duodenal. Recibieron tratamiento con OCA durante 7 días (60%) o 10 días (40%) En todos los casos se comprobó el cumplimiento del tratamiento mediante interrogatorio y su eficacia mediante la prueba del aliento realizado a las 6-8 semanas de su conclusión. Utilizamos la prueba de Chi-cuadrado para el análisis univariante y realizamos una regresión logística (Adelantado de Wald) para el análisis multivariante.

Resultados

La infección por H. pylori se erradicó en 219 pacientes (65.7%). La eficacia resultó superior en pacientes tratados con OCA-10 que con OCA-7 (69.9% vs 62.9%; p=ns), siendo, en cambio, las tasas similares según edad, hábito tabáquico: no fumadores (65.2% vs 64.4%, en fumadores), sexo: varones (66.7% vs 65%, en mujeres), o con diagnóstico de dispepsia o de úlcera gastroduodenal (66.2% vs 64.3%) Por último, observamos una mayor tasa de erradicación en pacientes procedentes de áreas urbanas que rurales (73.6% vs 58.6%); p< 0,01. En el análisis multivariante, la procedencia urbana de los pacientes se asoció de manera independiente a la posibilidad de erradicación de la infección por H. pylori.

Conclusiones

La eficacia del tratamiento con omeprazol, claritromicina y amoxicilina, incluso con 10 días de duración, es baja (70%), acorde con lo comunicado en los últimos años, pudiéndose reconsiderar como tratamiento de elección de la infección por H. pylori. La procedencia rural de los pacientes se asocia a menor tasa de erradicación y esto podría ponerse en relación con un menor cumplimiento, no reconocido, del tratamiento o una mayor tasa de resistencia a claritromicina.

P11. EFICACIA DE LA PCR Y LA PROCALCITONINA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS DIFERENTES COMPLICACIONES EN LA PANCREATITIS AGUDA

JL Domínguez1, JJ Puente1, E Bernal1, MA Marín1, JL Montero2, M De la Mata3, A Naranjo3.

Servicios de Aparato Digestivo.
1 Hospital Alto Guadalquivir.
2 Hospital Infanta Cristina y
3 Hospital Reina Sofía.

HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

Introducción

El diagnóstico temprano de las complicaciones locales y sistémicas que pueden presentarse en el curso de una pancreatitis aguda, permitiría realizar unos controles más intensivos y unos tratamientos más agresivos a estos pacientes. De esta forma, se lograría mejorar el pronóstico de esta enfermedad. La determinación analítica de los niveles de proteína C reactiva (PCR) y de la procalcitonina (PCT), sería una forma fácil y disponible de realizar.

Objetivos

Determinar la eficacia de los niveles de PCR y PCT para el diagnóstico de las diferentes complicaciones, locales y sistémicas, en la pancreatitis aguda.

Pacientes y métodos

Estudio clínico, observacional, longitudinal y prospectivo sobre 101 pacientes consecutivos de ambos sexos ingresados en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario “Reina Sofía” de Córdoba con el diagnóstico de pancreatitis aguda desde Noviembre del 2003. Todos los pacientes incluidos se encontraban en las primeras 24 horas de evolución, con niveles séricos de amilasa > 800U/l. La gravedad de la PA se clasificó según los criterios de Atlanta. Se determinaron los niveles de PCR y PCT en los días 1, 2 y 7. La eficacia diagnóstica se midió con la sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN). Se consideró a p<0.05 como significación estadística.

Resultados

En nuestra serie hay un total de 34 hombres y 67 mujeres, con unas edades comprendidas entre 28 y 85 años. La etiología más frecuente de la pancreatitis aguda fue biliar en 73 casos. Treinta y dos pacientes (31.7%) fueron diagnosticados de pancreatitis aguda grave, de los cuales 5 (5%) fallecieron. Entre los pacientes graves, un 37.5% (12 de 32) presentaron complicaciones locales (10 Pseudoquistes, 2 abscesos y 2 Necrosis) y un 93.8% (30 de 32) complicaciones sistémicas (11 Ins.Respiratorias, 16 Ins. Renales, 15 Alteraciones metabólicas graves, 1 hemorragia digestiva y 4 shock). Tanto la PCR como la PCT obtienen diferentes valores según la presencia o ausencia de complicaciones. En general presentan muy ato VPN en todos los días de evaluación, y cuando estos parámetros se determinan a las 48 horas desde el ingreso, la sensibilidad es superior al 90%.

Conclusiones

La determinación de los niveles de PCR y PCT durante el 2º día presenta una alta sensibilidad y VPN para el

diagnóstico de las diferentes complicaciones en la pancreatitis aguda.

P12. EFICACIA DEL TRATAMIENTO COMBINADO EN LA INFECCIÓN POR VHC EN PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Navarro JM, Moreno P, Méndez I, Vera F, Rivera R, Albandea C, Aguilar V, Fernández F, Fernández N, García G, Rivas-Ruiz F, Perea-Milla E

Unidad de Aparato Digestivo.
Hospital Costa del Sol. Marbella.

Unidad de Investigación.
Hospital Costa del Sol. Marbella.

HOSPITAL COSTA DEL SOL

Objetivo

El conocimiento en la eficacia del tratamiento para la infección por VHC se extrae fundamentalmente de ensayos clínicos controlados, con criterios de selección de enfermos que no siempre son reflejo de la práctica clínica. Nos proponemos analizar los resultados obtenidos en nuestro centro desde la introducción de los tratamientos combinados con IFN/Peg-IFN y ribavirina.

Material y método

Se analizan los pacientes tratados desde enero 2000 hasta diciembre-2005. La eficacia de tratamiento se determinó por intención de tratar según el estándar establecido de Respuesta Virológica Sostenida (RVS). Se consideró no respondedor a pacientes sin respuesta intratratamiento (según estándar de respuesta precoz a tercer mes, o RNA positivo a 24 semanas de tratamiento). Se consideró buena adherencia a tratamiento cuando se consiguió mantener la dosis prevista inicial. Se hizo análisis estadístico descriptivo con paquete SPSS 11.0

Resultados

Se analizan 303 pacientes (Hombres 74.1%), edad media 43.1 (sd=9,), con genotipo conocido en 243. La eficacia global ha sido de 47.8%, en los casos con genotipo conocido: G1 (n 161): 32.3%; G3 (n 57): 75.4%; G2 (n 11): 81.8%; G4 (n 14): 35.7%. Se retiró el tratamiento en 89 casos (29.8%), en 28 (31.5%) por ineficacia y en 61 (68.5%) por intolerancia o efectos adversos. Los pacientes naïve (n 163: G1 n= 90, G3 n= 52, G2 n= 9, G4 n= 12) respondieron en 53.4% (G1 41.1%, G3 75%, G2 78.8%, G4 33.3%). La eficacia en 70 pacientes que se sometieron a > 1 tratamiento fue de 30%, la mayoría (n 62) fue G1 y respondieron el 22%. De 40 paciente cirróticos tratados, el 74% eran genotipo 1 y respondieron en un 30%. Se prolongó el tratamiento en 24 semanas a un subgrupo de 19 pacientes con factores predictivos de peor respuesta (carga viral alta y fibrosis elevada): 5 G1 (RVS 100%) y 14 G3 (RVS 85.7%). Analizamos en los G1 y G4 la eficacia y adherencia en función del año de administración con resultado: A) Eficacia: 2001: 0%; 2002: 20%, 2003: 43.8%, 2004:29%; 2005: 54%; B) Adherencia: 44%, 25%, 29%, 32%, 63% respectivamente.

Conclusiones

En nuestra serie, el porcentaje de curaciones se puede considerar superponible al de otras series, tanto en paciente naïve como en pacientes más difíciles de tratar. Observamos una tendencia a incrementar la eficacia cuando se incrementa la adherencia a tratamiento. La prolongación de tratamiento a 48 semanas en genotipo 3, y a 72 semanas en genotipo 1, parece, al menos en nuestra serie, obtener muy buenos resultados en pacientes con carga viral alta e histología poco favorable.

P13. ESÓFAGO DE BARRETT: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE UNA SERIE DE CASOS

D. García-Romero, D. Sánchez-Muñoz, D. Núñez-Hospital, M. Ramírez-Martín del Campo, A. Pérez-Pastor, L. Grande-Santamaría, C. Ortiz-Moyano, M. Castro-Fernández, M. Romero-Gómez.

UGC Enfermedades Digestivas.
Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción

El esófago de Barrett es una patología en continua revisión y redefinición, no existiendo un consenso sobre los plazos adecuados de seguimiento o si es necesario realizarlo en todos los casos.

Objetivos

Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de esófago de Barrett, su seguimiento a largo plazo, y valoración de la progresión a displasia y cáncer.

Pacientes y métodos

Serie de 36 pacientes diagnosticados de Esófago de Barrett mediante endoscopia y biopsia en el periodo comprendido entre 1992 y 1996, seguidos hasta Diciembre 2006. Se valoró evolución a displasia de bajo y alto grado, desarrollo de neoplasia y supervivencia.

Resultados

Ocho paciente fueron excluidos por seguimiento inferior al año. La edad media de nuestros pacientes fue de 52,29+ 15,72 años al diagnóstico. Ningún paciente presentó displasia en la endoscopia inicial. El tiempo medio de seguimiento fue de 106,26+51,83 meses (8,85+4,31 años). De los 28 pacientes, 8 desarrollaron displasia en el tiempo (28,6%), de los cuáles 6 desarrollaron displasia de bajo grado y 2 dis-

plasias de alto grado. Ningún paciente desarrolló cáncer en el periodo de seguimiento. El tiempo medio para el desarrollo de la displasia fue de 65 meses [18-130]. Durante el seguimiento se produjeron 5 muertes (17,9%), por causas diferentes a cáncer esofágico.

Conclusiones

El esófago de Barrett es una condición premaligna, que a medio o largo plazo degenera. Es aconsejable realizar seguimiento a largo plazo de estos pacientes. No existe consenso sobre los intervalos de seguimiento, por lo que sería aconsejable realizar estudios diseñados a tal efecto.

P14. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO PARA EVALUAR LA PREVALENCIA DE RESANGRADO POR ÚLCERA PÉPTICA EN PACIENTES TRATADOS CON IBPs INTRAVENOSOS

FJ del Castillo, MD de la Cruz, C Verdejo, E Gómez, P Herrera, A Garrido, JM Bozada y JL Márquez.

Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

Objetivo

El objetivo de este estudio es la evaluación de la prevalencia de resangrado por úlcera péptica comparando pacientes que habían recibido omeprazol frente a pantoprazol i.v.y estudiar los costes derivados de cada tratamiento.

Material y métodos

Se recogió información sobre el sexo y la edad de los pacientes, el diagnóstico de la HDA (según la clasificación Forrest), el tipo de IBP iv utilizado y la pauta de tratamiento, presencia o no de resangrado, presencia o no de éxitus y datos referentes a los costes sanitarios mediante un modelo farmacoeconómico de coste-efectividad.

Resultados

Se incluyeron 426 pacientes, 232 de los cuales (54.5%) recibieron pantoprazol y 194 (45.5%) omeprazol. No hubo diferencias entre la edad media de ambos grupos 61.2 años vs 62,3, p=0.544; sexo: 176 (76.2%) hombres vs 133 (68.6%), p=0.078; clasificación de Forrest: Forrest I 61 (27.6%) vs 62 (34.6%), Forrest IIa 51 (23.1%) vs 34 (19%), p=0.230. El número de viales por día de tratamiento fue significativamente inferior en el grupo de pantoprazol desde el primer al tercer día de tratamiento, p=0.003. Hubo resangrado en el 7% de los pacientes tratados con pantoprazol y 10.8% de omeprazol, p=0.160. Fallecieron el 2.2% de los pacientes tratados con pantoprazol vs 2.6% de los tratados con omeprazol, p=1.000. El coste esperado de un paciente tratado con pantoprazol es de 2038.40 euros, mientras que con omeprazol es de 2495.40 euros, con un coste-efectividad incremental de 11425 euros.

Conclusiones

Si bien los resultados de la administración de omeprazol frente a pantoprazol i.v. en pacientes con HDA ulcerosa son similares, éste último resulta tener mejor perfil de coste-efectividad.

P15. EVALUACIÓN DEL DAÑO HEPÁTICO INDUCIDO POR PRODUCTOS DE HERBORISTERÍA: ANÁLISIS DE LOS CASOS INCLUIDOS EN EL REGISTRO ESPAÑOL

Y. Borraz, M. García Cortés, B. García-Muñoz, G. Peláez2, J. Salmerón3, M. Diago4, MC. Martínez-Sierra5, JM. Navarro6, R. Planas7, MJ Soria5, M. Jiménez-Sáenz8, M. Bruguera9, MI. Lucena, RJ. Andrade

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga,
2 Hospital Torrecárdenas, Almería,
3 Hospital Universitario San Cecilio, Granada,
4 Hospital General, Valencia,
5 Hospital Puerta del Mar, Cádiz,
6 Hospital Costa del Sol, Marbella,
7 Hospital Germans Trias y Pujol, Badalona,
8 Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla,
9 Hospital Clinic, Barcelona

HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Introducción

El consumo de hierbas medicinales está experimentando un incremento notable debido al auge de la medicina alternativa, pero muchos de estos compuestos han demostrado ser hepatotóxicos.

Objetivo

analizar las características clínico-epidemiológicas de la hepatotoxicidad atribuida a productos de herboristería en España.

Pacientes y métodos

Se incluyeron en el análisis todos los casos relacionados con consumo de hierbas remitidos al Registro Español de Hepatotoxicidad. Se evaluó el tipo de lesión producida, la gravedad potencial y la evolución clínica.

Resultados

Entre 1995 y 2006 un total de 13 casos de 571 (2%) de hepatotoxicidad incluidos en el Registro correspondían a productos de herboristería. El remedio herbal responsable del mayor número de casos fue Camellia Sinensis (3, 23%), se-

guido de Rhamnus purshianus (Cáscara Sagrada) (2, 15%), siendo el resto de hierbas representadas con un caso cada una [Aesculus hippocastanum, Cauterea latifloral (Copaltra), Chitosan, Cassia angustifolia, Valeriana, Kava-Kava, Fitosoja, Biosoja]. Cuatro pacientes (31%) eran varones y la edad media fue 42.2 años. La presentación fue con ictericia en 9 casos (69%), y con alteraciones de laboratorio en 4 (31%). El tipo de lesión predominante fue hepatocelular (12, 92%), y 4 casos (31%) presentaron manifestaciones de hipersensibilidad. Ningún paciente falleció, y la recuperación completa fue la regla en los casos en que hubo seguimiento prolongado.

Conclusiones

La hepatotoxicidad por productos de herboristería no es excepcional, afectando principalmente al sexo femenino y presentándose mayoritariamente con lesión citolítica e ictericia. Camellia sinensis y Rhamnus purshianus son los productos de herboristería mas frecuentemente responsables de hepatotoxicidad en España.

P16. GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCÚTANEA (PEG) EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CARLOS HAYA ENTRE 1998-2007

J.I. Leiva, F. González-Panizo, I. Pinto, C. Montes, I. Santaella, B. Ferreiro, M. Jiménez, A. Escalante, M. Rodríguez, R. Manteca

COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA

Objetivo

Análisis de los resultados de la peg lo largo de estos años en nuestro servicio.

Material y métodos

Se ha realizado un análisis retrospectivo de la peg desde el año 1998 a 2007. Se han analizado las indicaciones, complicaciones principales y seguimiento de los pacientes tras la realización de la PEG.

Resultados

En total se han realizado 160 PEG de los cuales 98 han sido en hombres y 62 en mujeres, con una edad media de 52 años, y un rango entre 13 y 96 años. Indicaciones: neurológicas: ELA: 12.5% demencia: 9 % esclerosis múltiple: 4% disfunción faringo-esofágica: 3% accidente cerebro vascular: 13% otras: (olligofrenia, congénitas, corea…) 11% oncológicas: 24%. Sobresalen los tumores de área orl: 16.4%. Coma 17%. Sobresalen los traumatismos cráneo encefálicos: 15%. Desnutrición: 1.5%. Sobresalen: vih, fibrosis quística y anorexia nerviosa. Otros 5%: lemp, meningitis, traqueostomía, hiperémesis gravídica, enteritis actínica, gastroparesia complicaciones: de la técnica: mortalidad: 0.6% inmediatas: a las 48horas presencia de dos casos de estomitis. Tardías: menores: 8%. Infección del estoma y fuga del contenido gástrico. Mayores: 4.3%. Perforación gástrica asociada a peritonitis, necrosis de la pared, impactación, reflujo gastroesofágico y broncoaspiración. De la sonda: disfunción: 0.6% rotura de sonda y/o balón: 1.25% obstrucción: 3% salida espontánea: 4% seguimiento: seguimiento medio cada 12 meses número de recambios en este período: 1. Retirada definitiva de la peg: 5.6%. Entre las causas de retirada están: traumatismo cráneo encefálico: 40% accidente cerebro vascular: 25% otros: cáncer de laringe, traqueostomía, hiperémesis gravídica.

Conclusiones

1. La PEG se muestra cada vez más como una técnica demandada para asegurar el soporte nutricional de una gran variedad de enfermos.

2. Asequible porque es una técnica sencilla de realizar.

3. Escasas complicaciones.

4. Permite una nutrición por un periodo prolongado.

5. Nutrición por un periodo prolongado.

6. Paciente tipo: varón de 52 años de edad, ingresado en servicio de neurología, con patología deglutoria de origen snc, con colocación exitosa, 1 recambio anual, buen funcionamiento a largo plazo y bajas posibilidades de complicaciones.

P17. HEPATITIS AUTOINMUNE INDUCIDA POR FÁRMACOS

A.Castiella1, E. Zapata1, M. García Bengoechea2, M.I.Lucena3, Y. Borraz3, M. García Cortes4, García Muñoz4, S.López-Ortega4, R.J. Andrade5.

1 Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Mendaro;
2 Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Donostia;
3 Servicio de Farmacología Clínica, Hospital Virgen de la Victoria, Facultad de Medicina de Málaga;
4 Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Hepatología, Hospital Virgen de la Victoria, Facultad de Medicina, Málaga.

HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Introducción

La hepatitis autoinmune (HAI) es una entidad de etiología desconocida. Diversos estudios sugieren que determinados fármacos son agentes potencialmente capaces de inducirla en pacientes susceptibles. En nuestro trabajo presentamos 4 casos en los que la administración de fármacos actuó como factor desencadenante de HAI.

Métodos

Cuatro pacientes (2 hombres y 2 mujeres) incluidos en el Registro Español de Hepatotoxicidad cumplían los criterios internacionales aceptados para el diagnóstico de la HAI. Tras el inicio del tratamiento con los siguientes fármacos: fluvastatina8 (2 casos), moxifloxacino-ciprofloxacino/artovastatina y minociclina, los pacientes desarrollaron manifestaciones clínicas y analíticas típicas de HAI, incluidos títulos detectables de ANA y/o ASMA, así como niveles elevados de gammaglobulinas. El estado HLA DR se determinó en dos pacientes y se realizó biopsia hepática en 3.

Resultados

En la tabla 1 se muestran las características demográficas de nuestra serie. Dos pacientes tenían predisposición genética y las muestras anatomopatológicas revelaron en todos los casos diversos grados de fibrosis e infiltración por células plasmáticas. El paciente 1 tuvo una reexposición positiva a fluoroquinolonas mientras realizaba tratamiento con artovastatina. Todos los pacientes respondieron al tratamiento con inmunosupresores.

Conclusiones

La HAI tipo 1 o clásica puede ser inducida por fármacos, especialmente en aquellos pacientes predispuestos genéticamente. La ausencia de remisión espontánea tras la retirada del fármaco apoya la causalidad; la reexposición positiva apoya el papel causal del fármaco en este particular tipo de hepatotoxicidad. Tabla 1. Características de los pacientes con HAI inducida por fármacos. Caso 1 Caso 2 Caso 3 Caso 4 Edad 79 67 15 66 Sexo Masculino Femenino Femenino Masculino Tratamiento Moxifloxacino- Cirpofloxacino (Atorvastatina) Fluvastatina Minociclina Fluvastatina Duración del tratamiento antes de la HAI <1mes 24 meses 1 mes 16 meses Valor máximo de ALT (U/L) 3515 1068 1232 791 Valor máximo de AST (U/L) 326 228 180 161 Valor máximo de bilirrubina 24,24 12,12 4,3 1,1 Título de ANA 1:160 - >1:1280 1:640 Título de ASMA - 1:320 - - Puntuación del score de HAI 15 pt 22 pt 25 pt 20pt HLA ND ND DR3 DR3 Fibrosis ND F1 F 2-3 F 2-3 Respuesta al tratamiento Completa Completa Completa Completa Otras manifestaciones autoinmunes - - - Hipertiroidismo autoinmune subclínico; dermatitis linfocítica perivascular Pt: post-tratamiento ND: no determinado.

P18. HISTORIA NATURAL DE LA HEPATOPATÍA TÓXICO-MEDICAMENTOSA EN UNA COHORTE IDENTIFICADA EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

B. García-Muñoz, S. López-Ortega, Y. Borraz, A. Fernández Castañer, MC. López-Vega, M. Robles Díaz, N. Ortiz, I. Cueto, MI. Lucena González, RJ. Andrade Bellido en representación del Grupo de Estudio de las Hepatopatías asociadas a medicamentos (GEHAM).

Unidad de Hepatología,
H. Universitario Virgen de la Victoria,
Facultad de Medicina, Málaga.

HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Introducción

La evolución a largo plazo de la hepatopatía tóxica no es completamente conocida. Datos recientes sugieren que entre un 6% a un 33% de los pacientes podrían evolucionar a la cronicidad.

Objetivos

Analizar de forma parcialmente prospectiva utilizando variables clínicas e histológicas una cohorte de pacientes con hepatopatía tóxica identificados en un mismo centro a través del Registro Español de Hepatotoxicidad e identificar los factores relacionados con la persistencia y definir la duración del seguimiento a largo plazo más costo-efectiva.

Material y métodos

Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de hepatotoxicidad idiosincrásica entre 1994 y 2006 y con causalidad según escala de CIOMS probable o definida que no cumpliesen criterios de exclusión (enfermedad hepática o extrahepática que pudiese alterar el perfil hepático, exitus, fallo hepático fulminante o trasplante hepático). Se definió cronicidad como la persistencia de las alteraciones hepáticas más de 3 (daño hepatocelular) o 6 meses (colestásica/mixta) tras la retirada.

Resultados

78 de 133 pacientes (59%) (Edad media 51 años, 53% mujeres) cumplieron los criterios de inclusión y tuvieron un seguimiento promedio de 34 meses. El patrón de lesión predominante fue el Hepatocelular (41%). Hubo 7 éxitus no relacionados con la hepatotoxicidad. Doce (15,4%) pacientes evolucionaron a cronicidad predominando el patrón colestásico/mixto (9/46, 20%; p<0,05). El daño crónico se caracterizó por ser mas frecuente en mujeres (75%; p<0,05), de menor edad (edad media 49 vs 53 años; p<0.05, crónico vs daño autolimitado), y con un menor peso corporal (61 vs 75 kg; p<0.05). La ictericia al ingreso fue menos frecuente en la evolución crónica (33% vs 65%p<0,05), a excepción del rash cutáneo (33% vs 8%; p<0,05). La mediana de la duración del tratamiento fue mayor en los pacientes que evolucionaron a la cronicidad (23 vs 83 días; P<0,028). En 7 casos crónicos (67% hepatocelulares) persistía la lesión al final del seguimiento. La ALT normalizó en el patrón hepatocelular en 77 días (IC 95% 68-86) para el autolimitado y 203 días (IC 95% 158-248) en el crónico (p<0.025). Los respectivos valores para fosfatasa alcalina en el daño colestásico/mixto fueron de 112 días (IC 95% 86-137) y 266 días (IC 95% 134-399) (P< 0,021). Los grupos farmacológicos más frecuentemente implicados fueron los hipolipemiantes (33%), ansiolíticos y antiepilépticos (25% cada uno).

Conclusiones

La evolución a la cronicidad en la hepatotoxicidad idiosincrásica no es tan infrecuente (15,4%) apareciendo fundamentalmente en el sexo femenino, con menor peso corporal y edad inferior a 50 años. El patrón colestásico/mixto es mas proclive a la evolución crónica, aunque la lesión hepato-

celular es de mayor gravedad. No se encontró relación entre la lesión histológica, agente tóxico y evolución a cronicidad. La presencia de rash cutáneo fue la única variable que se asoció de forma independiente al desarrollo de daño crónico. Los grupos terapéuticos implicados en la evolución a la cronicidad son los hipolipemiantes y los ansiolíticos. El perfil de evolución a la cronicidad dibujado en este estudio puede servir de guía para programar el seguimiento de estos pacientes.

P19. INFLUENCIA DEL POLIMORFISMO DE LAS CITOCINAS IL-10, IL-4 Y TNFALFA EN LA SUSCEPTIBILIDAD PARA DESARROLLAR HEPATOTOXICIDAD

K. Pachkoria, MI. Lucena, E2. Crespo, F3. Ruiz-Cabello, Y. Borraz, A4. Serrano, MC5. Fernández, G5. Peláez, M6. Romero-Gómez, JM7. Navarro, RJ8. Andrade en representación del Grupo de Estudio de las Hepatopatías asociadas a medicamentos (GEHAM)

Servicio de Farmacología Clínica,
4 Servicio de Inmunología,
8 Unidad de Hepatología,
H. Universitario Virgen de la Victoria, Facultad de Medicina, Málaga.
2 Departamento de Farmacia, Universidad de Granada,
3 Servicio de Inmunología, H. Virgen de las Nieves, Granada.
5 Servicio de Farmacología Clínica y Ap Digestivo, H. Torrecárdenas, Almería;
6 Servico de Ap Digestivo, H Valme, Sevilla;
7 Servicio de Ap Digestivo, H Costa del Sol, Marbella, Málaga

HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Introducción

La investigación de variantes polimórficas defectivas de ciertas citocinas inmunoreguladoras es de enorme interés, tanto para la mejor comprensión de los complejos mecanismos que interrelacionan en la producción de daño hepático de origen tóxico (DILI), como para la identificación de sujetos susceptibles.

Objetivos

Determinación de la distribución de los polimorfismos de la IL-10, IL-4 y TNF-a en pacientes con DILI e identificación de su posible relación con la aparición de DILI.

Métodos

Se determinó la frecuencia de tres polimorfismos localizados en el promotor de la IL-10 (-1082 (G/A), -819 (C/T), -592 (C/A), IL-4 (-590 C/T)) Y TNFa (308 (G/A)) en 140 pacientes de DILI y 200 controles mediante técnica FRET. Se clasificaron los individuos según haplotipos: altos productores (GCC/GCC), intermedios (GCC/ATA, GCC/ACC) y bajos (ATA/ATA, ACC/ACC, ATA/ACC) productores de la citocina IL-10.

Resultados

Se analizaron 140 pacientes. La edad media fue de 51 (13-82 años). Las frecuencias genotípicas para la IL-10, IL-4 y TNFa no mostraron diferencias significativas entre los pacientes con DILI y los controles. Los pacientes con las variantes polimórficas para la IL-4, TNF-a y aquellos con alelos salvajes no mostraron diferencias con respecto al tipo de daño, presentación clínica y evolución del daño hepático. El análisis del genotipo de la IL-10 (-1082) demostró la existencia de un desarrollo más temprano de la hepatotoxicidad en el caso de mujeres con el genotipo bajo productor de IL-10, ($p<0.03$). El análisis de la combinación de la IL-10 y TNF-a mostró la asociación del genotipo pro-inflamatorio con unos niveles de ALT significativamente más altos que aquellos pacientes con un genotipo anti-inflamatorio ($p< 0.05$). La presencia del haplotipo bajo productor de la IL-10 se correlacionó con una fuerte disminución de los niveles de eosinofilia periférica ($p<0.03$) correspondiéndose a su vez con los casos que presentaban una peor evolución del daño (exitus o fallo hepático fulminante) (0.001). La revisión de la base del Registro de Hepatotoxicidad nos permitió destacar que de los 591 pacientes, 36 (6%) tuvieron una peor evolución y ninguno de ellos presentó eosinofilia, sin embargo, los casos restantes donde se produjo una evolución favorable de DILI la eosinifilia fue del 20% (115/555).

Conclusiones

Los polimorfismos de la IL-10, IL-4 y TNFa no parecen estar asociados a la susceptibilidad de desarrollar hepatotoxicidad. La presencia del haplotipo bajo productor de la IL-10 está correlacionada con la ausencia de eosinofilia periférica e intrahepática y el desarrollo de formas graves o fulminantes del daño hepático. Además, el genotipo bajo productor de IL-10 en mujeres se asocia con la susceptibilidad de padecer DILI a una edad más temprana.

P20. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN LOS NIVELES DE GLUCEMIA SÉRICA

MC.López, S. López, A. Fernández, I. Cueto, N. Ortiz, R. Andrade.

HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Objetivos

La asociación de diabetes con enfermedad crónica hepática ha sido reconocida durante años, pero la asociación epidemiológica refleja una relación entre hepatitis c y diabetes mellitus tipo 2. Nuestro objetivo es evaluar las diferencias

de glucemias antes y después de tratamiento en los pacientes con respuesta sostenida al tratamiento.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo revisando las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de hepatitis C crónica tratados con interferón pegilado y ribavirina en el año 2004 en el hospital Virgen de la Victoria. Se incluyeron 117 pacientes que habían sido diagnosticados de hepatitis C crónica, los cuales habían finalizado el tratamiento antiviral, de duración 6 ó 12 meses según genotipo. Se excluyeron los pacientes que habían fallecido, VIH positivo, los que no finalizaron el tratamiento y diabéticos tipo 1. Mediante un protocolo estructurado se recogieron glucemias basales, y glucemias postratamiento siendo ésta la más cercana a la actualidad. Los niveles de glucemia tanto basales como postratamiento fueron medido en mg /dl, siendo la variable dependiente, considerando mayor de 126mg/ dl diabetes, antes y después del tratamiento tanto en respondedores como en no respondedores o recidivantes. Para ver la respuesta viral sostenida se realizó la carga viral mediante PCR al final del tratamiento, a los 6 meses y otra más cercana a la actualidad. Se consideró respuesta sostenida aquellos pacientes cuya carga viral era negativa en las tres determinaciones. Se consideró no respondedores a aquellos que al final del tratamiento no habían negativizado la carga viral y recidivantes al resto de pacientes.

Resultados

En los pacientes que respondieron al tratamiento, la proporción de diabéticos fue del 15,7% antes del tratamiento y del 4,3% después del tratamiento, siendo las diferencias estadísticamente significativas. En aquellos pacientes que no respondieron o recidivaron al tratamiento, la proporción de diabéticos fue de10, 9% antes del tratamiento y del 15,2% después del tratamiento. No siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones

La respuesta sostenida al tratamiento antiviral en la hepatitis crónica C, determina una mejoría de los niveles séricos de glucemia, y en algunos casos la curación de la diabetes mellitus tipo 2, ya que existe un papel directo de la replicación viral en la inducción de la resistencia a la insulina. En los no respondedores/ recidivantes no podemos concluir que el aumento de diabéticos sea secundario a no responder/ recidivar ya que puede ser debido a otros factores de riesgos.

P21. PRÓTESIS PANCREÁTICAS. INDICACIONES, EVOLUCIÓN CLÍNICA Y COMPLICACIONES. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA DURANTE LOS AÑOS 2005 Y 2006.

M.Rodríguez, A.Durán, J.Melgar, R.Manteca.

COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA

Objetivos

Evaluar los resultados tras la colocación de prótesis pancreáticas durante los años 2005-2006 en nuestra unidad.

Material y métodos

Se revisaron las indicaciones, evolución clínica, complicaciones y manejo de las mismas, en los pacientes con prótesis pancreáticas colocadas mediante colangiografía retrógrada endoscópica durante los años 2005 y 2006, tanto en pacientes con patología inflamatoria pancreática, como en la facilicitación de la canulación complicada de la vía biliar y en la prevención de pancreatitis aguda post- CPRE.

Resultados

De un total de 858 CPRE durante estos dos años se colocaron 25 prótesis pancreáticas: 8 en pacientes con patología inflamatoria pancreática (pacreatitis crónica con estenosis del conducto pancreático secundaria, fístulas pancreáticas, colecciones peripancreáticas) y 17 como mecanismo facilitador de la canulación papilar complicada así como en la prevención de pancreatitis post-CPRE. De los 8 pacientes con patología pancreática inflamatoria, se obtuvo éxito terapeútico en 6, con intolerancia de la prótesis en otros dos (episodio de pancreatitis aguda en ambos), que se resolvió tras la retirada precoz en uno de ellos y con la expulsión espontánea en el otro. De las 17 prótesis restantes, 7 fueron colocadas para facilitar la canulación dificultosa de la vía biliar, consiguiéndose la canulación en todos los casos, y de las 10 restantes, colocadas en prevención de la pancreatitis aguda post-CPRE en pacientes de riesgo, se produjo elevación leve de las cifras de amilasa, (>400 mg/dl), en todos los pacientes, sin repercusión clínica en ningún paciente. Respecto a las complicaciones, destacar la introducción completa iatrogénica de la prótesis dentro del conducto de Wirsung en dos pacientes, ambas extraídas por vía endoscópica a las semanas de la introducción, sin repercusión clínica en ninguno de los dos pacientes.

Conclusiones

Las prótesis pancreáticas representan una opción terapéutica eficaz y segura en la patología pancreática inflamatoria con alteración morfológica del ducto pancreático, constituyendo asimismo un método eficaz para facilitar la canulación biliar difícil y para evitar la pancreatitis aguda post-CPRE en pacientes de riesgo.

P22. RESISTENCIA INSULÍNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

D. Núñez, D. Sánchez, M. Ramírez, P. Guerrero, M. Castro, J.L. Larraona, D. García, M. Romero

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

Introducción

La insulina puede actuar como un factor proinflamatorio. Se ha descrito aumento de la resistencia a la insulina

(RI) en pacientes con Enfermedad de Crohn (EC).

Objetivos

Valorar la presencia de RI y síndrome metabólico (SM) en pacientes con EC y Colitis Ulcerosa (CU).

Material y métodos

Estudio prospectivo incluyendo 69 pacientes (50 EC; 19 CU) en fase de remisión clínica. Se valoró edad, sexo, índice de masa corporal [IMC = peso/ (talla)2], PCR, y tipo de tratamiento (5-ASA, Azatioprina, Infliximab). Se diagnosticó SM según los criterios de ATP III. Determinamos RI mediante HOMA =?Glucosa (mmol/L) x Insulina (UI/ml)?/22,5. Los pacientes diabéticos y bajo tratamiento esteroideo fueron excluidos. Los resultados se compararon con un grupo control (GC) de 31 sujetos sanos seleccionados por edad, sexo e IMC.

Resultados

No hubo diferencias en cuanto a la presencia de 3 ó más criterios de SM entre pacientes y controles [7/50 (14%) EC, 3/19 (15,8%) CU, 6/31 (19,4%) GC; p =NS]. Los pacientes con CU tenían cifras más elevadas de glucosa que los pacientes con EC y controles [103,95 ± 34,52 (CU) vs 90,56 ± 14,38 (EC); p = 0,025; 86,03 ± 8,76 (Controles); p = 0,035]. El resto de datos antropométricos (perímetro abdominal, IMC) y bioquímicos (colesterol, HDL-c, triglicéridos) fueron similares en pacientes y controles. Los pacientes con CU tenían mayor HOMA que los pacientes con EC, aunque sin diferencias con GC (2,86 ± 2,46 CU; 1,89 ± 1,39 EC; p = 0,04; 1,91 ± 0,85 GC; p = NS). No hubo relación entre el HOMA y la PCR [EC (R =0,23); CU (R =-0,08)], ni con el tipo de tratamiento.

Conclusiones

Los pacientes con colitis ulcerosa tienen mayor resistencia a la insulina que los pacientes con Enfermedad de Crohn. Sin embargo, con los datos disponibles no podemos valorar la influencia de la resistencia a la insulina en la evolución clínica de los pacientes con EEI en remisión.

P23. RESULTADOS DE NUESTRO CENTRO DEL TRATAMIENTO CON LAMIVUDINA EN LA HEPATITIS CRÓNICA B

S. López-Ortega, M.C. López-Vega, A. Fernández Castañer, I. Cueto Torreblanca, N. Ortiz López, R.J.Andrade Bellido.

Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Objetivos

Analizar los resultados del tratamiento con lamivudina en nuestra serie de pacientes en el periodo comprendido entre enero de 2001 y diciembre de 2005, e intentar encontrar factores predictores de respuesta y de desarrollo de resistencias a lo largo del tratamiento.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo mediante revisión de historias clínicas. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, valores de ALT, bilirrubina, plaquetas, albúmina, AgHBe positivo o negativo, DNA, tratamiento previo con interferón, duración del tratamiento y reacciones adversas. Se incluyeron 27 pacientes con hepatitis B crónica en tratamiento (mínimo doce meses) con lamivudina. Se excluyeron (por llevar menos de 12 meses de tratamiento, por enfermedad neoplásica concomitante y/o por haberse derivado a trasplante) 31 pacientes. El seguimiento se interrumpió al iniciar otro tratamiento para su hepatopatía B. Se consideró respuesta bioquímica (RB) la normalización de las transaminasas durante el tratamiento, respuesta virológica (RV) la no detección de DNA viral mediante PCR.

Resultados

La duración media del tratamiento con lamivudina fue de 26,74 +/- 13,57 meses. No había relación entre los niveles de DNA basal y la positividad o negatividad del AgHBe. Se alcanzó RV en 22 pacientes (77,8%). El tiempo de RV fue de 4,2 +/- 3,1 meses. No se encontraron diferencias significativas entre los niveles de DNA viral basal y desde los 8 meses en adelante con la RV, pero sí se halló relación estadísticamente significativa con la carga viral a los 6 meses de tratamiento (p<0,001). No hubo diferencias significativas entre la RV y el resto de variables (edad, sexo, AgHBe positivo o negativo, niveles de transaminasas y tratamiento previo con interferón). La RB se observó en 10 pacientes (37%). 14 pacientes (51,9%) desarrollaron resistencias. El tiempo medio de aparición de resistencias fue de 26,5 +/- 10,8 meses. No se encontró relación entre las variables analizadas (edad, sexo, AgHBe positivo o negativo, niveles de transaminasas, tratamientos previos y niveles basales de DNA) y RV, RB y desarrollo de resistencias. No hubo efectos adversos.

Conclusiones

El tratamiento con lamivudina es seguro, no describiéndose efectos adversos a pesar del tratamiento prolongado. La aparición de resistencias parece el factor limitante más importante. Los niveles bajos de DNA-VHB a los 6 meses son, en nuestra serie, un factor predictivo de respuesta virológica.

P24. TUMORES CARCINOIDES DEL APÉNDICE. ANÁLISIS CLÍNICO PATOLÓGICO DE 18 CASOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

I.M. Méndez, N.Fernández, A. Pérez, R. Rivera, V.M.Aguilar, C.Albandea, F.M.Vera, G.García, P.Moreno, F. Fernández, J.M. Navarro, F. J.Rodríguez y A. Sánchez.

HOSPITAL COSTA DEL SOL

Introducción

El tumor carcinoide es el más frecuente de los tumores apendiculares, aunque sólo representa el 1.5% del total de las neoplasias del aparato digestivo. Su comportamiento biológico inicial suele considerarse como benigno, aunque en determinadas circunstancias se etiquetan como malignos por su poder de invasión local y capacidad de originar metástasis regionales y/o a distancia.

Objetivos

Describir las características de afección por tumor carcinoide apendicular en nuestro centro.

Material y método

Estudio retrospectivo de los carcinoides apendiculares diagnosticados en nuestro hospital en el periodo comprendido entre Enero de 1999 y Febrero de 2007, evaluando parámetros clinicopatológicos y su evolución clínica.

Resultados

En nuestro centro se han diagnosticado un total de 40 tumores carcinoides siendo 18 carcinoides apendiculares (45%). La edad media fue de 38.5 [9-72], siendo el 61.1% masculino. El diagnóstico fue por abdomen agudo (apendicitis agua) en el 77.8% de los casos y en ningún protocolo quirúrgico se reflejó la sospecha de carcinoide apendicular en el acto operatorio. El tamaño medio fue de 0.85 cm, presentado el 88.2% un tamaño entre 0.5-1.5 cm y el 11.8% un tamaño entre 1.5-2 cm (ningún paciente sobrepasó los 2 cm). El nivel de penetración tumoral alcanzó en 3 casos la submucosa (16.7%) ,5 la muscular (27.8%) y 10 la serosa (55.5%), presentado sólo un paciente infiltración perineural. La apendicectomía simple fue el tratamiento de elección inicial en los 18 casos. En ningún caso se presentó clínica de síndrome carcinoide, y en el 94.4 % de los casos no se evidenciaron metástasis (el grupo restante se perdió de seguimiento no pudiendo completar el estudio de extensión).Se les realizó octreoscan y 5-HIA al 22.2% y 33.3% de los casos respectivamente siendo no patológico en ambos casos. Todos los pacientes que se siguen revisando (66.7%, el resto se perdió de seguimiento), no han recidivado, con un periodo de seguimiento medio de 29.9 meses, falleciendo sólo un paciente por otra causa no relacionada con el tumor carcinoide.

Conclusiones

1. En nuestra serie la presentación es más frecuente en el sexo masculino y en gente joven al igual que en otras publicadas.

2. En la gran mayoría el diagnóstico se realizó por abdomen agudo.

3. A todos nuestros pacientes se les realizó apendicectomía no existiendo datos de recidiva en los pacientes que aún seguimos revisando, por lo que en nuestra casuística la supervivencia de los pacientes controlados ha sido del 100% con independencia de los controles postoperatorios realizados.

P25. TUMORES DESMOIDES EN LA POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR. UNA GRAVE MANIFESTACIÓN EXTRAINTESTINAL.

C. Cordero, I. López, M.Garzón, Ángeles Pizarro.

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO

Introducción

La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad hereditaria resultado de mutaciones en la línea germinal del gen APC. Muchos pacientes con PAF mueren de tumores desmoides (TD). Estos aparecen espontáneamente o, con mas frecuencia, tras la colectomía profiláctica. Se localizan en mesenterio, retroperitoneo o en la herida quirúrgica. Aunque son neoplasias benignas de tejido músculo aponeurótico, producen invasión local intensa e incontrolada y con gran frecuencia recidivan tras la resección quirúrgica.

Objetivos

Examinar la incidencia, forma de presentación, curso clínico y la posible relación entre estos tumores y la mutación encontrada en el gen APC, en nuestros pacientes.

Pacientes y métodos

De 1976 a 2007 se han intervenido en nuestro hospital 38 pacientes con PAF pertenecientes a 20 familias. Todos fueron estudiados genéticamente. Fueron intervenidos mediante colectomía profiláctica y sometidos a seguimiento endoscópico y ecográfico, de forma periódica, tras la cirugía.

Resultados

Seis pacientes (15,7%) han tenido T D. No ha habido diferencia entre ambos sexos. El diagnóstico se ha realizado desde el momento de la intervención hasta 8 años después de la cirugía. La localización predominante ha sido el mesenterio. El tamaño del tumor ha estado comprendido entre 4 y 16 cm. Dos pacientes tenían antecedentes familiares de T D. En dos pacientes con TD de pared abdominal, la palpación abdominal ha sido primer signo diagnóstico: en la cicatriz de laparotomía y en la cicatriz del trocar periumblical tras colectomía laparoscópica. En dos casos de tumores mesentéricos el primer síntoma ha sido la obstrucción intestinal. En 2 pacientes asintomático, el diagnóstico se hizo en el momento de la colectomía profiláctica en uno, y durante una laparoscopia realizada por otro motivo en otro. La ecografía no mostró el tumor en el 50% de los casos que sí fue visible mediante Resonancia Magnética(RM).La exéresis de la totalidad del tumor solo se pudo realizar en los localizados en pared abdominal. En 2 TD de mesenterio no ha sido posible aunque se redujeron con tratamiento quirúrgico combinado con Tamoxifeno y AINES. En los casos diagnosticados casualmente durante la cirugía y tratados con AINES el tumor ha desaparecido según pruebas de imagen. Las mutaciones del gen APC de los pacientes afectos han sido variadas y diferentes de las descritas como frecuentemente asociadas a este tumor.

Conclusiones

Los tumores desmoides son muy frecuentes en los

pacientes con PAF. Su localización más común es el mesenterio y cuando dan síntomas son ya de gran tamaño. Es necesario detectar precozmente estos tumores, sobre todo en los pacientes con historia familiar. La RM nos parece la prueba más eficaz para detectarlos. No encontramos asociación entre el desarrollo de tumores desmoides y el tipo de mutación del gen APC.