

COMUNICACIONES

Posters

P1. VARIABLES A MONITORIZAR PARA ALCANZAR CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE RIBAVIRINA ÓPTIMAS DURANTE EL TRATAMIENTO EN LA HEPATITIS CRÓNICA C GENOTIPO 1

FM Jiménez-Macías¹, JM Vázquez-Morón¹, PG Casado-Monge¹, M Ramos Lora¹, E Pujol de la Llave²

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

Objetivos

Unas concentraciones plasmáticas de Ribavirina mayor de 2 ng/ml se han asociado a una mayor tasa de respuesta virológica rápida (RVR) y sostenida (RVS). Sería de utilidad clínica valorar qué variables podrían estar relacionadas con los niveles alcanzados.

Material y método

Este estudio prospectivo, que incluyó 103 pacientes CHC-1, que fueron tratados con interferón pegilado a dosis de 180 mcg/sc/semanal más ribavirina ajustada según peso (1000 mg/día si el peso corporal era >75 kg o 1200 mg/día si pesaba igual o más de 75 kg). Determinamos las concentraciones plasmáticas de Ribavirina (CPR) una vez alcanzado el 1º mes de TAD y observamos la evolución de factores cinéticos.

Resultados

Tasas RVS=51,5%. Pacientes con genotipo desfavorable tuvieron a menor tasa de RVS si tenían CPR menores (2,5 + 1,2 vs 1,9 + 0,8), OR 1,7 95% IC (1,0-3,1); $p < 0,05$. Mayores valores de aclaramiento de creatinina (ACr) se encontraron estadísticamente asociados con menores tasas de RVS (74% versus 24% if ACr > 140 ml/min; OR 3,3; 95% CI, 1,8-5,9); $p < 0,0001$). Las variables que se hallaron significativamente asociadas a mayores CPR en el análisis de regresión logística multivariante fueron mayor grado de fibrosis hepática (2,43 + 0,94 vs 2,01 + 0,90); OR 7,3 95% IC(1,1-46,8); $p < 0,035$; un mayor incremento del VCM durante el 1º trimestre de terapia (6,03 vs 3,1 fl si el punto de corte era 2 ng/ml, OR 1,3 95% CI (1,1-1,6); $p < 0,003$) y un pH urinario > 6 al alcanzar el mes de terapia (2,34 + 1,0 vs 1,94 + 0,82 ng/ml; OR 5,1 95% IC (1,3-20,7); $p < 0,021$).

Conclusiones

En pacientes con un aclaramiento de creatinina basal elevado, genotipo ILe-28b desfavorable y pH urinario < 6 al mes de terapia, es importante monitorizar el incremento del VCM al llegar el 3º mes de terapia, independientemente del régimen terapéutico.

P2. EFECTO NEGATIVO DEL RATIO DE INFECTIVIDAD ELEVADO EN LOS PACIENTES CON GENOTIPO FAVORABLE DE LA ILE-28B EN LA HEPATITIS CRÓNICA C G1

FM Jiménez-Macías¹, JM Vázquez-Morón¹, PG Casado-Monge¹, H Pallarés-Manrique¹, R González-Gutierrez¹, M Ramos Lora¹, C Ruíz-Frutos²

1UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.
2DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA AMBIENTAL Y SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DE HUELVA.

Objetivos

La lipoprotein lipasa adipocitaria, encargada de la lipólisis de estas moléculas, dependiendo del grado de inhibición de su actividad, va a ser responsable, del nivel de triglicéridos y lipoproteína de bajo peso (LDL-c) plasmáticos. Hipertriglicidemia podría ser responsable en la hepatitis C del grado de infectividad viral.

Material y métodos

Valoramos en 103 pacientes con hepatitis crónica C G1 tratados con biterapia antiviral durante 48 semanas y cómo variables como el ratio de infectividad (RI=cociente entre triglicéridos medio/HDL-c medio durante el 1º mes de terapia) afectaban las tasas de RVS.

Resultados

Los pacientes con genotipo favorable (CC), que no alcanzaron la respuesta virológica sostenida (RVS) tuvieron un nivel de hipertriglicidemia basal mayor que aquellos que sí la alcanzaron (98 + 25 mg/dl en no respondedores frente 76 + 21 mg/dl en respondedores; OR 1,0 IC 95% (1,0-1,1); $p = 0,018$, mayores niveles basales de VLDL (20,1 + 5,1 versus 15,4 + 3,5, OR 1,3, IC 95% (1,0-1,7), $p=0,028$). Los pacientes con genotipo CC que no alcanzaron la RVS presentaron un valor de Ratio de Infectividad mayor que se curaron: 4,6 + 3,2 en no curados frente 2,5 + 1,1; OR 1,9, IC 95% (1,1-3,4); $p = 0,02$. El ratio de infectividad no se asoció peores respuestas virológicas en genotipos de la ILE-28b desfavorables (CT/TT).

Conclusiones

Un ratio de infectividad elevado podría explicar por qué los pacientes con HCC-1, pese a tener un genotipo de la ILE-28b favorable (CC) finalmente no alcanzaron la RVS.

P3. ANÁLISIS DE LA EXPRESIÓN DIFERENCIAL IN VITRO DEL GEN PNPLA3 EN FUNCIÓN DEL GENOTIPO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C. INTERACCIÓN CON EL POLIMORFISMO DE LA IL28B.

J.A. Del Campo, Á. Rojas, M. García-Valdecasas, L. Rojas, M. Romero-Gómez

UGMQ ENFERMEDADES DIGESTIVAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME & CIBEREHD. SEVILLA.

Objetivos

Analizar los niveles de expresión de PNPLA3 in vitro empleando distintos genotipos virales (1 y 3) así como la interacción con el polimorfismo de la IL28B.

Métodos

Las células Huh7.5 (IL28B genotipo CT) y Huh7 (IL28B genotipo CC) se infectaron con suero de pacientes con alta carga viral ($>6 \log_{10}$ UI/ml) de los genotipos 1b y 3a. Las células fueron infectadas a las 24 horas después de la siembra con 2,5 ul de suero de los pacientes y con partículas virales de JFH1 (1partícula/célula). La expresión génica se cuantificó usando el kit de QRT-PCR Quantace (Bioline).

Resultados

Las células Huh7.5, portadoras del genotipo CT de la IL28B e infectadas con suero de pacientes presentaron una disminución de la expresión génica de PNPLA3, tanto con VHC genotipo 1 y 3 ($2,0 \pm 0,3$ y $3,1 \pm 0,4$ veces de inhibición respectivamente). Cuando estas células se infectaron con el replicón JFH1 (genotipo 2a), la expresión de PNPLA3 también estaba disminuida ($3,2 \pm 0,2$ veces). Las células Huh7 (portadoras del genotipo CC de la IL28B y del genotipo GG del polimorfismo rs738409 de PNPLA3), mostraron un incremento moderado de la expresión génica ($1,5 \pm 0,2$ veces de inducción).

Conclusiones

El VHC disminuye la expresión génica de PNPLA3 en células portadoras del alelo T de la IL28B. Los niveles de expresión aumentan en células con el genotipo favorable (CC) de la IL28B, indicando una interacción génica que podría condicionar el desarrollo de esteatosis y la probabilidad de RVS.

P4. ESTUDIO DE VALIDACIÓN DEL IMPACTO DE SNPS DE GWAS ASOCIADOS CON LA PROGRESIÓN DE LA FIBROSIS EN LA HEPATITIS C CRÓNICA

L. Rojas1, J Ampuero1, JA del Campo1, R García-Lozano2, R Solá3, X Fornas4, R Moreno-Otero5, R Andrade6, M Diago7, J Salmerón8, L Rodrigo9, JA Pons10, Navarro11, JL Calleja12, J García-Samaniego13, MF Gonzalez-Escribano2, M. Romero-Gómez1

1UNIDAD DE GESTIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y CIBEREHD, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. 2INMUNOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO, SEVILLA.

3UNIDAD DE HEPATOLOGÍA, HOSPITAL DEL MAR, BARCELONA. 4UNIDAD DE HEPATOLOGÍA Y CIBEREHD, HOSPITAL CLINIC, BARCELONA.

rs	GEN	Genotipo	% Distribución			p
			F0-F2	F3-F4	O.R. (95%CI)	
rs6725030	CTNNA (n=472)	CC	82,2% (318)	17,8% (69)		0,067
		CT/TT	89,4% (76)	10,6% (9)		
rs4514994	MAG1 (n= 405)	AA/AT	87,7% (142)	12,3% (20)		0,07
		TT	80,7% (196)	19,3% (47)		
rs11943360	STX18 (n=482)	AA/ AG	87,7% (164)	12,3% (23)		0,05
		GG	81,0% (239)	19,0% (56)		
rs1626521	UCP3 (n= 485)	CC	72,3% (73)	27,7% (28)	2.5 (1.5-4.2)	0,001
		CT/ TT	86,7% (333)	13,3% (51)		
rs361814	USP18 (n= 460)	GG	82% (255)	18,0% (56)	2.5 (1.3-4.8)	0,003
		GT/TT	91,9% (137)	8,1% (12)		
rs4374383	MERTK (n= 756)	AA	83,7% (103)	16,3% (20)		0,329
		AG/GG	81,5% (516)	18,5% (117)		
rs16851720	RNF7(n= 564)	AA/AC	83,2% (452)	16,8% (91)		0,07
		CC	100% (21)	0% (0)		

5SERVICIO DIGESTIVO, HOSPITAL LA PRINCESA, MADRID.
 6UNIDAD DE HEPATOLOGÍA Y CIBEREHD, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MALAGA.
 7UNIDAD DE HEPATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA
 8UNIDAD DE HEPATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO, GRANADA.
 9SERVICIO DE APARATO. DIGESTIVO. HOSPITAL CENTRAL DE. ASTURIAS (HUCA). OVIEDO.
 10HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRAIXACA, MURCIA.
 11HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.
 12HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO-MAJADAHONDA.
 13HOSPITAL CARLOS III, MADRID.

Objetivos

Validar la asociación diferentes SNPs relacionados con fibrosis en pacientes con biopsia por hepatitis crónica C.

Método

810 pacientes. Edad media 45+11 años; 64%(520/810) hombres; Genotipo viral 1: 73%(592/810), 2: 2%(16/810), 3: 16%(131/810) y 4: 9%(70/810). IL28B-CC: 33%(264/800) vs. 67%(536/800) CT/TT. Fibrosis (METAVIR); F0:4% (34/810), F1:52% (418/810), F2:27% (217/810), F3:10% (82/810) y F4:7% (59/810). 17% (141/810) fibrosis avanzada (F3-F4) vs. 83% (669/810) fibrosis leve-moderada (F0-F2). Esteatosis: 37%(303/598). Los SNPs se determinaron mediante sondas Taqman (Applied Biosystems).

Resultados

El genotipo CC de UCP3 (28%) y GG de USP18 (18%) se sobreexpresaban en pacientes con fibrosis avanzada (O.R. 2.5; 95%CI:1.3-4.8 y .R. 2.5;95%CI: 1.5-4.2; p<0.001). El análisis multivariante (regresión logística binaria) demostró que el genotipo CC de UCP3 (O.R: 2.5; 95%CI:1.35-4.58);p<0.001 se asocia con la fibrosis avanzada.

Conclusiones

El genotipo CC de UCP3 mostró una fuerte asociación con la fibrosis avanzada, probablemente relacionado con el aumento del estrés oxidativo de los lípidos debido a la disminución de UCP3.

P5. INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE CORTISOL Y LDL-COLESTEROL EN LAS POSIBILIDADES DE ALCANZAR LA CURACIÓN EN LA HEPATITIS CRÓNICA C

FM Jiménez-Macías¹, PG Casado-Monge¹, R González-Gutiérrez¹, JM Vázquez-Morón¹, M Ramos-Lora¹, C Ruiz-Frutos²

1UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE HUELVA.
 2DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA AMBIENTAL Y SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DE HUELVA.

Introducción

Moléculas proinflamatorias (Interleucina 1 o 6, TNF- α) modulan el eje hipotálamicohipofisario-adrenal, regulando la

expresión de receptores de LDL-c y HDL-c y niveles plasmáticos de cortisol en la cortical suprarrenal.

Material y métodos

Quisimos estudiar en 103 pacientes HCC-1 tratados con terapia dual si el cortisol plasmático basal y la cinética de lipoproteínas durante el 1º mes de tratamiento, estaban asociados a las tasas de respuesta virológica sostenida (RVS) y/o rápida (RVR). Se determinaron la LDL-c y HDL-c medias en 4 momentos (3º, 7º, 21º y 30º día de terapia), el cortisol pretratamiento y el genotipo de la interleucina-28b (ILE-28B).

Resultados

Tasa RVS: 52,5%. Los pacientes que tuvieron un colesterol total basal >145 mg/dl (90% de los pacientes) alcanzaron mayores tasas de RVS si mantenían una concentración media de LDL-c durante el 1º mes de terapia (mLDL-c) mayor: 100 + 23 mg/dl frente a 89 + 28 mg/dl (no-respondedores); OR 1,0 IC 95% (1,0-1,1); p = 0,05. Los genotipos CT/TT tuvieron unas concentraciones basales de LDL-c menores que los CC: 101 + 28 en los CT/TT-ILE-28B frente a 118 + 30 mg/dl (CC); OR 1,0, IC 95% (1,0-1,1); p < 0,006. Los pacientes con cortisolemia basal baja tuvieron mayores tasas de curación: 12,0 + 5 mg/dl versus 14,6 + 4,5 mg/dl: OR 1,1, IC 95% (1,0-1,2); p = 0,012. Además si estos pacientes no tenían esteatosis hepática (EH), alcanzaban mayores tasas de RVR cuando las concentraciones media de LDL-c durante 1º mes de terapia eran menores: 74 + 20 en RVR versus 91 + 27 mg/dl (no-RVR), OR 1,0, IC 95% (1,0-1,1), p=0,04. Ningún paciente CT/TT alcanzó RVR si esteatosis moderada-severa.

Conclusiones

El genotipo de la IL-28B, el grado de esteatosis hepática condicionan los niveles de cortisol.

P6. PRIMERA REGLA DE PARADA DE LA ESCALAS ONUBA: DETECCIÓN DE AUSENCIA DE RESPUESTA AL FINAL DE LA PRIMERA SEMANA DE BITERAPIA EN HEPATITIS CRÓNICA C G1.

FM Jiménez-Macías¹, PG Casado-Monge¹, R Osuna-Molina¹, JM Vázquez-Morón¹, M Ramos-Lora¹, M Cabanillas¹, C Ruiz-Frutos²

1UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.
 2DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA AMBIENTAL Y SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DE HUELVA.

Objetivos

El actual modelo predictivo de respuesta (MPR) a la terapia antiviral dual (TAD) para pacientes con hepatitis crónica por VHC genotipo 1 (CHC-1) presenta un escaso valor predictivo negativo, que defina qué pacientes no alcanzarán la Respuesta Virológica Sostenida (RVS).

Material y métodos

Estudio prospectivo, aleatorizado, a doble ciego que incluyó 99 pacientes con CHC-1 para el desarrollo de una herramienta diagnóstica basada en 2 escalas predictivas: una basal y otra basada en cinética viral de la 1ª semana de biterapia, que generara puntuaciones que permitiera una detección precoz de ausencia de respuesta con alto valor predictivo negativo.

Resultados

Confirmamos la presencia de 4 variables basales con sus respectivos puntos de corte, que mostraron significación estadística con las tasas de RVS tanto en el análisis univariante como multivariante para diseñar la Escala Basal (IP-10, genotipo IL-28B, cortisol y aclaramiento de creatinina). Rango de puntuaciones: (+8) y (-9) puntos.

2º Escala Onuba-Week (EOW): dependiendo de si era alcanzada o no RVPS. Rango puntuaciones: (+13) y (-14). Aquellos pacientes con puntuación < (-4 puntos) en ambas escalas (EOB y EOW), no alcanzaron la curación. Terapia podría haber sido suspendida al final de la 1ª semana de tratamiento en un 21% de los pacientes.

Conclusiones

El empleo de ambas escalas predictivas (EOB y EOW) podría constituir una potente y precoz herramienta predictiva en pacientes CHC-1, al establecer cuáles de ellos podrían beneficiarse de suspenderla pasada la 1ª semana, justificando el inicio de triple terapia.

P7. FÓRMULA DE LINDAHL: CONSECUENCIAS DE UNA INFRADOSIFICACIÓN DE LA RIBAVIRINA EN LA HEPATITIS CRÓNICA C GENOTIPO 1.

FM Jiménez-Macias¹, PG Casado-Monge¹, R González-Gutiérrez¹, JM Vázquez-Morón¹, B Benítez¹, M Ramos-Lora¹, C Ruiz-Frutos²

1UNIDAD DE HEPATOLOGÍA.
2SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.
2DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA AMBIENTAL Y SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DE HUELVA.

Objetivos

Lindahl nos informó sobre la importancia de realizar el ajuste de la dosis óptima diaria de Ribavirina (DODR) en la hepatitis crónica C (CHC-1), de acuerdo a la función renal, en lugar de hacerlo basándonos exclusivamente en el peso del paciente, que es como actualmente se realiza.

Material y métodos

Analizamos en 99 pacientes CHC-1 tratados con terapia antiviral dual, empleando ribavirina según peso (1000 o 1200 mg/

día), calculamos la DODR que deberían haber recibido si hubiéramos usado la FL, con objeto de determinar el grado de infradosificación y su influencia sobre las tasas de RVS.

Resultados

Sólo el 37,4% pacientes se encontraban correctamente dosificados según la fórmula de Lindahl (FL). 31,3% estaban infradosificados al menos 400 mg/día y el 31,3% de ellos más de 600 mg/día. Los pacientes infradosificados al menos 400 mg/día presentaron un mayor valor de aclaramiento de creatinina: (121,9 + 7,7 vs 92,5 + 12,3 ml/h), incrementándose estas diferencias si el grado de infradosificación era >600 mg/día, llegando hasta (153,8 + 29 ml/h; p < 0,0001). Mientras el 58,8% de los pacientes correctamente dosificados según la FL alcanzaban la RVS, esta tasa se reducía, pasando al 19,6% y 21,6%, si el grado de infradosificación era al menos de 400 o 600 mg/día, respectivamente (OR 7,8 95% IC 2,6-23,5; p < 0,0001).

Conclusiones

El ajuste de la dosis diaria de Ribavirina en pacientes CHC-1 debería calcularse, usando la fórmula de Lindahl, en lugar del peso, especialmente si la viremia es detectable al mes de terapia.

P8. KLF12 MEJORA LA PREDICCIÓN DEL DESARROLLO DE ANEMIA POR ITPA EN PACIENTES CON HEPATITIS C TRATADOS CON INTERFERÓN PEGILADO Y RIBAVIRINA

P. Ferrero¹, J. Ampuero¹, L. Rojas¹, J.A. Del Campo¹, J.R. García-Lozano², R. Solá3, X. Fornas⁴, R. Moreno-Otero⁵, R. Andrade⁶, M. Diago⁷, J. Salmeron⁸, L. Rodrigo⁹, J. García-Samaniego¹⁰, J.L. Calleja¹¹, J.A. Pons¹², M. Buti¹³, J.M. Navarro¹⁴, J. Crespo¹⁵, M.F. González-Escribano², M. Romero-Gómez¹

1 UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y CIBEREHD, HOSPITAL DE VALME, SEVILLA.
2. UNIDAD DE INMUNOLOGÍA, HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.
3 UNIDAD DE HEPATOLOGÍA, HOSPITAL DEL MAR. BARCELONA.
4. UNIDAD DE HÍGADO Y CIBEREHD, HOSPITAL CLÍNICO. IDIBAPS, BARCELONA.
5. UNIDAD DE HEPATOLOGÍA Y CIBEREHD. HOSPITAL DE LA PRINCESA, MADRID.
6. UNIDAD DE DIGESTIVO Y CIBEREHD. HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.
7. DEPARTAMENTO DE DIGESTIVO, HOSPITAL GENERAL. VALENCIA.
8. UNIDAD DE DIGESTIVO Y CIBEREHD. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.
9. DEPARTAMENTO DE DIGESTIVO, HOSPITAL DE ASTURIAS. OVIEDO.
10. UNIDAD DE DIGESTIVO Y CIBEREHD. HOSPITAL CARLOS III, MADRID.
11. DEPARTAMENTO DE DIGESTIVO, HOSPITAL PUERTA DE HIERRO. MADRID.
12. DEPARTAMENTO DE DIGESTIVO, HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.
13. UNIDAD DE HEPATOLOGÍA AND CIBEREHD. HOSPITAL VALL D'HEBRON, BARCELONA.
14. HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.
15 HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER.

Objetivos

Evaluar el papel de los polimorfismos de KLF12 e ITPA en el desarrollo de anemia en pacientes con hepatitis C crónica.

Material y métodos

Se incluyeron 832 pacientes con hepatitis C tratados con biterapia. Anemia Hb<10g/dl. Determinamos los SNPs: ITPA: rs1127354, rs7270101, rs6051702 y KLF-12: rs9543524 mediante sonda Taqman (Applied Biosystems, Barcelona).

Resultados

Presentaron anemia el 20% (165/832). KLF12 rs9543524 (GG / GT) protege frente a la anemia [15,5% (43/278) frente al 22% (122/554), $p = 0,025$], así como ITPA rs7270101 (CC / CA) [11,5% (21/182) vs 22% (134/610), $p = 0,002$]. En el análisis multivariado, las variables independientes asociadas a la anemia fueron: edad [OR 1,03 (IC 95% 1.1 a 1.5), $p = 0,006$], hemoglobina inicial [OR 0,71 (IC 95% 0,61-0,83), $p = 0,0001$], KLF12-alelo-G [OR 0,56 (IC 95% 0,35-0,89), $p = 0,014$], ITPA rs7270101 alelo C [OR 0,49 (IC del 95%: 0,28 a 0,86), $p = 0,012$] y la dosis de ribavirina por kilogramo [OR 1.16 (IC del 95% 1.4 a 1.30), $p = 0,008$]. En el genotipo no 1, KLF12-alelo-G mostró mayor protección contra la anemia [6,7% (5/75) frente al 23,5% (31/132), $p = 0,002$]. Ningún paciente con KLF1 e ITPA rs7270101 protectores desarrolló anemia (0%).

Conclusiones

La presencia de KLF12-alelo-G, ITPA rs7270101 alelo-C, junto con un mayor valor inicial de hemoglobina protegen contra la anemia. Esta combinación podría permitir la identificación de factores de riesgo para el desarrollo de la anemia y la identificación de la población que puede requerir un control más intensivo.

P9. UTILIDAD CLÍNICA DE LA HERRAMIENTA OPTIM EN LA TOMA DE DECISIONES PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON HEPATITIS C

H Pastor-Ramírez, R Gallego-Durán, J Ampuero, M Romero-Gómez

UGMQ DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y CIBEREHD, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME, SEVILLA.

Objetivos

Evaluar la utilidad de la herramienta OPTIM en la práctica clínica para pronosticar la respuesta viral rápida (RVR) y el descenso de un logaritmo (D1L) en semana 4 en pacientes genotipo 1 y 4 tratados con PEG-IFN y ribavirina.

Material y métodos

Se incluyeron 132 pacientes con virus de la hepatitis C tratados con biterapia (PEG-INF+RBV), edad media 45±9,9 años,

presentaban genotipo 1 118/132(89,4%), 40/132(30,3%) IL28B CC, 91/132(68,9%) alta carga viral y la media del índice de Forns fue 5,12±2,10. Se utilizó la herramienta OPTIM considerando los factores independientemente asociados con RVR y D1L:

$$RRVR = 1 / (1 + e^{-(0,495 + 1,513 \times HVL - 0,797 \times \text{co-infection} + 2,061 \text{ IL28B} - 0,873 \times \text{HCV-genotype} - 0,345 \times \text{Forns index})})$$

$$RD1L = 1 / (1 + e^{-(2,909 + 0,630 \times HVL - 0,719 \text{ co-infection} + 2,169 \text{ IL28B} + 0,657 \times \text{genotype} - 0,322 \times \text{Forns index})})$$

Se calculó la seguridad diagnóstica para la predicción de RVR y D1L, utilizando un punto de corte >0,248 para definir alta probabilidad de RVR y >0,733 para establecer D1L.

Resultados

Alcanzaron RVR 26/132(19,7%) y D1L 109/132(82,6%). La herramienta OPTIM predijo que 64/132(48,5%) pacientes iban a lograr RVR y 125/132(94,7%) D1L. El AUROC para la predicción de RVR fue 0.834 (IC95%: 0,746-0,922), con una sensibilidad de 85% y NPV del 94%. Para D1L el AUROC fue 0.702 (IC95%: 0,598-0,806) con una sensibilidad de 95% y PPV 83%.

Conclusiones

La herramienta OPTIM predice con alta seguridad diagnóstica pacientes que tienen muy pocas posibilidades de alcanzar RVR y pacientes con elevada probabilidad de alcanzar D1L, siendo muy útil su implementación en la práctica clínica habitual.

P10. EXPERIENCIA EN CPRE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UN SERVICIO DE ADULTOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. García-Consuegra, J. Perea, J. Melgar, FJ. Rando, A. Durán, B. Jucha, MC Ortiz, AB Sánchez, P Salvá, R Manteca

UGC APARATO DIGESTIVO. HRU CARLOS HAYA. MÁLAGA.

Objetivos

El objetivo de este estudio es revisar la experiencia en CPRE en niños y adolescentes en un hospital de tercer nivel de adultos.

Material y métodos

Desde marzo 2010 hasta junio 2012 se han realizado en nuestro hospital 8 CPREs en menores de 18 años. Hemos analizado las características demográficas de los pacientes, las indicaciones de la CPRE, sus hallazgos y los procedimientos terapéuticos.

Resultados

Seis pacientes son mujeres, y dos hombres, con una media de 13 años. Las indicaciones para su realización fueron: un caso de

fístula biliar postcolecistectomía en el que se realizó esfinterotomía biliar; un estudio de pancreatitis aguda recurrente, realizándose esfinterotomía biliar y pancreática; dos casos de ictericia obstructiva por coledocolitiasis realizándose esfinterotomía biliar y extracción de cálculos; dos casos de pancreatitis aguda biliar con coledocolitiasis haciéndose esfinterotomía y extracción de barro biliar; y dos últimos casos de pancreatitis recidivante secundaria a páncreas divisum, en los que se realizó esfinterotomía de papila menor y colocación de prótesis pancreática. No se produjo ninguna complicación.

Conclusiones

La CPRE es una técnica eficaz y segura, en el manejo de la patología biliopancreática en las dos primeras décadas de la vida, cuando es realizada por endoscopistas bien entrenados y dedicados a ella.

P11. PAPEL DE LA ECOENDOSCOPIA EN LA PANCREATITIS CRÓNICA. NUESTRA EXPERIENCIA.

P. de la Torre-Rubio, JG. Martínez-Cara, V. Martos-Ruiz, M. López-de Hierro, J. de Teresa-Galván, E. Redondo Cerezo

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Objetivos

Análisis descriptivo de los datos ecoendoscópicos y complicaciones de las pancreatitis crónicas (PC) diagnosticadas en nuestro servicio, mediante ultrasonografía endoscópica (USE).

Material y métodos

Estudio prospectivo, observacional, descriptivo, en el que se seleccionaron aquellos pacientes diagnosticados de PC por USE en nuestro servicio entre Enero de 2011 y Junio de 2012. Se analizaron datos ecoendoscópicos y eventual presencia de complicaciones derivadas de la enfermedad.

Resultados

De 615 USE realizadas en nuestra Unidad, un 13.1% fueron diagnósticas de PC (86 pacientes). La edad media fue 55,15 años, y 70.9% eran varones. Un 46.5% fumadores, y un 43% con hábito enólico.

Para el diagnóstico de PC, se evaluaron los criterios presentes en la clasificación clásica (Wiersema) y en la de Rosemont.

- Clasificación clásica (número de criterios ecoendoscópicos de pancreatitis crónica):

-- Pacientes con:

- 3-4 criterios: 53.5%.
- 5-7 criterios: 39.5%.
- > 8 criterios: 7%.

- Criterios diagnósticos de Rosemont:

-- Pacientes con hallazgos:

- Indeterminados para PC: 37.2%.
- Sugestivos de PC: 26.8%.
- Consistentes para PC: 36%.

Un 69% de los pacientes presentaron complicaciones locales identificadas por USE: Calcificaciones: 45.8%. Tumor pancreático: 18.6%. Pseudoquistes: 16.8%. Estenosis duodenal: 6.8%. Trombosis del eje portoesplénico: 5%. Pseudoaneurisma: 3.5%.

Conclusiones

La USE se ha convertido en la técnica de elección para el diagnóstico de patología pancreática. En nuestra experiencia, la clasificación de Rosemont es superior en el diagnóstico de pacientes con elevada sospecha de pancreatitis crónica que presentan menos de 4 criterios clásicos.

P12. ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA PANCREATITIS AGUDA (PA) POST-CPRE

M Millán, P Ferrero, R Calle, A Martínez, J Ampuero, R Llorca, A Garrido, M Romero

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME, SEVILLA.

Objetivos

Análisis de las CPRE realizadas en nuestro hospital identificando las complicaciones del procedimiento y valorar las medidas preventivas para PA.

Métodos

Se incluyeron 157 casos entre junio-2012 y abril-2013, analizándose los resultados de la técnica y sus complicaciones; en pacientes de riesgo para PA post-CPRE se empleó diclofenaco o indometacina por vía rectal, asociado a la colocación de prótesis pancreática cuando por técnica de doble guía no se conseguía acceso biliar.

Resultados

49.7% eran hombres; edad media de 66.52 años (19-81). La indicación más frecuente fue coledocolitiasis.

Se canuló VBP al primer intento en 79/157; se realizó esfinterotomía a 73/157 pacientes, esfinteroplastia 15/157,

precorte a 4/157 y se colocaron prótesis biliares a 36/157. Se prescribió el supositorio en 30% (47/157), principalmente por canulación del páncreas 91% (43/47) y además a 18/47 se insertó prótesis plástica en el Wirsung.

Hubo 17 complicaciones: hemorragia 5.1% (8/17), todas leves; PA 3.8% (6/17), 5 leves y 1 moderada; colangitis 1.3% (2/17) y reacción alérgica al yodo 0.6% (1/17); no hubo mortalidad.

La PA no se relacionó con sexo, edad, indicación, procedimiento realizado y vía biliar normal; en cambio sí cuando se canulaba el Wirsung (OR=8.12). 1/6 PA post-CPRE se produjo en pacientes sin profilaxis y 5/6 cuando se empleó el supositorio o prótesis pancreática.

Conclusiones

La canulación del Wirsung es el principal factor de riesgo para pancreatitis post-CPRE. El empleo de supositorios de AINE y colocación de una prótesis pancreática en pacientes de riesgo disminuyen su incidencia y severidad.

P13. PRÓTESIS BILIARES METÁLICAS EN ESTENOSIS BILIARES BENIGNAS: NUESTRA EXPERIENCIA.

P. de la Torre, V. Martos-Ruiz, JG. Martínez-Cara, M. López-de Hierro, J. de Teresa-Galván, E. Redondo-Cerezo

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME, SEVILLA.

Introducción

Las prótesis biliares metálicas autoexpandibles constituyen una opción terapéutica para estenosis biliares benignas.

Objetivos

Describir nuestra experiencia en tratamiento de estenosis biliares benignas con prótesis metálicas autoexpandibles.

Métodos

Analizar casos de estenosis biliar benigna con colocación de prótesis biliar metálica autoexpandible, entre 2007-2013 en nuestro hospital.

Resultados

- Total 21 casos: 15 varones, 6 mujeres. Edad media 65.4 años.

- Etiología: cirugía de trasplante hepático 11, pancreatitis crónica 1, cirugía de vías biliares 1, otras 8.

- Presentación: colangitis 7, dolor abdominal 4, asintomáticos 10.

- Diagnóstico: ecografía 15, colangioRMN 3, TAC 1, colangiografía trans-Kehr 1.

- Previamente, 14 presentaban esfinterotomía y prótesis plástica 4.

- Tipo: metálica totalmente recubierta 18 pacientes (85.7%), metálica parcialmente recubierta 2, metálica no recubierta 1. Diámetro de prótesis más utilizada 10mm (17 pacientes); longitud más frecuente 80mm (47%).

- Complicaciones: 3 casos dolor abdominal, 3 migración, 2 pancreatitis postCPRE (uno éxitus).

- Resolución de estenosis en 17 (81%).

- 19 (90%) mejoraron clínicamente, disminuyendo colestasis.

- Recambiamos la prótesis por otra metálica en 3, se dejó indefinidamente en 6, añadimos prótesis plástica en 2, retiramos sin otra actuación en 8, requirió cirugía 1 y drenaje transparietohepático otro. 4 pacientes (19%) necesitaron tercera terapéutica: 2 recambio, 1 retirada definitiva y 1 añadir prótesis plástica.

- CPREs totales: 2 en 11 casos (52.4%), 3 o más en 6 (28.6%) y 1 en 4; prótesis metálicas totales: 1 en 17 pacientes y 2 en 4.

Conclusiones

Las prótesis biliares metálicas autoexpandibles recubiertas son eficaces para tratar estenosis biliares benignas, resolviendo más del 80 % de casos en nuestro estudio.

P14. RADIACIÓN IONIZANTE EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA. ESTIMACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS.

JA Rodríguez, F Argüelles, J Romero, B Maldonado, P Cordero, A Caunedo, JM Herrerías

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME, SEVILLA.

Objetivos

Estimar la dosis total de radiación ionizante recibida por paciente con pancreatitis aguda (PA) durante su ingreso en un hospital terciario e identificar los factores asociados con exposición a dosis de radiación altas.

Material y métodos

Se incluyeron 108 pacientes ingresados por PA durante el año 2011. Se calculó la dosis efectiva (DE) por paciente teniendo en

cuenta el número de tomografías computarizadas (TC) realizados durante su ingreso (valor promedio de DE por TC 19.8mSv). Según estudios, una DE > 50mSv está asociada a mayor riesgo de cáncer.

Resultados

La media de DE por paciente fue 38.2mSv. Los pacientes con ingreso hospitalario > 1 semana, severidad media o grave, complicaciones locales (abscesos y necrosis), sistémicas y Balthazar E estuvieron asociado a una DE > a 50mSv (15.7%).

Conclusiones

Un porcentaje considerable de pacientes con PA durante su hospitalización reciben dosis elevadas de radiación ionizante potencialmente carcinogénicas. La identificación de estos pacientes, la monitorización de la DE recibida y la utilización de pruebas de imagen que no utilicen radiación ionizante podrían contribuir a reducir dicha exposición.

P15. PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DENTRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON HEPATITIS C EN TRATAMIENTO CON BOCEPREVIR O TELAPREVIR EN TRIPLE TERAPIA

R Millán, J Funuyet, R Aparcero, M Romero-Gómez

U.G. M.Q. DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS Y CIBEREHD. SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. SEVILLA.

Objetivos

Analizar el impacto del manejo enfermero de los efectos secundarios en una consulta de proceso hepatitis víricas de pacientes con Hepatitis C en tratamiento con inhibidores de la proteasa (Telaprevir o Boceprevir), Interferón y Ribavirina.

Métodos

Se incluyeron 39 pacientes tratados con triple terapia (BOC, n=18; TELA, n=21). Se recogieron los efectos adversos, así como el control en las semanas programadas. Los pacientes recibieron información precisa sobre los posibles efectos adversos (anemia, rash, disgeusia, prurito anal) así como de su enfermedad, medidas de prevención, recomendaciones sobre el estilo de vida, asociaciones de pacientes con las que podían contactar y se les proporcionó un teléfono de contacto de la consulta de Enfermería. Analizamos la tasa de aparición de efectos adversos y comparamos con los datos de la cohorte CUPIC.

Resultados

Tratamos 18 pacientes con Boceprevir y 21 con Telaprevir, 72% cirróticos, 41% naives, 28% RR y 31% NR. La tasa de aparición

	BOC VALME (N=18)	BOC CUPIC (N=159)	p	TPV VALME (N=21)	TPV CUPIC (N=296)	p
No anemia	9 (50%)	107 (67%)	p=0,22	6 (29%)	208 (70%)	p<0.0003
Anemia 8.0-10.0g/dl	6 (33%)	36 (23%)		11 (52%)	58 (20%)	
No anemia	9 (50%)	107 (67%)	p=0.37	6 (29%)	208 (70%)	p<0.03
Anemia <8.0g/dl	3 (17%)	16 (10%)		4 (19%)	30 (10%)	
Rash	4 (22%)	0 (0%)	p<0.001	4 (19%)	22 (7%)	p<0.08
No rash	14 (78%)	159 (100%)		17 (81%)	274 (93%)	

de efectos adversos en comparación con el estudio CUPIC se muestra en la tabla.

Conclusiones

La planificación, seguimiento y evaluación personalizada desde enfermería en el manejo de pacientes tratados con triple terapia, dentro de un grupo multidisciplinar, mejora el registro y seguimiento de los efectos secundarios.

P16. VARIABLES RELACIONADAS CON LA RETIRADA DEL TRATAMIENTO CON TRIPLE TERAPIA CON IPS EN LA INFECCIÓN POR VHC

M González-Bárceñas¹, P Moreno-Mejías¹, A Romero-Ordoñez¹, F Fernández-Sánchez², F Fernández-Cano¹, M Gavilán-García¹, F Fernández-Pérez¹, F Rivas-Ruiz³, JM Navarro-Jarabo¹

1UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO.
2SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA.
3UNIDAD INVESTIGACIÓN.
AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. MÁLAGA.

Objetivos

La triple terapia con IPs (BOC o TVR) es el SOC del tratamiento del VHC. Nos proponemos analizar las retiradas de la triple terapia y qué factores han intervenido en la misma en nuestro centro.

Material y métodos

Se analizan los pacientes con VHC en los que se hizo intención de tratamiento, y excluimos aquellos que continuaron sólo con biterapia. Se definió retirada de tratamiento cuando se suspendía por efectos adversos o por ineficacia. Se analizan variables demográficas, virales, de cinética viral, tipo de respuesta y tratamiento, efectos adversos y grado de fibrosis.

Se realizó análisis estadístico y se realizó análisis de supervivencia con el tiempo de tratamiento (o retirada).

Resultados

Se analizan 49 pacientes, 35 varones, mediana de edad 53 años. 1) grado de fibrosis: F2:1; F3: 11; F4: 37; 2) Tipo de IP: BOC: 24; TVR 23; 3) Retratamientos: 38 (Recidivantes: 12; No Respondedores: 23; Desconocido: 3). Lead in en 31 casos: > 1 lg en 17 y < de 1 lg en 14. Se retiró el tratamiento en 20 pacientes, 14 (28.5%) por ineficacia. En 19 pacientes se produjo ≤ semana 24. El tiempo medio de tratamiento de tratamiento fue de 32.4 semanas (IC95: 27-37.8). La única variable relacionada con la retirada fue ser respondedor nulo previo - p 0.028 – y Lead < 1 lg (p 0.052).

Conclusiones

En nuestra cohorte de pacientes en casi la mitad se retira el tratamiento antes de la semana 24. Una tercera parte lo discontinúa por ineficacia, relacionándose ésta con el perfil de no respondedor a tratamiento previo, y a un perfil de lead-in desfavorable.

P17. EFICACIA TRANSFUSIONAL EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

P Ferrero, C Cano, R Calle, M Millán, A Martínez, R Llorca, J Ampuero, A Garrido, M Romero

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. SEVILLA.

Objetivos

Evaluar la eficacia transfusional en pacientes cirróticos y no cirróticos con hemorragia digestiva (HD).

Material y métodos

Estudio prospectivo de 171 pacientes que ingresan por HD, divididos en cirróticos (grupo 1) (n = 100) y no cirróticos (grupo 2) (n = 71). 121 hombres y 50 mujeres, con una edad media de 62,2 ± 14,7 años. Se analizan hábito tabáquico y etílico, consumo de AINEs, anticoagulantes, patología de base, hemoglobina (hb) pre y post-transfusional, número de concentrados de hematíes (CH), y además, en el grupo 1 el estadio de la cirrosis y presencia de infección al ingreso o durante el mismo.

Resultados

No hubo diferencias en cuanto a la edad, sexo, hábitos tóxicos, patología de base, toma de AINEs y anticoagulantes entre ambos grupos. La hb al ingreso en cirróticos fue 7,75 mg/dl y en los no cirróticos de 7 mg/dl (p = 0,001). Los cirróticos precisaron una media de 3.12 CH mientras que los no cirróticos 3.77. La mediana de la hb tras la transfusión en el grupo 1 fue de 8,9 mg/dl y en el grupo 2 de 9,6 mg/dl (p = 0,011). En el Grupo I no se observaron diferencias entre el estadio Child y la respuesta transfusional, pero sí con la aparición de infección durante el ingreso (p = 0,036).

Conclusiones

La transfusión sanguínea tras una HD es menos eficaz en pacientes con cirrosis, lo que no está relacionado con el estadio de la hepatopatía. La infección supone un efecto deletéreo sobre la eficacia transfusional en pacientes cirróticos.

P18. ELASTICIDAD TRANSITORIA ESPLÉNICA: RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE VARICES ESOFÁGICAS.

J. Aguilar-Reina

INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA. SERVICIO DE AP. DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Objetivos

Conocer si los valores obtenidos en la medición de la elastografía esplénica (FSe) son útiles para predecir la presencia de varices esofágicas en pacientes con hepatopatía crónica, y comparar su capacidad con la elastografía transitoria hepática (FSh).

Métodos

Se incluyeron todos los pacientes con enfermedad hepática crónica en que fue posible determinar la FSe entre 1.11.2011 y 31.12.2012 y se seleccionaron los que tenían realizada endoscopia oral dentro de los 3 meses anteriores o posteriores a la medición de la elasticidad. Se realizó estudio estadístico para determinar la capacidad de predicción de la existencia de varices esofágicas de FSe y FSh.

Resultados

De los 192 pacientes con medición adecuada de FSe, tenían endoscopia oral 98, de los cuales 39 presentaron varices esofágicas (FSh= 12-75 Kpa; FSe.=30,4-75 Kpa) y no el resto (FSh=4,4-70,6 Kpa; FSe= 16,3-75 Kpa). En relación con la presencia de varices, el área bajo la curva ROC para FSh y FSe fue respectivamente 0,754 y 0,865. El valor de 24,5Kpa para FSh muestra sensibilidad (S)=72,97, especificidad (E)=74,6, valor predictivo positivo (VPP)=0,64 y valor predictivo negativo (VPN)=0,81. Para FSe = 45,4 kpa, S=86,49, E=72,78, VPP=0,66, VPN: 0,89.

Conclusiones

La medición de elasticidad esplénica tiene una capacidad superior a FSh para predecir la presencia de varices esofágicas. Ambas mediciones son más potentes para, por debajo de valores concretos, descartar que se hayan desarrollado varices.

P19. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL CRIBADO DE LA INFECCIÓN POR VHB EN PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA INMUNOSUPRESORA

C. Duarte-Chang¹, M. J. Carrillo¹, I. Carmona¹, P. Cordero¹, S. Sandoval², E. Romero², S. Santana², A. Caunedo-Alvarez², J.M. Herrerías-Gutiérrez²

1UGC APARATO DIGESTIVO.
2UGC FARMACIA HOSPITALARIA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Objetivos

Los pacientes portadores del virus de la hepatitis B (VHB) y los que poseen antecedentes de infección pasada presentan un riesgo elevado de reactivación cuando reciben tratamiento inmunosupresor. El cribado del VHB en los pacientes con riesgo de reactivación vírica no es una práctica universalmente establecida. El objetivo del presente estudio consistió en conocer la frecuencia de la utilización de pruebas de cribado en distintas especialidades médicas que utilizan inmunosupresores en su práctica clínica habitual en un hospital de tercer nivel en la comunidad de Andalucía.

Métodos

Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de linfoma, artritis, enfermedad inflamatoria intestinal y psoriasis sometidos a los tratamientos inmunosupresores siguientes: Rituximab, Infliximab, entre otros, durante el período de 1 año. Los datos de los pacientes se obtuvieron de la base de datos de la UGC de Farmacia Hospitalaria. Los estudios serológicos y analíticos de la Historia Clínica digital.

Resultados

Se incluyó un total de 179 pacientes. En 88/179 se realizó algún marcador serológico de VHB, pero sólo en 26/179 el estudio fue completo (AgHBs, AntiHBc y AntiHBs); en 96/179 pacientes no se solicitó ninguna prueba de cribado. Los servicios de Reumatología, Hematología y Oncología fueron en los que con mayor frecuencia no se solicitaba ninguna prueba de cribado (44%; 26%; 19%).

Conclusiones

El cribado de VHB en pacientes sometidos a tratamiento inmunosupresor no es una práctica habitual en nuestro medio.

Nota: El cribado de VHB en pacientes sometidos a tratamiento inmunosupresor no se realizó de forma global en un 85% en el periodo estudiado.

P20. VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE LOS BIOMARCADORES FECALES PARA PREDECIR GRAVEDAD ENDOSCÓPICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

JM Vázquez Morón, H Pallarés Manrique, PG Casado Monge, B Benítez Rodríguez, M Ramos Lora

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Objetivos

Determinar la validez diagnóstica de calprotectina y M2-Piruvato kinasa (M2-PK) fecal para predecir gravedad de la actividad endoscópica y presencia de úlceras de gran tamaño en la enfermedad de Crohn.

Material y método

Se seleccionaron 40 pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn que presentaban actividad endoscópica. Se calculó el SES-CD y se midieron los niveles de calprotectina y M2-PK fecal. Se calculó las curvas ROC de los biomarcadores estimándose la sensibilidad y especificidad óptima para establecer el grado de actividad.

Este estudio pone de manifiesto la utilidad de los biomarcadores fecales (en este caso calprotectina y M2-PK fecal) para determinar la gravedad de la actividad en la enfermedad de Crohn. Estos biomarcadores son herramientas útiles para diagnosticar la enfermedad pero también parece que son válidas para determinar el grado de actividad desde el punto de vista endoscópico. Por lo que no sólo nos pueden aportar datos sobre si el paciente presenta la gravedad sino también como de grave pueden ser las lesiones endoscópicas que presenta en un determinado momento. Aunque es un estudio que presenta algunas limitaciones (tamaño muestral, punto de corte superior de calprotectina y M2-PK, etc) consideramos que los resultados son lo suficientemente relevantes para su aceptación.

Resultados

Calprotectina y M2-PK fecal presentaron diferencias significativas entre los grupos con actividad leve y moderada-grave, también fueron significativas entre los pacientes con úlceras > 2cms y los que presentaban úlceras de menor tamaño. El área bajo la curva (AUC) con respecto al grado de actividad endoscópica fue significativo para Calprotectina (AUC=0.76) y M2-PK (AUC=0.71). Calprotectina y M2-PK presentaron sensibilidad (S) y especificidad (E) de 70% para punto de corte óptimo de 300 µg/g y 16 U/l

respectivamente. M2-PK S 75% y E 63% para punto de corte de 9.5 U/l. Con respecto al tamaño de las úlceras > 2cms fue significativo para Calprotectina (AUC=0.85) y M2-PK (AUC=0.74). Calprotectina presentó S 75% y E 70% y M2-PK S 75% y E 63% para punto de corte de 250 µg/g y 9.5 U/l respectivamente.

Conclusiones

Calprotectina y M2-PK fecal son biomarcadores válidos para estimar la gravedad de la actividad endoscópica en base al SES-CD, pudiendo diferenciar actividad moderada-grave de actividad leve y establecer presencia de úlceras mayores de 2 cm.

P21. ESTENOSIS SINTOMÁTICAS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL; NUESTRA EXPERIENCIA EN TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA

E. López-González, V. Martos-Ruiz, P. de la Torre, JG. Martínez-Cara, M. López-de Hierro, J. de Teresa-Galván, E. Redondo-Cerezo

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Objetivos

Evaluar eficacia y características de la dilatación endoscópica de estenosis intestinales sintomáticas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en nuestro hospital.

Métodos

Análisis retrospectivo de dilataciones endoscópicas de estenosis intestinales sintomáticas en pacientes con EII, entre 2001-2013 en nuestro centro. Estenosis como disminución del diámetro que impide la progresión del colonoscopio de 12.9mm.

Resultados

- En total 18 pacientes (7 varones, 11 mujeres). Colitis ulcerosa 2 casos y enfermedad de Crohn 16 (88.9%).

- 15 pacientes con cirugía abdominal previa.

- Tiempo medio desde el diagnóstico de EII hasta primera dilatación 11.8 años.

- 5 pacientes (27.8%) presentaban 2 estenosis y 13 (72.2%) sólo una. Del total de 23 estenosis: 12 localizadas en anastomosis quirúrgica, 4 en colon, 2 en canal anal, 2 en íleon terminal, 1 en canal pilórico, 1 en recto-sigma, 1 en válvula ileocecal.

- Longitud media 4 cms.

- Utilizamos dilatador hidroneumático en el 100%, usando además, dilatador Savary-Gilliard en 2.

- Tratados con éxito 16 (88.9%).

- Solamente 2 complicaciones (1 perforación y 1 hemorragia autolimitada).

-Tiempo medio de seguimiento 4.5 años. 44% (8) presentó recaída clínica, en periodo medio de 12 meses post-dilatación; de éstos, 4 pacientes se sometieron a cirugía, y otros 4 a otra dilatación endoscópica (dos de los cuales sufrieron nueva recaída, precisando cirugía).

- En total, se evitó intervención en 12 de 18 casos (67%).

Conclusiones

La dilatación endoscópica de estenosis intestinales sintomáticas en pacientes con EII es segura y eficaz, permitiendo evitar o retrasar la cirugía, y pudiendo realizar 2ª dilatación con similar eficacia.

P22. COMPLICACIONES INFECCIOSAS DEL TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON EII

M.C. García-Marín, E. López-González, M. Úbeda-Muñoz, M.J. Cabello, R. Gómez-García, J. de Teresa-Galván

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Objetivos

Analizar las infecciones en pacientes con EII tratados con Infliximab o Adalimumab.

Métodos

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de infecciones en pacientes con EII tratados con Infliximab o Adalimumab, entre 1999-2012. Incluidas infecciones diagnosticadas según datos clínicos y analíticos, que requirieron tratamiento antimicrobiano.

Resultados

En total 145 pacientes, 59.3% (86) varones y 40.7% (59) mujeres. 77.95% (113) con EC y 22.1% (32) con CU. 62.1% (90) con Infliximab y 37.9% (65) con Adalimumab.

Incluimos 24 infecciones, un 16.6% del total de pacientes; 14 bacterianas, 7 víricas, 2 fúngicas y 1 paciente con infecciones bacteriana y fúngica.

17.7% (20) con EC y 12.5% (4) con CU, desarrollaron infección.

De pacientes con Infiximab un 16.7% (15) presentó infección y con Adalimumab un 16.4% (9).

Tratados concomitantemente con otro inmunosupresor un 62.1% (90): Azatioprina (40%), 6-mercaptopurina (15.2%), Metotrexate (3.4%), Corticoides (2.1%). De estos, el 18.9% (17) presentaron infección.

De las infecciones, el 30,8% (16) suspendió tratamiento frente al 8,6% (8) que no, diferencias estadísticamente significativas ($p=0.001$). 6 lo reanudaron tras resolverse la infección.

La media de edad al diagnóstico de la infección fue 40.5 años, desviación típica de 13.36 años.

La media de tiempo de tratamiento al diagnóstico de infección es 22.96 meses.

Conclusiones

No encontramos diferencias significativas en el riesgo de desarrollar infecciones entre pacientes tratados con Infiximab o Adalimumab, tampoco al asociar otro inmunosupresor. Hallamos mayor porcentaje de infecciones bacterianas, destacando 2 reactivaciones tuberculosa; seguidas de víricas, especialmente herpes zóster.

P23. LA RESONANCIA MAGNÉTICA PELVIANA DINÁMICA (RMPD) EN EL SÍNDROME DE DEFECACIÓN OBSTRUCTIVA

MA Romero1, N Aguilar3, F Fernández, M González1, MC García 1, F Rivas2, C Lozano3, A Pérez2

1SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

2UNIDAD DE INVESTIGACIÓN.

3UNIDAD DE RADIODIAGNÓSTICO.

AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

Objetivos

La defecación obstructiva (DO) precisa una anamnesis, exploración física, y pruebas de imagen como la videodefecografía (VD) y la manometría anorectal. La RMPD aparece como una herramienta diagnóstica alternativa. El objetivo es analizar y comparar la exploración clínica con los hallazgos de RMPD en pacientes con DO.

Material y métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo en pacientes con diagnóstico de DO sometidos a RMPD entre 2011 y 2013, realizando un estudio comparativo entre la exploración física y la RMPD. Se hizo un análisis descriptivo con medidas de posición para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Se valoró la concordancia entre hallazgos de rectocele en el tacto rectal y RMPD mediante kappa.

Resultados

Identificamos 20 pacientes con DO (100% mujeres) con anamnesis, exploración física detalladas y RMPD. La duración de los síntomas supera el año en 15/20 (75%). La digitalización está presente en 13/20 (65%). Presentan rectocele en 9/20 (45%) y 1/20 (5%) prolapso mucoso rectal. La RMPD evidencia cistocele en 12 (60%) y rectocele en 17 /20 pacientes (85%) con tamaño < 2cm 4/17(20%) y 9/17(65%) superior a 2 cm. Se modifica el ARA (ángulo rectoanal) en 16 pacientes. Los hallazgos exploratorios coinciden con los hallazgos en RMPD en un 84% en relación con el rectocele.

Conclusiones

La RMPD ofrece una evaluación global con gran definición del suelo pélvico, permitiendo objetivar mayor número de lesiones y aportando información complementaria para llegar al diagnóstico y plantear el mejor tratamiento en la DO.

P24. INFLUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CROHN EN LA CORRELACIÓN ENTRE CALPROTECTINA FECAL Y ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA

JM Vázquez-Morón, H Pallarés-Manrique, B Benítez-Rodríguez, M Ramos-Lora

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Objetivos

La influencia de la localización de la enfermedad de Crohn en la correlación entre la calprotectina fecal y la actividad endoscópica aún no está aclarada. El objetivo de este estudio es analizar la correlación entre los valores de la calprotectina fecal en las distintas localizaciones con respecto a la actividad endoscópica.

Material y método

Se realizó ileocolonoscopía y determinación de calprotectina fecal a 71 pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn. Definimos actividad endoscópica para SES-CD > 2.

Resultados

49 pacientes presentaban actividad (12 ileal, 14 cólica y 23 ileocólica) y 22 pacientes remisión (11 ileal, 3 cólica y 8 ileocólica). En presencia de actividad la mediana de calprotectina fue: ileal 244 $\mu\text{g/g}$, cólica 440 $\mu\text{g/g}$ e ileocólica 292 $\mu\text{g/g}$; mientras que en remisión fue: ileal 27 $\mu\text{g/g}$, cólica 102 $\mu\text{g/g}$ e ileocólica 85 $\mu\text{g/g}$. No hubo diferencias significativas entre las distintas localizaciones en cada grupo de actividad. Aunque sí se observaron diferencias significativas ($p < 0.001$) entre los grupos de actividad y remisión en las tres localizaciones (Figura 1). Calprotectina fecal y SES-CD presentaron una elevada correlación positiva ($r = 0.745$);

esta correlación fue similar en las localizaciones cólica ($r = 0.780$), ileal ($r = 0.727$) e ileocólica ($r = 0.706$).

Conclusiones

calprotectina fecal presenta una elevada correlación con la actividad endoscópica en pacientes con enfermedad de Crohn independientemente de la localización de la enfermedad. La actividad endoscopia es un factor independiente que se ha de tener en cuenta al valorar los niveles de calprotectina fecal en las distintas localizaciones.

El estudio realizado presenta una serie de aspectos relevantes en cuanto a la utilidad y manejo de los niveles de calprotectina fecal en los pacientes con enfermedad de Crohn tanto en situación de actividad como en remisión. Los biomarcadores fecal, sobre todo calprotectina fecal, están demostrando una gran utilidad a la hora de aportar datos indirectos, pero objetivos, de la verdadera actividad de la enfermedad de Crohn. Algunos estudios afirman que la correlación entre los valores de calprotectina fecal y la puntuación de los índices de actividad endoscópica dependen de la localización de la enfermedad, siendo esta correlación menor en la localización ileal pura con respecto a la afectación cólica o ileocólica, aunque ninguno de ellos aporta una explicación lógica. En este estudio se observa una elevada correlación entre los valores de calprotectina fecal y el índice endoscópico SES-CD independientemente de la localización de la enfermedad. Aunque es un estudio que presenta algunas limitaciones (tamaño muestral, punto de corte superior de calprotectina, etc) consideramos que los resultados son lo suficientemente relevantes para su aceptación.

P25. ACHALASIA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

P. de la Torre-Rubio, MJ. Rodríguez-Sicilia, MC. García-Marín, M. Ruiz-Cabello, J. de Teresa-Galván

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Objetivos

Analizar las características epidemiológicas, manométricas y endoscópicas de los pacientes diagnosticados de achalasia entre los años 2005–2012 en nuestro servicio.

Métodos

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, donde analizamos características epidemiológicas de nuestros pacientes, tipo de tratamiento y respuesta al mismo.

Resultados

De 68 pacientes, 72% eran varones. A todos se le realizó Manometría, la presión media fue 34.59 mmHg. Dilatación

endoscópica fue la opción terapéutica en el 82.14%. Un único paciente se trató con toxina botulínica, precisando posterior dilatación endoscópica. La cirugía (miotomía de Heller con técnica antirreflujo) fue de elección en un 7.4% de los pacientes. De los pacientes que se dilataron endoscópicamente un 65.2% sólo necesitó una dilatación, un 26.1% necesitó 2 dilataciones, un 6.5% 3 dilataciones, y sólo un paciente fue sometido a una 4ª dilatación. El tiempo medio transcurrido entre la 1ª y 2ª dilatación fue de 18 meses, y entre la 2ª y posteriores fue de 6.85 meses. De los pacientes que precisaron 2 dilataciones, un 55.6% presentan buena evolución, y un 11.1% se intervinieron. De los que precisaron 3 o 4 dilataciones el 100% acabó en cirugía por persistencia clínica.

Conclusiones

En nuestra serie la mayoría de los pacientes fueron tratados mediante dilatación endoscópica, precisando la mayor parte una única dilatación. Con una evolución a 5 años satisfactoria en los pacientes que se sometieron a una o dos dilataciones; sin embargo, a partir de la tercera dilatación la eficacia disminuye considerablemente.

P26. RECIDIVA TRAS EL CAMBIO DE DOBLE TERAPIA A MONOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Martínez-Alcalá, J. Ampuero, P. Guerrero, M. Millán, C. Cano, M. Rojas-Feria, M. Castro-Fernández, M. Romero-Gómez

UNIDAD DE GESTIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y CIBEREHD. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

Objetivos

Analizar la recidiva de la enfermedad en pacientes con cambio de terapia.

Métodos

Se incluyeron 394 pacientes con EII, 68.5% enfermedad de Crohn (EC) y el 31.5% colitis ulcerosa (CU). Se seleccionaron los pacientes en remisión clínica y se valoró la recidiva a los seis meses y al año de haberse suspendido uno de los fármacos (MT). Se consideró recidiva cuando el paciente presentó brote de actividad moderado-grave.

Resultados

El cambio de DT por MT fue realizado en 66 pacientes. El 14.9% recidivaron en los seis primeros meses y el 23.4% al año, sin observar diferencias entre EC y CU. Mostraron recidiva a los 6 meses el 30.8% de los pacientes tratados en MT con biológicos y el 8.8% de los tratados en MT con IMS ($p > 0.05$) sin ser influida por el sexo, edad, hábito tabáquico, fenotipo, extensión de la enfermedad o tipo de EII. En el primer año, recidivaron el 30.8% de los tratados

en MT con biológicos y el 20.6% de los tratados en MT con IMS ($p > 0.05$). Solo se observaron diferencias en los pacientes de menor edad.

Conclusiones

El 76.6% de los pacientes con EII, en remisión clínica con DT, se mantuvo en esta situación al año. La remisión clínica se mantuvo en el 79.4% y en el 69.2% de los pacientes en MT con IMS y con biológicos, respectivamente. La edad se asoció de forma significativa con la recidiva al año de suspenderse DT.

P27. INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ATENDIDOS EN NUESTRA CONSULTA. RESULTADOS PRELIMINARES.

F. Argüelles-Arias, L. Castro-Laria, A. Benítez-Roldán, R. Perea, Á. Caunedo-Álvarez, J.M. Herrerías-Gutiérrez

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Objetivos

Dado el aumento extraordinario de pacientes y la necesidad creciente de recursos se hace necesario conocer la incidencia y características de los pacientes con EII.

Así, el objetivo es analizar la incidencia y características de la EII en nuestra área Sanitaria.

Material y métodos

Se han incluido 626 pacientes, utilizando la base de datos ENEIDA del grupo GETECCU. Se ha realizado un estudio descriptivo y comparativo de los resultados.

Resultados

La incidencia de EII en nuestra área es de 9.07 casos por 100.000 habitantes y año (datos preliminares). De los 625 pacientes recogidos, 9 pacientes tienen una colitis indeterminada y del resto, el 42% son pacientes con CU y el 58% con EC (diferencias sin significación estadística). Del total, un 44% son mujeres y un 56% son hombres.

En cuanto a la edad del diagnóstico de la EII: el 15,6% de los pacientes con CU y el 24,6% de los pacientes con EC se diagnosticó antes de los 30 años ($p < 0,05$).

En cuanto a tratamientos:

- El 53,7% de los pacientes con EC reciben tratamiento con Inmunomoduladores frente al 31,2% de pacientes con CU ($p < 0,05$)

- El 32,2% de los pacientes con EC han recibido tratamiento con Biológico frente a un 11,8% de los pacientes con CU ($p < 0,05$)

- El 33,6% de los pacientes con EC han sufrido algún tipo de intervención quirúrgica frente al 9,9% de los pacientes con CU ($p < 0,05$).

Conclusiones

En el momento actual atendemos un mayor número de pacientes con EC, aunque sin significación estadística. Estos pacientes suelen requerir tratamientos más complejos y un mayor porcentaje de cirugías.

Creemos que, aunque son resultados preliminares, aportan interesantes datos de la situación actual de la EII en nuestra zona.

P28. PÓLIPOS GÁSTRICOS Y SU RELACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA CON LA ADMINISTRACIÓN A LARGO PLAZO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA DE SEVILLA

A. Cedeño-Zambrano, M. Rodríguez-Téllez, F. Pellicer-Bautista, Á. Caunedo-Álvarez

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Objetivos

Conocer el tipo histológico, localización y prevalencia de los pólipos con la administración de inhibidores de la bomba de protones.

Material y método

Se recogieron 270 pacientes de 26000 procedimientos realizados en el Hospital Virgen Macarena. Los factores de riesgo que se tomaron en cuenta para el estudio fueron: el género, la edad, la infección por H. pylori y la ingesta continua de IBPs durante un año.

Resultados

De 26000 endoscopias altas se detectaron 270 pólipos gástricos (1,03%). Los pólipos se ubicaron en el cuerpo gástrico (51.1%), antro (32.2%) y fundus (15.9%). Los pólipos hiperplásicos corresponden al 55.6%, los adenomatosos/ adenocarcinoma (28.5%), glándulas fúndicas (14%), otros (1.1%). Se demostró una relación del pólipo hiperplásico con la infección por H. Pylori frente a los no infectados (60.2% vs 46%); y con el adenocarcinoma (24.3% vs 0%) $p < 0.0001$, sin embargo no existió relación con la aparición de pólipos de glándulas fúndicas (3.3% vs 36%) ni con adenomas (11.6% vs 13.4%) $p < 0.0001$. El 70% llevaban consumiendo IBPs por más de un año, no se vio relación entre la localización del pólipo

y el consumo de IBP ($p= 0.186$) pero si se observó que el 17.5% de los pacientes con pólipos de glándulas fúndicas consumían IBPs $p<0.0001$.

Conclusiones

En nuestra serie los pólipos hiperplásicos y adenomatosos fueron los más frecuentes, la medicación con IBP por sí misma no induce la aparición de los pólipos.

P29. LACTEST VERSUS TEST DE SOBRECARGA ORAL EN LA INTOLERANCIA ORAL A LA LACTOSA. ESTUDIO COMPARATIVO.

B. Benítez

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Objetivo

Comparar la eficiencia y eficacia de la curva de glucemia y el test de gaxilosa (Lactest).

Método

Se compara la curva de glucemia con el test de gaxilosa en pacientes con clínica sugestiva de intolerancia a la lactosa. Posteriormente se interrogó al paciente sobre la aparición de síntomas de intolerancia a la lactosa tras ambas pruebas y se realizó un análisis de costos.

Resultados

2 pacientes diabéticos fueron excluidos (falsos negativos en la curva de glucemia). 10 pacientes incluidos (4 hombres/6 mujeres), edad media 42 años (30-65 años), resultando intolerantes a la lactosa completa el 70% (40% curva plana y 30% curva semiplana) según la curva de glucemia (S 69,44%, E 78,35%) frente al 40% según el test de gaxilosa (S 93,52%, E 91,75%). Tras la prueba se desarrollaron síntomas en 60% tras curva de glicemia frente al 0% tras test de gaxilosa. El gasto calculado para la curva de glucemia fue de 140 euros/paciente frente a 45 euros/paciente del test de gaxilosa.

Conclusiones

El diagnóstico de intolerancia a la lactosa se realiza en la mayoría de los centros de salud con el test de hidrógeno espirado o con el test de tolerancia según la disponibilidad de cada centro. El test de gaxilosa presenta, además de mayor sensibilidad y especificidad, el ser no invasivo, no llevar a confusión en su interpretación, ausencia de efectos secundarios, no contraindicado en diabéticos y el ser coste-efectivo, lo que pondría al test de gaxilosa como gold estándar para el diagnóstico de la intolerancia a la lactosa.



P30. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES ASOCIADAS

I. Pérez, S. Marín, M.Guerrero, V. García, E. Flores, F. Gómez

UNIDAD CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Objetivos

Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y manifestaciones extraintestinales (MEI) asociadas en nuestro medio y analizar los factores asociados a su desarrollo.

Material y métodos

Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos, incluyendo 114 pacientes de nuestra base de datos con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC) y afectación extraintestinal asociada. Se recogieron variables demográficas, epidemiológicas, relacionadas con la enfermedad y relacionadas con las manifestaciones extraintestinales. Se llevó a cabo un análisis descriptivo. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico Gstat.

Resultados

La edad media de los pacientes fue 45 años (+/- 13.5). El 51.75% (59) eran mujeres. Un total de 78 casos (68.42 %) tenían una EC, ileocólica (L3) en 39 pacientes (50%). El patrón evolutivo más frecuente fue el inflamatorio (B1) con 44 casos (56.41%). Un total de 32 pacientes (41.03%) tenían enfermedad perianal. En cuanto a los 36 pacientes (31.58%) con CU, 14 (38.89%) tenían colitis distal y 12 (33.33%) colitis extensa. La espondilitis anquilopoyetica (28.04%), el eritema nodoso (25.44%) y la sacroileitis (10.53 %) fueron las MEI más frecuentes. La aparición de MEI fue más predominante en los pacientes con EC que en aquellos con CU ($p=0.04$). Se encuentran diferencias significativas entre el desarrollo de MEI y el tabaquismo MEI ($p=0.0002$)

Conclusiones

La manifestación osteoarticular fue la más frecuente entre nuestros pacientes. Dada la repercusión de dichas manifestaciones se requiere un manejo multidisciplinar.

P31. SCORE DE SINTOMAS DURANTE LA REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO CON SOBRECARGA DE FRUCTOSA (TAF) EN EL DIAGNOSTICO DE INTOLERANCIA A LA FRUCTOSA (IF)

M Lozano-Lanagrán¹, EV Toscano-Castilla¹, F. Martín-Ocaña¹, J Cotta-Rebollo¹, MC López-Vega¹, P Rosón- Rodríguez¹, A Pérez-Aisa²

1UNIDAD DE DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN. MÁLAGA.
2UNIDAD DE DIGESTIVO. AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. MÁLAGA.

Resumen

La intolerancia a fructosa (IF) es una entidad infradiagnosticada por parte de los gastroenterólogos. El test de hidrogeno espirado (TAF) ha demostrado ser el gold standard para el diagnóstico de IF pero quedan controversias por resolver.

Objetivos

Determinar el número de diagnósticos de IF en nuestra Unidad y la utilidad del score de síntomas durante la realización del TAF.

Material y métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo que analiza los TAF realizados en la Unidad de Motilidad entre 2012 y 2013. Se realiza TAF según protocolo habitual con sobrecarga de 25 gr de fructosa. Se consideran positivos incrementos de H₂ mayores a 15 ppm ó 10 ppm de CH₄ respecto al basal. Se utiliza cuestionario dirigido durante TAF: 0 sin síntomas, 1 disconfort general, 2 disconfort abdominal, 3 distensión abdominal, 4 dolor abdominal, 5 diarrea.

Resultados

Se realizaron 85 TAF (57 mujeres, 28 hombres). Los síntomas de indicación del TAF son distensión abdominal (18%, 16/85), dolor abdominal (14%, 12/85), diarrea (13%, 11/85). Son 21 TAF positivos (19 en H₂ y 2 en CH₄), 62 negativos y 2 dudosos. De los 21 pacientes con curva compatible con IF, 18 presentaron score positivo (>0), los 3 restantes score 0. Los dos pacientes con curvas dudosas presentaron síntomas tras la toma del reactivo, estableciendo el diagnóstico clínico de IF. No obstante hasta un 14% (12/85) presentaron score positivo durante el TAF que fue negativo.

Conclusiones

En nuestra serie la IF aparece en el 24.7% de los pacientes con síntomas gastrointestinales sugerentes de patología funcional. El score de síntomas es una herramienta útil durante la realización de TAF.

P32. ERRADICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI UTILIZANDO NUEVAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN UNA POBLACIÓN CON ALTA RESISTENCIA A LA CLARITOMICINA

ML González-Bárceñas¹, JM Navarro -Jarabo¹, MC García-Gavilán¹, N Fernández-Moreno¹, MA Romero-Ordoñez¹, F Fernández-Cano¹, F Rivas², JP Gisber³, A Pérez-Aisa¹

1UNIDAD DE DIGESTIVO AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL.
2UNIDAD DE INVESTIGACIÓN AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL.
3UNIDAD DE DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA E INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA PRINCESA. MADRID.

Resumen

La erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) ha disminuido en nuestra zona a <80% en los últimos años principalmente debido a un aumento de su resistencia a claritromicina >15%, limitando el uso de la triple terapia estándar. La III Conferencia Española de Consenso recomienda utilizar otras terapias de primera línea en zonas donde esta resistencia es >15-20%.

Objetivos

Determinar la tasa de erradicación de la infección por Hp en una población con alta resistencia a claritromicina tratada con triple terapia optimizada (O14), terapia concomitante 10 días (C10) o 14 días (C14) o terapia secuencial (S).

Método

Análisis prospectivo de pacientes naïve con infección por Hp tratados con uno de los siguientes: O14 (esomeprazol 40mg/12h, claritromicina 500mg/12h, amoxicilina 1gr/12h), C10 o C14 (IBP/12h, claritromicina 500mg/12h, amoxicilina 1gr/12h, metronidazol 500mg/12h) y S (5 días IBP/12h, amoxicilina 1gr/12h seguido de 5 días IBP/12h, claritromicina 500mg/12h, metronidazol 500mg/12h) S. La erradicación fue comprobada con la prueba del aliento con 13C-urea.

Resultados

55 pacientes (63,6% mujeres, 36,4% hombres) con una mediana de edad de 50,00 (±15,74) fueron incluidos (27,3% fumadoras, 9,1% dispepsia no investigada, 58,2% dispepsia funcional, 25,2% úlcera péptica, 7,1% otros diagnósticos) y tratados

con O14 34,5%, C10 38,2%, C14 21,8% y S 5,5%. 85,5% erradicaron la infección (84,2% optimizada, 89,5% concomitante, 91,7% concomitante plus, 100% secuencial). Los efectos adversos más frecuentes fueron dolor abdominal (10,9%), sabor metálico (9,1%) y diarrea (9,1%).

Conclusiones

Los resultados preliminares sugieren que estas nuevas estrategias terapéuticas son una alternativa válida en zonas con alta resistencia a claritromicina, aunque son necesarios más estudios.

P33. APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE OSLO EN LA ENFERMEDAD CELIACA: ¿ÚTILES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA?

ML González-Bárceñas¹, MC García-Gavilán¹, MA Romero-Ordoñez¹, F Fernández-Cano¹, F Rivas², T Pereda-Salgado³, A Pérez-Aisa¹

1UNIDAD DE DIGESTIVO AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL.
2UNIDAD DE INVESTIGACIÓN AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL.
3UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. MARBELLA. MÁLAGA.

Resumen

Los criterios Oslo recientemente publicados proporcionan una terminología uniforme que facilitaría la clasificación de la enfermedad celiaca (EC).

Objetivos

Clasificar en función de los criterios Oslo a los pacientes diagnosticados de EC desde 2008 a 2012. Valorar uso de herramientas diagnósticas y seguimiento en EC.

Material y métodos

Análisis descriptivo transversal de pacientes >18 años diagnosticados de EC entre 2008 y 2012, incluyendo datos demográficos, sintomatología presente, métodos diagnósticos, evolución con dieta sin gluten y seguimiento.

Resultados

87 incluidos, 27 hombres, 59 mujeres, con una media de edad 40,99 ($\pm 15,73$). 87,7% se clasifican como sintomáticos inicialmente, 9,2 silentes y ninguno como latente ni potencial. Con las "criterios Oslo", los pacientes sintomáticos (92%) presentaban principalmente síntomas no clásicos al diagnóstico (88,5%, síntomas digestivos más frecuentes dispepsia 48,3% y SII 32,2%, síntomas extradigestivos más frecuentes (anemia ferropénica 39,1% e hipertransaminasemia 16%). Una minoría de pacientes sintomáticos presentaba sintomatología clásica (3,4% pérdida de peso). 73,6% presentaban Ac anti TG elevados al diagnóstico. El grado histológico más frecuente al diagnóstico fue Marsh 3a. Estudio genético fue realizado en 6,8% de los pacientes (HLA DQ2 +

en 5,7%, DQ8 + en 1,1%). 2 de los pacientes fueron diagnosticados por cribado. El cumplimiento total de la dieta sin gluten fue registrada en 65,5%, parcial en 13,8% y nulo en 2,3%. 32,2% fueron perdidos del seguimiento.

Conclusiones

Las nuevas definiciones siguiendo los criterios Oslo permiten obtener información directa con respecto a la sintomatología predominante, permitiendo una clasificación práctica y comparable. Debemos mejorar nuestras estrategias de diagnóstico.

P34. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE COLITIS ULCEROSA EN LA PROVINCIA DE HUELVA. DATOS DE UN HOSPITAL COMARCAL.

B. Benítez¹, R.M. Benítez², J.M. Vázquez¹, H. Pallarés¹, M. Ramos¹

1HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.
2HOSPITAL VIRGEN DE VALME. SEVILLA.

Objetivos

conocer los distintos aspectos epidemiológicos de la colitis ulcerosa en la provincia de Huelva.

Material y métodos

se realizó un estudio retrospectivo (1970-2012) acerca de los pacientes diagnosticados de colitis ulcerosa en el área de influencia del hospital Juan Ramón Jiménez con una población total de 148568. Se analizaron la distribución por sexos, la edad media, antecedente tabáquico, antecedentes familiares, método diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico. Se compararon los resultados, se realizó el análisis estadístico y compararon los datos con los de la bibliografía. La tasa bruta de incidencia se ajustó por el método directo usando como referencia la población estándar de Europa (Intervalo de confianza 95%).

Resultados

Se estudiaron 250 pacientes con colitis ulcerosa, 130 hombres (52%) y 120 mujeres (48%). La edad varía de entre 82 hasta 21 años con una media de 50.35 años. Con respecto al hábito tabáquico 6 son exfumadores (2,4%); 111 fumadores (44.4%) y 133 no fumadores (53.2%). La asociación familiar fue del 3,2% (18 pacientes). El diagnóstico fue mediante colonoscopia con confirmación histológica en el 100% de los casos. Hubo 4 casos de colectomía en estos 20 años consecuencia de colitis severa refractaria a tratamiento (1,6%). La tasa de incidencia ajustada por edad y sexo fue de 6,3 por 100.000 habitantes/año.

Conclusiones

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a edad y sexo con respecto a las publicaciones

existentes siendo la incidencia algo menor que la de otras comunidades andaluzas y el norte de Europa.

P35. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

PG Casado1, JM Vázquez1, C Nuñez1, R González1, J Conde2

1SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
2SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Objetivos

Describir el perfil de una serie de casos diagnosticados de esofagitis eosinofílica en los dos últimos años en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Material y métodos

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de una serie de casos de esofagitis eosinofílica recogidas en la base de datos del servicio de anatomía patológica de los años 2011-2012 en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Resultados

Se registraron un total de 16 pacientes de los cuales el 87% eran hombres. El rango de edad fue de 12-57 años con una mediana de 35 años. En cuanto a la indicación de realización de endoscopia, en 9 ocasiones fue por disfagia, en 3 por impactación alimentaria, otras 3 por sospecha de esofagitis eosinofílica según indicación facultativa y en 1 de ellas por diarreas. En cuanto a los hallazgos endoscópicos, en 12 de los 16 casos estudiados se objetivaron alteraciones de la mucosa esofágica, siendo las estrías longitudinales el hallazgo más frecuente.

Conclusiones

Los perfiles de los pacientes analizados son similares a los descritos en la literatura, siendo la mayoría de ellos pacientes varones jóvenes con una mediana de edad en torno a los 35 años. Además, hemos observado como en el 75% de los casos se pueden objetivar hallazgos endoscópicos que hagan pensar en la existencia de una esofagitis eosinofílica.

P36. TEST DE HIDRÓGENO ESPIRADO EN SOSPECHA DE INTOLERANCIA A LACTOSA Y FRUCTOSA

M.C. García-Marín, P. de la Torre-Rubio, M.J. Rodríguez-Sicilia, M. Ruiz-Cabello, J. de Teresa-Galván

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Objetivos

Evaluar el test de hidrógeno espirado en intolerancia a lactosa y fructosa-sorbitol en pacientes con sospecha clínica remitidos desde consulta de digestivo.

Método

Análisis retrospectivo, observacional, descriptivo de casos de intolerancia a lactosa y/o fructosa-sorbitol remitidos desde consulta de digestivo con esa sospecha entre 2009-2012.

Resultados

a) En total 305 pacientes, 36.7% (112) diagnosticados de intolerancia a lactosa, 39.4% (41) de los hombres y 37% (71) de las mujeres, con media de edad 35.09 +/- 15.44 años.

Los sujetos con test positivo se remitieron por: 37% diarrea, 47.1% meteorismo, 33.3% molestias abdominales, 38% dolor abdominal y 25% náuseas o vómitos; 45.5% más de un síntoma. La asociación con el meteorismo resultó estadísticamente significativa (OR de 1.73 (p=0.046)).

Tiempo medio en que la prueba da positivo es 83.35 +/- 29.03 minutos.

El grado de intolerancia fue 12.5% leve, 35.7% moderada, 50% grave.

b) Al 57.61% (106) con test de lactosa negativo se les realizó test de fructosa-sorbitol, positivo en 34.91% (37).

De estos, presentaban diarrea 41.8%, meteorismo 34.2%, malestar abdominal 34.8%, dolor abdominal 42.1% y náuseas o vómitos 50%; 45.01% más de un síntoma.

El grado de intolerancia fue 35.29% leve, 43.14% moderado y 21.57% grave.

El tiempo medio en que da positivo es 80.51 +/- 27.83 minutos.

Conclusiones

El test de hidrógeno espirado para intolerancia a lactosa y fructosa-sorbitol es sencillo e inócuo, permitiéndonos diagnosticar aproximadamente a dos tercios de pacientes remitidos desde consulta con sospecha clínica.

P37. ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN REMISIÓN

JM Vázquez-Morón, B Benítez-Rodríguez, H Pallarés-Manrique, M Ramos-Lora

SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Objetivos

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que están en remisión presentan un alto riesgo de falta de adherencia terapéutica. Nuestro estudio fue diseñado para analizar el cumplimiento del tratamiento y estudiar los factores implicados.

Material y método

51 pacientes con EII en remisión clínica (24 colitis ulcerosa y 27 enfermedad de Crohn) fueron encuestados sobre la adherencia al tratamiento y las creencias de los medicamentos.

Resultados

El 51% presentaron algún tipo de falta de adherencia. De estos un 88% reconoce alguna falta de adherencia involuntaria: 62% olvidarse alguna toma y 26% ser descuidado con las tomas. Un 12% reconoce falta de adherencia voluntaria: 9% interrumpe el tratamiento cuando se siente mejor y 3% cuando se siente peor. El 92% de los pacientes manifiestan necesidad de tomar la medicación y un 28% presenta preocupación por la misma. Presentan algún tipo de falta de adherencia el 33% de los pacientes con actitud de aceptación, el 62% con actitud ambivalente, el 50% de los indiferentes y el 100% de los escépticos. Consumo de tabaco, tratamiento con mesalazina o corticoides, baja calidad de vida, localización ileal y proctitis se relacionaron con menor adherencia al tratamiento.

Conclusiones

Al menos la mitad de los pacientes con EII que están en remisión clínica pueden presentar algún tipo de falta de adherencia. En la mayoría de los casos esta suele ser involuntaria. El tabaco, el tratamiento, la calidad de vida y la localización de la enfermedad pueden relacionarse con la adherencia al tratamiento.

P38. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA COLITIS MICROSCÓPICA EN NUESTRO MEDIO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

C. Núñez-Sousa, R. Osuna-Molina, M. Maraver-Zamora, M. Ramos-Lora

SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Objetivos

Describir las características clínicas y epidemiológicas de la CL y la CC así como estudiar la rentabilidad diagnóstica de las biopsias tomadas durante la realización de la colonoscopia.

Material y método

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes diagnosticados de CM en nuestro medio en los últimos 5 años.

Resultados

Se han diagnosticado 12 pacientes con CM, de los cuales eran 9 mujeres y 3 hombres (75 % y 25% del total respectivamente), con una edad media de 54.3 años, siendo la edad más temprana 36 y la más tardía 71 años. En un 91.6% de las peticiones de colonoscopia existía la indicación de toma de muestras para el despistaje de CM. En un 75% de los casos se tomaron las biopsias escalonadas y en un 25 % en un solo tramo. El síntoma predominante fue la diarrea un 91,6% y un 8.3% por pérdida de peso y rectorragia. Entre otros hallazgos endoscópicos encontramos en un 41.6% de los casos hemorroides internas, pólipos en un 16.6% y en un 8.3% divertículos.

Conclusiones

1. La CM ocurre principalmente en mujeres de edad media.
2. La diarrea crónica es la forma más frecuente de presentación.
3. Prácticamente en el 100% de los casos se había tenido en cuenta esta patología en el diagnóstico diferencial de la diarrea crónica (como queda reflejado en las indicaciones de la endoscopia).

P39. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE PÓLIPOS GÁSTRICOS EN NUESTRO HOSPITAL

C. Núñez-Sousa, R. Osuna-Molina, B. Benítez-Rodríguez, H. Pallarés-Manrique, M. Ramos-Lora

SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Objetivos

Determinar la frecuencia de pólipos gástricos así como analizar sus características endoscópicas e histológicas en los último año (Enero 2012-Enero 2013).

Material y método

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de aquellos pacientes que presentaban pólipos gástricos al realizarse una endoscopia.

Resultados

Se encontraron 114 pacientes con pólipos gástricos. Se incluyeron pacientes entre los 18 y los 80 años de edad, con una mediana de 68 y una media de 61 +/- 16, siendo un 59,2% mujeres y un 40.8% hombres. 78 pacientes fueron tratados previamente con IBP por clínica dispéptica. Entre las características anatomopatológicas destacan un 42,1% hiperplásicos y un 30.7% inflamatorios, encontrando malignidad solo en el 7.9% de los pólipos biopsiados. La mayoría de los pólipos fueron únicos (53.5%) localizados sobre todo en cuerpo (34.2%) y en antro (25.4%). Un

54.4% de los pólipos tenían un tamaño entre 3-6 mms y un 18.4% mayores de 1 cm. El pólipo hiperplásico fue el más relacionado con el tratamiento previo con IBP coincidiendo en 36 de 78 pacientes tratados (46.1%).

Conclusiones

1. Los pólipos más frecuentes son los hiperplásicos coincidiendo en alto porcentaje con pacientes tratados previamente con IBP.
2. La mayoría de los pólipos son únicos y de tamaño inferior a 6 mm.
3. Se localizan preferentemente en cuerpo y antro gástrico.

P40. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN NUESTRO MEDIO

E. López-González, V. Martos-Ruiz, Ad. Sánchez-Capilla, M. Úbeda-Muñoz, M. García-Marín, J. De Teresa-Galván

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

Es el 4º tumor más frecuente en varones y el 5º en mujeres, predominante en países en vías de desarrollo.

Objetivos

Análisis epidemiológico de los pacientes diagnosticados en nuestra área en 2011-2012.

Material y método

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo utilizando SPSS 11.0.

Resultados

De 89 pacientes diagnosticados de cáncer gástrico, 61(68.5%) eran hombres y 28(31.5%) eran mujeres. Edad media de 71.76 +/-11.2 años.

40.4% fumador/exfumador y 56.2% no fumador. 18% consumidor de alcohol y 79.8% que no.

68.5%(61) vivían en medio rural y 31.5% en urbano.

6.7% (6 pacientes) tenían cirugía gástrica previa y 93.3%(83 pacientes) sin él.

Solo un caso (1.1%) presentaba anemia perniciosa. 5.6%(5) con antecedentes familiares de cáncer gástrico.

23.6%(21) presentaban un estadio T3 al diagnóstico, 13.5%(12) un T4, 7.9%(7) un T2 y el 1.1%(1) un T1. El 23.6%(21) presentaba metástasis al diagnóstico.

El tipo histológico más frecuente ha sido el adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado, identificado en el 85.4%(76, seguido por un 7.9%(7) con adenocarcinoma tipo intestinal.

La supervivencia al año del diagnóstico es del 62.9% (56) y no han superado el año de vida en un 37.1%(33).

Conclusiones

- El 40.4% tenía relación con el tabaco.

- La mayoría se diagnostican en un estadio avanzado y, de ahí, que un 37.1% no supere el primer año tras el diagnóstico. Por ello, es de gran importancia realizar un diagnóstico precoz.

P41. ¿TIENE COMPLICACIONES EL TRATAMIENTO DEL ESÓFAGO DE BARRETT CON DISPLASIA DE ALTO GRADO CON RADIOFRECUENCIA (HALO)?

F. Martínez-Alcalá García1, J.M. Pérez-Pozo1, A. Martínez-Alcalá García1, J.A. Ciria-Ávila2, F. Martínez-Alcalá1

1CENTRO ANDALUZ DE GASTROENTEROLOGÍA INTEGRAL, SEVILLA.
2HOSPITAL VIRGEN DE VALME. SEVILLA.

Introducción

El esófago de Barret es el mayor factor de riesgo para el desarrollo de un adenocarcinoma esofágico, . El riesgo de progresión, sin displasia se estima en torno al 0.12- 0.4% por año y entre 5.6% - 6.6% al años en caso de displasia de alto grado. El tratamiento ablativo con radiofrecuencia , consigue unos resultados de erradicación de esófago de barrett superiores al 90% en la mayoría de los casos, con descripción de escasas complicaciones debido a la técnica.

Objetivos

Presentamos de forma retrospectiva , nuestra experiencia inicial en el tratamiento del esófago de Barrett mediante radiofrecuencia (HALO.) con especial hincapié en la seguridad y realización de la técnica.

Material y método

Realizamos el tratamiento en cuatro pacientes de forma secuencial mediante el sistema HALO 360 , para ablación circunferencial y HALO 90 para la ablación de islotes residuales, hasta su erradicación completa.

Resultados

Llevándose a cabo un total de 7 sesiones sin complicaciones relevantes en cuanto a la técnica tanto inmediatas como tardías.

Se realiza sobre uno de ellos mucosectomía completa de nódulo residual, informado como adenocarcinoma, que no sobrepasa lámina propia (T1a)

Se realiza seguimiento al mes, a los tres meses a los 6 meses y al año, comprobándose erradicación completa de metaplasia intestinal en todos ellos.

Conclusiones

Por tanto, pensamos que es una técnica con amplio perfil de seguridad, sencilla técnicamente y con muy buenos resultados en el seguimiento de la erradicación del esófago de Barrett.

P42. POLIPECTOMÍA DE PÓLIPOS GÁSTRICOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE 20 AÑOS.

C. González-Alayón, S. Marín-Pedrosa, C. García-Caparrós, AJ Hervás -Molina, C. Gálvez-Calderón, A. González-Galilea, A. Naranjo-Rodríguez, V. García-Sánchez, M. Pleguezuelo-Navarro, L. Casáis-Juanena

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Objetivos

Conocer las características endoscópicas, anatomopatológicas y las técnicas de polipectomía en pólipos gástricos. Determinar frecuencia de complicaciones tras polipectomía gástrica endoscópica y los posibles factores relacionados.

Material y método

Estudio retrospectivo (01-1993 a 05-2013) de pacientes sometidos a polipectomía gástrica endoscópica. Se recogieron variables demográficas, clínicas y del procedimiento de una base de datos para codificación de informes.

Resultados

Se realizaron 312 polipectomías gástricas (0,32% de 96.751 exploraciones). Edad media 64,38 años (rango 14-89 años), 58,97% mujeres. Tamaño medio 9,48 mm. (mediana 6 mm. rango 1-80 mm. Localización: cuerpo (32,69%), antro (33,33%), siendo 33,97% pediculadas y 36,54% sesiles. Estudio anatomopatológico: pólipos hiperplásicos 58,66%, inflamatorios 5,45% y adenomatosos 5,13% Técnica de polipectomía: asa 57,05%, pinza 31,73%, indeterminado 11,22%. Técnicas de profilaxis (inyección adrenalina, clips, coagulación argón) en el 30,86%. Hubo

28 (8,97%) complicaciones precoces resueltas mediante endoscopia salvo una y 3 (0,96%) complicaciones tardías, todas hemorragias. No hubo mortalidad. Mayor porcentaje de complicaciones en polipectomías con asa (13,71%, $p=0,001$). En análisis univariante: régimen, calidad de exploración, tamaño del pólipo y técnica de polipectomía se correlacionan con complicaciones (OR 3,67 $p=0,0136$; 12,21 $p=0,0159$; 1,06 $p=0,046$ y 0,10 $p=0,0332$); en el análisis multivariante la variable relacionada fue tratamiento profiláctico (OR 0,24 $p=0,0397$), condicionado por variables confusoras (R^2 de Nagelkerke = 0,21 y Curva ROC = 0,791).

Conclusiones

La polipectomía gástrica endoscópica es una técnica poco frecuente, con moderada tasa de complicaciones, fundamentalmente hemorragia. El riesgo de éstas disminuye con procedimientos profilácticos.

P43. PAPEL DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) EN LA ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER GÁSTRICO. NUESTRA EXPERIENCIA.

P. de La Torre-Rubio, JG. Martínez-Cara, E. López-González, M. López-De Hierro, J. de Teresa-Galván, E. Redondo-Cerezo

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Objetivos

Evaluar la utilidad de las pruebas diagnósticas empleadas en nuestra unidad para la clasificación del cáncer gástrico (estadificación TNM).

Material y método

Estudio retrospectivo, observacional, en el que del total de ecoendoscopias realizadas entre Octubre de 2009 y Enero de 2013, se seleccionaron aquellas cuya indicación fue estadificación de cáncer gástrico (un total de 66). Se analizaron los resultados TNM obtenidos mediante USE, TAC, PET y anatomía patológica.

Resultados

Con ecoendoscopia el 80.7% de los pacientes se presentaron en un estadio localmente avanzado, lo más frecuente estadio T4 (T4a 50%). En un 3% el tumor primario resultó infranqueable, y en el 95.4% no se pudo evaluar la enfermedad metastásica. Por TAC, en un 68.2% el tumor primario no pudo ser evaluado, y en los que sí, el estadio más frecuente fue T4a. Identificó metástasis en un 18.2% y ausencia de las mismas en 72.7%. El PET mostró gran concordancia, identificando metástasis en un 18.2%. Se intervinieron un 62.1% de los pacientes, siendo el hallazgo histopatológico más frecuente un estadio T4, con un 58.5% de pacientes N0, y para la enfermedad metastásica, 63.4% (M0), y un 12.2% (M1).

Conclusiones

El valor predictivo positivo (VPP) de la USE para diagnosticar tumores T3-4 (aquellos que van a precisar neoadyuvancia) es del 93%, y el valor predictivo negativo (VPN) del 75%. Para el TAC el VPP para la determinación de reseccabilidad es del 80%. Existe gran concordancia entre ambas técnicas para la determinación del T (coeficiente Kappa 79%).

P44. COLELITIASIS ASOCIADA A UN NIVEL BAJO DE FOSFOLÍPIDOS DEBIDA A LA DELECCIÓN DEL EXÓN 2 DEL GEN ABCB4 EN HETEROZIGOSIS EN PACIENTE CON VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC)

B. Fombuena¹, L. Álvarez², R. Llorca, R. Millán, H. Pastor-Ramírez¹, S. Andueza², M. Romero-Gómez¹

1UGMQ ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y CIBEREHD.
2HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ-IDIPAZ.

Objetivos

Presentamos un caso de LPAC (colelitiasis asociada a un nivel bajo de fosfolípidos, del inglés low phospholipid-associated cholestasis and cholelithiasis) por delección exónica. El objetivo consistió en la búsqueda de nuevas mutaciones asociadas al mismo.

Material y método

Paciente varón, raza caucásica, 50 años de edad, VHC genotipo 1b, biopsia hepática en 2011 fibrosis estadio 3. No respondedor en dos ocasiones PegIFN 2 α y RBV, a dosis estándar y doble dosis de interferón. Alcanzó respuesta viral sostenida después de 24 semanas de tratamiento con PegIFN2 α +RBV+Asunaprevir (AS V)+Daclatasvir (DCV). Se aisló el ADN de linfocitos y se secuenciaron los 27 exones codificantes del gen ABCB4 y de las zonas intrónicas adyacentes. La presencia de delecciones o duplicaciones exónicas se analizó mediante la técnica MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification).

Resultados

El paciente desarrolló cuadro de ictericia, coluria, intenso prurito y dolor en epigastrio-hipocondrio derecho de características cólicas. Ante la sospecha de LPAC se inició tratamiento con ácido ursodeoxicólico con remisión completa clínica y analítica. Se realizó una secuenciación exónica específica de ABCB4, no detectándose mutaciones significativas. El análisis por MLPA reveló una mutación en heterozigosis consistente en la delección de un fragmento de gen que contiene el exón 2 completo, confirmándose el diagnóstico de LPAC.

Conclusión

La delección del exón 2 es un marcador genético de LPAC y ha de ser incluido en las determinaciones genéticas de rutina en el abordaje diagnóstico del mismo.

P45. FALLO HEPÁTICO INDUCIDO POR CELECOXIB

A.M. Matas-Cobos, J. Martín-Vivaldi Jiménez, M.J. Requena-Pou, A. Fernández-Ruiz, E. Navarro-Guerrero¹, C. Martínez-Agudiez

HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA.

Introducción

El celecoxib es un inhibidor selectivo de la COX2 utilizado para patologías reumatológicas. Publicaciones recientes describen lesiones hepáticas relacionadas con estos fármacos, desde insuficiencia hepática aguda a grados variables de colestasis transitoria.

Caso clínico

Varón de 67 años fumador de 20 cigarrillos/día, niega otros tóxicos. 4 días previos al ingreso había tomado celecoxib a dosis habituales (200 mg/día) durante 2 días por lumbalgia. Acude al hospital por astenia, anorexia y eritrodermia generalizada; ingresando en dermatología ante la sospecha de necrosis epidérmica tóxica. 48 horas después presentó ictericia franca y coluria. Se realizó analítica: BT 22 mg/dL, AST 155 IU/L, ALT 220 IU/L, GGT 402 IU/L, FA 639 IU/L, LDH 300 IU/L. AP 60%. Serologías virales (VHB, VHC, VHA, CMV, VEB, VHS) negativas. Metabolismo del hierro, cobre, función tiroidea, auto-anticuerpos hepáticos: normales. Ecografía abdominal y RMN abdominal sin hallazgos relevantes. Fue diagnosticado de hepatitis aguda colestásica y necrosis epidérmica tóxica secundaria a toma de celecoxib, dada la relación temporal entre la toma del medicamento, la hepatotoxicidad y las lesiones cutáneas; así como la negatividad del resto de pruebas.

Conclusiones

A pesar del mejor perfil de seguridad para efectos secundarios gastrointestinales comparado con AINEs, celecoxib puede estar asociado con hepatotoxicidad y lesiones dermatológicas graves (síndrome de Stevens Johnson, necrosis epidérmica tóxica). La incidencia de hepatotoxicidad por celecoxib es difícilmente estimable, basándose en informes de casos de efectos secundarios.

P46. DISTROFIA QUÍSTICA DE LA PARED DUODENAL. UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE DE LA PANCREATITIS CRÓNICA.

P. de La Torre-Rubio, M.J. Rodríguez-Sicilia, M. Úbeda-Muñoz, E. López-González, J. de Teresa-Galván

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

Varón de 46 años, bebedor de 80 g/alcohol/día. Ingresó por cuadro de 3 meses de evolución de dolor abdominal intermitente, náuseas, vómitos, y pérdida ponderal de 8 kg de peso en ese periodo.

Objetivos

Ante los hallazgos de ecografía y TAC abdominal con contraste intravenoso que sugerían una posible pancreatitis crónica del surco duodeno-pancreático se realizó una Ecoendoscopia (USE): Pared duodenal engrosada a nivel de rodilla y segunda porción duodenal (3.4 x 2.8 cms de diámetro), con pequeñas zonas anecoicas sugestivas de áreas quísticas. Cuerpo, cuello y cola de páncreas de ecoestructura heterogénea, wirsung de paredes finas y calibre normal. Proceso uncinado de aspecto heterogéneo. Se realizó punción aspiración con aguja fina de la lesión, siendo la anatomía patológica negativa para células malignas. Ante la escasa mejoría clínica y falta de respuesta al tratamiento médico fue remitido al Servicio de Cirugía General y se encuentra a la espera de cirugía.

Conclusiones

La distrofia quística duodenal es una entidad poco frecuente, infradiagnosticada, de patogenia incierta, y naturaleza benigna, por lo que su conocimiento posibilita un diagnóstico preoperatorio certero. En ocasiones, los quistes son tan pequeños que no son visibles por técnicas radiológicas. Por ello, la USE se ha convertido en la técnica de elección para confirmar el diagnóstico ya que tiene una mayor resolución, permitiéndonos demostrar la existencia de esos pequeños quistes.

P47. LIMITACIONES DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN EL MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DE CROHN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

B Benítez¹, R.M. Benítez², JM Vázquez¹, H Pallarés-Manrique¹, M. Ramos¹

1HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.
2HOSPITAL VIRGEN DE VALME. SEVILLA.

Introducción

La ecografía abdominal es un método muy útil en el diagnóstico y seguimiento de las complicaciones en la enfermedad inflamatoria intestinal con la ventaja de su bajo coste y evitando la exposición a la radiación.

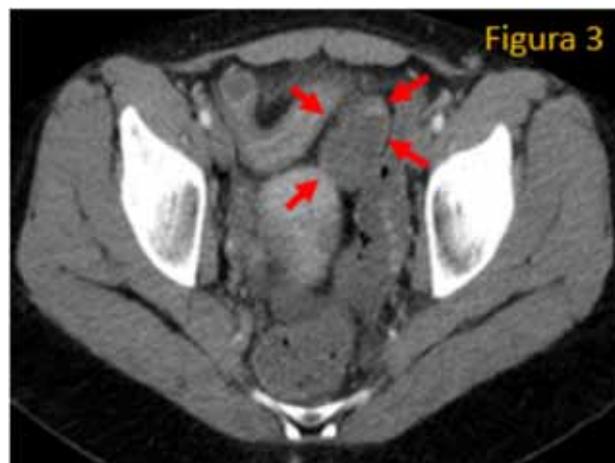
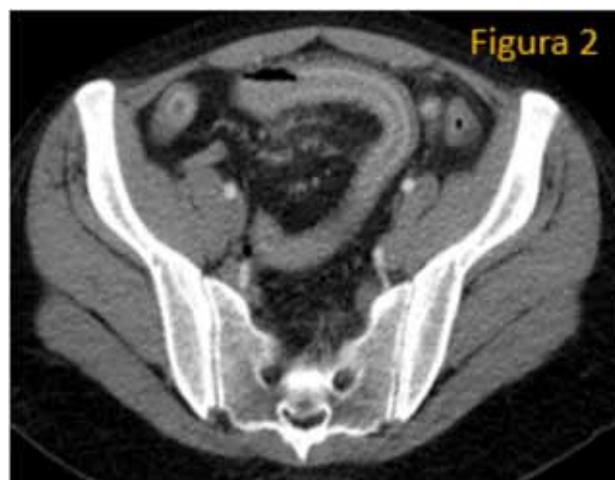
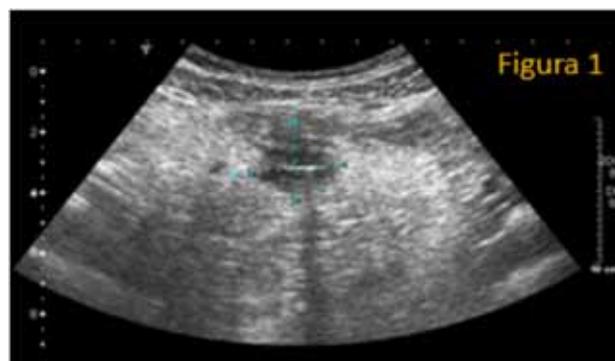
Caso clínico

Mujer de 26 años con enfermedad de Crohn ileocólica que ingresa por dolor abdominal, fiebre intermitente y diarrea de 8-10 deposiciones/día (CDAI 245). El laboratorio muestra Hemoglobina 11.7, VCM 95, 9900 leucocitos con fórmula normal, 550000 plaquetas. Coagulación y bioquímica reglada normales. PCR 2,9. La ecografía de abdomen revela una colección supravesical de 4.6x3.2 cm (figura 1) con gas en su interior sugestivo de absceso que se trata con metronidazol y ciprofloxacino iv, sin clara respuesta a dicho tratamiento persistiendo la diarrea y el malestar general. La TAC de abdomen con contraste demuestra reagudización de

la enfermedad de Crohn con realce de las paredes de ileon distal (figura 2) y aumento difuso de la grasa mesentérica, existiendo un asa pseudoaneurismática (figura 3) distal a una zona de estenosis de situación prevesical(que daba una falsa imagen de absceso en la ecografía) que descarta la sospecha de absceso.

Discusión

A pesar de la gran utilidad de la ecografía abdominal para el diagnóstico de las complicaciones de la enfermedad de Crohn debemos tener presente la existencia de falsos positivos como este caso, donde una imagen pseudoaneurismática de un asa intestinal puede provocar una falsa imagen de absceso.



P48. COLANGITIS AGUDA SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE CAROLI

AM Matas-Cobos, J Martín-Vivaldi Jiménez, MJ Requena Pou, A Fernández-Ruiz, E Navarro-Guerrero, C Martínez-Agudiez

MEDICINA INTERNA. APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA.

Introducción

La Enfermedad de Caroli es una malformación congénita de los conductos biliares intrahepáticos, caracterizada por la dilatación quística segmentaria de éstos; aumento de la incidencia de litiasis biliar, colangitis y abscesos hepático. En la mayoría de los casos se transmite de forma autosómica recesiva. La incidencia estimada de la enfermedad de Caroli es de 1 por cada millón de habitantes.

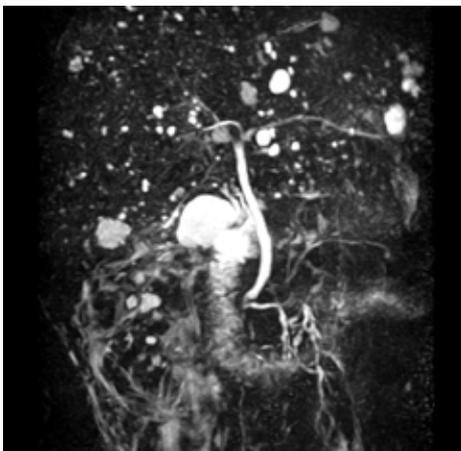
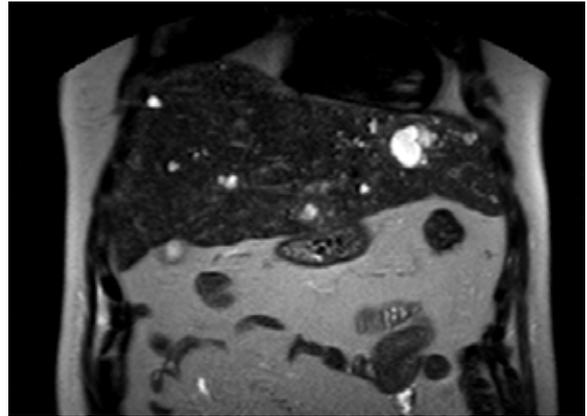
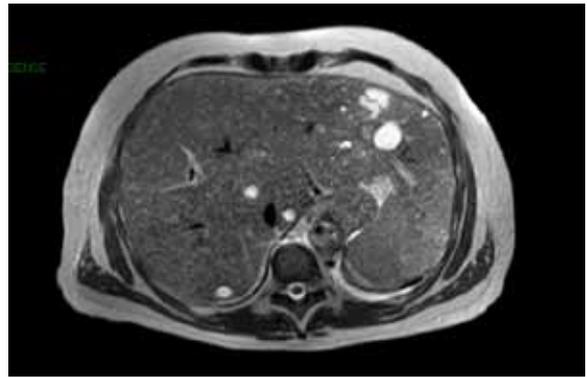
Caso clínico

Varón de 50 años de edad. Fumador de 20 cigarrillos/día. Padre con colangitis de repetición. Acude a Urgencias por dolor en hipocondrio derecho, ictericia, coluria, acolia y fiebre de 3 días de evolución.

En la analítica destaca: BT de 5,2 mg/dl, GGT 852 IU/L, FA 452 IU/L, PCR > 20 mg/L. Se realiza TAC abdominal identificando un hígado ligeramente aumentado de tamaño con múltiples lesiones hipodensas ocupantes de espacio, localizadas en ambos lóbulos, la mayor de las cuales visualizada en lóbulo izquierdo. Vesícula sin colelitiasis. Se decide ingreso hospitalario. Solicitamos colangio-RMN evidenciando múltiples dilataciones quísticas del árbol biliar, de forma difusa (imágenes 1 y 2), la de mayor tamaño localizada en el segmento II (imagen 3); compatible con enfermedad de Caroli con afectación difusa. El paciente evolucionó de forma satisfactoria con tratamiento antibiótico.

Discusión

La Enfermedad de Caroli es el resultado de un trastorno hereditario que puede causar colangitis graves, potencialmente mortales o que puedan dar lugar a degeneración hepatobiliar. A pesar de su baja incidencia no debe ser olvidada en el diagnóstico diferencial de la colangitis recurrente.



P49. ESTENOSIS SINTOMÁTICAS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL; NUESTRA EXPERIENCIA EN TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA.

E. López-González, V. Martos-Ruiz, P. de la Torre, JG. Martínez-Cara, M. López-de Hierro, J. de Teresa-Galván, E. Redondo-Cerezo

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Objetivos

Evaluar eficacia y características de la dilatación endoscópica de estenosis intestinales sintomáticas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en nuestro hospital.

Métodos

Análisis retrospectivo de dilataciones endoscópicas de estenosis intestinales sintomáticas en pacientes con EII, entre 2001-2013 en nuestro centro. Estenosis como disminución del diámetro que impide la progresión del colonoscopio de 12.9mm.

Resultados

- En total 18 pacientes (7 varones, 11 mujeres). Colitis ulcerosa 2 casos y enfermedad de Crohn 16 (88.9%).
- 15 pacientes con cirugía abdominal previa.
- Tiempo medio desde el diagnóstico de EII hasta primera dilatación 11.8 años.
- 5 pacientes (27.8%) presentaban 2 estenosis y 13 (72.2%) sólo una. Del total de 23 estenosis: 12 localizadas en anastomosis quirúrgica, 4 en colon, 2 en canal anal, 2 en íleon terminal, 1 en canal pilórico, 1 en recto-sigma, 1 en válvula ileocecal.
- Longitud media 4 cms.
- Utilizamos dilatador hidroneumático en el 100%, usando además, dilatador Savary-Gilliard en 2.
- Tratados con éxito 16 (88.9%).
- Solamente 2 complicaciones (1 perforación y 1 hemorragia autolimitada).
- Tiempo medio de seguimiento 4.5 años. 44% (8) presentó recaída clínica, en periodo medio de 12 meses post-dilatación; de éstos, 4 pacientes se sometieron a cirugía, y otros 4 a otra dilatación endoscópica (dos de los cuales sufrieron nueva recaída, precisando cirugía).
- En total, se evitó intervención en 12 de 18 casos (67%).

Conclusiones

La dilatación endoscópica de estenosis intestinales sintomáticas en pacientes con EII es segura y eficaz, permitiendo evitar o retrasar la cirugía, y pudiendo realizar 2ª dilatación con similar eficacia.

P50. FALSA HEPATITIS EN EL CONTEXTO DE HIPERTRANSAMINASEMIA SECUNDARIA A DERMATOMIOSITIS IDIOPÁTICA DEL ADULTO

B. Benítez, M. Láinez, J.M. Vázquez, H. Pallarés, M. Ramos

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Introducción

La dermatomiositis constituye un tipo de miopatía inflamatoria rara (incidencia 0.5-9/millón, más frecuente en mujeres). Está relacionada con el complejo mayor de histocompatibilidad (HLA) B8, B14, DR3, DRW52 y DQA1.

Caso clínico

Varón de 64 años con antecedentes de exfumador e hipertensión arterial ingresado por cuadro de distensión abdominal, astenia, náuseas y fiebre. Moderada disnea y sensación de debilidad de miembros inferiores así como edema palpebral violáceo (heliotropo). La radiografía de tórax manifiesta patrón intersticial lineal bilateral. La ecografía de abdomen revela esteatosis hepática leve sin lesiones ocupantes de espacio, resto normal. La analítica revela urea 72 mg/dL, creatinquinasa (CK) 628.8 U/L, GPT 256 U/L, GOT 119 U/L, PCR 2.9 U/L, Anticuerpos anti transglutaminasa, treponema pallidum, Rickettsia connori, Chlamydia pneumoniae, anticardiolipina, antiLKM; antimúsculo liso, C-ANCA, C-ASCA, VHC, VHB y VIH negativos. Hierro y cobre en sangre normales. Aldolasa 70 U/L, ECA 91.7 U/L, ANA 1/160 (patrón moteado+citoplasmático) con anti DNA-nativo, ENA AntiSSA-Ro, ENA Anti SSB-La, ENA Anti RNP, ENA Anti Sm, ENA Anti Jo-1 negativos. Una vez descartada hepatitis aguda y con sospecha de dermatomiositis (hipertransaminasemia de origen muscular, debilidad muscular, CK elevada, heliotropo y neumonitis) se realiza biopsia muscular que lo confirma, con buena respuesta a tratamiento con esteroides.

Discusión

La dermatomiositis es una entidad poco frecuente en cuyo diagnóstico diferencial se incluye la hepatitis debido a la hipertransaminasemia de origen muscular en la que otros síntomas no digestivos nos pueden orientar a su diagnóstico.

P51. TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO NO FUNCIONANTE

P. de la Torre, JG. Martínez-Cara, C. Alegría-Motte, J. de Teresa-Galván, E. Redondo-Cerezo

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

Paciente, mujer, de 72 años sin antecedentes personales de interés en estudio por cuadro de varios años de evolución de cambio del ritmo intestinal, cuadro constitucional con anorexia

y pérdida de peso y dolor abdominal tipo cólico. En pruebas complementarias tránsito gastrointestinal y colonoscopia normal.

Endoscopia

Ecoendoscopia digestiva alta con equipo lineal y contraste intravenoso: Desde bulbo duodenal se identifica una cabeza pancreática normal con LOE hipoecogénica de uno 7 x 5 mm, de bordes bien definidos y que con contraste presenta un comportamiento hipervascular (no típico de adenocarcinoma y más propio de neuroendocrino). Se procede a PAAF (3 pases) de la lesión pancreática. Resto de la exploración sin hallazgos. Conclusión: LOE en cabeza pancreática de 7 x 5 mm con comportamiento endosonográfico y con contraste más propio de neuroendocrino. PAAF de la lesión pancreática: Tumor neuroendocrino. Estudio Hormonal, marcadores tumorales, y octreoscan: Normales.

Discusión

Los tumores neuroendocrinos son entidades poco frecuentes, representan el 1-2% de los tumores primarios pancreáticos, y hasta el 75% son no funcionantes y esporádicos. La Ultrasonografía endoscópica proporciona imágenes de alta resolución, y a manos de endoscopistas expertos presenta alta sensibilidad y especificidad para la detección de tumores pancreáticos subcentimétricos, de hasta 2-3 mm de diámetro, y ofrece la ventaja de proporcionar un diagnóstico histológico no quirúrgico, de gran utilidad en estadios precoces.

P52. LINFOMA B DE CÉLULAS GRANDES PANCREÁTICO

P. de la Torre, JG. Martínez-Cara, C. Alegría-Motte, J. de Teresa-Galván, E. Redondo-Cerezo

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Resumen

Varón de 55 años que ingresa por cuadro de una semana de evolución de dolor en hemiabdomen superior, irradiado a espalda, y pérdida ponderal de 7 Kg de peso. En TAC abdominal hallazgos compatibles con neoplasia pancreática en cuerpo y cola, con invasión vascular y presencia de metástasis ganglionares y esplénicas.

Endoscopia

Ecoendoscopia digestiva alta lineal: Tronco celíaco con gran conglomerado de adenopatías de más de 2-3 cm sobre las que realizamos PAAF, dos pases. A nivel de cuerpo-cola pancreático masa heterogénea que atrapa vasos esplénicos de unos 80 x 44 mm sobre la que realizamos PAAF, tres pases. Masa heterogénea en bazo de unos 75-80 mm de diámetro, adyacente a cola pancreática sobre la que también realizamos PAAF, un pase. Zona de hilio hepático con

adenopatías de más de un cm sospechosas de malignidad. Resto sin hallazgos. Infome anatomopatológico de citologías: Páncreas, adenopatía peripancreática y nódulo en bazo: Linfoma B de células grandes. En el momento actual está en tratamiento con ciclos de quimioterapia.

Discusión

Los linfomas de páncreas representan menos del 1-2% de todas las neoplasias malignas de páncreas, siendo el más frecuente el linfoma B difuso de células grandes (75%). La USE/PAAF juega un papel importante en el diagnóstico permitiéndonos obtener un diagnóstico certero. El tratamiento de elección es quimioterápico, aunque la recurrencia y mortalidad son altas.

P53. PAPEL DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES MALIGNAS DEL MEDIASTINO

P. de la Torre, JG. Martínez-Cara, C. Alegría-Motte, J. de Teresa-Galván, E. Redondo-Cerezo

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Resumen

Mujer de 68 años, fumadora de 20 cigarrillos/día. Presenta cuadro de 2 semanas de evolución de marcha atáxica. En TAC craneal posible tumor de la pineal que ocasiona hidrocefalia obstructiva. Se amplía estudio con TAC abdominal: Imagen bilobulada compatible con adenopatía paratraqueal derecha.

Endoscopia

Ecoendoscopia digestiva alta lineal con PAAF: En mediastino se observan dos adenopatías. Una subcarinal, de unos 28 mm, redondeada y aspecto dudoso sobre la que se realizan tres pases de PAAF. La segunda, bilobulada, de unos 4 cm de diámetro máximo, situada paratraqueal izquierda, sobre la que realizamos 4 pases de PAAF con citopatólogo "in situ" obteniendo material suficiente para estudio. Citología: Adenopatía subcarínica: Linfadenitis. Adenopatía paratraqueal derecha: carcinoma anaplásico de células pequeñas de origen pulmonar; correspondiendo las lesiones craneales a metástasis.

Discusión

Los avances en la ultrasonografía endoscópica la han convertido en una valiosa herramienta para la detección de enfermedades malignas del mediastino. La biopsia con aguja fina tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 100% para malignidad.

P54. MELANOMA MALIGNO PRIMARIO ANORRECTALR. Osuna-Molina¹, R. García-Font², C. Núñez-Sousa¹

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
²SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
 HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Resumen

El melanoma maligno es la neoplasia que más frecuentemente metastatiza en tubo digestivo, principalmente en intestino delgado. En cambio, el melanoma maligno primario del tubo digestivo es muy raro, siendo la localización anorrectal infrecuente.

Caso clínico

Mujer de 70 años que ingresa por vómitos biliosos, dolor abdominal, tendencia al estreñimiento y agravado síndrome constitucional. La exploración mostró hepatomegalia y tumoración anal al tacto rectal. La colonoscopia visualizó tumoración pigmentada maligna anorrectal con histología compatible con melanoma. TAC toraco-abdominal evidenciando metástasis hepatopulmonares. Ante extensión y deterioro clínico, desestimamos tratamiento quirúrgico, optando tratamiento paliativo.

Discusión

El melanoma maligno anorrectal es infrecuente (1% tumores colorrectales y 0.1%-4.6% tumores malignos anales), aunque es la tercera localización más frecuente tras la cutánea y ocular.

Clínica heterogénea: síndrome obstructivo, dolor abdominal, sangrado, síntomas por afectación metastásica (hasta el 60%).

El estudio histológico (pigmento de melanina) establecerá el diagnóstico, pues los signos clínicos y endoscópicos son inespecíficos. La inmunohistoquímica (positividad HMB-45 y proteína S-100) apoya el diagnóstico en histologías inespecíficas y/o falta de pigmento (10-29% son amelanóticas). Se descartará melanoma maligno tras exhaustivo examen de piel y estudio de fondo de ojo.

El tratamiento no quirúrgico incluye interferón, quimioterapia y radioterapia, quedando el tratamiento quirúrgico reservado para melanomas anorrectales localizados.

Como ha quedado reflejado en nuestro caso se trata de un tumor agresivo con mal pronóstico debido a su gran tendencia metastásica.

P55. PIDERMA GANGRENOSO PERIESTOMAL EN DOS PACIENTES CON EII

M.C. García-Marín, M. Úbeda-Múñoz, M.J. Rodríguez-Sicilia, R. Gómez-García, J. de Teresa-Galván

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Resumen

El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica de etiología desconocida, infrecuente. Hasta un 30% asociada a EII, especialmente colitis ulcerosa (CU). No siempre el control de la EII conduce a su curación.

Caso 1

Varón 77 años, con CU diagnosticada hace 22 años, hemicolectomía izquierda hace 12 años, tratamiento: mesalazina y azatioprina. En 2006, tras cirugía de hernia periestomal, aparecen úlceras periestomales, base necrótica. Diagnosticadas, tras biopsias y cultivo, de pioderma gangrenoso, tratado con corticoides y ciclosporina, con escasa mejoría. En 2008, después de colectomía e ileostomía por obstrucción intestinal, presenta nuevamente lesiones periestomales ulceradas, de bordes poco elevados, violáceos y base purulenta, dolorosas, diagnosticadas de pioderma gangrenoso. Inicia Infliximab con curación de las lesiones.

Caso 2

Varón 67 años, con Enfermedad de Crohn ileo-cólica y perianal desde 2010, colostomía terminal. Tratamiento: mesalazina y azatioprina. En 2012 ingresa por fiebre, objetivándose lesión ulcerada periestomal, fondo necrótico, dolorosa, diagnosticada de pioderma gangrenoso tras estudio histológico y microbiológico. Descartado origen infeccioso del proceso febril, iniciamos tratamiento con infliximab, desapareciendo las lesiones cutáneas en 5 meses.

Conclusión

El Pioderma Gangrenoso es poco frecuente, sobre todo periestomal. Aunque habría que pensar en él ante ulceraciones cutáneas en pacientes con EII. En nuestros pacientes la biopsia no empeoró las lesiones. Infliximab demostró ser eficaz después del fracaso de la terapia inmunosupresora.

P56. PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE LINFOMA BURKITT TESTICULAR COMO MASA HIPOGÁSTRICA

E. López-González, M.C. García-Marín, M. Martín-Rodríguez, M. Úbeda-Múñoz, P. De La Torre-Rubio, J. de Teresa-Galván

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

El linfoma Burkitt es un tumor agresivo, ocasionado por sobreexpresión del oncogén C-MYC. Suele presentarse como masa voluminosa con afectación extraganglionar.

Presentación

Paciente de 36 años que ingresa por cuadro de un mes de diarrea (1-2 deposiciones líquidas, sin productos patológicos), náuseas/vómitos alimentarios, anorexia y masa abdominal. Pérdida 10Kg y sudoración nocturna. En exploración: masa en hipogastriofosa iliaca derecha, de consistencia dura, adherida a planos profundos, ascitis moderada. Testículo izquierdo de consistencia pétreo, no doloroso. No adenopatías.

Analítica: PCR 8.2, ácido úrico 17.2 y LDH 1062. Marcadores tumorales negativos.

TAC abdominal: masa de 18x9cm en hipogastrio derecho que engloba asas intestinales, con formación cavitada central. Nódulos peritoneales sugerentes de carcinomatosis peritoneal.

PET: masa hipermetabólica hipogástrica que infiltra mesenterios y asas intestinales, comprime uréter derecho. Implantes peritoneales y pleuropulmonares, adenopatías en hilios pulmonares, hipercaptación en húmero y articulaciones cóndro-esternales.

Doppler de escroto y testículos: asimetría de testículos, el izquierdo de mayor tamaño, con ecoestructura heterogénea e infiltración difusa con cuatro imágenes nodulares.

Se realiza orquiectomía izquierda vía inguinal y se envían muestras a Anatomía Patológica: linfoma no Hodgkin de células B de alto grado, CD45+,20+, 79+,3+,10+,Ki67 99% y reordenamiento del gen C-MYC compatible con Linfoma Burkitt, que infiltra LCR.

El paciente recibió ciclofosfamida, prednisona, metrotexate y quimioterapia intratecal.

Discusión

Destaca la importancia del manejo multidisciplinar para un apropiado abordaje diagnóstico y terapéutico.

P57. NECROSIS ESOFÁGICA AGUDA EN COLECISTITIS SEVERA

A. Cedeño, M. Medina, J. Romero, F. Pellicer, A. Caunedo

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

El esófago negro o esofagitis necrotizante aguda es un raro trastorno clínico, caracterizado endoscópicamente por un ennegrecimiento del esófago predominantemente distal,

relacionado a eventos isquémicos o de sepsis severa. Presentamos a continuación un caso de nuestro servicio.

Caso

Varón de 60 años sin antecedentes personales de interés, salvo consumo ocasional de alcohol. Ingresó en Digestivo por cuadro clínico de vómitos en poso de café, epigastralgia irradiada en hemicinturón hacia el hipocondrio derecho, espalda y ambas escápulas. En la analítica del ingreso llama la atención la leucocitosis importante y el patrón de colestasis, y en la tomografía se observa hernia de hiato esofágico y la vesícula biliar muy distendida con múltiples cálculos, que presenta pared engrosada y moderada cantidad de líquido peri vesicular compatible con colecistitis aguda. Ante sospecha de hemorragia digestiva se realiza gastroscopia mostrando el esófago extensas zonas de necrosis a nivel de tercio distal, correspondiendo a esofagitis necrotizante, en contexto de cuadro clínico de inflamación severa de origen biliar. Durante su hospitalización responde adecuadamente al tratamiento conservador de nutrición parenteral, antibioticoterapia e hidratación. En gastroscopia de control se aprecia desde tercio medio adecuada reepitelización de la mucosa esofágica.

Conclusión

La esofagitis necrotizante está muy relacionada con procesos médicos severos que afecten de manera importante la circulación, en nuestro caso asociado a colecistitis aguda grave, cuya mortalidad es elevada sino responde adecuadamente al tratamiento.

P58. TROMBOSIS BILATERAL DE LA VENA RETINIANA EN PACIENTE CON HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS C TRATADO CON TRIPLE TERAPIA

C. Duarte-Chang¹, I. Carmona¹, E. Gutiérrez², A. Caunedo-Alvarez¹, J. M. Herreras-Gutiérrez¹

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

²SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA.

HOSPITAL DEL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Los efectos adversos oftalmológicos asociados al tratamiento con interferón, sobre todo la retinopatía, son frecuentes cuando se investigan de forma pro-activa. Las complicaciones vasculares, como trombosis de la vena y arteria retiniana, son poco frecuentes pero tienen un pronóstico desfavorable, que obliga a interrumpir el tratamiento y a administrar tratamiento específico.

Método

Presentamos el caso de un varón de 63 años, diabético e hipertenso, con cirrosis hepática por VHC naïve, genotipo I, con alta carga viral, Child Pugh A, que inició triple terapia con ribavirina, interferón pegilado α -2a y telaprevir. A la octava semana de tratamiento la viremia era indetectable. En semana 20 refiere

disminución de agudeza visual, por lo que fue remitido para estudio oftalmológico mediante realización de fondo de ojo, que detectó la existencia de hemorragias peripapilares y edema de papila de forma bilateral. La retinografía objetivó la presencia de trombosis bilateral de la vena retiniana.

Resultados

Tras el diagnóstico, se suspendió la terapia antiviral, logrando una mejoría parcial en la agudeza visual del ojo izquierdo. El estudio hematológico descartó la presencia de trombofilias. Actualmente, se plantea iniciar terapia antiangiogénica, sin desestimar los potenciales efectos adversos. A los 3 meses de interrumpir el tratamiento antiviral continúa con viremia indetectable.

Conclusión

La trombosis retiniana por interferón es una complicación oftalmológica severa. Los pacientes en tratamiento con triple terapia, especialmente diabéticos e hipertensos, deben ser monitorizados estrechamente con revisiones oftalmológicas periódicas.

P59. METÁSTASIS ESOFÁGICAS COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE UN ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS

P. de la Torre, MJ. Rodríguez-Sicilia, C. Alegría-Motte, M. López-de Hierro, J. de Teresa-Galván, E. Redondo-Cerezo

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

Paciente de 29 años que ingresa por cuadro de 3 meses de evolución de disfagia progresiva con intolerancia oral, y pérdida ponderal de 15 kg de peso en ese período.

Endoscopia

Endoscopia digestiva alta: Desde tercio medio esofágico se aprecian lesiones excrecentes proliferantes, de aspecto papilomatoso, de diferentes tamaños que a nivel de tercio distal se hacen circunferenciales, más nodulares y excrecentes, ocupando gran parte de la luz, de consistencia blanda (se logra paso a su través) y gran friabilidad al roce. Estas lesiones se extienden hasta región subcardial, donde afectan también de forma circunferencial. Se toman biopsias: Adenocarcinoma pancreático moderadamente diferenciado. En TAC abdominal: Tumoración pancreática de cuerpo y cola de 5.6 x 3.5 con múltiples metástasis a distancia (esofágicas, hepáticas), ganglionares e invasión vascular. En el momento actual el paciente se encuentra en tratamiento quimioterápico y con mejoría clínica tras la colocación de una prótesis esofágica.

Discusión

El cáncer de páncreas se presenta de forma avanzada en un 85% de los casos. La enfermedad metastásica afecta comúnmente a hígado, peritoneo y pulmones, y en menor frecuencia a hueso. Se requiere de confirmación histológica, de manera que la biopsia guiada por ecoendoscopia presenta una sensibilidad del 90% y una especificidad del 96% para el diagnóstico de cáncer de páncreas.

P60. PANCREATITIS AGUDA IDIOPÁTICA SECUNDARIA A VARIANTE ANATÓMICA DEL CONDUCTO DE SANTORINI

B Benítez¹, R.M. Benítez², JM Vázquez¹, H Pallarés-Manrique¹, M. Ramos¹

¹HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

²HOSPITAL VIRGEN DE VALME. SEVILLA.

Introducción

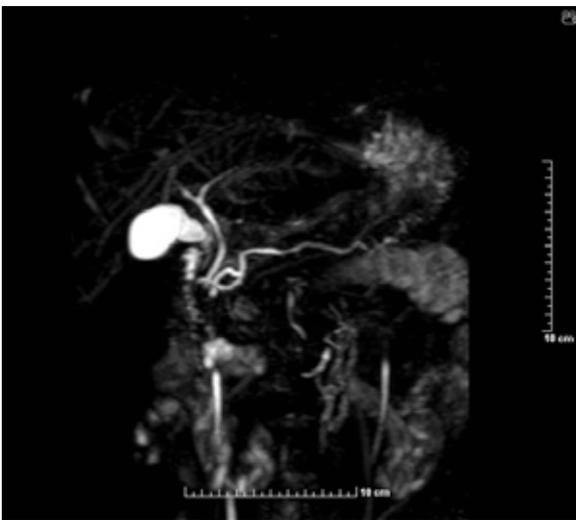
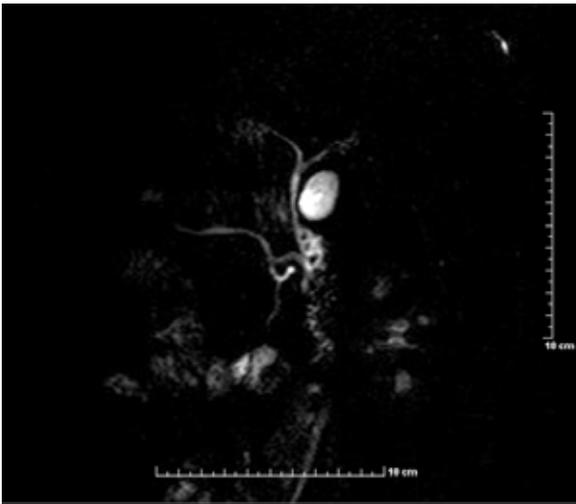
La pancreatitis aguda idiopática se define como aquella cuya etiología es desconocida tras estudio mediante eco y/o TAC de abdomen.

Caso clínico

Varón de 33 años de edad sin antecedentes de interés que sufre tercer episodio en un año de pancreatitis aguda. El laboratorio muestra hemograma y coagulación normales, amilasa 1350, lipasa 980, PCR 12, estudio de lípidos, calcio, bilirrubina, GOT, GPT, GGT, FA, autoinmunidad pancreatohepática normal. El ecoTAC revela aumento de densidad de grasa peripancreática, siendo el resto normal. La colangioRM de abdomen muestra un conducto de Wirsung de calibre, disposición y morfología normales, con un conducto de Santorini prominente, que desemboca de manera independiente en la papila menor y que se cruza, en su trayecto, con el conducto de Wirsung (figuras 1 y 2), creando una variante anatómica sin que exista individualización del conducto dorsal sugestivo de páncreas divisum. Resto ya mencionado en la TAC de abdomen. Mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se realiza esfinterotomía de la papila menor sin complicaciones inmediatas y aceptable evolución en su seguimiento ambulatorio.

Discusión

En el caso de pancreatitis agudas de repetición de tipo idiopático las malformaciones pancreáticas son una etiología poco común pero que deben de estar presente en el clínico pues, como en el caso expuesto, pueden tener una solución que permita evitar su recurrencia y disminuir la mortalidad global de la pancreatitis, que puede llegar al 10%.



P61. CLOACA PERSISTENTE EN MUJER ADULTA. UNA CAUSA POCO COMÚN DE INCONTINENCIA FECAL DEL ADULTO

B Benítez¹, R.M. Benítez², H Pallarés¹, R. González ¹, M. Ramos¹

¹HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.
²HOSPITAL VIRGEN DE VALME. SEVILLA.

Introducción

La incontinencia fecal supone un serio problema que invalida física y socialmente al enfermo. Su tratamiento va a depender de su etiología.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 52 años en estudio por pérdidas fecales intermitentes que han empeorado en los últimos tres años con antecedentes de dislipemia y dos partos vaginales sin epifisiotomía. El estudio de laboratorio muestra hemograma normal para las tres series. GOT, GPT, LDH, iones, lipasa, amilasa, proteína C reactiva, serología infecciosa (salmonella, shigella, campylobacter, E. coli, yersinia) negativa. Anticuerpo antitransglutaminasa IgA 3. IgA, IgG e IgM normales. Estudio de heces (coprocultivo, toxina C. difficile y parásitos) negativo. El enema opaco no muestra alteraciones salvo válvula ileocecal incompetente (figura 1). En la colonoscopia destaca la existencia unico orificio comun de entrada para ano y vagina (figura 2) sin observar otras anomalías hasta ciego. La RM abdominopélvica confirma la alta sospecha definiendo la existencia de asas intestinales normales sin engrosamientos parietales, anejos normales, destacando en región perineal-vulvar orificio común anovaginal o cloaca persistente.

Discusión

Las malformaciones del suelo pelviano son patologías propias de la edad pediátrica y por tanto no habituales en la práctica clínica del gastroenterólogo. Una vez diagnosticada su tratamiento es quirúrgico, cuyo éxito va a depender del tipo de malformación, así las fistulas tienen mejor pronóstico que las cloacas, como del grado de desarrollo del sacro.





P62. HIPERTRANSAMINASEMIA SECUNDARIA A HIPERPLASIA NODULAR FOCAL MÚLTIPLE DEL ADULTO. UN CASO INUSUAL.

B Benítez, M. Maraver, J.M. Vázquez, H Pallarés, M. Ramos

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Introducción

La hiperplasia nodular focal (HNF) es una infrecuente lesión hepática de etiología desconocida, benigna, que afecta especialmente a niños (0.02% de los tumores) y mujeres jóvenes.

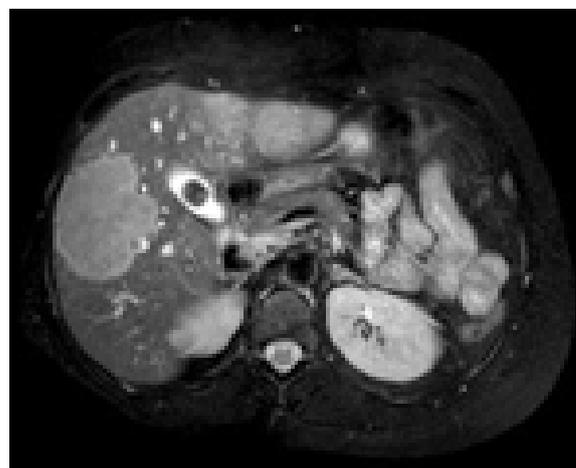
Caso clínico

Mujer de 35 años con antecedentes de toma de anticonceptivos orales, síndrome de ovario poliquístico, hiperprolactinemia y fibroadenomas mamarios en estudio por ligera elevación de transaminasas. El hemograma y la coagulación eran normales. La GOT 45 UI/L, GPT 35 UI/L; GGT 150 UL/L, con K, Na, CEA, AFP, Ca. 19.9 y CA 125 normales. El eco-TAC de abdomen pone de manifiesto hígado aumentado de tamaño con varias LOES dispersas por ambos lóbulos hepáticos. La Resonancia Magnética Nuclear revele hepatomegalia moderada con varias LOES distribuídas en ambos lóbulos,hipervasculares en fase arterial con captación progresiva centripeta y una imagen central lineal

estrellada (cicatriz central), hipointensa en fase de vacío y que realza en fase tardía compatible con hiperplasia nodular focal múltiple hepática. La biopsia de una de las lesiones confirma el diagnóstico de HNF (hepatocitos con disposición trabecular sin atipias y sin acumulación anormal de pigmentos).

Discusión

A pesar de que la HNF es una lesión típica de la infancia, siendo escasos los casos registrados en adultos.



P63. CARCINOMA EPIDERMOIDE DEL CANAL ANAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN PERIANAL. UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE.

B Benítez, J.M. Vázquez, H Pallarés, M. Ramos

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Introducción

El cáncer anal supone el 2% de los cánceres de intestino grueso y el 5% de los colorrectales, siendo el carcinoma epidermoide el tipo más frecuente.

Caso clínico

varón de 50 años fumador, diagnosticado de enfermedad de Crohn perianal desde 1978 en tratamiento con mesalazina 3 g/24 horas y pautas intermitentes de antibioterapia por fístula perianal simple recurrente, quedando una estenosis del canal anal secundaria. En 2007 presenta episodio de dolor perianal con tumoración dolorosa y fluctuante asociada a fístula perianal compleja, siendo intervenido por dicho motivo con colocación de sedal y tratamiento con azatioprina 150 mg/24 horas. Ingresa en octubre de 2009 por cuadro de dolor abdominal hipogástrico y perianal, fiebre y rectorragia. A la inspección anal se pone de manifiesto la existencia de una fístula perianal productiva y estenosis de canal anal ya conocida, siendo el resto de la exploración y estudio analítico (hemograma, bioquímica y coagulación) normales. Se realiza rectoscopia con un endoscopio pediátrico destacando a nivel rectal una ulceración profunda y abigarrada de la que se toman varias biopsias, cuyo informe histológico es informado como carcinoma epidermoide infiltrante.

Conclusión

El carcinoma epidermoide anal constituye una enfermedad relativamente rara, con escasos estudios sobre el mismo, desplazado ante el auge creciente de los tumores colorrectales.

P64. INVAGINACIÓN INTESTINAL EN PACIENTE ADULTO CON FIBROSIS QUÍSTICA

M.C. García-Marín, E. López-González, MJ. Rodríguez-Sicilia, M. Ruiz-Cabello, J. de Teresa-Galván

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

La invaginación intestinal es una complicación infrecuente (1%) en pacientes con fibrosis quística, con elevada morbi-mortalidad. Causa más frecuente de obstrucción intestinal en niños (etiología idiopática), rara en adultos, generalmente con patología subyacente. Localización más común ileocólica. Tratamiento conservador en niños y quirúrgico ante complicaciones o causa subyacente.

Caso clínico

Paciente varón de 20 años, con fibrosis quística desde los 3. Ingresa por cuadro de dolor epigástrico irradiado a ambos hipocondrios, cólico, empeora con la ingesta. Náuseas y vómitos alimentario-biliosos. Ritmo intestinal conservado. Analítica normal. Ecografía y TC abdominal describen imagen sugerente de invaginación ileocólica y adenopatías que podían ser "cabeza de invaginación", sin complicaciones. Mejora clínicamente con tratamiento conservador, siendo dado de alta. Reingresa 4 días después por nuevo cuadro suboclusivo, que remite con tratamiento médico. Aunque ante persistencia de invaginación intestinal no complicada, es valorado por Servicio de Cirugía General, que ante la buena evolución y las adenopatías que parecen ser "cabeza de invaginación", probablemente reversibles, aconseja tratamiento conservador, con posibilidad de intervención si no se resuelve o recidiva.

Conclusión

La invaginación intestinal en adultos es patología quirúrgica, pero al existir adenopatías reversibles como posible causa, decidimos tratamiento conservador inicialmente, teniendo en cuenta su morbi-mortalidad y que un 10% recidivan.



P65. HEMORRAGIA DIGESTIVA RECURRENTE SECUNDARIA A AMILOIDOSIS AL GÁSTRICA

E. López González, P. De La Torre Rubio, A. Sánchez Capilla, M. García Marín, M. Úbeda Muñoz, J. De Teresa Galván

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

La amiloidosis es una enfermedad sistémica caracterizada por depósito de amiloide. Se diagnostica demostrando la presencia

del depósito con tinción Rojo-Congo. La afectación gastrointestinal (60%) suele ser asintomática. Sin tratamiento eficaz, la supervivencia es de 1-2 años desde el diagnóstico.

Caso clínico

Varón de 47 años trasplantado renal por glomerulonefritis crónica e HTA maligna. Ingresa por insuficiencia renal, dolor hipogástrico y engrosamiento de sigma en TAC con colonoscopia normal. Aparecen melenas, hematemesis y hemoglobina 5,6mg/dL. En gastroscopia: múltiples ulceraciones gástricas milimétricas, planas o mínimamente excavadas, fibrinadas, y erosiones duodenales, con cultivo viral negativo. Cápsula-endoscópica: mucosa esofágica petequeal, sangrado gástrico activo y coágulos en delgado. En posterior EDA se esclerosaron con gas argón dichas lesiones. Se descartó Mieloma Múltiple. Biopsia de grasa subcutánea normal.

Al persistir sangrado se decide gastrectomía: depósitos mucosos y vasculares con birrefringencia verde-manzana en tinción Rojo-Congo, con predominio de cadenas Lambda compatible con amiloidosis(AL). El paciente desarrolló complicaciones y falleció.

Conclusión

- La amiloidosis primaria(AL) es la más frecuente. Suele asociarse a mieloma múltiple.
- Localizaciones gastrointestinales más frecuentes: duodenal(100%), gástrica y colo-rectal(90%) y esófago(70%).
- Raramente se presenta con hemorragia digestiva, que supone mal pronóstico. Se produce por depósitos que ocasionan friabilidad, erosiones y ulceraciones.
- El tratamiento depende del tipo de amiloidosis y patología asociada. El control de la hemorragia digestiva es difícil, siendo útil la cirugía en casos seleccionados.

P66. DUPLICACIÓN QUIÍSTICA DUODENAL Y SU RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA

F. Martínez-Alcalá García, JM Pérez-Pozo, J.A. Ciria-Ávila, A. Martínez-Alcalá García, F. Martínez-Alcalá

HOSPITAL VIRGEN DE VALME. SEVILLA.

Resumen

Las duplicaciones del tracto gastrointestinal son anomalías congénitas raras que pueden afectar a cualquier segmento del tubo digestivo. Siendo especialmente infrecuente la duplicación quística de duodeno (DQD) En la mayoría de los casos se detecta en la infancia con sintomatología de carácter obstructivo intestinal o biliar. El tratamiento ha sido tradicionalmente quirúrgico, mediante su completa resección. Presentamos la resolución del caso mediante tratamiento endoscópico de forma sencilla y rápida.

P67. PERFORACIÓN DE APÉNDICE CECAL COMO DEBUT DE FIEBRE TIFOIDEA POR SALMONELLA PARATYPHY B

B. Benítez, M. Láinez, P.G. Casado, H. Pallarés, M. Ramos

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Introducción

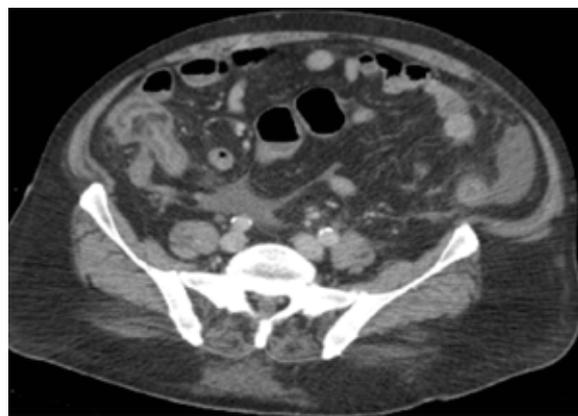
La fiebre tifoidea es una enfermedad febril aguda de origen entérico producida fundamentalmente por Salmonella typhi, siendo raro y menos graves las causadas por Salmonella paratyphi A, paratyphi B (Salmonella schottmuelleri) y Salmonella paratyphica C (Salmonella hirschfeldii). Su curso suele ser adecuado y sólo en muy raras ocasiones

Caso clínico

Presentamos un varón de 68 años de edad ingresado por cuadro de apendicitis aguda perforada según clínica de fiebre de 24 horas de evolución, diarrea y dolor abdominal con TAC de abdomen urgente que es informado como marcado aumento de calibre del apéndice cecal con flebolitos en su interior con colección líquida adyacente (figura 1). La analítica muestra Hb 10.2, VCM 82, 17500 leucocitos con neutrofilia. Glucosa 122, Iones y enzimas biliopancreáticas normales. PCR 14.5 y procalcitonina 1.2. Durante la intervención quirúrgica llama la atención apéndice microperforado en su porción proximal con importante afectación de ileon terminal adyacente que hace sospechar sepsis intestinal asociada. El hemocultivo es negativo. El coprocultivo revela finalmente crecimiento en dos ocasiones de Salmonella Paratyphi B sensible a ciprofloxacino. La pieza quirúrgica confirma apendicitis aguda focal. El paciente, una vez intervenido, es tratado con antibioterapia, hidratación y reintroducción progresiva de la dieta oral, con excelente evolución.

Discusión

La perforación intestinal como manifestación de fiebre tifoidea es una entidad rara, pero severa, que rara vez afecta al apéndice cecal como en el caso que presentamos.



P68. PANCREATITIS AGUDA GRAVE INDUCIDA POR MESALAZINA EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

C. González-Artacho, C. Alegría-Motte, M. Gómez, J. de Teresa Galván

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

La pancreatitis aguda puede ser una complicación extraintestinal de la CU o inducida por fármacos. Exponemos el caso de una paciente con dos episodios de pancreatitis aguda en relación con la introducción de mesalazina como tratamiento de su EI.

Caso clínico

Mujer con rectosigmoiditis ulcerosa, sin tratamiento, que ingresa por brote de su EI iniciándose entonces tratamiento con mesalazina oral y en enemas junto a corticoides intravenosos. A las 48 horas la paciente comienza con dolor intenso en epigastrio detectándose elevación sérica de amilasa (967 U/l), con evolución desfavorable con oligoanuria, hipotensión y obnubilación precisando de ingreso en UCI. Se realiza TAC abdominopélvico con hallazgos de pancreatitis aguda grado D de Balthazar. Se suspende la medicación oral y enemas, presentando una evolución favorable. Tras reintroducir la mesalazina, comienza de nuevo con dolor epigástrico y elevación de amilasa (1304 U/l), retirándose de forma definitiva dicho fármaco, con buena evolución clínica y sin nuevos episodios de pancreatitis. Se descartó causa litiasica o estructural con ecografía abdominal y colangio-RM, ni consumo de otros fármacos o tóxicos.

Discusión

La incidencia de pancreatitis aguda en EI es 1.5-3.5%. La presentación más frecuente es la pancreatitis edematosa leve, aunque en nuestro caso fue de mayor severidad. La mesalazina se metaboliza en el intestino, teniendo menos efectos secundarios sistémicos, aunque se han descrito casos de pancreatitis siendo la patogenia desconocida.

P69. ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A PERFORACIÓN INTESTINAL DE CAUSA INUSUAL

C. Alegría-Motte, C. González-Artacho, P. De la Torre-Rubio, J. de Teresa Galván

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

La ingestión de cuerpos extraños, ya sea de manera voluntaria o accidental, causa perforaciones intestinales en menos del 10% de los casos, ya que la mayoría completan la salida por el tracto gastrointestinal sin incidencias¹.

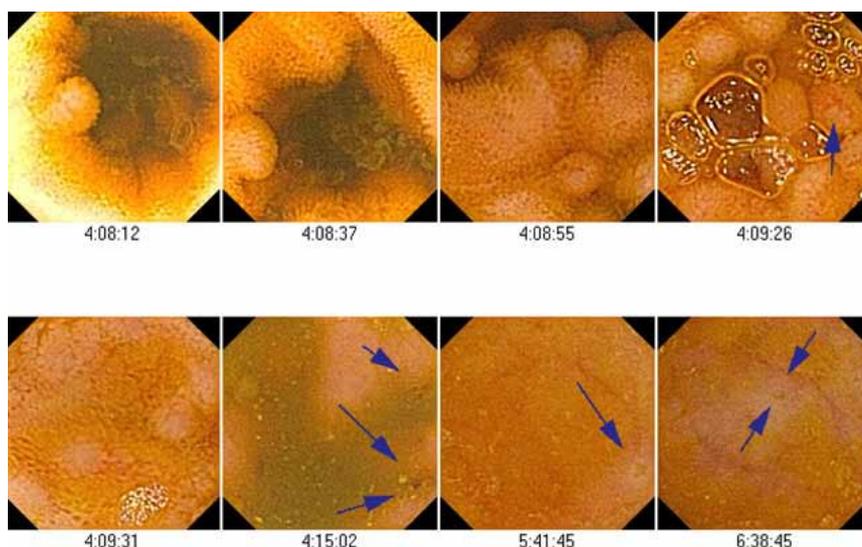
Caso clínico

Varón de 81 años con buena calidad de vida, mientras trabajaba en el campo, presenta dolor abdominal súbito, progresivo, tipo cólico/lancinante, localizado en FII e irradiado a mesogastrio, sin deposiciones desde el inicio del dolor. A la exploración el abdomen es poco depresible y doloroso a la palpación en flanco izquierdo con peritonismo. Analítica: Leucocitos 7440, PMN 89%, PCR 21, ácido láctico 1.7. Se realiza TAC abdominopélvico que describe moderado neumoperitoneo y líquido libre peritoneal con importante inflamación de la grasa peritoneal, sugerente de peritonitis. Existe un cuerpo extraño hiperdenso en sigma que atraviesa su pared pudiendo corresponderse con una espina o hueso. Es intervenido encontrando perforación por esquirla de hueso que abre la cara medial del sigma, peritonitis fecaloidea y purulenta. Se realiza una sigmoidectomía e intervención de Hartmann con buena evolución en el postoperatorio.

Discusión

Las perforaciones intestinales por cuerpos extraños son una causa infrecuente de abdomen agudo (1%), pero representan una posibilidad diagnóstica a tener en cuenta. Son más frecuentes en niños, ancianos o pacientes con problemas bucodentales. Su localización suele ser región ileocecal o rectosigma. El tratamiento depende de la localización y las condiciones locales.





P70. COLITIS EOSINOFÍLICA

E. López González, M. Úbeda Muñoz, M. Cabello Tapia, P. De La Torre Rubio, M. Ruíz Cabello Jiménez, J. De Teresa Galván

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

-El aparato digestivo es el principal órgano no hematopoyético en que residen eosinófilos.

-Clínica variada según las capas afectadas (mucosa/muscular/subserosa) y la longitud.

-Aparece en 3º-5º década, siendo las localizaciones más frecuentes esofágica y gástrica.

Caso clínico

Paciente de 47 años sin antecedentes en el que se detecta eosinofilia periférica en ascenso progresivo con prurito palmo-plantar sin lesiones dermatológicas, diarrea sin productos patológicos e hiperreactividad bronquial. Coprocultivo y estudio de parásitos en heces, autoinmunidad, celiaquía, IgE y estudio de alergias negativos. En PAMO eosinofilia reactiva sin alteraciones de la serie madurativa. PET-TAC con aumento de captación en ileon terminal y colon ascendente. Se realiza endoscopia digestiva alta con toma de biopsia duodenal descartando gastroenteritis eosinofílica, capsuloendoscopia con mucosa ileal edematosa y múltiples nódulos de 3-5mm, compatible con hiperplasia nodular linfoide. Tres colonoscopias que describen un patrón nodular en ileon terminal con dos biopsias inespecíficas y la última con moderado/intenso infiltrado inflamatorio, en su mayoría PMN-eosinófilos (>30 por CGA). Se instaura tratamiento con prednisona y Montelukast sin cambios, sustituyéndose por beclometasona 10mg al día durante 1 mes de inducción y 5mg de mantenimiento, con reducción del número de deposiciones y desaparición del prurito, persistiendo eosinofilia periférica.

Conclusión

-Si hay sospecha (clínica y eosinofilia) se deben tomar múltiples biopsias.

-El tratamiento es empírico con corticoides y basado en la severidad de las lesiones aunque puede remitir espontáneamente.

P71. NEOFORMACIÓN DE CIEGO: NO ES SIEMPRE LO QUE PARECE.

M.Úbeda-Muñoz, E.López-González, MJ. Rodríguez-Sicilia, R.Gómez-García, J.De Teresa-Galván

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

La tuberculosis intestinal afecta al 20% de casos de TBC, siendo la 6ª localización más frecuente. La región ileocecal es el sitio más común.

La clínica es inespecífica: dolor abdominal, anorexia, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, diarrea, estreñimiento o sangrado intestinal, incluso masa palpable.

Caso clínico

Varón de 51 años con antecedentes de espondilitis anquilosante, HTA, hipotiroidismo, insuficiencia renal moderada y pancreatitis del surco con estenosis duodenal. Exfumador, Exenolismo. Tratamiento habitual: infliximab, eutirox.

Ingresa por episodio de estómago retencionista y diarrea con pérdida de peso. Destaca Hb 10, VCM 79, creatinina 2.1, marcadores tumorales negativos; exploración física y radiografía de tórax sin alteraciones. En TAC: masa de 40mm de diámetro

en colon derecho estenosante, infiltración de grasa mesentérica, adenopatías, posible afectación marco duodenal, sugerente de neoplasia. Realizamos colonoscopia: válvula ileocecal con lesión excrecente, rojiza, superficie nodular que la rodea en su totalidad; con biopsias: moderado-intenso infiltrado inflamatorio crónico, tejido de granulación y ausencia de infiltración neoplásica. Ampliamos estudio con PET-TAC: masa neoplásica en ciego con adenopatías en mesocolon; en duodeno conglomerado adenopático o tumoración primaria. Tras resultados solicitamos colonoscopia con biopsias: granulomas no caseificantes, antígeno CMV negativo, baciloscopia negativa; compatibilidad con enfermedad de Crohn. Tres semanas después, crecimiento de micobacterias en cultivo de biopsias. El paciente es diagnosticado de Tuberculosis intestinal iniciando terapia antituberculosa.

Discusión

La colonoscopia con biopsia es el procedimiento diagnóstico más útil; pudiendo hallar úlceras, estenosis, nódulos, pseudopólipos, fístulas y / o deformidad de válvulas ileocecal.

El tratamiento es similar al de la tuberculosis pulmonar.