

COMUNICACIONES PÓSTER

ESÓFAGO Y ESTÓMAGO

EAP0001 - EL TRATAMIENTO CON ESTEROIDES TÓPICOS REDUCE LA EXPRESIÓN GÉNICA DE INERLEUCINA (IL)-5 Y EOTAXINA-1/CCL11 EN LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

Lucendo Villarín AJ, de Rezende L, Bellón Heredia T¹, Pascual Turrión JM²

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real. ¹Unidad de Investigación y ²Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: IL-5 y eotaxina-1 son citocinas fundamentales en las enfermedades mediadas por eosinófilos, como el asma bronquial; han sido implicadas en la fisiopatología de la esofagitis eosinofílica (EE) en modelos experimentales murinos, pero su función en acumulación de eosinófilos en epitelio esofágico en EE humana no ha sido claramente dilucidada.

Objetivo: Definir participación de IL-5 y eotaxina-1 en la fisiopatología de EE por el estudio de variaciones en su expresión génica producidas por el tratamiento con propionato de fluticasona tópico.

Pacientes y métodos: Dos muestras de epitelio del esófago proximal de 8 pacientes adultos con EE antes y después del tratamiento con propionato de fluticasona (1 mg/12 h) fueron conservadas en solución estabilizadora del ARN. El ARN total fue extraído mediante TriReagent. Tras el tratamiento con DNase I se transcribió 1 mcg de ARN total con hexámeros de nucleótidos randomizados y transcriptasa inversa del virus de mieloblastosis aviar (Roche, 1 h a 42 °C). La cuantificación de la expresión de genes se realizó mediante amplificación por PCR de los ADNc resultantes en un termociclador Light Cycler (Roche) con cebadores apropiados. Las curvas estándar empleadas para cuantificación del ARNm objetivo fueron generadas mediante diluciones seriadas 1/10 de cantidades conocidas de los productos amplificados de los genes en estudio. La cuantificación de la expresión de IL-5 y eotaxina-1 se obtuvo por interpolación en las respectivas curvas-patrón. Las moléculas de ARNm estimadas fueron normalizadas a la expresión del gen constitutivo de β -2-microglobulina.

Resultados: La cuantificación de expresión génica de IL-5 y eotaxina-1 por qPCR se determinó mediante técnicas

basadas en emisión de fluorescencia. La expresión génica de IL-5 se redujo en más de 200 veces tras tratamiento en 1 caso, entre 10 y 100 veces en 6, y no varió en el restante. La expresión de eotaxina-1 se redujo tras tratamiento en más de 10 veces en 3 pacientes, cuatro veces en uno de ellos y aproximadamente a la mitad en 3, sin cambios en el restante.

Conclusión: IL-5 desempeña una función importante en la fisiopatología de la EE con participación discutible en un pequeño grupo de pacientes. La expresión de eotaxina-1 presenta variaciones interindividuales que abren posibilidad de sinergismos con otras sustancias. La falta de correlación entre la expresión de ambos genes sugiere mecanismos reguladores independientes. La EE es una enfermedad molecularmente heterogénea que podría relacionarse con su tiempo de evolución o con el momento de la última exposición a alérgenos responsables de la inflamación epitelial.

EAP0002 - VALIDACIÓN INTERNA DE UN ALGORITMO PREDICTIVO DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. COMPARACIÓN DE DOS COHORTES

Tenías Burillo JM, Zaragoza Marcet A¹, del Val A², Ortiz I³, Navalo Ramón E⁴, Bresó L⁴

Servicio de Medicina Preventiva y ¹Unidad de Digestivo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva, Valencia. ²Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Dr. Peset. Valencia. ³Unidad de Digestivo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Vinaroz. Castellón. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva, Valencia

Introducción: En 2002 se elaboró un algoritmo predictivo con variables preendoscópicas de la evolución clínica de las hemorragias digestivas altas (HDA) no varicosas atendidas en Urgencias en un hospital comarcal de la Comunidad Valenciana (803 pacientes, abril 1995-marzo 1999). Posteriormente con los pacientes de esta cohorte con diagnóstico de úlcera péptica (473), se construyeron diferentes modelos predictivos con los datos preendoscópicos y el Forrest.

Objetivos: Estimar la validación interna de los modelos predictivos preendoscópico y endoscópico en una co-

horte de pacientes con HDA no varicosa en 2004. Comparar ambas cohortes (1996-99 *versus* 2004).

Métodos: En 2004 se han seleccionado 101 historias clínicas de pacientes con HDA no varicosa del CMBD del hospital para la validación interna del modelo predictivo. Previo a esta validación hemos estimado la concordancia interobservador mediante el índice kappa (variables cualitativas) y el coeficiente de correlación intraclase, CCI (variables cuantitativas). La validación se estimó mediante el área bajo la curva ROC (ROCa) de las predicciones del modelo de la cohorte histórica (1996-1999) sobre los nuevos casos de HDA (cohorte de 2004).

Resultados: La concordancia interobservador fue perfecta (índice kappa ó CCI = 1) para la presentación de la HDA, shock, sangrado inestable, hepatopatía, y tratamiento endoscópico y quirúrgico y muy elevada (índice kappa o CCI > 0,81) para el resto de variables componentes del algoritmo. Los cambios significativos ($p < 0,05$) de la cohorte e 2004 respecto a la de 1995-1999 fueron: menor proporción de pacientes con cardiopatía asociada, aumento del consumo de antiagregantes, aumento de la terapéutica intervencionista a expensas de la esclerosis endoscópica, disminución del sangrado inestable, aumento de las unidades transfundidas, mayor proporción de lesiones ulcerosas con estigmas de alto riesgo (Forrest Ia, Ib y IIa) con disminución de lesiones Forrest III. La validación interna del algoritmo en la cohorte de 2004 fue menor para el modelo preendoscópico (ROCa 0,59; IC95% 0,49-0,69) que para el modelo endoscópico + variables preendoscópicas (ROCa 0,91; IC95% 0,83-0,96).

Conclusiones:

1. La capacidad predictiva de nuestro algoritmo predictivo es modesta al aplicar el modelo preendoscópico y óptima al añadir el modelo endoscópico en nuestra población en el 2004.

2. Son necesarios estudios amplios de pacientes con HDA no varicosa ya que puede estar cambiando el pronóstico y las características de estos enfermos, probablemente por los cambios terapéuticos (inhibidores bomba de protones, tratamiento endoscópico) o por cambios en criterios de ingreso (unidades de hospitalización domiciliaria).

EAP0003 - ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES COMARCALES Y UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Tenías Burillo JM, Ortiz Polo I¹, del Val Antoñana A², Zaragoza Marcet A³, Navalón Ramón E⁴, Bresó Parra L⁴, Sanz González N⁵

Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva, Valencia. ¹Unidad de Digestivo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Vinaroz. Castellón.

²Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Dr. Peset. Valencia. ³Unidad de Digestivo. Servicio de Medicina Interna.

Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva, Valencia. ⁴Medicina de Familia. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva, Valencia. ⁵Medicina de Familia. Hospital Comarcal de Vinaroz. Castellón

Introducción: Se construyó un algoritmo predictivo de la evolución clínica de las hemorragias digestivas altas no varicosas en una cohorte de 1996-1999 del Hospital de Xàtiva y se seleccionaron dos centros hospitalarios de la Comunidad Valenciana (Hospital de Vinaroz y Hospital Dr. Peset) para su validación externa en 2004.

Objetivo: Evaluar la diferencia de las características clínicas y el pronóstico de las hemorragias digestivas atendidas en los tres centros hospitalarios. Estimar la validación externa de los algoritmos preendoscópico y endoscópico de la cohorte histórica de 1996-1999 en dos centros externos (Vinaroz y Dr. Peset).

Material y métodos: Se seleccionaron 296 HDAS no varicosas del CMBD de 2004 (Xàtiva n = 101; Vinaroz n = 94 y Dr. Peset n = 101). En cada centro, dos observadores independientes recogieron información sobre la comorbilidad y toma de fármacos, antecedentes digestivos, clínica y presentación de la HDA así como datos exploratorios y analíticos al ingreso. Se documentaron las actuaciones terapéuticas intervencionistas (cirugía, esclerosis endoscópica) y se monitorizó la evolución clínica favorable o desfavorable (exitus, sangrado inestable, necesidad de terapia intervencionista). Las úlceras se estratificaron según la clasificación de Forrest. Los modelos predictivos preendoscópico y Forrest + preendoscópico construidos en la cohorte histórica de Xàtiva (1996-1999) fueron validados externamente estimando el área bajo la curva ROC de las predicciones en los nuevos casos recogidos en los centros externos (Vinaroz y Dr. Peset).

Resultados: La edad media de los pacientes fue inferior en el Dr. Peset (58,3 años DE 17,4 años) respecto a los dos centros comarcales (Xàtiva: 69,4 años DE 15,2 años; Vinaroz 69,4 años: DE 15,2 años) con predominio de hombres en los tres centros (73,3% a 75,2%).

La comorbilidad fue algo superior en el Hospital de Vinaroz, sin diferencias significativas entre los centros respecto a antecedentes digestivos, clínica y presentación de la HDA. La terapia intervencionista fue significativamente menor en Vinaroz respecto a los otros dos centros. La validación externa del modelo preendoscópico fue modesta (ROCa = 0,54 (IC95% 0,43-0,65) en Vinaroz; 0,49 (IC95% 0,39-0,59) en Dr. Peset) y muy alta para el modelo Forrest + variables preendoscópicas (ROCa = 0,82 IC95% 0,73-0,89 en Vinaroz; ROCa = 0,95 IC95% 0,89-0,98 en Dr. Peset).

Conclusiones:

1. La validación externa del algoritmo preendoscópico muestra una capacidad predictiva modesta en otros centros hospitalarios.

2. La utilización de la información endoscópica complementada con variables preendoscópicas puede utilizarse para matizar la evolución clínica y el pronóstico de los enfermos con HDA no varicosa.

EAP0004 - CARACTERÍSTICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A VARICES ESOFÁGICAS EN NUESTRA POBLACIÓN DE REFERENCIA

Martínez Tirado P, Guilarte López-Mañas J, Martín Rodríguez MM¹, Retamino A, García García J
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Básico de Baza. Granada. ¹Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: La hemorragia por rotura de varices esofágicas presenta una mortalidad asociada de, aproximadamente, un 30%. En la actualidad disponemos de tratamientos eficaces para su prevención primaria y secundaria.

Objetivo: Describir las características clínicas y la evolución de los pacientes que ingresaron en nuestro Servicio por sangrado variceal entre los años 2000 y 2006.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de los 32 pacientes que ingresaron por una hemorragia variceal en los 7 últimos años.

Resultados: El 78,1% eran hombres y el 21,9% mujeres, con una media de edad de $61,41 \pm 12,14$ años. La hipertensión portal se debió a cirrosis hepática (CI) en 29 pacientes, infiltración por neoplasia hematológica en dos y trombosis portal en uno. El alcohol, el virus C y la combinación de ambos fueron la causa de la CI en el 72,4, 24,1 y 3,4%, respectivamente. Nueve (31%) se encontraban en un estadio funcional Child A, 14 (48,3%) B y 6 (20,7%) C. El 43% de los pacientes seguían tratamiento con betabloqueantes. Todos los casos se trataron con somatostatina a su llegada a Urgencias. El 21,9% de los pacientes presentaban sangrado activo durante la gastroscopia urgente. Se asoció escleroterapia al 59,4% de los casos y bandas al 12,5%. En 7 casos (21,8%) se produjo el fallecimiento por complicaciones relacionadas con el sangrado; de ellos, el 60% era Child B y el 40% Child C, presentando el 41,7% un grado IV de varices esofágicas. Seis enfermos de la muestra se perdieron en el seguimiento, y los 19 restantes se incluyeron en un programa de profilaxis secundaria: 13 (68,2%) mediante bandas y 6 (31,6%) con escleroterapia. En ambos casos se logró erradicar las varices en el 100%, con una media de 3 sesiones para las bandas (número medio de bandas por sesión, 4) y 4 para la esclerosis (volumen medio de oleato por sesión, 17 cc). El dolor retroesternal destacó como la complicación más frecuente en ambos grupos. La tasa de recidiva de las varices fue menor en el grupo tratado con bandas (8,3 vs. 60%).

Conclusión: Aunque el reducido número de casos no permite realizar un estudio comparativo, en nuestra muestra la mortalidad por sangrado variceal está relacionada con el tamaño de las varices y el estadio funcional. Por otro lado, parece que la tasa de recidiva de las varices, una vez erradicadas, es menor en los pacientes que han sido tratados mediante ligadura con bandas elásticas.

EAP0005 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y MANEJO DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR ULCUS GASTRODUODENAL

Palomino Medina MA, Tárraga López PJ¹, Rodríguez Montes JA², López Cara MA³, Cerdán Oliver M⁴
Centro de Salud de Cardenete. Villora, Cuenca. ¹Zona 5. Albacete. ²Servicio de Cirugía. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Centro de Salud. Alcaraz, Albacete. ⁴Centro de Salud. Hellín, Albacete

Objetivo: Analizar características demográficas, clínicas y manejo de pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) por ulcus gastroduodenal (UGD) en el Hospital General Universitario de Albacete.

Métodos: Estudio prospectivo observacional desde julio 2005 a agosto 2006. Se incluyó pacientes ingresados en el Servicio de Digestivo del Hospital General Universitario de Albacete con diagnóstico de HDA secundaria a UGD.

Se definió HDA: presencia de hematemesis, melenas o hematoquecia, o en casos de hipotensión a anemia aguda, la detección endoscópica de datos compatibles con sangrado gastroduodenal reciente.

HDA secundaria a UGD: aquella HDA, en la cual se confirmó endoscópicamente el diagnóstico de UGD, habiéndose excluido otras etiologías como causa de sangrado.

Criterios de inclusión: pacientes adultos con diagnóstico de HDA secundaria a ulcus duodenal, ingresados en el Servicio de Digestivo.

Criterios de exclusión: pacientes donde la causa de hemorragia no fue un UGD y aquellos que no precisaron ingreso hospitalario o no lo hicieron en nuestro servicio.

Resultados: 102 eventos de HDA por UGD que ocurrió en 100 pacientes durante el seguimiento. Dos ingresos por hemorragia digestiva, uno por úlcera duodenal y otro por úlcera en saco herniario.

De los 100 enfermos, 74 eran varones y 26 mujeres; edad media de 63 años.

Ingesta fármacos gastrolesivos, 46% consumía ácido acetilsalicílico (AAS) u otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE), 5% anticoagulantes orales y 3% otros antiagregantes distintos de AAS. 5% fármacos esteroideos. 14% consumía fármacos gastroprotectores.

Presentaron melenas 79,4%, hematemesis 21,6%, hematemesis y melenas 9,7% y rectorragia aislada 1,9%.

Hallazgos endoscópicos: úlcera duodenal fue más frecuente 57,8% que úlcera gástrica 42,5%. Un 63,4% de úlceras gástricas fue localizado en cuerpo, 20,9% en saco herniario, 18,6% en antro y 15,5% incisura angular. En 76,3% un único nicho ulceroso, 16% dos úlceras y 2% cuatro úlceras. Tamaño medio de úlceras 1,36 cm.

El 33% úlceras presentaban sangrado activo en el momento de exploración endoscópica.

Causa de HDA por UGD: ingesta AINE asociada a infección por *Helicobacter pylori* 23,5%, *H. pylori* como causa única 23,5% e ingesta AINE 21,6%. Test ureasa para *H. pylori*: momento de exploración endoscópica, positivo 73,9% y negativo 26%.

Incidencia estacional del sangrado por UGD: 34% en primavera, 23,5% en verano, 21,5% en invierno y 20,5% en otoño.

Conclusiones:

1. Úlcera gastroduodenal es más frecuente en varones que en mujeres; y edad media de 63 años.
2. Ingesta de AINE con infección por *Helicobacter pylori* es 23,5%.
3. Episodios de HDA por úlcera gastroduodenal más frecuente en primavera.

EAP0006 - EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) POR ULCUS GASTRODUODENAL (UGD) EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE

Palomino Medina MA, Tárraga López PJ¹, Rodríguez Montes JA², López Cara MA³, Cerdán Oliver M⁴
Centro de Salud de Cardenete. Villora, Cuenca. ¹Zona 5. Albacete. ²Servicio de Cirugía. Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Centro de Salud. Alcaraz, Albacete. ⁴Centro de Salud. Hellín, Albacete

Objetivo: Evolución clínica de pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) por úlcus gastroduodenal (UGD) en el Hospital General Universitario de Albacete.

Métodos: Estudio prospectivo observacional desde julio 2005 hasta agosto 2006. Se incluyeron pacientes ingresados en el Servicio de Digestivo del Hospital General Universitario de Albacete con diagnóstico de HDA secundaria a UGD.

Criterios de inclusión: pacientes adultos con diagnóstico de HDA secundaria a úlcus duodenal, ingresados en el Servicio de Digestivo.

Criterios de exclusión: pacientes en los cuales la causa de hemorragia no fue un UGD y aquellos que no precisaron ingreso hospitalario o no lo hicieron en nuestro servicio.

Resultados: 102 eventos de HDA por UGD ocurrió en 100 pacientes durante el seguimiento. Dos reingresos por hemorragia digestiva, uno por úlcera duodenal y otro por úlcera en saco herniario.

De los 100 enfermos, 74 eran varones y 26 mujeres; edad media de 63 años.

Hallazgos endoscópicos: la úlcera duodenal fue más frecuente 57,8% que la úlcera gástrica 42,5%. El 63,4% de úlceras gástricas fueron localizadas en cuerpo, 20,9% en saco herniario, 18,6% en antro y 15,5% en incisura an-

gular. En el 76,3% un único nicho ulceroso, 16% dos úlceras y 2% cuatro úlceras.

El 33% de úlceras presentaban sangrado activo en el momento de la exploración endoscópica. Tras un seguimiento de 6,13 meses, 98 de los 100 pacientes estaban vivos y dos habían fallecido. El 50% de enfermos precisó únicamente tratamiento médico, 46% tratamiento médico y endoscópico, 3% tratamiento quirúrgico y 1% tratamiento paliativo por patología neoplásica avanzada.

Tratamiento endoscópico: en el 42,6% de los episodios se utilizó esclerosis con adrenalina y oleato de etanolamina, 26,2% esclerosis sólo con adrenalina, 4,9% con suero salino, 3,3% con oleato de etanolamina y 1,6% con alcohol, consiguiéndose 92,3% de control del sangrado.

Complicaciones del tratamiento endoscópico: 12,2% bacteriemia autolimitada y 4,9% dolor abdominal autolimitado. Once resangraron durante ingreso hospitalario. De esas úlceras, 9 tenían tamaño ≥ 1 cm. Cinco fueron clasificadas Forrest IIA, 3 Forrest III, 2 Forrest IB y una Forrest IA.

En el 36,1% se realizó segunda gastroscopia por: resangrado 30,8%, mala preparación 23,1%, toma de biopsias de la úlcera 19,2% o por anemización sin hematemesis ni melenas 11,5%. En 6,8% tercera endoscopia por anemización y resangrado. En uno, cuarta endoscopia por resangrado.

El 3% precisó intervención quirúrgica por su patología gastroduodenal. Uno gastrectomía total, en otra una parcial y el tercero gastrectomía total como tratamiento oncológico.

Conclusiones:

1. La mortalidad de HDA por UGD es 2%.
2. En la evolución clínica recibieron tratamiento endoscópico 46%.
3. La presentación clínica más habitual fueron melenas.

EAP0007 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN NUESTRA ÁREA SANITARIA

España L, Pérez-Holanda S¹, Urdiales GL¹, Fernández-Muñiz PI¹, Fernández F¹, Martínez MD¹, Rodríguez-Rubio J¹, Tojo S¹, Calleja M¹, Valverde D¹
Equipo de Atención Primaria. Área Sanitaria VIII. Langreo, Asturias. ¹Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Valle del Nalón. Langreo, Asturias

Introducción: El Colegio Americano de Gastroenterología propone, con un nivel de evidencia II, la cirugía anti-reflujo como una opción de mantenimiento para el paciente con ERGE documentado (De Vault KR, et al. AJG 2005; 2: 183-94).

Objetivos: Conocer el perfil de nuestro paciente con ERGE, evaluar nuestros criterios de indicación quirúrgica

y estudiar los resultados al cabo de 2 años (Fuchs KH et al. The EAES Guidelines for Endoscopic Surgery. Heidelberg, 2006: 125-42).

Métodos: Estudio clínico, retrospectivo y descriptivo, entre diciembre de 1997 y febrero de 2007, de todos los pacientes intervenidos mediante cirugía antirreflujo en nuestra área.

Resultados: 101 pacientes, 50,5% mujeres, de 51,45 $\pm$ 13,53 años, presentaban sintomatología secundaria a ERGE durante 57,00 $\pm$ 61,81 meses; llevaban tratados con IBP durante 32,76 $\pm$ 36,45 meses.

Se indicó el abordaje quirúrgico por: no adherencia al tratamiento (30 casos), resistencia al tratamiento o recurrencia tras la suspensión (51 casos), o aparición de complicaciones del ERGE (11 casos).

Se practicó por vía laparoscópica (2 reconversiones) funduplicatura total corta y holgada; colecistectomía en 28 casos. Estancia media: 5,33 $\pm$ 2,95 días.

No hubo mortalidad. La morbilidad postoperatoria incluyó 1 síndrome febril autolimitado, 1 sangrado peroperatorio por desgarrar de vasos cortos que precisó sutura, y 2 ITU (Tabla I).

TABLA I

Seguimiento	Nº pac.	Nº casos		Clínica	EGD	Endosc.	pHmetr.	Mano	
		Plenitud	Disfagia	Flatulen.	Reflujo	(Patol./ normal)	(Patol./ normal)	(Patol./ normal)	(Patol./ normal)
Preoperat.	101	0	28	2	28	93/95	55/57	51/66	23/79
Alta	101	15	28	11	1	6/29	2/10	0/3	0/3
6 m	64	2	3	2	0	1/16	4/5	1/5	0/5
12 m	52	2	4	2	3	0/11	6/13	0/12	1/11
24 m	22	2	2	2	0	0/9	6/7	0/5	0/5

*Cociente: patológicas/realizadas.

El seguimiento evidenció: 1 caso con una recidiva a los 4 años que precisó de reintervención; un caso de migración torácica tardía de la funduplicatura, actualmente con tratamiento médico continuado; y 2 dilataciones endoscópicas aisladas: en un caso a los 3 m y en otro caso a los 12 m. Los casos con Barret continúan en seguimiento endoscópico.

Conclusión: El seguimiento ha sido fundamentalmente clínico. A partir del sexto mes tras la cirugía, ni el EGD, ni la pHmetría ni la manometría mostraron alteraciones en los pacientes sintomáticos. La endoscopia evidenció remisión completa de las lesiones histológicas inflamatorias tras la cirugía, y fue la única prueba que mostró alteraciones en dichos pacientes.

EAP0008 - ¿EXISTE ALGÚN FACTOR EPIDEMIOLÓGICO ASOCIADO AL FRACASO REITERADO DE ERRADICACIÓN *HELICOBACTER PYLORI*?

Fernández Moreno N, Albadea Moreno C, Pérez Aisa A, Sánchez Méndez IM, Vera Rivero FM, Navarro Jarabo JM, Fernández Pérez F, Sánchez Cantos A
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Introducción: El reiterado fracaso del tratamiento erradicador del *Helicobacter pylori* (HP) está condicionado por desarrollo de resistencias antibióticas, pero podrían existir otros factores epidemiológicos asociados.

Objetivo: Evaluar si en pacientes multirresistentes a tratamiento erradicador existe algún otro patrón asociado.

Material y métodos: Total de 75 pacientes (41 hombres y 34 mujeres) recogidos de forma consecutiva desde junio 2005 a noviembre 2006, incluidos en protocolos de multirresistencia en nuestro hospital. La principal indicación de erradicación: úlcera péptica, dispepsia funcional y gastritis crónica. En todos fracaso tratamiento primera línea (OCA7-10, OCM7 o cuádruple) y segunda línea (cuádruple, levofloxacino 500/12 h-amoxicilina 1 g/12 h-omeprazol 20 mg/12 h-10 días, rifabutin 150 mg/12 h-amoxicilina 1 g/12 h-omeprazol 20 mg/12 h-7 días). Se investigó erradicación con test de aliento que resultó positivo. Se garantizó cumplimiento y recogida de efectos secundarios con encuesta dirigida.

Resultados: Edad media de 43 años (rango 22 a 77). Indicación de erradicación: úlcera péptica- 62,7%, gastritis crónica- 33,3% y dispepsia funcional- 4%. El 52% fumaban y 24% consumía alcohol. El 95% era de raza caucásica. El 82,7% tratamiento de primera línea OCA7, 13,3%-OCA10, 4,6%-OCM7. El 44% tratamiento segunda línea cuádruple, 17%-levofloxacino, 32%-rifabutin y el 1,3%-otros. El 66,7% no presentó efectos secundarios, el 28% de carácter leve-moderado y el 5,3% severos. El 90% finalizó el tratamiento.

Conclusión: En nuestra serie ningún factor epidemiológico predice la reiterada resistencia a las diferentes pautas erradicadoras, por lo que la tasa de resistencia antibiótica sigue siendo el principal factor condicionante de respuesta.

EAP0009 - HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON EPIGASTRALGIA

Gonzalvo Sorribes JM, Catalán Serra I, Herrera L, Bixquert Jiménez M, Escudero A, Navarro O, Alegre J
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Introducción: La epigastralgia (E) es un síntoma frecuente en la consulta diaria, con poco valor discriminativo de manera aislada, y con un alto porcentaje de patología funcional, consumiendo gran cantidad de recursos.

Objetivos: Analizar los hallazgos endoscópicos de los pacientes con E.

Material y métodos: Hemos analizado las peticiones de gastroscopia de los años 2004 a 2006, se analizaron las peticiones donde el síntoma principal fue la E, no se evaluó aquellos pacientes con HDA y gastrectomías.

Resultados: Se analizaron 682 peticiones realizadas por epigastralgia, la edad media de los pacientes fue de 52,2

años, con un porcentaje mujer/hombre 57,4%/42,6%, de estos en el 23% de casos se objetivó hernia hiatal y 12% presentaban pirosis asociada. Según refería en la petición en un 25,6% de pacientes no se había administrado IBP, 66,5% el IBP no mejoró su sintomatología, y en el 7% si que había mejoría con el IBP. La epigastralgia (o dispepsia no estudiada) más frecuente fue el síndrome de dolor epigástrico (88,4%) seguida síndrome de distrés posprandial (11,6%). La mayoría de pacientes no presentaban otros síntomas (82%), un 15% presentaba síntomas clásicos de alarma, donde el más frecuente fue la pérdida de peso (40%) y la constelación "semiológica" astenia, anorexia y adelgazamiento (28%). El 61% de exploraciones fueron normales, si incluimos como normales la presencia únicamente de hernia hiatal son el 77%, de estos en el 5% de casos tomaban AINE. En 22,4% de casos se apreció algún tipo de lesión. La lesión más frecuentemente observada es la presencia de esofagitis péptica 26% (de las cuales el 50% fueron grado 1), la segunda lesión fueron la enfermedad ulcerosa duodenal activa o secuelas de la misma (23%). Se diagnosticaron 6 adenocarcinomas gástricos (3,9%) en 4 de ellos había algún síntoma de alarma y la edad media fue de 71,83 años, con un intervalo de 61-85 años. Las úlceras gástricas benignas fueron 4 con edades comprendidas entre 60-74 años y se diagnosticaron 2 Barrett con edades entre 47-69 años.

Conclusiones: Los síntomas de alarma en gente joven tienen poco valor indicativo de patología maligna/grave. El corte de 45 años para realizar gastroscopia en dispepsias no investigadas de inicio parece excesivamente bajo. Parece lógico realizar gastroscopia en pacientes añosos con dispepsia de reciente aparición tengan o no síntomas de alarma. La historia clínica debe guiarnos a buscar el origen de la epigastralgia (funcional, biliar...).

EAP0010 - RESULTADOS A MEDIO PLAZO DE LA IMPLANTACIÓN DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO POR VÍA ENDOSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD: ¿SE MANTIENE LA PÉRDIDA DE PESO TRAS SU RETIRADA?

Catalán Serra I, Escudero A, Navarro L, Gonzalvo JM, Herrera L, Monforte A, Bixquert M
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Introducción: La implantación de un balón intragástrico por vía endoscópica (BI) es una alternativa eficaz en el tratamiento de la obesidad. El mantenimiento de la pérdida de peso tras su retirada es un tema controvertido.

Objetivo: Conocer la efectividad a medio plazo tras la retirada del BI en nuestro medio.

Material y método: Se incluyeron de forma consecutiva 29 pacientes remitidos desde Endocrinología consecu-

tivamente para colocación de BI en un periodo de 26 meses (enero 2004-marzo de 2006). Todos eran mayores de 18 años, con un IMC mayor o igual a 34 kg/m², habían realizado dieta sin éxito de manera probada, y tenían un informe psicológico favorable.

Se excluyó a los pacientes con contraindicaciones, los que se negaron a someterse al procedimiento (n = 2), los portadores del BI al finalizar el estudio (n = 5), y aquellos en los que no se pudo obtener información clínica tras la retirada (n = 4).

Se evaluó el peso e IMC tras la retirada, a los 6 meses y al año de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes (7 hombres y 11 mujeres), con una edad media de 42,2 años. El peso medio al inicio del tratamiento fue de 122,5 kg (dt: 26,4), con un IMC medio de 46,9 kg/m² (dt: 10,2). La pérdida de peso media tras la implantación fue de 12,3 kg (dt: 10,1) con una reducción del IMC media de 4,52 kg/m² (dt: 4,4).

A los 6 meses del tratamiento ganaron peso el 44,5% de pacientes (n = 8). La ganancia ponderal media fue de 1,4 kg ± 0,9 (0,5 kg en hombres y 2,1 kg en mujeres); se mantuvieron estables el 27,8% (n = 5), y siguieron perdiendo peso 27,8% (n = 5).

A los 12 meses ganaron peso el 50% de pacientes (n = 9). La ganancia ponderal media al año fue de 3,8 kg ± 1,4 (2,42 kg en hombres y 2,54 kg en mujeres); el 33,3% (n = 6) se mantuvieron estables, y siguieron perdiendo peso el 16,6% (n = 3).

Conclusiones:

1. Casi la mitad de los pacientes obesos ganan peso al año de la retirada del BI.

2. La ganancia de peso a los 6 meses y al año es sin embargo moderada, no apareciendo el efecto rebote descrito en otros tratamientos para la obesidad.

3. Los beneficios tras la implantación del BI parecen mantenerse a medio plazo, aunque se hace necesario un seguimiento más prolongado para evaluar su efectividad.

EAP0011 - SOLICITUD DE TAU-KIT DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: ¿PARA QUÉ Y EN QUÉ PACIENTES?

Gonzalvo Sorribes JM, Catalán Serra I, Escudero A, Bixquert Jiménez M, Gil Borrás R, Navarro L, Herrera L
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Introducción: La facilidad de uso ha ampliado las solicitudes del TAU-KIT en la atención primaria (AP). No es conocido si las indicaciones son siempre adecuadas ni que factores influyen en que se solicite.

Objetivos: Evaluar de forma prospectiva la epidemiología de los pacientes a los que se les solicita TAU-KIT para comprobar su relevancia.

Material y métodos: En 10 meses consecutivos se recibieron 267 solicitudes en Digestivo, procedentes de los CAP del Departamento 6 (320.000 habitantes). A todos se les pasó una encuesta estructurada previa a la tramitación de la prueba.

Resultados: 267 pacientes, 130 mujeres y 137 hombres, edad media 42,9 años. Las indicaciones fueron: a) dispepsia: 122 pacientes (45,6%), edad media 37,5 años, relación hombre:mujer de 1,3:1; b) epigastralgia: 34 pacientes (12,7%), edad media 40 años, relación H:M de 1:1; c) causas aceptadas de erradicación HP: 97 pacientes (36,3%), edad media 40 años y relación H:M de 3,3:1; d) causas no aceptadas para erradicación HP (gastritis, ERGE, HH deslizante): 11 pacientes (4,1%), edad media 58 años y relación H:M de 1:1,1; 5) causas anecdóticas: una urticaria (mujer, 24 años) y una rosácea (hombre 28 años); y e) un caso de gastritis plasmocitaria (hombre, 36 años); en estos casos TAU-KIT fue negativo.

Influencia del consumo de alcohol: HP+ 66% de consumidores, y 67% de los no bebedores.

Influencia del tabaco: HP+ 76% de fumadores, y 62% de los no fumadores.

Influencia de la edad: menos de 20 años: 34% positivos; 20-39 a: 51% positivos; 40-59 a: 76% positivos; 60-79 a: 81% positivos; más de 80 a: 0% positivos.

Influencia de la HTA (10% de todos los testados): 77% eran HP+.

Influencia de la DM (4% del total): 92% eran HP+.

Influencia de la OCFA (2% del total): 67% eran positivos.

Consumo de antibióticos el año precedente (26% del total): 66% eran positivos.

Conclusiones:

1. En un área semiurbana y rural, 45% de pacientes de < 40 años resultaron HP+.

2. El 36% de las remisiones eran por casos aceptados de erradicación.

3. El 58% de las remisiones son por motivos discutibles para erradicación (epigastralgia o dispepsia en pacientes de > 40-45 años).

4. Las altas tasas de positividad en HTA y DM parecen relacionarse con la edad superior a la del resto.

5. Las menores tasas de infección HP en OCFA, podrían deberse al empleo frecuente de antibioterapia en estos pacientes.

6. Por encima de 80 años no es relevante solicitar TAU-KIT.

EAP0012 - REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO A LO LARGO DE 14 AÑOS EN UN ÁREA MEDITERRÁNEA

Gonzalvo Sorribes JM, Sánchez Gutiérrez G, Catalán Serra I, Gil Borrás R, Escudero Sanchis A, Herrera L, Navarro L, Alegre J, Bixquert Jiménez M
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Introducción: EL ACG representa más del 90% de todos los tumores malignos del estómago. Desde los años 70 su incidencia y mortalidad están disminuyendo en los países industrializados; en España se diagnostican 17-27 casos/100.000 habitantes/año, aunque con amplias diferencias regionales.

Objetivos: Conocer a lo largo de un amplio periodo de tiempo las variaciones en la incidencia del ACG en un área mediterránea de suficiente población, y si esas variaciones han sido en pacientes más jóvenes o ancianos.

Material y métodos: A partir del registro de endoscopias del Servicio de Digestivo, se han obtenido los casos de ACG con confirmación anatomopatológica, no sometidos previamente a cirugía por enfermedad ulcerosa, entre enero de 1992 y diciembre de 2005 (14 años completos). Los pacientes encontrados se dividieron en tres grupos: antes de los 50 años, entre 51-79 y más de 80 años, y se estudió la topografía tumoral, aspecto macroscópico (Borrmann) y tipo histológico (Lauren).

Resultados: Un total de 491 casos, 64% hombres (incidencia global de 35 casos/año). Por edades: 6,7% en menos de 50 años, 77,8% entre 51-79 años, y 15,5% por encima de los 80 años. Hemos observado una disminución significativa comparando los extremos del periodo, ya que en 1992-93 eran 40 casos/año y en 2004-05, 27 casos/año ($p < 0,05$). La demografía del área ha cambiado, aumentando la población un 8-10% anual, ya que en 1992-93 teníamos 180.000 habitantes, y en 2004-05 eran 320.000. La incidencia ha disminuido de 22,2 casos/100.000 habitantes/año al principio, hasta 8,2 casos/100.000 habitantes/año al final, un 62,7%. Este descenso ha sido proporcionalmente menor en el grupo más joven, y se ha hecho sobre todo a expensas del ACG de tipo intestinal, no del difuso.

Conclusiones:

1. El ACG en nuestra área se ha reducido a lo largo de 14 años un 62,7%, sobre todo en los grupos de mayor edad; en ancianos la disminución global ha sido del 60%.

2. La proporción relativa en el grupo más joven ha aumentado del 5 al 6,7%, pero las cifras absolutas están estables, ya que hemos pasado de diagnosticar 3 casos de ACG en "jóvenes" /año en 1992-93, a 2 casos en 2004-05.

3. El descenso de la incidencia del ACG en nuestra área se ha hecho en función de la reducción del ACG de tipo intestinal (que predomina en los grupos de más edad), no del difuso, más frecuente entre los pacientes más jóvenes.

EAP0013 - HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DE ERGE

Gonzalvo Sorribes JM, Catalán Serra I, Escudero Sanchis A, Navarro L, Herrera L, Alegre J, Bixquert Jiménez M
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Introducción: Los síntomas de ERGE son muy comunes, afectando al 15-20% de la población. La realización de endoscopia en estos pacientes es controvertida porque tiene escasa sensibilidad y especificidad.

Objetivos: Correlacionar los hallazgos endoscópicos con los síntomas en pacientes con ERGE, para optimizar su solicitud.

Material y métodos: Se han analizado las endoscopias realizadas entre 2004-2006 solicitadas por ERGE; se ha evaluado la respuesta previa a IBPs, la presencia de hernia de hiato (HH), síntomas ORL o respiratorios asociados a reflujo y la existencia o no, y el grado de esofagitis.

Resultados: De 4400 gastroscopias se solicitaron 410 por ERGE (9,3%), 365 fueron realizadas (89%); edad promedio 51,7 años, 53% hombres; 93 pacientes (26%) aquejaban disfagia: el 8% presentaban un anillo de Schatzky (AS) y uno adenocarcinoma esofágico (1,1%); 272 pacientes (74%) no tenían disfagia: 3,6% tenían un AS, y uno (0,4%) presentaba un esófago de Barrett; 24 pacientes presentaban disfagia y odinofagia: 2 tenían AS. De 176 pacientes (48%) con HH, 21% presentaban esofagitis (49% C-D). En los pacientes sin HH (52%), 6% presentaban esofagitis siendo el 33% C-D. De los pacientes con otros síntomas de alarma como anemia, anorexia o pérdida de peso: 1 esofagitis grado D y 1 AS. En el 64% de casos la endoscopia se solicitó por no haber mejoría pese a IBP (85% sin hallazgos); en 8% se solicitó en pacientes que habían mejorado con IBP (100% sin hallazgos). En los casos en que se había solicitado estudio radiográfico, en 5 era patológico (2 HH, 1 sospecha de ACG, 1 úlcera gástrica y 1 irregularidad de la mucosa esofágica); sólo se confirmó la UG benigna. A 18 pacientes (4,9%) se les solicitó endoscopia por sintomatología respiratoria: (edad promedio 48,6 años), 50% por tos de origen incierto, 15% laringitis posterior, y 30% crisis asfícticas; un 48% presentaban HH y un 25% esofagitis de los cuales sólo un caso era grado D.

Conclusiones: La pirosis es una causa poco frecuente de solicitud de endoscopia digestiva alta, y tiene en estos casos una escasa rentabilidad diagnóstica para organicidad. La HH parece asociarse a una mayor presencia de esofagitis y mayor gravedad de la misma. Ni la disfagia aislada ni asociada a odinofagia son criterios de organicidad o malignidad, en presencia de síntomas de ERGE. La sintomatología ORL o respiratoria no parece una clara indicación de endoscopia a tenor de los resultados obtenidos.

EAP0014 - FACTORES RELACIONADOS CON LA CLÍNICA TÍPICA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Martínez Tirado P, Martín Rodríguez MM, Ruiz-Cabello Jiménez M¹, López de Hierro Ruiz M¹
Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Jaén. ¹Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivo: Estudiar los factores relacionados con la presencia de síntomas típicos de reflujo gastroesofágico (RGE).

Material y métodos: Estudio transversal observacional de 120 pacientes que acuden de forma consecutiva al Servicio de Endoscopias. Se realiza historia clínica y endoscopia digestiva alta. Variables clínicas estudiadas: sexo, edad, hábitos tóxicos, ingesta de fármacos, síntomas típicos de RGE. Variables endoscópicas: morfología de la línea Z, hernia de hiato, sospecha de esófago de Barrett, esofagitis y presencia de *Helicobacter pylori* (HP). Test estadístico: χ^2 . t-Student para muestras independientes. Nivel de significación: $p < 0,05$.

Resultados: De los 120 pacientes, 68 eran mujeres y 52 varones, con una media de edad de $42 \pm 12,57$ años. El 85% refería más de 1 episodio de pirosis y/o regurgitaciones al mes, de estos, el 47% había estado con tratamiento antisecreto (antiH2 o IBP). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo y la edad con la aparición de clínica ($p = 0,089$ y $p = 0,4$, respectivamente). Respecto a los hábitos tóxicos, no hubo relación entre el consumo de alcohol y la presencia de síntomas ($p = 0,17$), mientras que el tabaquismo sí se asoció ($p < 0,05$), multiplicándose por 6 el riesgo de presentar pirosis o regurgitaciones. De las variables endoscópicas estudiadas no se encontró significación estadística con la morfología de la línea Z ($p = 0,12$), con la hernia de hiato ($p = 0,93$), con la sospecha de esófago de Barrett ($p = 0,46$) ni con la positividad para HP ($p = 0,7$), aunque sí la hubo con la presencia de esofagitis ($p = 0,015$).

Conclusiones:

1. En nuestro estudio, como en la mayoría, el tabaco es factor de riesgo para la aparición de clínica típica de RGE.
2. La presencia de reflujo no está relacionada con la existencia de hernia de hiato.
3. La esofagitis es la lesión endoscópica que se relaciona con la presencia de síntomas.

EAP0015 - TUMOR DE KRUKENBERG OVÁRICO ASOCIADO A ADENOCARCINOMA GÁSTRICO (ACG): ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 14 AÑOS

Catalán Serra I, Sánchez Gutiérrez G, Gonzalvo Sorribes J, Bixquert Jiménez M, Herrera L, Escudero A, Alegre J
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Introducción: El tumor de Krukenberg (TK) fue descrito en 1896. Su origen primitivo habitual es gástrico (70-90%), en 14% colónico, y el resto apendicular, biliar o pancreático, siendo excepcional el extradigestivo. Representa 1-2% de los tumores ováricos y es típico su componente mucinoso.

Objetivos: Conocer la incidencia del TK en relación con ACG, así como su demografía, pronóstico y complicaciones, evaluando un periodo largo de tiempo.

Material y métodos: Durante 14 años consecutivos (1992-2005) se recogieron todos los pacientes con diagnóstico histológico confirmado de adenocarcinoma gástrico, no sometidos a tratamiento quirúrgico previo por enfermedad ulcerosa benigna. Se dividieron en tres grupos de edad: menos de 50, entre 51 y 79, y más de 80 años, y se cruzaron nuestros resultados con los archivos de Anatomía Patológica para confirmar los casos de TK vistos en esos 14 años.

Resultados: En un total de 491 casos de ACG hallamos: a) 33 casos entre 28-50 años (6,7%), con proporción H:M de 1:3,7; b) 382 casos entre 51-79 años (77,8%), H:M de 1,7:1; y c) 76 casos por encima de los 80 años (15,5%), H:M de 2,8:1. Tres mujeres de 33, 34 y 44 años, todas premenopáusicas, tuvieron un TK asociado al ACG; las dos primeras antes el gástrico, con un intervalo de 2-3 años. En la tercera primero el ovárico y a los tres años el gástrico, presentación excepcional. Dos de las tres mujeres eran A+, y las tres con antecedentes familiares de primer orden de neoplasia digestiva: dos CCR y un ACG. En todos los casos fueron ACG de tipo difuso (células en anillo de sello). La 1ª y la 3ª fallecieron a los 12 y 18 meses del diagnóstico del TK ovárico y del ACG, respectivamente, por carcinomatosis peritoneal + metástasis hepáticas. La 2ª permanece viva cinco años después de la operación ginecológica.

Conclusiones: Un 13,7% de las pacientes con ACG y menos de 50 años pueden desarrollar TK asociado. En el 100% son difusos, no de tipo intestinal, y tienen antecedentes familiares de primer orden de cáncer digestivo (CCR o ACG); en 66% de los casos eran A+. El adenocarcinoma ovárico puede preceder al gástrico. Su pronóstico es infausto en relativamente corto plazo.

EAP0016 - ASOCIACIÓN ENTRE EL *HELICOBACTER PYLORI* Y LA METAPLASIA INTESTINAL EN LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA

Martínez Tirado P, Martín Rodríguez MM, López de Hierro Ruiz M¹, Ruiz-Cabello Jiménez M²
Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Baza, Granada. ¹Complejo Hospitalario de Jaén. ²Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: El aumento de la incidencia de adenocarcinoma esofágico en occidente ha hecho que proliferen los estudios sobre la metaplasia intestinal (MI) en la unión esofagástrica (UEG). Actualmente existen 2 corrientes, la que defiende su relación con el *H. pylori* (HP) y la que lo hace con el reflujo ácido gástrico.

Objetivo: Estudiar la relación entre la MI de la UEG y el HP.

Pacientes y método: Estudio transversal observacional de 120 pacientes que acuden de forma consecutiva al Servicio de Endoscopias para realización de endoscopia digestiva alta. Variables clínicas estudiadas: sexo y edad. Variables endoscópicas: lesiones gastroduodenales relacionadas con HP y test de ureasa rápida para tejidos. Variables histológicas: folículos linfoides en unión, cuerpo y antro, metaplasia intestinal gástrica, infiltrado inflamatorio en UEG. Test estadístico: χ^2 . t-Student para muestras independientes. Nivel de significación: $p < 0,05$.

Resultados: De los 120 pacientes, 68 eran mujeres y 52 varones, con una media de edad de $42 \pm 12,57$ años. En 11 pacientes (9,2%) se diagnosticó MI en la UEG, de los cuales 7 eran mujeres y 4 hombres. La media de la edad en los pacientes con MI fue superior ($51,36 \pm 15,6$ vs. $42,06 \pm 11,9$) ($p = 0,01$). El test de ureasa a nivel de la UEG fue positivo en todos los pacientes con MI ($p = 0,03$), mientras que a nivel de la incisura no se encontró diferencias significativas ($p = 0,7$). La presencia de folículos linfoides en las distintas localizaciones estudiadas, indicativo de infección por HP, no se asoció con MI en la UEG (cuerpo $p = 1$, antro $p = 1$, unión $p = 0,5$). Tampoco hubo asociación entre la MI en cuerpo y antro gástrico con la MI en la UEG ($p = 0,25$ y $p = 1$, respectivamente). El hallazgo de lesiones gastroduodenales relacionadas con HP no se asoció con la MI de la UEG ($p = 0,06$).

Conclusiones:

1. La prevalencia de la MI en la UEG en nuestra población fue baja y aumenta con la edad.

2. No podemos concluir que exista asociación entre HP y MI en la UEG, ya que la única variable estadísticamente significativa (test de la ureasa positivo en cardias) está limitada por la existencia de un valor igual a 0 en la tabla de contingencia, por lo que habría que aumentar la muestra.

EAP0017 - TRATAMIENTO DE RESCATE CON LEVOFLOXACINO TRAS UN PRIMER FRACASO ERRADICADOR DE *HELICOBACTER PYLORI*

Bermejo San José F, Carneros Martín JA, García Durán F, Valer López-Fando MP, Sánchez Prudencio S, Tomás Moros E, Ciriza de los Ríos C, Piqueras Alcol B, Algaba García A, Rodríguez Agulló JL
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Fuenlabrada. Madrid

Introducción: Tras un primer intento erradicador de *H. pylori*, la pauta habitual de rescate es una cuádruple terapia que incluye un inhibidor de la bomba de protones (IBP), bismuto, tetraciclina y metronidazol. Este tratamiento tiene una dosificación compleja y frecuentes efectos adversos. Levofloxacin es un fármaco con excelente actividad frente a *H. pylori*, que ha sido empleado en su erradicación asociado a amoxicilina y un IBP.

Objetivo: Evaluar la eficacia de una terapia de rescate basada en levofloxacino en pacientes en los que ha fracasado el tratamiento erradicador habitual de *H. pylori*.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron 100 pacientes consecutivos en los que había fracasado un primer tratamiento erradicador con IBP, amoxicilina y claritromicina. Se administró una terapia durante 10 días con levofloxacino (500 mg/12 h), amoxicilina (1 g/12 h) y omeprazol (20 mg/12 h). La erradicación de *H. pylori* se confirmó mediante prueba del aliento con ¹³C-urea a las 8 semanas de la finalización del tratamiento. Mediante interrogatorio se evaluó el cumplimiento del tratamiento y la aparición de efectos adversos con la medicación.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 47 años, 57% varones. El 28% eran fumadores. El 54% con úlcera péptica y el 46% con dispepsia funcional. El 94% completaron estrictamente el tratamiento. La erradicación "por protocolo" fue del 82% (IC95% 73-89%) y "por intención de tratar" del 80% (IC95% 70-87%). En los pacientes con úlcera la erradicación (81%) fue similar a la obtenida en aquellos con dispepsia (78%). Aparecieron efectos adversos en el 24% (IC95% 16-33), incluyendo náuseas (13%, en un caso intensas, motivando la retirada del tratamiento tras 2 dosis), dolor abdominal (5%), mialgias (3%) y sabor metálico (2%). Un paciente presentó rash cutáneo que motivó la retirada del tratamiento al 6º día. En el resto de casos los citados efectos adversos fueron leves.

Conclusión: La terapia de rescate basada en levofloxacino durante 10 días posee una elevada eficacia en la erradicación de *H. pylori*. Es un tratamiento sencillo, bien tolerado y constituye una excelente alternativa tras el fracaso de un primer intento erradicador.

EAP0018 - ANTIAGREGACIÓN Y ANTICOAGULACIÓN COMO FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CURSO CLÍNICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN NUESTRO MEDIO

Jurado A, Cabello Tapia MJ, Nogueras López F, Ruiz-Cabello Jiménez M, de Teresa Galván J
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Los antiagregantes y anticoagulantes son fármacos, cada vez más utilizados y cuya función fundamental es: la disminución de la agregación plaquetaria, en el primer caso y de la coagulación de la sangre en el segundo.

Objetivos: Observar cómo intervienen estos dos tipos de fármacos, en el curso clínico de la hemorragia digestiva alta (HDA).

Método: Analizamos a 463 pacientes ingresados por HDA de forma prospectiva desde el 1-06-05 al 30-11-06.

Resultados: Tomaban anticoagulantes 59 (12,7%), antiagregantes 89 (19,2%). Definimos el curso clínico del HDA en función de: la forma de presentación (hematemesis, melenas), gravedad clínica (según tensión arterial y frecuencia cardíaca), tratamiento endoscópico y quirúrgico realizados, persistencia, recidiva, concentrados de hematíes administrados y estancia hospitalaria. En el análisis univariante se hallaron en los anticoagulados (grupo 1), respecto a los demás (grupo 2); diferencias significativas, en hematemesis (18% en 1 vs. 37% en 2), concentrados de hematíes (2,55 de media en 1 vs. 1,78 del 2); y la estancia hospitalaria (7,1 días vs. 8). Mismos resultados que en el análisis multivariante. Los antiagregados (grupo a), comparados con los demás (grupo b); en el análisis univariante no mostró diferencias, sin embargo en el multivariante si se halló diferencias: en el tratamiento endoscópico (13,8% del a, respecto del b 20,9%); y recidiva (27,1% del a, vs. 18,3% del b).

Conclusiones: La anticoagulados presentan: menor tasa de hematemesis y estancia hospitalaria; y necesitan más concentrados de hematíes. En cuanto a los antiagregados precisan menos tratamiento endoscópico y tienen una mayor frecuencia de recidiva.

EAP0019 - UTILIDAD DEL SISTEMA PREDICTIVO DE LA MORTALIDAD ROCKALL EN NUESTRO MEDIO COMPARADO CON OTRO SISTEMA NO VALIDADO

Jurado A, Cabello Tapia MJ, Ruiz-Cabello Jiménez M, Nogueras López F, de Teresa Galván J
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La hemorragia digestiva alta es una patología relativamente frecuente (10-150/100.000 hab./año) y con una mortalidad del 10%. En estudios recientes se ha validado el sistema Rockall, como un sistema útil para predecir la mortalidad; aunque, es preciso el diagnóstico endoscópico para poder aplicarlo. También se han desarrollado otros sistemas, que no precisan de dicho requisito como el realizado por Blatchford y colaboradores.

Objetivo: Evaluar la utilidad del sistema Rockall y el Blatchford en nuestro medio y compararlos entre sí.

Métodos: Analizamos una muestra de 463 recogidos de forma prospectiva desde el 1-06-05 al 30-11-06.

Resultados: La mortalidad media en nuestra muestra fue del 3%. Comparamos las medias de las puntuaciones obtenidas de ambos sistemas; entre los pacientes que fallecieron, comparados con los que no. En cuanto al sistema Rockall la media obtenida en los fallecidos fue de $6 \pm 2,2$ comparados con el otro grupo 4 ± 2 , diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0,005$. En otro sistema la media de los pacientes que fueron exitus es de

11,57 $\pm$ 4 y la del otro grupo fue de 7,73 $\pm$ 4 diferencia con una $p = 0,004$. En la curva ROC realizada para ambos sistemas en el primero su área fue de 0,75 y la del sistema Blatchford de 0,74.

Conclusión: Ambos sistemas son útiles para predecir la muerte por hemorragia digestiva alta en nuestro medio; con un área bajo la curva muy similar; y por lo tanto, no encontramos diferencias entre los resultados de ambos sistemas.

EAP0020 - COMPARACIÓN DE LA ETIOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN PÉPTICO NO VARICOSO DESDE 1985-2006

Jurado A, Viñolo Ubiña C, Pinel Julián LM, Sánchez Capilla AD, Vega Villaamil P, González Castillo S, Morales Ruiz J, Nogueras López F, Ruiz-Cabello Jiménez M, de Teresa Galván J

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) tiene una incidencia de 50-150 casos/100.000 habitantes/año. En la mayoría de los casos, el origen de esta es la úlcera gastroduodenal.

Objetivo: Describir los cambios en las causas de HDA de origen no varicosos en nuestro medio.

Método: Se han obtenido tres muestras de forma prospectiva. Una durante 1985 (grupo 1): 284 pacientes, otra en 1996 (grupo 2): 259 casos; y, en 2006: 291 (grupo 3).

Resultados: La edad media en 1985 era de 57,4 años, en 1996: 59,6 y en 2006 62,38. En todos los grupos evidenciamos una mayoría de hombres (75,4, 69,5 y 72,2% respectivamente). Causas: U. duodenal (1: 40,5%, 2: 43,2%, 3: 40,5%), U. gástrica (1: 24,3%, 2: 30%, 3: 18,9%), LAMG (1: 15,3%, 2: 8,9%, 3: 9,6%), Mallory-Weiss (1: 7%, 2: 3,5%, 3: 5,2%), esofagitis (1: 2,8%, 2: 1,9%, 3: 1%), úlcera esofágica (1: 2,1%, 2: 3,1%, 3: 4,1%), U. de boca anastomótica (1: 1,7%, 2: 3,1%, 3: 2,1%), neoplasia (1: 1,7%, 2: 1,9%, 3: 5,2%), lesiones vasculares (1: 0,5%, 2: 1,5%, 3: 9,3%). La mortalidad en 1985: 2,5%, 1996: 1,5%, y 2006: 1,5%.

Conclusiones:

1. Aumento significativo de la edad media con el paso de los años.
2. Permanece la mayor proporción de hombres.
3. La causa más frecuente es el U. duodenal; seguida del U. gástrico, aunque su proporción ha descendido en los últimos años.
4. Señalamos el aumento de la proporción del U. esofágico, de las neoplasias y sobre todo de las lesiones vasculares; de la última serie respecto a las primeras.

EAP0021 - ANESTESIA TÓPICA EN LA REALIZACIÓN DE GASTROSCOPIAS PROGRAMADAS. ¿ES ÚTIL SU ADMINISTRACIÓN?

Prieto Martínez C, Rodríguez Gutiérrez C
Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarra, Navarra

Objetivos: Analizar la utilidad de la administración de anestesia tópica en las gastroscopias para mejorar la tolerancia.

Material y métodos: De forma prospectiva, aleatoria y ciega, se dividió a 100 pacientes en dos grupos, con (grupo A) y sin (grupo B) administración de anestesia tópica (lidocaína). Tras la prueba, se les realizó un cuestionario. Se valoró en ambos grupos: la tolerancia subjetiva del paciente, el dolor en faringe, la facilidad para realizar el gesto de tragar y se pidió que señalaran el peor momento del procedimiento. En el grupo A, además se valoró la sensación de adormecimiento bucal. Así mismo, el endoscopista valoró la dificultad para la introducción del endoscopio y tolerancia a la prueba. También se analizaron los antecedentes de gastroscopias previas y la preferencia del paciente respecto a la anestesia en futuras gastroscopias. Todas las gastroscopias se realizaron únicamente entre dos endoscopistas. Para el estudio se han utilizado estadísticos descriptivos, Chi cuadrado y Kruskal Wallis.

Resultados: Se estudió a 49 mujeres y 51 hombres (edad media: 50,98 $\pm$ 17,78 años). Se les administró anestesia tópica a 52. Según el paciente el peor momento de la gastroscopia fue la introducción. Al analizar el dolor en la faringe, y la introducción y tolerancia de la gastroscopia según el endoscopista, no se encontraron diferencias entre ambos grupos ($p > 0,05$). A 27 pacientes se les habían realizado gastroscopias previamente. Al relacionar el número de gastroscopias realizadas hasta el momento, con la tolerancia a la prueba según el paciente y el endoscopista, no se observaron diferencias significativas ($p > 0,05$). Al estudiar la tolerancia de la gastroscopia a juicio del paciente, los pacientes del grupo A con respecto al grupo B toleraron mejor la prueba ($p < 0,05$). Los pacientes del grupo A ante una nueva endoscopia solicitarían anestesia, mientras que los del grupo B, no ($p < 0,05$).

Conclusiones:

1. El dolor y la introducción del endoscopio no se ven influenciados por la anestesia, siendo esta última el peor momento de la gastroscopia según el paciente.
2. La introducción del endoscopio y la tolerancia de la prueba según el endoscopista no varía según la administración de anestesia.
3. El número de gastroscopias previas no influye en la tolerancia de la prueba.
4. Los pacientes a los que se les ha administrado anestésico tópico toleran subjetivamente mejor la exploración.
5. Ante una nueva gastroscopia, los que no recibieron anestesia tópica, en su mayoría no la solicitarían, pero los que la recibieron, sí.

EAP0022 - HDA RELACIONADAS CON AINE. GASTROPROTECCIÓN INSUFICIENTE EN NUESTRO MEDIO

Velasco Valcárcel AJ, Moreno Planas JM, Albéniz Arbizu E, Caramuto Martins A, Galera AB, Pérez Flores R, Rivera Vaquerizo P, Martínez López MN, Blasco Colmenarejo MM, Vicente Gutiérrez MM

Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción: La asociación de fármacos gastroprotectores es la principal medida de que disponemos para minimizar el riesgo de la gastroenteropatía por AINE.

Objetivo: Investigar el empleo correcto de fármacos gastroprotectores en una población de enfermos ingresados por hemorragia digestiva alta con consumo previo de AINE.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio todos los pacientes ingresados por hemorragia digestiva alta con antecedente de ingesta de AINE (103 pacientes, 66 varones y 37 mujeres; edad media 67 años -18-91 años-) desde julio de 2005 hasta marzo de 2007. Se analizó la toma de medicación gastroprotectora (fármacos inhibidores de la bomba de protones o misoprostol), y si su utilización era la adecuada, atendiendo a los criterios establecidos (mayores de 60 años, historia previa ulcerosa o de hemorragia digestiva, uso concomitante de corticoides o anticoagulantes, dosis altas de AINE, dos o más AINE y enfermedad grave asociada).

Resultados: El origen de la hemorragia estuvo directamente relacionado con la ingesta de AINE en 82 de los 103 casos: úlcus péptico (n = 74), erosiones agudas gástricas (n = 5) y erosiones duodenales (n = 3). De estos 82 pacientes, el 79% (65/82) cumplían criterios de gastroprotección, de los cuales sólo estaban gastroprotegidos el 21% (17/82) y el 58% (48/82) no lo estaban. Otro 21% (17/82) no precisaba gastroprotección. Ningún paciente en nuestro estudio tomaba fármacos gastroprotectores sin indicación. La prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en la población estudiada fue del 54%.

Conclusiones:

1. Más de la mitad de los episodios hemorrágicos relacionados con la ingesta de AINE, no estaban correctamente gastroprotegidos.

2. Un porcentaje significativo de los episodios hemorrágicos (21%), aconteció en pacientes correctamente gastroprotegidos, lo que aconseja un uso racional de los AINE.

3. Los pacientes sin indicación de gastroprotección también presentan hemorragias relacionadas con la ingesta de AINE. Habría que valorar ampliar los criterios de gastroprotección.

EAP0023 - AINE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UNA CONSULTA DE APARATO DIGESTIVO: EVALUACIÓN INICIAL DE SUS REACCIONES ADVERSAS Y DE LA GASTROENTEROPROTECCIÓN

Encinas Sotillos A, Durán Aguado AR, Pérez-Bedmar Delgado J, Gil Ares F

Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Introducción: Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son medicamentos que originan frecuentemente reacciones adversas (RA) sobre el aparato digestivo; la profilaxis de las RA está ampliamente difundida en la medicina de Atención Primaria y en la especializada.

Objetivos: Valorar la potencial importancia que pueden tener las RA a AINE y su prevención en la práctica clínica rutinaria de una consulta externa de Gastroenterología.

Material y métodos: Estudio prospectivo de un mes de duración (16 octubre al 16 noviembre –época sin epidemiología gripal en Madrid–) en una consulta externa ambulatoria de Digestivo del Hospital de Getafe. Todos los pacientes con síntomas, lesiones o alteraciones analíticas (SLA) susceptibles de ser causados por AINE fueron cuestionados sobre los mismos y sobre el uso de medidas profilácticas.

Resultados: De 600 pacientes atendidos, 54 (9%) tuvieron SLA probablemente relacionadas con los AINE. Fueron más frecuentes en mujeres que en hombres –34 (63%) vs. 20 (37%)–. La edad media de los pacientes fue de 49 años.

La dispepsia fue el síntoma más frecuente, teniéndolo 25 casos (46,3%). Tras él, destaca la ferropenia en 9 pacientes (16,7%); la hemorragia digestiva alta en 5 (9,3%); la hemorragia digestiva baja y la exacerbación de una enfermedad inflamatoria intestinal en 4 (7,4%), respectivamente. Dos casos (3,7%) tuvieron hipertransaminasemia y se observó la existencia de una diarrea crónica, esofagitis erosiva, úlcus gástrico, proctalgia y dolor en fosa ilíaca derecha en un paciente (1,9%), respectivamente.

Los AINE implicados fueron en 40 casos el ibuprofeno (74,1%); en 6, los salicilatos (11,1%); en cuatro casos (7,4%) el diclofenaco; y el naproxeno y piroxicam en dos casos (3,7%), respectivamente.

En 9 pacientes (16,7%) en los que estaba indicada la gastroprotección esta no se realizó, bien por falta de prescripción médica (5 casos), bien por falta de adherencia a la misma (4 enfermos).

Conclusiones:

1. Los AINE representan un factor etiológico a considerar con frecuencia (9% de las consultas atendidas) en la práctica asistencial de una consulta externa de Gastroenterología.

2. La dispepsia es el síntoma más frecuente que se detecta en los pacientes que toman AINE.

3. Es el ibuprofeno el AINE más frecuentemente implicado.

4. En el periodo estudiado ningún paciente (tanto con sospecha de RA o sin ella) tomó fármacos inhibidores de la ciclooxygenasa tipo 2.

La protección de las reacciones adversas a AINE no se realiza, a pesar de estar indicada, en un número importante de pacientes.

EAP0024 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR ULCUS GASTRODUODENAL

Caramuto Martins A, Moreno Planas J, Velasco J, Galera A, Albéniz E, Calvo F, Martínez N, Pérez-Flores R
Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivo: Analizar las características demográficas, clínicas y evolución de los pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) por ulcus gastroduodenal (UGD) ingresados en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Albacete.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo observacional desde julio de 2005 hasta abril de 2007. Se incluyeron todos los pacientes ingresados por HDA por UGD en ese periodo de tiempo. Se analizaron 190 variables, que incluyeron variables demográficas, clínicas, analíticas y endoscópicas.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 192 eventos de HDA por ulcus gastroduodenal (63,36% del total de episodios hemorrágicos $n = 303$) que ocurrieron en 187 pacientes durante el periodo de seguimiento. El 71,4% ($n = 137$) de los pacientes eran varones y el 28,6% ($n = 55$) mujeres, la edad media de 65 años (mediana: 69, rango: 16-90). Registramos una mortalidad del 2,1%. Estancia media de 6,82 días, mediana 5,50 rango (1-28). El 63% ($n = 121$) de los pacientes no presentaban comorbilidad significativa. El 42,7% consumía AINE. El 16,1% consumía fármacos gastroprotectores. La presentación clínica más frecuente fue la de melenas y hematemesis. El 74,5% presentó anemia y el 73,4% uremia elevada. Se identificaron 226 nichos ulcerosos con localización gástrica en 41,4% y duodenal en 58,6%, con tamaño medio de 1,34 cm; mediana 1 rango 0,3-7 cm. Las causas más frecuente de UGD fue infección por *H. pylori* (27%), AINE (23%), AINE y *H. pylori* (21%). Precisanon tratamiento endoscópico el 39,6%, consiguiendo control del sangrado en el 89,1%. Porcentaje de resangrado del 10,4%. Se precisó transfusión de concentrado de hemáties en el 40,6% y cirugía en el 3%.

Conclusión: La mortalidad de los pacientes ingresados por hemorragia digestiva alta por ulcus gastroduodenal

fue baja. Dicho hallazgo podría estar en relación con la baja comorbilidad de nuestros enfermos y la instauración de un tratamiento médico y endoscópico de forma precoz.

EAP0025 - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. REALIDAD DE UN HOSPITAL COMARCAL

Lanza Gómez JM, Balbas Brígido N¹
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ¹Servicio de Medicina General. CS GAMA. Bárcena de Cicero, Santander

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) es un motivo relativamente frecuente, siendo los dispositivos de Urgencias los que suelen prestar la asistencia inicial a esta patología.

Objetivo: Estudiar las características clínicas y estabilidad hemodinámica de los pacientes diagnosticados de HDA en un hospital comarcal durante el periodo anual de 2005, en el que no existe endoscopista de guardia (sólo en turno de mañana los días laborales) ni Unidad de cuidados críticos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de las historias clínicas de urgencias de un hospital comarcal durante el año 2005 en las que consta el diagnóstico de HDA o sospecha de ella, confirmadas posteriormente a través del diagnóstico de alta en la historia clínica. En la hoja de recogida de datos se incluye: edad, sexo, antecedentes personales, tensión arterial sistólica (TAS), tensión arterial diastólica (TAD), frecuencia cardiaca (FC), tratamiento intravenoso instaurado, analítica fundamentalmente centrada en hemoglobina, hematocrito, urea y creatinina, y en aquellos casos en los que el paciente tomaba anticoagulantes se registraba el INR.

Resultados: Se recogen los resultados de 78 pacientes que fueron diagnosticados de HDA. La edad media fue de 63,88 siendo 52 (66%) varones y 26 (34%) mujeres. En cuanto a los antecedentes personales: 11 (14%) pacientes habían presentado previamente un episodio de HDA y 6 (7%) de enfermedad hepática crónica, 7 (9%) tenía antecedentes de diabetes mellitus y 27 (34%) de hipertensión arterial (HTA), 7 (9%) recibían tratamiento con anticoagulantes y 32 (41%) tomaban fármacos gastrolesivos. La TAS media fue 128,66 y la TAD de 70,93, con una frecuencia cardiaca (FC) media de 80 latidos por minuto; los pacientes hemodinámicamente inestables fueron 13 (16%).

Conclusiones: El mayor porcentaje de pacientes que acuden a Urgencias con sospecha y posterior diagnóstico de HDA están hemodinámicamente estables en el momento de su ingreso, con un pequeño porcentaje (2,5%) de desenlaces fatales –exitus–, siendo por tanto demorable la realización de endoscopia reglada para localizar la lesión causante del sangrado, aunque siempre en un plazo no su-

perior a 24 horas. En cuanto a los pacientes que toman anticoagulantes ninguno presentaba inestabilidad hemodinámica y curiosamente mantenían un INR adecuado a la patología de base por la cual estaban tomando dicha medicación. Encontramos una relación significativa entre los niveles de FC, TAS y creatinina en aquellos pacientes inestables siendo factores de mal pronóstico.

EAP0026 - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y SU COMORBILIDAD EN UN HOSPITAL COMARCAL

Lanza Gómez JM, Balbas Brígido N¹

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ¹Servicio de Medicina General. CS GAMA. Bárcena de Cicero, Santander

Objetivo: Estudiar la comorbilidad por edad y sexo asociada a la hemorragia digestiva (HDA) en un hospital comarcal durante el período anual de 2005.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de las historias clínicas de urgencias de un hospital comarcal durante el año 2005 en las que consta el diagnóstico de HDA o sospecha de ella, confirmadas posteriormente a través del diagnóstico de alta en la historia clínica. En la hoja de recogida de datos se incluye: edad, sexo, antecedentes personales: ingesta alcohólica, tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), cardiopatía isquémica (CI), antecedentes previos de HDA, fibrilación auricular (ACxFA), ACVA, toma de fármacos antiagregantes y/o anticoagulantes y toma de AINE.

Resultados: Se recogen los resultados de 78 pacientes que fueron diagnosticados de HDA, de los cuales 52 son varones (66%) y 26 mujeres (34%). Dividimos a los pacientes por edades siendo el punto de corte 65 años para valorar gastroprotección y criterios de antiagregación y/o anticoagulación según las recomendaciones internacionales; en cuanto a los varones encontramos que 28 (36%) pacientes tienen < 65 años y 24 (31%) eran > 65 años. Las mujeres se distribuían de la siguiente manera: 6 (7,6%) tienen < 65 años y 20 (25,4%) eran > 65 años.

Centrándonos en las patologías concomitantes y antiagregación/anticoagulación por edades y sexo encontramos: a) varones > 65 años: 11 pacientes tenían antecedentes de HTA, 6 de CI y 5 de HDA previa, siendo el fármaco frecuentemente relacionado la AAS que tomaban 9 pacientes por 2 que tomaban dicumarínicos; b) varones < 65 años: 13 pacientes eran fumadores, 8 bebedores moderados, 6 presentaban HTA, y el fármaco relacionado es el ibuprofeno que tomaban 5 pacientes seguido de diclofenaco (4); c) mujeres > 65 años: 9 presentaban HTA y 7 ACxFA, tomando 5 de ellas dicumarínicos; d) mujeres < 65 años: 2 bebedoras severas y 3 que tomaban de manera rutinaria Ibuprofeno.

Conclusiones:

1. La HDA es más frecuente en hombres 2:1, predominando en los mayores de 65 años los antecedentes de HTA y CI, motivo por el que la antiagregación con AAS es más frecuente con respecto a las mujeres, en las cuales predomina la ACxFA y la HTA por lo que aparecen los dicumarínicos como fármacos asociados a la HDA.

2. En los varones y mujeres menores de 65 años encontramos al tabaco como agente más frecuente, acompañado por la ingesta alcohólica y la HTA en menor medida, así como mayor uso de AINE.

EAP0027 - LEVOFLOXACINO JUNTO A RANITIDINA CITRATO DE BISMUTO COMO PRIMERA OPCIÓN DE TRATAMIENTO ERRADICADOR DE *H. PYLORI*

Fernández-Bermejo M, Molina Infante J, Mateos Rodríguez JM, Pérez Gallardo B, Prieto Bermejo AB, Robledo Andrés P, González García G

Unidad de Aparato Digestivo. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

Objetivo: La combinación de un inhibidor de la bomba de protones, claritromicina y amoxicilina es ampliamente utilizada para tratar la infección por *H. pylori*, aunque fracasa en un considerable número de pacientes. Las combinaciones de ranitidina citrato de bismuto o levofloxacino se han utilizado como alternativas a la terapia cuádruple como tratamiento de segunda línea en pacientes con fracaso erradicador de *H. pylori*. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y la seguridad de un régimen basado en levofloxacino junto con ranitidina citrato de bismuto y amoxicilina como primera opción terapéutica en el tratamiento erradicador de *H. pylori*.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes consecutivos a los que se indica tratamiento erradicador de *H. pylori*. Se administró un tratamiento durante 10 días con levofloxacino (500 mg/12 h), amoxicilina (1 g/12 h) y ranitidina citrato de bismuto (400 mg/12 h). Todos los fármacos se administraron juntos, después del desayuno y de la cena. El cumplimiento se evaluó mediante interrogatorio y recuperación de la medicación residual. Variable de resultado: la erradicación de *H. pylori* se definió como la negatividad de la prueba del aliento mediante 13C-urea 8 semanas después de finalizar el tratamiento.

Resultados: Se han incluido 64 pacientes, de los que 1 no completó el seguimiento y otros 2 (3,2%) no finalizaron el tratamiento. La edad media era de 51 años, con un 51% de mujeres. El 70% tenían dispepsia. La erradicación "por protocolo" fue del 88,5% y del 84,4% "por intención de tratar". Se describieron efectos adversos en el 9,5% de los casos; principalmente diarrea (7,9%).

Conclusión: El tratamiento con levofloxacin, amoxicilina y ranitidina citrato de bismuto durante 10 días puede ser una alternativa en el tratamiento erradicador de primera línea de *H. pylori*.

EAP0028 - ESÓFAGO DE BARRETT Y ESTENOSIS PÉPTICA EN EL COMIENZO DEL SIGLO XXI

Ruiz de León San Juan A, Fernández Díez S¹, García Sánchez R, Pérez de la Serna Bueno J, Sevilla Mantilla C, Esteban López-Jamar JM, Díaz-Rubio García M
Servicios de Aparato Digestivo y ¹Central de Endoscopias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción: Las complicaciones más graves de la enfermedad por reflujo son: la estenosis péptica (EP) y el esófago de Barrett (EB). A lo largo de la última década del siglo XX se apreció un cambio sustancial en la epidemiología de ambas complicaciones con pérdida de protagonismo de la EP a favor del esófago de EB, de tal forma que la EP se redujo considerablemente mientras que el EB aumentó preocupantemente.

Objetivos: Valorar y comparar la frecuencia de diagnóstico de estenosis pépticas y esófago de Barrett en el área de referencia del Servicio de Endoscopia de nuestro hospital en los primeros 6 años de actual siglo XXI.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de las gastroscopias realizadas en el Hospital Clínico de San Carlos entre el 1 de enero de 2001 y 31 de diciembre de 2006, con recogida de datos de los pacientes con estenosis péptica y esófago de Barrett.

Resultados: En los 6 años que se han revisado, se realizaron un total de 36.374 gastroscopias, durante dicho periodo se diagnosticaron 1.409 nuevos casos de EB (aspecto endoscópico), 4,1% de todas las gastroscopias, 910 eran hombres 499 mujeres, la media de edad fue de 58,9 años para el grupo total 58,3 para los hombres y 60 años para las mujeres. Durante el mismo periodo se diagnosticaron 99 nuevos casos de estenosis (0,59% de todas las gastroscopias), 68 eran hombres 31 mujeres, la media de edad fue de 70 años para el grupo total, 67,2 para los hombres y 70,3 años para las mujeres. En relación con el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con EB se realizaron 2.315 endoscopias en los 6 años lo que equivale al 6,36% de todas las gastroscopias. Mientras que para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con estenosis sólo realizaron 219 (0,59% de todas las gastroscopias).

Conclusiones: Nuestros resultados confirman la tendencia de los últimos años del siglo 20, con clara disminución de la frecuencia de EP frente a marcado aumento de los casos con EB que parece tender a estabilizarse en los últimos años. Sigue existiendo un claro predominio de los hombres. La edad de diagnóstico de los pacientes con EB

se ha reducido considerablemente lo que conlleva un número creciente de exploraciones destinadas a su seguimiento, que unido al alto número de casos obliga a destinar importantes recursos a esta patología.

EAP0029 - HEMORRAGIA DIGESTIVA Y AINE: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

Sáenz de Miera Olivera I, Sáez-Royuela Gonzalo F, Gento Peña E, Fernández Marcos C
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Divino Vallés. Burgos

Introducción: La hemorragia digestiva es una enfermedad frecuente y con una mortalidad no desdeñable. El consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) favorece la aparición de lesiones en el tracto digestivo asociadas con hemorragia.

Objetivo: Este estudio se ha realizado para analizar las hemorragias digestivas relacionadas con el consumo de AINE y sus complicaciones.

Pacientes y métodos: Se ha revisado retrospectivamente la evolución de 171 pacientes ingresados durante el año 2005 en el Hospital General Yagüe, por hemorragia digestiva secundaria a lesiones que podrían tener relación con el consumo de AINE. Se han excluido los episodios de hemorragia digestiva atribuidos a complicaciones de la hepatopatía crónica, hemorroides, malformaciones vasculares o neoplasias; y las producidas durante o como consecuencia de la hospitalización o después del alta. El análisis de datos se ha realizado mediante estadística descriptiva.

Resultados: Un 70% del total de las hemorragias se produjo en varones. La mayor incidencia se observó en el rango de los 70 a 90 años de edad. En un 53% de los pacientes existía comorbilidad asociada. Un 38% de los pacientes había consumido AINE, de los que un 72% fue en forma de ácido acetil salicílico (AAS). Un 10% había consumido dosis bajas de AAS (menos de 100 mg de AAS diarios durante una semana). Otros fármacos consumidos fueron los anticoagulantes, antiagregantes, corticosteroides e inhibidores de la recaptación de serotonina. Un 8% de las hemorragias digestivas atribuibles a AINE se produjo a nivel del tracto digestivo inferior, y el 45% fueron graves, siendo la mortalidad entre ellas de un 2%.

Conclusiones: El consumo de AINE aparece en más de una tercera parte de los pacientes con hemorragia digestiva. El AAS, incluso a dosis bajas, es el fármaco asociado con mayor frecuencia. La mayoría de las hemorragias atribuibles a AINE se produce a nivel del tracto digestivo superior, existiendo también casos en relación con el tracto digestivo inferior. La mortalidad es un efecto raro, pero no desdeñable.

EAP0030 - PREVALENCIA DE ESOFAGITIS Y FACTORES RELACIONADOS EN UNA POBLACIÓN CON INDICACIÓN DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Martínez Tirado P, Martín Rodríguez MM¹, López de Hierro Ruiz M², Ruiz-Cabello Jiménez M²
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Básico de Baza. Granada. ¹Complejo Hospitalario de Jaén. ²Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Hay evidencia de que ni la intensidad ni la frecuencia de los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) predicen la presencia y gravedad de esofagitis. Se estima que menos del 50% de los pacientes con ERGE presentan lesiones en la mucosa esofágica.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de esofagitis y los factores asociados en una población con indicación de gastroscopia.

Material y métodos: Estudio transversal de 120 pacientes que acuden al Servicio de Endoscopias con indicación de gastroscopia entre los años 2003-2004. Variables estudiadas: sexo, edad, hábitos tóxicos, consumo de fármacos, clínica de ERGE, hernia de hiato, morfología de la línea Z, sospecha de Barrett endoscópico, presencia de HP. Estudio univariante: χ^2 para variables cualitativas; t-Student para variables cuantitativas. Nivel de significación: $p < 0,05$.

Resultados: De los 120 pacientes, 68 eran mujeres y 52 varones, con una media de edad de $42 \pm 12,57$ años. La indicación de gastroscopia fue la ERGE en el 55,8% de los casos. De las 120 endoscopias realizadas, en 40 de ellas (33,3%) existía esofagitis, siendo el grado I de Savary-Miller el más frecuente (82,5%). En el estudio univariante hubo diferencias estadísticamente significativas en el sexo, siendo más prevalente la esofagitis en hombres, OR = 3,2 IC 95%: 1,48-7,21. En cuanto a los hábitos tóxicos hubo significación en el consumo del tabaco, siendo 3 veces más frecuente la esofagitis en fumadores (OR = 3,1 IC 95%: 1,4-6,9). Tanto la pirosis como las regurgitaciones se asociaron positivamente con la existencia de esofagitis, al igual que la hernia de hiato y la morfología de la línea Z (lengüeta > 5 mm). No hubo asociación con la edad, la ingesta de fármacos, el consumo de alcohol, los síntomas atípicos de ERGE, la presencia de HP ni con la sospecha endoscópica de Barrett. Las variables con significación estadística en el análisis univariante se sometieron a regresión logística hallando asociación con el sexo ($p < 0,006$), las regurgitaciones ($p < 0,004$) y la hernia hiatal ($p < 0,001$).

Conclusiones: La presencia de esofagitis endoscópica en nuestra muestra está relacionada con la hernia hiatal y las regurgitaciones. Esta alteración estructural que permite un mayor paso, tanto del ácido como del contenido gástrico al esófago, favorece la aparición de lesiones a este nivel.

EAP0031 - FACTORES RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES CARDIORRESPIRATORIAS EN ENDOSCOPIA

González Castillo S, Morales Ruiz J, Molina Maldonado C, López del Hierro Ruiz M, García Montero M, Ruiz-Cabello Jiménez M, Pleguezuelos Díaz J
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Propofol es un agente hipnótico de acción rápida con controversia respecto a su administración en endoscopia digestiva sin presencia de anestesista, debido a las complicaciones derivadas de su uso: bradicardia (FC < 60 lpm), desaturación ($\text{SatO}_2 < 90\%$), pausas de apnea... En nuestro estudio se analizan los factores asociados a la aparición de dichas complicaciones.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo en el que se incluyen 1.213 endoscopias digestivas en las que se utiliza propofol como método de sedación (289 gastroscopias y 924 colonoscopias) entre mayo y octubre de 2006. La sedación se administró por el endoscopista con entrenamiento en resucitación cardiopulmonar básica y avanzada, junto con personal de enfermería. Se suministró a los pacientes oxígeno a alto flujo (10 L) en gafas nasales 5 minutos antes y durante la técnica y fueron monitorizadas las cifras de frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno. Analizamos los resultados mediante regresión logística binaria.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 59 años, siendo un 53,4% mujeres. La dosis de propofol osciló entre 10 y 250 mg, con dosis media de 80 mg. Los factores que podían relacionarse con las complicaciones y su frecuencia de aparición fueron: 343 (28,3%) presentaban cirugía abdominal previa, 299 (24,6%) hipertensos, 182 (15%) cardiopatas, 176 (14,5%) diabéticos, 128 (10,6%) enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 34 (2,8%) accidente cerebrovascular (ACV) previo.

Se observaron complicaciones en 77 (6,3%) endoscopias, la mayoría desaturaciones (5,56%) y bradicardias (0,6%) resueltas por el endoscopista, hubo además una pausa transitoria de apnea (0,08%), una parada cardiorrespiratoria (0,08%) y un éxitus (0,08%).

En el análisis univariante se obtiene relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en las variables HTA, diabetes mellitus, cardiopatía, ACV previo, EPOC, peso, y se aproxima a la significación estadística la cirugía abdominal previa ($p = 0,073$); en el análisis multivariante son significativas estadísticamente HTA, diabetes mellitus, cirugía abdominal previa, ACV previo, cardiopatía y EPOC.

Conclusiones:

1. El uso de propofol como agente sedante en endoscopias digestivas presenta en nuestro estudio un 6,3% de complicaciones, la mayoría leves y resueltas por el endoscopista.

2. Los factores asociados a mayor riesgo de complicaciones en la administración de propofol son HTA, diabetes mellitus, cirugía abdominal previa, ACV previo, cardiopatía y EPOC.

3. Propofol puede ser utilizado como método de sedación por endoscopistas para la realización de gastroscopias y colonoscopias de forma segura.

EAP0032 - CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE DIGESTIVO EN ANDALUCÍA. ENCUESTA A 10 HOSPITALES ANDALUCES

Argüelles Arias F, Herrerías Gutiérrez JM, Martín Herrera L¹, Montero Domínguez JM², Martín-Vivaldi Martínez R³, Domínguez Macías A⁴, Maldonado Eloy-García J⁵, Sánchez Cantos AM⁶, Romero Gómez M⁷, Márquez Galán JL⁸

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ¹Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ²Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. ³Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁴Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva. ⁵Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ⁶Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga. ⁷Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ⁸Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

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

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

Resultados: De los 10 hospitales 5 tienen consulta de alta resolución, aunque todos consideran que la deberían tener. El número de pacientes atendidos debe ser 10 y en el propio hospital. Existen diferencias en considerar si los pacientes deben provenir desde Urgencias o desde el mé-

dico de cabecera. Uno de los hospitales contesta que sólo se deben derivar pacientes cuya patología pueda ser diagnosticada mediante ecografía y/o endoscopia. El paciente debería acudir a la consulta en ayunas y con analítica del médico de cabecera, para así poder realizarles la ecografía. La consulta debe constar de sistema informático y de una enfermera propia. Según los encuestados este tipo de consultas es muy útil en nuestro actual sistema, porque permite mayor colaboración entre Atención Primaria y FEA. Consigue una orientación rápida de la patología del paciente y actúa de filtro adecuado para el resto de las consultas.

Conclusiones: La consulta debe ser atendida por un facultativo especialista de área (FEA) con conocimientos y experiencia en ecografía y endoscopia digestiva, y en el manejo de programas informáticos a nivel de usuario. Hoy en día puede ser considerada una modalidad de consulta resolutoria y eficaz en nuestro sistema sanitario.

INTESTINO

EBP0001 - NORMALIZACIÓN A LARGO PLAZO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA ENFERMEDAD DE CROHN TRATADA CON INFLIXIMAB

Casellas F, Rodrigo L¹, Niño P¹, Pantiga C¹, Riestra S¹, Malagelada JR
Área General. Hospital General Vall d'Hebrón. Barcelona. ¹Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción: En la enfermedad de Crohn (EC) refractoria o fistulosa, el tratamiento con infliximab es eficaz en la inducción de remisión y mejora de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes. Sin embargo, aunque existe algún dato sugestivo de la perdurabilidad del efecto del infliximab sobre la CVRS a largo plazo, hay poca información contrastada al respecto. La respuesta de la CVRS al infliximab se mantiene a largo plazo si no rebrota la enfermedad.

Objetivo: Determinar si la recuperación de la CVRS inducida con infliximab en la EC se mantiene a largo plazo en los pacientes con respuesta mantenida al tratamiento.

Método: Estudio prospectivo observacional en pacientes con EC refractoria o fistulosa en remisión (índice de Harvey < 3) inducida con infliximab de una duración de al menos 6 meses. Los pacientes siguieron tratamiento de mantenimiento con infliximab cada 8 semanas y fueron seguidos cada 12 meses durante 4 años o hasta presentar

recurrencia clínica de la enfermedad (índice de Harvey > 3). En cada visita los pacientes completaron un cuestionario de medida de la CVRS específico para la enfermedad inflamatoria intestinal (IBDQ versión de 36 ítems) y un cuestionario genérico (EuroQol-5D).

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes con EC en remisión de 6 meses de duración. En el control a los 12 meses permanecían en remisión 42 pacientes, a los 24 meses 32 pacientes, a los 36 meses 13 pacientes y en la visita a los 48 meses quedaron 6 pacientes en remisión clínica. La puntuación global del IBDQ-36 no sólo se mantuvo estable durante los 4 años, sino que presentó una tendencia a ser más alta a lo largo del seguimiento (puntuación mediana de 6,1 a los 6 meses y 6,5 a los 48 meses). La estabilidad a largo plazo se reprodujo en las 5 dimensiones del IBDQ-36. La puntuación de la tarifa y de la escala visual analógica del EuroQol-5D fue muy alta (1 y 65% respectivamente) y se mantuvo estable en los pacientes que permanecieron en remisión.

Conclusión: La recuperación de la CVRS en la EC que responde al tratamiento con infliximab se mantiene a largo plazo.

EBP0002 - ESTUDIO DE LA DIARREA DEBIDA A TOXICIDAD DIGESTIVA DEL EPO906 EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE COLON AVANZADO

Casellas F, Torrejón A, Vilaseca J, Tabernero J, Antolín M, Varela E, Guarner F, Malagelada JR
Área General. Hospital General Vall d'Hebrón. Barcelona

Introducción: La epotilona B (EPO906) es un citotóxico que se usa, entre otros, en el tratamiento del adenocarcinoma colorrectal avanzado. El principal factor limitante para su uso es la aparición de diarrea, cuyo mecanismo aún no está esclarecido.

Objetivo: Estudiar las causas de la diarrea por EPO906 en el tratamiento del cáncer colorrectal.

Método: Se han seguido 22 pacientes incluidos en un ensayo clínico fase I de EPO906 en cáncer colorrectal refractario o recurrente avanzado, para identificar los que presentan diarrea grado 2 según los criterios CTC del NCI. En los pacientes que han desarrollado diarrea se ha analizado la existencia de sobrecrecimiento bacteriano (test del aliento de H₂ con glucosa), inflamación intestinal (calprotectina fecal, IL-8 y prostaglandinas en diálisis rectal), descamación intestinal (ADN fecal), lesión mucosa intestinal proximal (biopsia yeyunal con cápsula de Watson) y diarrea osmótica (determinación del hiato osmótico fecal).

Resultados: (en medianas): 7 pacientes han presentado diarrea grado 2, con una mediana de 5 deposiciones/día.

Los valores de calprotectina y ADN fueron significativamente más elevados en los pacientes con diarrea que en los 22 sin diarrea (de 91 a 770 microg/g y de 8.8E+03 a 8.2E+04 copias/mg respectivamente, $p < 0,05$). Sin embargo, los valores de PGE2 y IL-8 no mostraron cambios significativos los pacientes con diarrea. Sólo 1 paciente presentó un hiato osmótico fecal superior a 50 mmol respecto a la situación basal. El test de glucosa fue positivo, compatible con sobrecrecimiento bacteriano en 5 de los 7 pacientes. La biopsia yeyunal practicada en 4 pacientes evidenció atrofia mucosa en uno y ligero edema con infiltrado inflamatorio en los 3 restantes.

Conclusiones: La diarrea por EPO906 es un efecto tóxico frecuente que se relaciona con el desarrollo de sobrecrecimiento bacteriano e inflamación intestinal más que a inflamación del colon o a diarrea osmótica.

EBP0003 - EFECTIVIDAD A LARGO PLAZO DE LA AZATIOPRINA (AZA) EN LA ENFERMEDAD DE CROHN (EC) Y EN LA COLITIS ULCEROSA (CU)

Rodrigo Sáez L, Niño García P, Riestra Menéndez S, de Francisco García R, Álvarez Mieres N, Cadahia Rodrigo V, Pérez Gisbert J¹
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Objetivo: El tratamiento con AZA ha demostrado ser efectivo tanto en la inducción como en el mantenimiento de la remisión de la EC. Sin embargo, tanto la efectividad a largo plazo de la AZA como el posible efecto beneficioso de este fármaco en la CU están menos claros. Nuestro objetivo fue evaluar prospectivamente la efectividad a largo plazo del tratamiento con AZA en pacientes con EC y con CU, así como comparar el efecto beneficioso de este fármaco en ambas enfermedades.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente un total de 394 pacientes consecutivos con EII tratados con AZA (2,5 mg/kg) por corticorresistencia, corticodependencia o enfermedad fistulizante. Se recogió y comparó la tasa de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, antes y después de comenzar el tratamiento con AZA.

Resultados: 238 (60%) pacientes con EC y 156 (40%) con CU recibieron tratamiento con AZA durante una media de 34 meses (rango: 1-187 meses). Efectividad: se alcanzó respuesta y remisión clínica, en el 20 y 60% de pacientes, sin diferencias entre EC y CU. El tipo de enfermedad (EC vs. CU) no influyó en la eficacia. Al final del estudio recidivó el 8% de los pacientes (9% con EC y 5% con CU). Tratamiento con esteroides: al comienzo del estudio, el 49% de los pacientes con EC estaba tratado con corticoides, mientras que bajaron al 8% de los casos al fi-

nalizar el estudio ($p < 0,01$). Las cifras correspondientes de corticodependencia en los pacientes con CU fueron 39 y 9%, respectivamente antes y después del tratamiento con AZA ($p < 0,01$). Hospitalizaciones: previamente al comienzo del tratamiento con AZA, el 82% de los pacientes con EC habían sido hospitalizados, mientras que esta cifra disminuyó hasta el 21% ($p < 0,01$) tras la administración de AZA. Las tasas de hospitalización en la CU, antes y después del tratamiento con AZA, fueron 64 y 9%, respectivamente ($p < 0,01$). Intervenciones quirúrgicas: la tasa acumulada de intervenciones quirúrgicas en los pacientes con EC, antes y después del tratamiento con AZA, fue del 38 y 5% ($p < 0,01$). Las cifras correspondientes a los pacientes con CU fueron del 22 y 1%, respectivamente antes y después del tratamiento con AZA ($p < 0,01$).

Conclusión: El tratamiento a largo plazo con AZA es igualmente efectivo en la EC y en la CU. La administración de AZA reduce tanto el número de hospitalizaciones como el de intervenciones quirúrgicas en ambas enfermedades. Además, el tratamiento tiopurínico posee un notable efecto ahorrador de esteroides.

EBP0004 - ACTIVIDAD DE LA TIOPURINA METILTRANSFERASA (TPMT) Y EFECTOS ADVERSOS A LA AZATIOPRINA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE 394 PACIENTES

Rodrigo Sáez L, Niño García P, Riestra Menéndez S, de Francisco García R, Cadahia Rodrigo V, Álvarez Mieres N, Pérez Gisbert J¹

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Objetivo: Evaluar prospectivamente si existe una relación entre la actividad de la tiopurina metiltransferasa (TPMT) y la incidencia de efectos adversos (especialmente mielotoxicidad) en un numeroso grupo de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tratados con azatioprina y seguidos a largo plazo.

Métodos: La actividad TPMT se determinó mediante un método radioquímico en 394 pacientes consecutivos con enfermedad de Crohn (238) o colitis ulcerosa (156) que comenzaban tratamiento con azatioprina. Se estudió la asociación entre diversas variables y actividad de TPMT, y se evaluó la correlación entre los niveles de TPMT y la incidencia de efectos adversos.

Resultados: El valor medio de TPMT fue de $18,6 \pm 4$ U/mL (rango, de 9,4 a 33,7). Ningún paciente presentó niveles bajos (< 5), el 7,1% tuvo niveles intermedios (5-13,7), y en el 92,9% los niveles fueron altos ($> 13,8$). En el estudio multivariante, se demostraron diferencias signifi-

cativas ($p < 0,001$) en la actividad TPMT en función del tipo de enfermedad inflamatoria intestinal, pero no en relación a las demás variables evaluadas (incluyendo el tratamiento con 5-aminosalicilatos). Se describieron efectos adversos en 74 pacientes (18,8%); los más frecuentes fueron la intolerancia gastrointestinal (9,1%) y la mielotoxicidad (4,3%). Ninguno de los pacientes que sufrió efectos adversos tenía actividad baja de la TPMT. Sin embargo, la actividad TPMT media fue inferior en aquellos pacientes con efectos adversos ($16,6 \pm 3$ vs. $19,1 \pm 4$ U/mL; $p < 0,001$). Así, la probabilidad de sufrir mielotoxicidad en el grupo con alta actividad de TPMT fue de sólo el 3,5%, comparado con el 14,3% en aquellos con actividad intermedia de TPMT (OR = 4,5; IC 95% = 1,37-14,9).

Conclusión: La estrategia de determinar la actividad TPMT en todos los pacientes que van a iniciar tratamiento con azatioprina podría ayudar en principio a disminuir el riesgo de mielotoxicidad, ya que los pacientes con actividad intermedia de la TPMT presentan 4 veces más riesgo de sufrir esta complicación que aquéllos con actividad elevada.

EBP0005 - ENTERITIS RÁDICA

Ruiz Tovar J, Morales V, Sanjuanbenito A, Lobo E, Ramiro C, Aláez AB, Martínez Molina E
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: La enteritis actínica es una complicación del tratamiento radioterápico de tumores pélvicos. Aparece tras un periodo de tiempo variable, evolucionando el cuadro progresivamente.

Material y métodos: Analizamos nuestra experiencia de 83 casos (55 mujeres y 28 varones) diagnosticados de enteritis o proctitis actínica entre 1986 y 2006.

Resultados: La localización más frecuente de las lesiones actínicas fue íleon (71,1%), seguido de recto (28,9%). El 36,2% recibió tratamiento médico y el 63,8% quirúrgico. El 48,2% de los pacientes fue sometido a resección de la zona afectada, en el 6% se realizó un by-pass, en el 6% se liberó un asa fijada y en el 3,6% se realizó una colostomía. La mortalidad postquirúrgica fue 0% y la tasa de complicaciones 1,2%. Catorce pacientes presentaron recidiva de la enfermedad. Excluyendo los casos de fallecimiento por causa tumoral, la tasa de supervivencia a los 5 y 10 años es del 90,4 y 83,1%, respectivamente.

Conclusión: El manejo de la enteritis actínica debe ser inicialmente conservador, pero en casos de ausencia de respuesta debe realizarse cirugía, sin demora por temor a las complicaciones postoperatorias, que vienen condicionadas por un paciente deteriorado en su estado general. Si es técnicamente factible, sería preferible reseccionar la zona afectada, que puede condicionar la aparición de complicaciones posteriormente.

EBP0006 - CASUÍSTICA DE TUMORES CARCINOIDES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

Méndez Sánchez IM, Fernández Moreno N, Vera Rivero FM, Albadea Moreno C, Rivera Irigoin R, Pérez Aisa R, Pérez Aisa A, Rodríguez González FJ, García Fernández G, Moreno Mejías P, Fernández Pérez F, Navarro Jarabo JM
Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Introducción: El tumor carcinoide es una neoplasia de las células neuroendocrinas y representa el 1,5% del total de las neoplasias del aparato digestivo. Su comportamiento biológico inicial suele considerarse como benigno, aunque en determinadas circunstancias se etiquetan como malignos por su poder de invasión local y capacidad de originar metástasis regionales y/o a distancia.

Objetivos: Describir las características de afección por tumor carcinoide gastrointestinal en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo pacientes con diagnóstico histológico de tumor carcinoide en el periodo comprendido entre enero de 1999 y febrero de 2007 en el Hospital Costa del Sol, evaluando los parámetros epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y supervivencia. Análisis estadístico con programa SPSS 12.0.

Resultados: Un total de 40 tumores carcinoides, con edad media 50,7, 62,5% hombres. El diagnóstico fue realizado: 57,5% laparotomía por abdomen agudo, 12,5% hallazgo casual tras EDA, 10 % tras EDA por anemia/dolor abdominal, 12,5% hallazgo casual tras colonoscopia y 7,5% tras laparotomía por otro motivo. La localización principal fue: apéndice 45%, intestino delgado 32,5%, gástrico 12,5% y recto 10%. Ningún paciente presentó síndrome carcinoide. De 17 determinaciones de 5-AHIA sólo una fue patológica y de 17 Octreoscan realizados sólo uno captó en varias localizaciones. En el 17,5% se evidenció metástasis en el momento del diagnóstico, siendo el 85,7% de los casos regionales y el 14,3% regionales y a distancia. El tratamiento empleado fue: 77,5% quirúrgico (58,1% apendicectomía, 6,4% antrectomía y 35,5% resección intestinal), 17,5% resección endoscópica y 5% ninguno (por la edad de los pacientes). De los 25 pacientes que continuamos revisando ambulatoriamente, no hay evidencia de recidiva en 23 (periodo medio libre de enfermedad de 29,04 meses) y sí en 2 (recidiva en un periodo medio de 19 meses): un paciente con carcinoide gástrico resecado endoscópicamente y otro con carcinoide de intestino delgado resecado quirúrgicamente.

Conclusiones:

1. La presentación más frecuente en el sexo masculino y la localización principal apendicular coincide con la descrita en otras series.

2. En la mayoría de los casos el diagnóstico es por laparotomía.

3. En el momento del diagnóstico el 17,5% de los casos presentan metástasis regionales y/o a distancia.

EBP0007 - ¿ES EL RIESGO DE TUBERCULOSIS UN FACTOR LIMITANTE PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN CON TERAPIAS BIOLÓGICAS?

Lozano A, Barreiro de Acosta M¹, Tuñes V², Lorenzo A¹, Domínguez Muñoz JE¹

Fundación para la Investigación en Enfermedades del Aparato Digestivo (FIENAD). ¹Servicios de Aparato Digestivo y ²Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela.

Introducción: La relación entre tuberculosis (TB) y enfermedad de Crohn (EC) es controvertida. Un incremento en la incidencia de la enfermedad tuberculosa se ha relacionado con la introducción en la práctica clínica de las terapias biológicas frente a la EC. El impacto que este hecho puede tener sobre el enfoque terapéutico de los pacientes con EC en un área de elevada incidencia de TB es desconocido.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de pacientes con EC subsidiarios de terapias biológicas que presentan test tuberculínico positivo en un área de alta incidencia de TB y analizar la relación entre el tratamiento de la EC con terapias biológicas y el riesgo de desarrollar TB.

Material y métodos: Se incluyeron de forma consecutiva 52 pacientes con EC (28 hombres y 24 mujeres, edad media 35 años, rango 18-66 años) e indicación de tratamiento con terapias biológicas. De ellos, 45 (86%) recibían tratamiento con azatioprina. A todos los pacientes se les realizó la prueba del PPD, Booster y radiografía simple de tórax previo al inicio de tratamiento con terapias biológicas. Aquellos pacientes con PPD positivo recibieron profilaxis con isoniacida antes de comenzar el tratamiento. El desarrollo de TB activa fue evaluado mediante seguimiento clínico y radiológico a los 6 meses tras el comienzo del tratamiento con terapia biológica.

Resultados: Durante el año 2005 la incidencia de la tuberculosis en la población general de Galicia fue de 38,0/100.000 habitantes, y en el área de Santiago de 28,3/100.000 habitantes. De los 52 pacientes incluidos en el estudio, 14 (27%) fueron PPD positivos. Aunque la incidencia esperada de TB activa en este grupo de pacientes y en el periodo de estudio, en función de la incidencia en la población general, es inferior a un caso, ninguno de los pacientes PPD+ (0/14) ni PPD- (0/38) desarrollaron TB activa tras 6 meses de tratamiento con terapias biológicas.

Conclusiones: En nuestro medio, uno de cada cuatro pacientes con EC que requieren terapia biológica presenta un PPD positivo. A pesar de ello, y mediante la aplicación

de una profilaxis adecuada con isoniácida, el desarrollo de tuberculosis activa es muy infrecuente en pacientes con EC bajo tratamiento con terapias biológicas.

EBP0008 - RENTABILIDAD DE LA COLONOSCOPIA VS. RECTOSIGMOIDOSCOPIA EN EL ESTUDIO AMBULATORIO DE LA RECTORRAGIA LEVE O MODERADA

Giráldez Jiménez MD, Hervás Molina AJ, Naranjo Rodríguez A, García Sánchez MV, Vignote Alguacil ML, González Galilea A, Pérez Rodríguez E, Jiménez Sánchez JR, de Dios Vega JF

Unidad Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Reina Sofía. Córdoba

Introducción: La rectorragia es un síntoma frecuente que ocasiona numerosas visitas en las consultas externas. No se conoce bien si es suficiente la realización de rectosigmoidoscopia (RS) o si la colonoscopia total (CT) es más rentable.

Objetivo: Comparar la rentabilidad diagnóstica de la RS y la CT en la rectorragia leve o moderada. Analizar la influencia de la edad en el rendimiento de la exploración endoscópica.

Pacientes y método: Se analizan todos los pacientes a los que se les solicitó colonoscopia total por rectorragia leve o moderada desde las consultas externas de nuestra Unidad entre los años 2004 y 2006. Estudio retrospectivo de casos y controles sobre registro informático sistemático. Cada enfermo es su control: lesiones al alcance de RS y encontradas en CT. Se establecen tres grupos de población en función de la edad: < 40 años, 40-50 años y > 50 años.

Resultados: Se realizaron 1463CT (58,2% varones, 9,8% < 40 años, 20,1% 40-50 años, 70,2% > 50 años). Se alcanzó ciego en 80%. Lesiones anales globales 67% (61,4% hemorroides, 4,3% fisuras). Lesiones globales al alcance de RS 48,7% (pólipos 23,9%, divertículos 11,6%, neoplasias 9,5%, enfermedad inflamatoria 3%). Lesiones globales más allá de RS 13,7% (pólipos 7,5%, divertículos 4,4%, enfermedad inflamatoria 0,7%, neoplasias 0,8%). En el grupo de < 40 años sólo un paciente presentó neoplasia (al alcance de RS) y 14,6% pólipos (70% adenomatosos y 30% hiperplásicos), todos en RS $p < 0,001$ vs. > 40 años). Entre 40-50 años el 34,9% de los pacientes presentaron pólipos (67% adenomatosos y 33% hiperplásicos), de ellos 6,4% fuera de RS (70% sin pólipos proximales) y el 3% presentó neoplasia, todas al alcance de RS. En el grupo > 50 años se diagnosticaron pólipos en el 32,7% (80% adenomatosos) estando 8,8% fuera de RS, y neoplasias en el 12,5% ($p < 0,001$ vs. < 50 años), quedando 1,1% fuera de RS y sin pólipos distales.

Conclusiones: En los mayores de 50 años se debe realizar siempre colonoscopia para el estudio de la rectorra-

gia leve o moderada. En los menores de 40 años podría ser suficiente la realización de rectosigmoidoscopia, exploración que no suele precisar sedación y de menor duración. En el intervalo entre 40-50 años se debe individualizar la decisión en función de otros factores de riesgo.

EBP0009 - LA VIABILIDAD DE *LACTOBACILLUS FERMENTUM* NO ES INDISPENSABLE EN SU ACTIVIDAD ANTIINFLAMATORIA INTESTINAL

Gálvez Peralta JJ, Rodríguez-Cabezas ME, Perán L, Comalada M, Camuesco D, Bailon E, Olivares M¹, Xaus J¹, Zarzuelo A

Departamento de Farmacología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. ¹Departamento de Inmunología. Puleva Biotech. Granada

Objetivos: Comprobar si la viabilidad del probiótico *Lactobacillus fermentum* es necesaria para ejercer actividad antiinflamatoria intestinal en el modelo de colitis experimental inducido por TNBS en ratas, profundizando en su mecanismo de acción.

Material y métodos: Ratas Wistar (200 g) fueron divididas en cuatro grupos ($n = 10$): grupo sano, colítico (sin probiótico), y dos tratados con el probiótico oralmente (5×10^8 CFU en leche desnatada), vivo o muerto. Tras dos semanas, la colitis fue inducida mediante la administración intracolónica de TNBS (10 mg). Las ratas se sacrificaron una semana más tarde, y el daño colónico evaluado histológicamente y bioquímicamente: mieloperoxidasa, glutatión, TNF α e IL-1 β . También se valoró in vitro la capacidad del probiótico (vivo o muerto) de adherirse a mucinas y de modificar la producción de citocinas en células epiteliales intestinales (Caco-2) y en macrófagos derivados de médula ósea de ratón (MDMO).

Resultados: El efecto antiinflamatorio intestinal de probiótico, vivo o muerto, se manifestó por la reducción significativa de la extensión del daño por TNBS respecto al grupo control, junto con una menor actividad mieloperoxidasa, mayor contenido en glutatión, y reducción en la producción de TNF α e IL-1 β . Los efectos beneficiosos fueron similares en ambos casos, ya que no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos de animales que recibieron tratamiento probiótico. Los ensayos in vitro mostraron que la bacteria muerta, a diferencia de cuando se encuentra viable, no es capaz de unirse a mucinas. A pesar de ello, no se observaron variaciones en la capacidad inmunomoduladora de esta cepa dependiendo de su estado vital tanto en células intestinales como en macrófagos. Así, se observa que el principal efecto de esta cepa es incrementar la producción de la citocina inmunosupresora IL-10, efecto que puede colaborar en la actividad antiinflamatoria observada en el modelo *in vivo*.

Conclusión: La viabilidad de *Lactobacillus fermentum* no es indispensable para ejercer su actividad antiinflamatoria en el modelo de colitis experimental del TNBS y facilitar la recuperación del tejido intestinal dañado. En este efecto beneficioso puede contribuir su capacidad de promover la producción de IL-10, citocina inmunosupresora, por los macrófagos.

EBP0010 - EFECTO ANTIINFLAMATORIO INTESTINAL DE LA MINOCICLINA EN EL MODELO DE COLITIS EXPERIMENTAL POR TNBS EN RATA

Gálvez Peralta JJ, Rodríguez-Cabezas ME, Camuesco D, Belén A, Bailón E, Xaus J¹, Comalada M, Talavera P², Concha A², Zarzuelo A

Departamento de Farmacología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. ¹Departamento de Inmunología. Puleva Biotech. Granada. ²Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Evaluar la actividad antiinflamatoria intestinal de la minociclina en el modelo de colitis experimental inducido por TNBS en ratas. La minociclina es un antibiótico del grupo de las tetraciclinas, al que se le han descrito propiedades inmunomoduladoras que pueden contribuir a su potencial efecto beneficioso en la enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y métodos: Ratas Wistar (200 g) fueron divididas en tres grupos (n = 10): grupo sano, colítico (sin antibiótico), y tratado con minociclina oralmente (40 mg/kg/día), desde el mismo día de la inducción de la colitis mediante la administración intracolónica de TNBS (10 mg). Las ratas se sacrificaron una semana más tarde, y el daño colónico evaluado histológicamente y bioquímicamente: mieloperoxidasa, glutatión, TNF α e IL-1 β ; la expresión de iNOS fue determinada mediante Western blot. Adicionalmente se evaluó la población microbiana en los contenidos colónicos: lactobacilos, bifidobacterias, aerobios y enterobacterias. También se valoró in vitro la capacidad del antibiótico de modificar la producción de la citocina IL-8 en células epiteliales intestinales (Caco-2) estimuladas con IL-1 β .

Resultados: La minociclina mostró efecto antiinflamatorio intestinal tal y como se puso de manifiesto por la reducción significativa de la extensión del daño inducido por el TNBS respecto al grupo control. Este efecto se constató bioquímicamente por el incremento significativo del contenido en glutatión, que se encuentra reducido en el grupo control por la situación de estrés oxidativo generado en los animales colíticos, así como por una disminución significativa en la producción de TNF α e IL-1 β , dos citocinas de carácter proinflamatorio involucradas en

la patogénesis de la enfermedad inflamatoria intestinal. El tratamiento se asoció con una disminución en la expresión de la iNOS en comparación con el grupo control. Aunque no se observó una modificación significativa en el recuento de lactobacilos y bifidobacterias en los contenidos colónicos de los animales colíticos, sí que fue capaz de reducir significativamente el número de aerobios totales y enterobacterias. Los ensayos in vitro revelaron que la incubación de células Caco-2 con el antibiótico redujo la producción de IL-8 de forma concentración-dependiente, sin afectar a la viabilidad de estas células.

Conclusión: El antibiótico minociclina ha presentado actividad antiinflamatoria en el modelo de colitis experimental inducida por TNBS, efecto al que pueden contribuir sus propiedades inmunomoduladoras, como es su capacidad de inhibir la producción de IL-8 en células epiteliales intestinales.

EBP0011 - EPIDEMIOLOGÍA DE LA COLITIS ULCEROSA EN EL ANCIANO

Rodríguez de Jesús A, Casellas F, Malagelada JR
Servicio de Aparato Digestivo. Área General. Hospital General Vall d'Hebrón. Barcelona

Introducción: La colitis ulcerosa, clásicamente se ha considerado como una patología de inicio en jóvenes, sin embargo se describe un segundo pico de incidencia a partir de los 60 años de edad. Existe controversia en la epidemiología de la colitis ulcerosa entre los pacientes jóvenes y los de edad avanzada, lo que hace necesarios nuevos estudios que permitan definir dichas particularidades.

Objetivo: Determinar en nuestro medio las características epidemiológicas propias de la colitis ulcerosa en el anciano en relación con la del joven.

Método: Se ha realizado un estudio descriptivo, retrospectivo, de casos y controles. Se han incluido los pacientes con colitis ulcerosa procedentes de la base de datos de la Unidad de Atención Crohn-Colitis del Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Los pacientes se estratificaron en dos grupos según la edad de inicio de los síntomas: grupo de edad mayor o igual a 60 años y grupo control constituido por pacientes menores de 60 años. El grupo control incluyó 2 pacientes por cada caso de edad avanzada, apareados por sexo.

Resultados: De un total de 799 pacientes se identificaron 25 con colitis ulcerosa que debutó a una edad mayor de 60 años (3,1%). El grupo control incluyó 50 pacientes. Entre ambos grupos se observaron diferencias estadísticamente significativas tanto en la forma de presentación (el grupo de edad avanzada presentó con mayor frecuencia hematoquecia/rectorragias y con menor frecuencia fiebre y dolor abdominal que el grupo control) como en la respuesta al tratamiento (menor frecuencia de corticorrefractoriedad -4 vs. 26% en el joven-).

Conclusión: Los resultados del presente estudio indican la existencia de ligeras diferencias epidemiológicas en la colitis ulcerosa en las personas de edad avanzada, asociado probablemente una mejor respuesta al tratamiento convencional en el anciano.

EBP0012 - TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE 32 ÍTEMS (IBDQ-32) DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Masachs Peracaula M, Casellas Jordá F¹, Malagelada JR¹
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Vall d'Hebrón. Barcelona. ¹Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitari Vall d'Hebrón-Àrea Materno-Infantil. Barcelona

Introducción: La medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) tiene una reconocida importancia en la evaluación, el manejo y el seguimiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. El instrumento de medida más utilizado es la versión de 32 ítems del Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ-32), que no está adaptado al español.

Objetivo: Traducir la versión del IBDQ-32 al español y determinar su validez, fiabilidad y sensibilidad tanto en la colitis ulcerosa como en la enfermedad de Crohn.

Método: Estudio prospectivo en dos fases: traducción y posterior validación del IBDQ-32 al español. La traducción se ha basado en la versión al español validada del IBDQ-36, y los ítems del IBDQ-32 no incluidos en el IBDQ-36 se tradujeron de "novo". Una vez terminada la traducción del IBDQ32, se aplicó un cuestionario específico de comprensión. Para determinar las propiedades psicométricas del IBDQ-32, un grupo de pacientes completó el IBDQ-36 ya validado al español y el IBDQ-32.

Resultados: Se han incluido 84 pacientes (53 con enfermedad de Crohn y 31 con colitis ulcerosa). La mediana de la puntuación global de ambos cuestionarios en los 84 pacientes no fue diferente (6,1 vs. 6,2, $p = ns$) y su correlación de Spearman fue muy significativa ($r = 0,97$, $p < 0,001$). La capacidad de discriminar entre pacientes con brote y remisión también fue equivalente en ambos cuestionarios (6,3 vs. 6,3 con $r = 0,95$ en remisión y 4,1 vs. 4,1 con $r = 0,97$ en actividad, $p < 0,001$ remisión vs. actividad). Estos resultados se reprodujeron en el análisis para EC y CU independientemente (6,4 vs. 6,4 y 6,7 vs. 6,6 respectivamente, $p = ns$).

Conclusión: La versión en castellano de 32 ítems del IBDQ es válida y discriminativa para ser aplicada en pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa.

EBP0013 - EXPRESIÓN DE GENES DE APOPTOSIS EN MUCOSA RECTAL DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

Rivero Tirado M, Guerra Ruiz A, Higuera R, Pons Romero F

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Introducción: En el daño mucoso producido en la colitis ulcerosa (CU) está implicada la regulación de la apoptosis. La apoptosis puede regularse por distintas vías que dependen de la expresión de un gran número de genes.

Objetivo: Determinar la diferente expresión de genes relacionados con la apoptosis en mucosa inflamada y mucosa normal de pacientes con CU.

Material y métodos: Se han estudiado 5 pacientes con brote de CU, obteniendo mucosa inflamada y mucosa normal durante una colonoscopia. Se ha determinado la expresión de 84 genes relacionados con la apoptosis utilizando una técnica de PCR en tiempo real (RT Profiler PCR array).

Resultados: Hemos encontrado 7 genes sobreexpresados de 4,5 a 7,5 veces más en mucosa inflamada pertenecientes a las familias del TNF ligando (gen LTA, TNF, TNFSF7 y TNFSF8), del TNF receptor (gen CD40 y TNFRSF9) y de la familia del p53 (gen TP73). Por otro lado se observa una expresión 2,5 veces menor de 3 genes de la familia del BCL-2 (gen BCL2L10 y Harakiri) y la Caspasa (gen CASP14) en la mucosa inflamada respecto de la mucosa normal.

Conclusiones:

1. Existe una diferente expresión de genes de la apoptosis en la mucosa inflamada de pacientes con CU respecto a la mucosa no inflamada de estos pacientes.

2. Esta diferente expresión indica la activación y participación de distintas vías de apoptosis en la patogenia del proceso inflamatorio.

3. Aunque se necesitan más estudios, la identificación de genes implicados en el daño mucoso podría ser aplicable en un futuro tanto en el diagnóstico como en el estudio de nuevas dianas terapéuticas para los pacientes con CU.

EBP0014 - HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN INCIERTO: ¿CONTINÚA SIENDO UN RETO DIAGNÓSTICO? ¿QUÉ RECURSOS CONSUME?

Méndez Sánchez IM, Pérez Aisa A, Albanea Moreno C, Vera Rivero FM, Aguilar Urbano VM, Fernández Moreno N, Rivera Irigoin R, García Fernández G, Moreno Mejías P, Fernández Pérez F, Rodríguez González FJ, Navarro Jarabo JM, Sánchez Cantos A

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

Introducción: La hemorragia digestiva de origen incierto (HDOI) se define como el cuadro de sangrado digestivo en que su causa y localización permanece desconocida tras una gastroscopia y una colonoscopia, siendo causa de múltiples exploraciones ocasionando un elevado coste sanitario.

Objetivos: Analizar la casuística de HDOI en un centro hospitalario de segundo nivel y el coste sanitario.

Material y métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo, seleccionando pacientes con hemorragia digestiva de origen incierto oculto/manifiesto (con gastroscopia y colonoscopia no concluyentes) seguidos en nuestro centro desde enero 2004/diciembre 2006 analizando la forma de presentación clínica, el nº de ingresos, estancia media hospitalaria, requerimientos transfusionales, nº de pruebas solicitadas y coste. Análisis con paquete estadístico SPSS 12.0.

Resultados: Un total de 31 pacientes, con edad media 66 años [8-92], 61,3% varones. El número de ingresos hospitalarios medio en Unidad de Digestivo fue de 1,3 [0-9], con estancia media de 8,2 días. La forma de presentación clínica fue: 64,5% HDOI manifiesto (55% melena y 45% rectorragia) y el 35,5% HDOI oculto. La hemoglobina media fue de 8,7 g/dl, necesitando hemoterapia el 67,7% con una media de 3,8 concentrados de hemáties. El 45,2% consumían gastroerosivos y el 25,8% estaban anticoagulados. El número medio de pruebas complementarias requeridas por paciente fue de 5,3 [3-11], realizándose una media de: 1,8 [1-5] gastroscopia, 1,4 [1-3] colonoscopia, 0,74 [0-2] tránsito Intestinal, 0,16 [0-1] enteroclinis, 0,68 [0-2] enteroscopia de pulsión, 0,16 [0-1] arteriografías abdominales, 0,13 [0-1] TAC abdomen c/c y 0,19 [0-1] cápsula endoscópica. El diagnóstico se realizó en 8 pacientes en un tiempo medio de 25,75 meses; 15 pacientes no han sido diagnosticados a pesar de las pruebas complementarias realizadas (aunque 2 pacientes están pendiente de realizarse cápsula endoscópica), 7 se han perdido de seguimiento y 1 fue exitus durante el estudio. Sólo se realizó cápsula endoscópica en 6 pacientes, a los 23,3 meses de media desde que comenzó la clínica, siendo diagnóstica tan sólo en 2 pacientes (33,3%). El gasto económico generado por las técnicas diagnósticas realizadas en cada paciente fue de 2690 euros.

Conclusiones:

1. La HDOI se presenta en nuestra serie con mayor frecuencia en varones.
2. El diagnóstico etiológico después de las múltiples exploraciones realizadas tan sólo se realizó en 34,8% de los pacientes.
3. El número medio de exploraciones realizadas es menor que en otras series, probablemente por el número de pacientes perdidos de seguimiento.
4. A pesar de las numerosas técnicas diagnósticas a nuestro alcance, continua siendo una patología de difícil diagnóstico y con un gran gasto económico a pesar de la baja rentabilidad.

EBP0015 - EFECTIVIDAD DE LA PREMEDICACIÓN CON ESTEROIDE Y ANTIHISTAMÍNICO EN LA PREVENCIÓN DE REACCIONES INFUSIONALES POR INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Bermejo San José F, Algaba García A, Piqueras Alcol B, Ciriza de los Ríos C, Tomás Moros E, Sánchez Prudencio S, Valer López-Fando MP, García Durán F, Carneros Martín JA, Rodríguez Agulló JL
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Fuenlabrada. Madrid

Objetivo: Conocer la frecuencia de aparición de reacciones infusionales inmediatas (en las primeras 24 horas) y retardadas (pasadas 24 horas hasta 14 días tras la infusión) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que han recibido tratamiento con infliximab, utilizando un protocolo de premedicación con un esteroide y un antihistamínico.

Métodos: Estudio prospectivo en 26 pacientes consecutivos (23 enfermedad de Crohn, 3 colitis ulcerosa) tratados desde enero 2005 hasta marzo 2007, a los que se les ha administrado tratamiento con infliximab en pauta de inducción (3 dosis: semana 0, 2 y 6) seguida o no de terapia de mantenimiento cada 8 semanas. Todos los pacientes recibían tratamiento inmunomodulador de base con azatioprina o mercaptopurina, excepto un caso que recibía metotrexato, y esta terapia que se había comenzado al menos 3 meses antes de la administración de Infliximab. Se administró vía intravenosa, de forma sistemática 30 minutos antes de cada infusión 100 mg de hidrocortisona y 5 mg de dexclorfeniramina (Polaramine®), excepto en una paciente que inicialmente rechazó la administración de esteroides por antecedente de catarata bilateral con los mismos.

Resultados: La edad media fue de 37,8 años, 57% mujeres. El 53% eran fumadores. El 7,6% tenía antecedente de alergia a fármacos betalactámicos (n = 1) o AINE (n = 1). En el 42% de los pacientes la indicación para el uso de infliximab fue la existencia de enfermedad fistulosa. El tiempo medio de tratamiento previo con inmunomoduladores fue de 26,2 ± 31 meses. El número total de infusiones fue de 185 (media 7, rango 2-16). Todos los pacientes comenzaron con la pauta de inducción habitual y el 61% siguieron con tratamiento de mantenimiento. La media de seguimiento fue de 14 meses. Se produjeron reacciones infusionales en el 7,6% de pacientes (n = 2) y en el 1% de las infusiones: 1 inmediata leve en forma de cefalea (en la 1ª infusión de la paciente que no había recibido inicialmente esteroides; se redujo el ritmo de infusión y se administraron 100 mg de hidrocortisona; no repitió en administraciones posteriores utilizando premedicación con el esteroide), y 1 retardada moderada en forma de exantema (a los 5 días de la 2ª infusión; precisó esteroides y motivó

la suspensión del tratamiento). No se produjeron reacciones graves.

Conclusión: En pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y bajo profilaxis con inmunomoduladores, la premedicación con un esteroide y un antihistamínico se asocia a una baja tasa de reacciones infusionales por infliximab.

EBP0016 - FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREPARACIÓN DE LA COLONOSCOPIA

Prieto Martínez C, Rodríguez Gutiérrez C
Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarra, Navarra

Objetivo: Analizar los factores que pueden influir en la preparación de las colonoscopias.

Material y métodos: Se evaluó de forma prospectiva mediante un cuestionario acerca de la preparación a 187 pacientes tras la realización de la colonoscopia, y se revisó sus antecedentes personales. Los endoscopistas clasificaron la preparación en mala, regular y buena. El estudio se realizó únicamente por dos endoscopistas. Para el estudio se utilizaron estadísticos descriptivos, Chi cuadrado y Kruskal Wallis.

Resultados: No se evidenció asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre la correcta preparación y el sexo, la edad, el ritmo intestinal habitual, la existencia de vómitos durante la preparación, la aplicación y retención del enema de limpieza, el tiempo transcurrido entre el final de la toma de los sobres de polietilenglicol y la colonoscopia, y el antecedente de intervenciones quirúrgicas en el abdomen. Pareció existir una mejor preparación en los pacientes que con anterioridad ya se habían realizado una colonoscopia, y en los que habían podido seguir las indicaciones de la toma de los sobres, pero los resultados no fueron significativos ($p = 0,054$ y $p = 0,065$ respectivamente). Analizando el tipo de cena, la noche previa a la colonoscopia, se vio que los pacientes que no habían cenado nada tuvieron una mejor preparación ($p < 0,05$). De igual manera se asoció significativamente el seguimiento de la dieta indicada libre de residuos con la mejor preparación ($p < 0,05$).

Conclusiones:

1. El enema de limpieza para la preparación de la colonoscopia no parece resultar de utilidad en nuestro estudio.
2. Existe una tendencia a presentar una preparación buena en los pacientes que se han hecho colonoscopias previamente, y si realizan la preparación tal y como se les indica.
3. Los pacientes que no ingieren alimentos la noche previa a la prueba, y los que siguen la dieta indicada libre de residuos tienen una preparación mejor.

EBP0017 - PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN CARTAGENA DE INDIAS, COLOMBIA

Yepes Barreto IDJ, Fortea Ormaechea JI, Lozano Maya M, Huerta Madrigal A, Menchén Viso L, Marín Jiménez I

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: La prevalencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha sufrido un marcado incremento en las últimas décadas con una prevalencia máxima en los países desarrollados en torno a 396 por 105 habitantes. Sin embargo, hay pocos datos sobre la incidencia y la prevalencia de la EII en Sudamérica. Algunos estudios realizados en Puerto Rico, Panamá y Argentina sugieren una incidencia entre $1,2 \times 105$ a $7,74 \times 105$ habitantes (2)(3), notablemente inferior a las descritas en países desarrollados.

Objetivo: Analizar la prevalencia general y específica de la EII (enfermedad de Crohn, EC; colitis ulcerosa, CU) de EII en una ciudad colombiana, así como las características demográficas de esta muestra de pacientes.

Métodos: Este estudio se realizó en Cartagena de Indias, Colombia, con una población de 895.400 habitantes. Se revisaron las bases de datos de dos empresas prestadoras de servicios de salud, operativas desde 1.993 hasta la fecha, para identificar todos los pacientes adultos diagnosticados de CU y EC. Posteriormente se revisaron sus historias clínicas, descartándose aquellos pacientes sin diagnóstico de certeza.

Resultados: Se documentaron 37 casos de EII en una población de 166.944 usuarios: 8 pacientes con EC y 29 con CU. La prevalencia general de EII fue $22,1 \text{ casos} \times 105$; $17,4 \text{ casos} \times 105$ para la CU y de $4,8 \text{ casos} \times 105$ para la EC, con una relación CU:EC de 4:1. El 84% de los sujetos presentaba un tiempo de evolución de la enfermedad mayor de 12 meses. Un 68% de los pacientes eran de sexo femenino, con una relación Mujer:Hombre de 2:1. La mediana de edad de los pacientes fue de 40 (17-79), sin diferencias estadísticamente significativas entre hombre y mujeres. La prevalencia de la EII fue mayor en el grupo de edad entre los 36-50 años.

Conclusión: La EII es una enfermedad infrecuente en Colombia. Una prevalencia menor de 5×105 se considera una enfermedad rara en los países desarrollados. La CU es más común que la EC, y la EII es más frecuente en mujeres que en hombres. Nuestro estudio tiene una limitación importante como es el origen privado de los datos utilizados. Sin embargo no existe a la fecha otras fuentes de información. Se necesitan más estudios epidemiológicos para confirmar estos resultados.

EBP0018 - EL RECEPTOR CB1 REGULA LA SECRECIÓN DE IGA EN EL COLON Y REDUCE LA EXPRESIÓN COLÓNICA DE MARCADORES PRO-INFLAMATORIOS INDUCIDA POR ESTRÉS

Caso JR, Marín-Jiménez I¹, Madrigal JL, Ledent C², Manzanares J², Leza JC, Jorge M², Menchén L¹

Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. ¹Servicio de Medicina de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Neurociencias de Alicante. Universidad Miguel Hernández-CSIC. Alicante

Introducción: La exposición a estrés psicológico ha sido implicada en el curso clínico de enfermedades gastrointestinales como la enfermedad inflamatoria intestinal y el síndrome del intestino irritable, y existe evidencia experimental acerca de la inducción de inflamación mucosa y disfunción de la barrera intestinal tras exposición a estrés por inmovilización. El receptor de cannabinoides tipo 1 (CB1) se expresa en el intestino en condiciones normales pudiendo contribuir al mantenimiento de la homeostasis intestinal.

Material y métodos: Ratones modificados genéticamente deficientes en CB1 (CB1^{-/-}) y sus controles normales (wild-type) fueron sometidos a un protocolo de estrés agudo por inmovilización y exposición a ultrasonidos durante 4 días, 2 horas al día. Tras el sacrificio el colon se procesó para la realización de las siguientes determinaciones: niveles de IgA mediante ELISA, y expresión de las enzimas pro-inflamatorias sintasa inducible de óxido nítrico (NOS2) y ciclooxigenasa 2 (COX2) mediante Western blot.

Resultados: La secreción basal de IgA en ratones CB1^{-/-} resultó significativamente menor que en ratones que expresan el receptor de forma normal (wild-type) (21,3 ± 4,8 vs. 10,3 ± 2,0 ng/mg proteína, p < 0,05) y se reduce de forma drástica tras exposición a estrés por inmovilización (6,45 ± 2,0 ng/mg proteína, p < 0,05 vs. control respectivo). La exposición a estrés induce en la mucosa colónica un incremento de la expresión tanto de NOS2 como de COX2 en un rango significativamente mayor en ratones CB1^{-/-} que en ratones wild-type.

Conclusiones: El receptor CB1 ejerce un papel protector de la mucosa colónica tras exposición a estrés mediante la regulación a la baja de las enzimas pro-inflamatorias NOS2 y COX2, en un mecanismo que podría estar mediado por la regulación de la secreción colónica de IgA.

EBP0019 - EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON INFLIXIMAB EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Gata Cuadrado M, Pozo R, Bejarano A, Rojas M
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Objetivos: Conocer la respuesta clínica y analítica de pacientes con EC y CU tratados en nuestro hospital, evaluada tras las tres dosis de inducción (0,2,6), así como los efectos secundarios encontrados.

Material y métodos: Es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo donde se revisaron las historias clínicas de los pacientes que habían recibido infliximab desde el año 2000. Se analizaron la evolución clínica, parámetros analíticos de inflamación y los efectos secundarios tras la inducción.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes (17 mujeres, 16 hombres), 29 (88%) de ellos afectos de EC y 4 de CU. Se excluyeron 5 pacientes por pérdida de datos. Se trataron con infliximab a dosis de 5 mg/kg, en las semanas 0, 2 y 6. La indicación de tratamiento más frecuente fue la enfermedad grave activa con falta de respuesta a corticoides e inmunosupresores (75,8% de EC y 75% de CU) y en un 20,7% por enfermedad fistulizante. Dos casos fueron tratados por reservoritis refractaria a otros tratamientos. El tiempo medio transcurrido entre diagnóstico e indicación de anti-TNF fue de 5,39 ± 13,31 años. El 100% de los casos recibieron tratamientos previos con corticoides, un 93,9% con mesalacina y un 78,8% con antibióticos. El 96,97% de los pacientes recibió tratamiento concomitante con inmunosupresores. En un 30,3% (10/33) de los sujetos fue necesario retirar infliximab por distintos motivos: 3 reacciones alérgicas severas, 2 meningitis por *Lysteria*, HTA, artralgias, neumonía grave por *Neumococo*, foliculitis por *Stafilococo* y en un caso por positivización de los ANA. Se analizó por último la evolución de los reactantes de fase aguda (PCR, VSG, orosomucoide y alfa1-antitripsina) recogidos en un 88% de los pacientes. En un 73,5% de los pacientes se observó una disminución de los reactantes de fase aguda. La disminución media fue de 95 ± 76,7, para alfa-1 antitripsina, 81,7 ± 49,9 para orosomucoide, 10,3 ± 12,7 para PCR y 34,1 ± 20,3 para VSG. En el 78,8% de los pacientes se obtuvo mejoría clínica tras las 3 dosis de inducción con anti-TNF.

Conclusiones:

1. En la mayor parte de los casos la indicación de utilizar infliximab fue la enfermedad activa grave con falta de respuesta clínica a los tratamientos previos, presentando un largo periodo de latencia desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento.

2. La respuesta clínica fue similar a la descrita en la literatura y se acompañó de disminución de los reactantes de fase aguda.

3. Las reacciones adversas fueron frecuentes, principalmente de tipo infeccioso.

EBP0020 - ROLE OF THE PXR GENE LOCUS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Mendoza Hernández JL, Martínez A¹, Lana R², Márquez A¹, Taxonera C, Gómez de la Concha E¹, Fernández-Arquero M¹, Urcelay E¹, Díaz-Rubio M
Servicios de Aparato Digestivo, ¹Inmunología y ²Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Antecedentes y objetivos: El gen del receptor del pregnano X (PXR/NR1I2), se ha asociado recientemente con un incremento del riesgo para desarrollar enfermedad inflamatoria intestinal. Este receptor esta implicado en los procesos de destoxicación en el hígado y en el intestino. El PXR se expresa en menor cantidad en la mucosa del colon en los pacientes con colitis ulcerosa (CU), pero no varía en la enfermedad Crohn (EC). El objetivo de nuestro estudio es determinar el papel del gen del PXR en la enfermedad inflamatoria intestinal.

Método: Se diseñó un estudio de casos-controles donde se incluyeron 367 CU y 322 EC y se compararon con 500 controles macheados por edad y sexo. Se determinaron mediante técnicas de PCR tres polimorfismos del gen del PXR y 6 haplotipos.

Resultados: La distribución haplotípica del gen PXR demostró una asociación con la CU cuando se compara con los controles ($p = 0,036$) [OR (IC 95%) = 1,69 (1,1-2,62)] pero no con la EC frente a los controles ($p = 0,4$). Entre los pacientes con CU, se objetivó una asociación estadísticamente significativa entre el haplotipo [rs3814055*T//rs6784598*C//rs2276707*C] y la CU extensas ($p = 0,0007$; OR (IC 95%) = 1,76 (1,25- 2,448).

Conclusiones: Nuestros datos apoyan la asociación entre determinados polimorfismos del gen del PXR y la CU, y además se demuestra una asociación con el fenotipo extenso en la CU. El PXR no tiene ningún papel en la susceptibilidad para padecer EC.

EBP0021 - EL GÉNERO FEMENINO DETERMINA UNA DISFUNCIÓN DE LA BARRERA EPITELIAL EN EL YEYUNO DE VOLUNTARIOS SANOS

Alonso Cotoner C, Guilarte M¹, Vicario M, Ramos L, Martínez C, Saperas E, Santos J, Malagelada JR
Servicios de Aparato Digestivo y ¹Alergia. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona

Introducción: La disfunción epitelial es un factor clave en el inicio de la inflamación mucosa a nivel intestinal, un hallazgo frecuente en pacientes con síndrome del intestino irritable (SII). El SII es una patología muy frecuente, con una mayor prevalencia en las mujeres. Sin embargo, los mecanismos implicados en esta mayor susceptibilidad al SII en el género femenino, aparte de una mayor sensibilidad al estrés y diferencias en el procesamiento de los estímulos viscerales, son aún desconocidos.

Objetivo: Investigar si la disfunción epitelial está condicionada por el género femenino.

Métodos: En 19 voluntarios sanos con un nivel bajo de estrés crónico (escala de Holmes-Rahe) se realizó una perfusión yeyunal segmentaria (20 cm). Los efluentes intestinales se recogieron a intervalos de 15 minutos durante 30 minutos en condiciones basales y durante una hora tras la

inducción de un estrés agudo mediante la inmersión intermitente de la mano en agua a 4 °C durante 15 minutos. Durante el estudio se evaluaron los cambios en la respuesta epitelial mediante la determinación del flujo neto de agua y la liberación luminal de albúmina como índice de permeabilidad epitelial intestinal. La respuesta autonómica al estrés se evaluó monitorizando la presión arterial y la frecuencia cardiaca, así como los cambios en los niveles de ACTH en plasma. La respuesta psicológica se analizó mediante una escala de estrés subjetivo (SSRS).

Resultados: Se incluyeron 10 hombres (H) y nueve mujeres (M) con una edad media de $22 \pm 0,8$ y $23,7 \pm 6,2$ años respectivamente. El estrés agudo indujo un incremento en la frecuencia cardiaca (Delta H: $9,8 \pm 11$; M: $9,8 \pm 9$ lpm, $p < 0,05$ vs. basal), la presión arterial (Delta H: $18,4 \pm 8,1$; M: $13 \pm 11,8$ mmHg, $p < 0,05$ vs. basal) y los niveles de ACTH (Delta H: $11,8 \pm 7,2$; M: $10,2 \pm 6,7$ pg/mL, $p < 0,005$ vs. basal), así como en los niveles de estrés subjetivo (Delta H: $1,8 \pm 1$; M: $0,95 \pm 1$, $p < 0,05$ vs. basal). El flujo neto de agua (H: $59,2 \pm 51$; M: $48,7 \pm 64$ μ L/min/cm, $p = \text{ns}$) y la liberación de albúmina (H: $1 \pm 0,9$; M: $0,7 \pm 0,6$ mg/15 min, $p = \text{ns}$) a nivel basal fueron similares en los dos grupos. Sin embargo, el estrés agudo provocó un incremento en la secreción de agua (Delta H: $29,7 \pm 50,3$; M: 71 ± 97 μ L/min/cm; $p < 0,05$ vs. M basal) y albúmina (Delta H: $0,2 \pm 0,1$; M: $1 \pm 0,9$ mg/15 min; $p < 0,05$ vs. M basal) sólo en las M.

Conclusiones: El género femenino determina una hipersensibilidad epitelial al estrés agudo en el yeyuno de voluntarias sanas, lo que podría contribuir a una mayor susceptibilidad al desarrollo de SII en el género femenino.

EBP0022 - INESTABILIDAD DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN PACIENTES SOMETIDOS A RADIOTERAPIA PÉLVICA

Varela Castro E, Martínez C, Antolín M, Llopis M, Guarnier F, Malagelada JR
Unidad de Fisiopatología Digestiva. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona

Introducción: La radioterapia pélvica es un tratamiento de elección en algunos tumores intra abdominales aunque frecuentemente se asocia a toxicidad gastrointestinal. La manifestación más frecuente es la aparición de diarrea que en algunos casos puede obligar a la interrupción del tratamiento. No se conocen los mecanismos fisiopatológicos implicados en el proceso, aunque pueden estar relacionados con un desequilibrio en el ecosistema microbiano intestinal.

Objetivo: Investigar la implicación de la alteración de la microbiota intestinal en la toxicidad gastrointestinal en pacientes sometidos a radioterapia pélvica.

Material y métodos: Se estudiaron diez pacientes sometidos a radioterapia pélvica durante un periodo de cinco

semanas, por diferentes tumores abdominales. Se recogieron cuatro muestras de heces por cada paciente: antes de empezar la radioterapia (s 0), entre la segunda y tercera semana de tratamiento (s 3), al final del tratamiento (s 5) y dos semanas después (s 7). Cinco voluntarios sanos, que recogieron muestras en los mismos periodos de tiempo, se utilizaron como controles. Partiendo del DNA fecal, se amplificaron por PCR las regiones variables V6-V8 del gen bacteriano 16 SrRNA y se separaron por DGGE. Los geles se digitalizaron para su análisis estadístico calculándose una matriz de similitud entre las muestras mediante el método de correlación de Pearson.

Resultados: La composición de la microbiota intestinal de los pacientes sometidos a radioterapia se modificó notablemente a lo largo del tratamiento. El porcentaje de similitud respecto a s0 se encontró ya disminuido en s 3: $52 \pm 14\%$ (media $\pm$ SD, $p < 0,05$) y se mantuvo disminuido durante el resto del tratamiento, no recuperándose 2 semanas después de acabada la radioterapia. Por el contrario, el grupo de individuos sanos presentó un perfil más estable en la s 3 (similitud $70 \pm 15\%$). Además, en el subgrupo de pacientes que desarrollaron diarrea (6/10) se observó una alteración más severa del perfil inicial durante todo el estudio (Tabla I).

TABLA I

Grupo	Similitud s 3	Similitud s 5	Similitud s 7
No diarrea (n = 4)	$57 \pm 10\%$	$62 \pm 14\%$	$59 \pm 22\%$
Diarrea (n = 6)	$49 \pm 17\%$	$29 \pm 17\%^*$	$35 \pm 15\%$

Resultados expresados como media $\pm$ DS * $p < 0,05$ vs. no diarrea

Conclusión: La radioterapia pélvica produce una profunda alteración en la microbiota intestinal que puede estar relacionada con la patogénesis de la diarrea y los síntomas asociados.

EBP0023 - RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN. EXPERIENCIA GALLEGA. EIGA

Castro Ortiz E, Barreiro M¹, Echarri A², Carpio D, Pereira S³, Aurelio L¹, Castro J²
 Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Pontevedra. ¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. A Coruña. ²Complejo Hospitalario Arquitecto Marcede-Prof. Novoa Santos. Ferrol, A Coruña. ³Hospital Xeral-Ciés de Vigo. Pontevedra

Introducción: Infliximab ha demostrado ser eficaz en la inducción y mantenimiento a un año en la enfermedad de Crohn. Existen pocos datos sobre su eficacia a más largo plazo.

Objetivos: Analizar los resultados del tratamiento con infliximab a los 12 y 24 meses en un grupo de pacientes

con enfermedad de Crohn de nuestra comunidad. Evaluar la influencia del tratamiento concomitante con inmunosupresores en esta respuesta a largo plazo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes con enfermedad de Crohn procedentes de tres hospitales gallegos, tratados con infliximab entre enero 2003-2007. Se incluyeron los que tuvieron respuesta a la inducción y se realiza seguimiento hasta finalizar el tratamiento.

Resultados: Se pautó Infliximab a 123 pacientes, con respuesta a la inducción en 78 (63,4%). De 78 pacientes incluidos: 40 mujeres (51,3%), edad media 36,83 (16-74), 50% fumadores, tiempo medio desde diagnóstico 8 años (5-11), 84,6% con tratamiento inmunosupresor asociado (63 azatioprina, 3 metotrexate), 43,6% de tipo inflamatorio y 56,4% fistulizante. Distribución por centros (33/25/20). A los 12 meses, permanecieron en remisión completa el 82,3% de los pacientes con EC inflamatoria que habían respondido a la dosis de inducción; 11,76% mantienen respuesta parcial y 5,94% pierden la respuesta. En el tipo fistulizante los resultados son 70,45, 27,27 y 2,28% respectivamente. A los 24 meses analizamos 47 pacientes (se excluyen 28 que aun no han alcanzado 24 meses de tratamiento); 19 de ellos permanecen en remisión (40,43%); 9 (19,2%) presentan respuesta parcial; 9 (19,2%) han suspendido el tratamiento por efectos secundarios y 10 (21,2%) por pérdida de respuesta. El tratamiento concomitante con inmunosupresores (80,3% vs. 40%; $p = 0,035$) y la ausencia de cirugía previa (64,3 vs. 3,6%; $p = 0,032$) se asociaron de forma estadísticamente significativa con mantenimiento de respuesta completa a las 24 semanas. El resto de las variables (edad, sexo, tabaco, años desde diagnóstico, tipo de enfermedad) no tuvieron significación en la respuesta a los 12 y 24 meses.

Los efectos secundarios se presentaron en 21 pacientes, (17%) de la población general (4 respuestas alérgicas precoces, 4 tardías, 8 abscesos, 2 tuberculosis, 1 herpes zóster, 1 pustulosis palmoplantar, 1 vasculitis leucocitoclástica cutánea).

Conclusiones: En nuestro estudio infliximab ha demostrado ser eficaz para el tratamiento a 12 y 24 meses en pacientes con enfermedad de Crohn tanto fistulizante como inflamatoria. El tratamiento con inmunosupresores favorece el mantenimiento de la respuesta. Los efectos secundarios son frecuentes, aunque raramente graves.

EBP0024 - LAS BACTERIAS COMENSALES MODULAN DE MANERA DIFERENCIAL LAS SEÑALES QUIMIOTÁCTICAS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Llopis M, Antolín Maté M, Carol Torrades M, Borruei Sainz N, Casellas Jordà F, Guarner Aguilar F, Malagelada JR
 Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Vall d'Hebron. Área General. Barcelona

Introducción: La interacción entre células epiteliales y células residentes del sistema inmune en el intestino es un componente importante de la respuesta inmune, que coordina el reclutamiento y activación de leucocitos periféricos a los sitios de inflamación intestinal a través de la expresión de quimioquinas y moléculas de adhesión. Las dos quimioquinas fractalquina e IL-8 se han visto sobre expresadas en las lesiones inflamadas de la enfermedad de Crohn (EC). El posible papel de las bacterias comensales en la regulación de quimioquinas en tejido inflamado es todavía desconocido.

Objetivo: Estudiar la modulación de la expresión de quimioquinas en mucosa ileal de pacientes con enfermedad de Crohn, por dos cepas bacterianas comensales.

Material y métodos: Explantes de mucosa ileal (20-30 mg) de 3 pacientes con EC fueron incubados durante 4 h sin bacterias (blanco), o en presencia de bacterias comensales viables (106 CFU/mL): el probiótico *Lactobacillus casei* (DN-114 001, *L. casei*), y una cepa de *Escherichia coli* comensal (ATCC 35345, Ecor-26, *E. coli*). Cada condición se procesó por triplicado (n = 9). Se monitorizaron la viabilidad tisular (LDH) y el pH del medio de cultivo, y realizó recuentos de bacterias recuperadas en el sobrenadante al final del periodo de incubación. Asimismo se determinó la expresión de las quimioquinas fractalquina (CX3CL1) e IL-8, así como la citoquina pro-inflamatoria IL-6, mediante la técnica de PCR a tiempo real a partir del RNA extraído de los explantes incubados.

Resultados: La viabilidad tisular no se vio modificada en las diferentes condiciones estudiadas. La recuperación de *L. casei* y *E. coli* en sobrenadante al final del estudio fue similar en ambos casos ($3,1 \times 10^7 \pm 2,5 \times 10^3$ CFU/mL). La incubación del tejido inflamado con *L. casei* disminuyó de forma significativa la expresión del gen CX3CL1 en comparación con *E. coli*, los resultados se expresan como cuantificación relativa de CX3CL1 RNAm, ratio test/blanco: *L. casei* $0,63 \pm 0,15$, *E. coli* $1,43 \pm 0,18$, $p < 0,05$. Además, la incubación con *L. casei* disminuyó la expresión del gen de la IL-8 en comparación con *E. coli*, ratio test/blanco: $0,74 \pm 0,2$ vs. $0,86 \pm 0,14$, $p < 0,05$. De la misma manera, la incubación con *L. casei* disminuyó la expresión del gen de la IL-6 en comparación con la condición blanco ($0,58 \pm 0,1$, $p < 0,05$) mientras que *E. coli* produjo una sobreexpresión de dicho gen ($1,98 \pm 0,39$ $p < 0,05$ vs. blanco).

Conclusión: Las bacterias comensales del intestino modulan de manera diferente la expresión de señales quimiotácticas en la mucosa inflamada de pacientes con enfermedad de Crohn. *Lactobacillus casei* disminuye la expresión de quimioquinas fundamentales para el reclutamiento de células inflamatorias.

EBP0025 - TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON ADALIMUMAB EN LA ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE PERIANAL. EXPERIENCIA GALLEGA. GRUPO EIGA

Echarri Piudo A, Barreiro Acosta M¹, Carpio López D², Pereira Bueno S³, Lorenzo González A¹, Castro Alvariño J
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Arquitecto Mar-
cide. Ferrol, A Coruña. ¹Complejo Hospitalario Universi-
tario de Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña.
²Complejo Hospitalario de Pontevedra. Complejo Hospi-
tario Universitario de Vigo. Pontevedra

Introducción: La pérdida de eficacia terapéutica y la aparición de reacciones alérgicas puede condicionar a largo plazo el tratamiento de mantenimiento con infliximab de la enfermedad de Crohn fistulizante. En estos casos adalimumab (anticuerpo anti-TNF humano) puede constituir una alternativa terapéutica.

Objetivos: Analizar el efecto del tratamiento a largo plazo de adalimumab sobre una serie de pacientes con enfermedad de Crohn fistulizante perianal moderada-severa que han presentado pérdida de eficacia o intolerancia al tratamiento con infliximab.

Material y métodos: Se evalúa la respuesta al tratamiento de 16 pacientes de Crohn fistulizante perianal. Se inicia el tratamiento de inducción con 160 mg s.c. de adalimumab, 80 mg/sc a las 2 s y un mantenimiento de 40 mg/s.c./2 s. Estudio por resonancia magnética de las fistulas y colocación de setones previo al tratamiento en los casos de abscesificación del trayecto fistuloso. La respuesta al tratamiento es valorada como respuesta completa (ausencia de drenaje espontáneo y a la presión), respuesta parcial (disminución > 50% del drenaje) y modificaciones del índice de actividad perianal PDAI. Medición de respuesta a las 4, 24 y 48 semanas.

Resultados: La edad media de los pacientes incluidos fue de 33,9, 1 (6,3%) el 62,5% eran varones (n = 10) y 56% fumadores. Tiempo medio de diagnóstico de la enfermedad: $9,5 \pm 4,4$ años. Patrón de localización más frecuente L2 y L3 (cólico-ileocólico) en un 56, 32,7% respectivamente. El motivo del tratamiento en un 56,4% de los casos fue debido a pérdida de respuesta al tratamiento con infliximab y un 43,6 % por intolerancia al mismo. Número medio de fistulas activas antes del tratamiento era $3,12 \pm 1,3$. Un 43% (n = 7) de los pacientes precisaron setones de drenaje. Los pacientes presentaban un PDAI previo al tratamiento de $12,12 \pm 1,82$. Se presenta tabla de respuesta al tratamiento a las 4 s, 24 s y 48 s.

	4 s (n = 16)	24 s (n = 16)	48 s (n = 12)
PDAI	5,12	6,18	6,22
RC	50%	43,75%	43,75%
RP	31,25%	37,5%	12,5%

Conclusiones: El tratamiento de mantenimiento con adalimumab disminuye el índice de actividad perianal y consigue unas cifras adecuadas de remisión a largo plazo en pacientes de Crohn fistuloso perianal que han desarrollado intolerancia o pérdida de respuesta al tratamiento con infliximab.

EBP0026 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-ANALÍTICAS DE LA ENFERMEDAD CELIACA QUE PRESENTA ANTICUERPOS ANTINUCLEARES POSITIVOS

Rodrigo Sáez L, Álvarez N, Ortiz Fernández-Sordo J, Pérez I, Pérez G, de Francisco R, Riestra S
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción: La enfermedad celiaca (EC) es una intolerancia permanente al gluten, que se acompaña de manifestaciones sistémicas y frecuentemente de diversas enfermedades autoinmunes (AI) asociadas.

Métodos: En una serie retrospectiva de 180 pacientes adultos con EC, estudiados con un mismo protocolo clínico-analítico, serológico, genético, completado con biopsias duodenales y respuesta a la dieta sin gluten (DSG).

Resultados: Encontramos 18 pacientes (10%) con ANAs positivos. La edad media observada fue de 53 ± 7 años, con un claro predominio de mujeres, con 15 casos (78%).

La positividad para el DQ2 fue de 8 casos (44%), siendo el resto DQ8 (+) 7 casos (39%) y 3 casos (17%) fueron negativos para ambos marcadores. Los niveles séricos de transglutaminasa fueron normales o poco elevados, en la mayoría de los casos. En la biopsia duodenal, las lesiones fueron leves (3 casos grado 3; 8 grado 1 y 7 grados 0 de Marsh). La respuesta a la DSG fue buena y 6 casos (33%) negativizaron los ANAs, al cabo de un año. Los procesos AI más frecuentemente asociados fueron: artritis reumatoide (3), colitis ulcerosa (3), hipotiroidismo (3), PFH alteradas (3), trombopenias (2), esclerosis múltiple (1).

Conclusiones:

1. La presencia de ANAs positivos no es infrecuente en la EC.
2. Tiene un claro predominio en mujeres.
3. Predominan las formas leves, DQ2 (-) y con escasa afectación duodenal.
4. Existe una elevada asociación con diversos procesos AI.

EBP0027 - PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD CELIACA ASOCIADA CON EL ESÓFAGO DE BARRETT

Rodrigo Sáez L, Díaz G, Fernández Cadenas F, Álvarez Mieres N, Fernández Velázquez R, Zaballa Martín P, Alonso González JL, Giganto Tomé F
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción: En pacientes con enfermedad celiaca (EC) es frecuente observar síntomas clínicos de enfermedad por reflujo (ERGE) y en la endoscopia digestiva alta se encuentran diversos tipos de esofagitis, incluyendo la presencia de metaplasia intestinal característica del esófago de Barrett (EB).

Métodos: En una serie retrospectiva de 180 pacientes adultos con EC, estudiados con un mismo protocolo clínico-analítico, serológico, genético, completado con biopsias duodenales y respuesta a la dieta sin gluten (DSG).

Resultados: Encontramos 9 pacientes (5%) con EB confirmada por biopsia. La edad media observada fue de 57 ± 20 años (33-77), con un claro predominio de varones, con 6 casos (67%). La determinación del DQ2 fue negativa en todos los casos, siendo DQ8 (+) en 5 casos (56%) y 4 casos (44%) fueron negativos para ambos marcadores. Los niveles séricos de transglutaminasa fueron normales en 6 y elevados en 3 pacientes. En la biopsia duodenal, las lesiones fueron leves [2 casos grado 3 (22%); 2, grado 2; 3, grado 1 y 2 grado 0, de Marsh]. Encontramos además 3 casos con ANAs (+) a título medio (1/160) (33,3%) y un paciente tenía un adenocarcinoma esofágico asociado (11,1%).

Conclusiones:

1. La asociación entre EC y EB, no es infrecuente (5%).
2. Predomina en varones (67%).
3. La mayoría son DQ2 (-).
4. Observamos elevada frecuencia de ANAs (+) (1/3).
5. Encontramos un paciente con cáncer esofágico asociado (11,1%).

EBP0028 - ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA Y ARTRITIS REUMATOIDE

Rodrigo Sáez L, Álvarez Mieres N, García Isidro L, Huergo González A, Castro Novo I, González Bernardo O, Pérez I, Ortiz Fernández-Sordo J, Pérez G
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción: En pacientes con enfermedad celiaca (EC) es frecuente observar la presencia de enfermedades autoinmunes asociadas, algunas de las cuales cursan con criterios clínicos, analíticos, serológicos y radiológicos de artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudio en una serie retrospectiva de 180 pacientes adultos con EC, estudiados con un mismo protocolo clínico-analítico, serológico, genético, completado con biopsias duodenales y respuesta a la dieta sin gluten (DSG).

Resultados: Encontramos 18 pacientes (10%) con AR asociada a la EC, con criterios bien definidos por la ARA. La edad media observada fue de 50 ± 14 años (25-72), con un claro predominio de mujeres, con 14 casos (72%). Presentaban sobrepeso marcado 4 pacientes (22,2%). La de-

terminación del DQ2 fue positiva en tres casos (17%), siendo DQ8 (+) en 6 casos (33%) y 9 casos (50%) fueron negativos para ambos marcadores. Los niveles séricos de transglutaminasa fueron normales en 10 pacientes y elevados en 8. En la biopsia duodenal, las lesiones fueron moderadas [4 casos grado 3 (22%); 2, grado 2; 3, grado 1; y 9 grado 0 (50%), de Marsh]. Encontramos además 10 casos con ANA (+) a título medio (1/160) (56%) y un paciente presentaba además AMA asociados (5,5%).

Conclusiones:

1. La asociación entre EC y AR es relativamente frecuente (10%).
2. Predomina claramente en mujeres (72%).
3. La mayoría son DQ2 (-).
4. Observamos elevada frecuencia de ANA (+) asociados (56%).
5. Encontramos un paciente con AMA asociados (5,5%).
6. Existía sobrepeso notable en 4 pacientes (22,2%).

EBP0029 - FACTORES RELACIONADOS CON LA GRAVEDAD DE PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

García Alonso MO, García Sánchez R, García Arredondo MM, Rey E, Díaz-Rubio M
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivo: Establecer aquellos factores que determinan la gravedad en pacientes con síndrome de intestino irritable (SII).

Material y métodos: Incluimos a 50 pacientes con SII (Roma II). Se estudió la percepción visceral mediante distensión rectal, mediante protocolo fásico. La gravedad del cuadro clínico se estableció mediante cuestionario de Francis (1) simultáneo a la realización de estudio de función rectal. La ansiedad fue evaluada mediante STAI, previo al estudio de distensión rectal, determinando ansiedad rasgo (AR) y ansiedad estado (AE). La somatización, ansiedad y depresión se evaluó mediante SCL-90R. Las comparaciones se realizaron mediante ANOVA.

Resultados: La puntuación media de la severidad de los pacientes según el cuestionario utilizado fue de $299,45 \pm 76,26$. Si tenemos en cuenta la clasificación categórica de la severidad, obtuvimos 24 pacientes leve/moderados (puntuación < 175) y 26 severos (puntuación ≥ 175). Entre ambos grupos no se observaron diferencias en la mecánica rectal. La puntuación directa de la gravedad presenta una relación directa con el umbral de presión molesta ($r = 0,04$; $p < 0,05$) y no así con el umbral de máxima distensión tolerable, pero al analizar la gravedad categórica, no se mantuvieron dichas diferencias.

La gravedad presenta una relación directa con somatización ($r = 0,19$; $p < 0,05$), depresión ($r = 0,11$; $p < 0,05$) y ansiedad de SCL90 ($r = 0,10$; $p < 0,05$) y con la ansiedad rasgo de STAI. Los pacientes clasificados como graves según la escala de Francis presentaban mayor puntuación directa en la escala de somatización del SCL90 ($0,99 \pm 0,64$ vs. $1,58 \pm 0,84$; $p = 0,008$). No objetivándose diferencias en el resto de escalas psicológicas valoradas.

Conclusión: Los pacientes más graves tienen un mayor umbral de presión molesta, siendo estos pacientes los que mayor somatización presentan.

Bibliografía

1. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The irritable bowel severity scoring system: A simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11: 395-402.

EBP0030 - URGENCIA INTESTINAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

García Alonso MO, García Sánchez R, García Arredondo MM, Rey E, Díaz-Rubio M
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivo: Recientemente Basilisco y cols. (1) han publicado un estudio en el cual afirman que la urgencia intestinal se asocia con una disminución significativa de la distensibilidad rectal, nuestro objetivo será determinar dicho factor en nuestra muestra de pacientes con síndrome del intestino irritable (SII).

Material y métodos: Incluimos a 43 pacientes con SII (Roma II). Se estudio la percepción visceral mediante distensión rectal, mediante protocolo fásico, mediante el cual se objetivó la distensibilidad rectal y la relajación adaptativa. Los pacientes completaron un diario durante 14 días donde reflejaban cada día la presencia o ausencia de urgencia (evaluada como porcentaje de tiempo con urgencia), mediante el cual se dividió a los pacientes en aquellos sin urgencia (< 25% del tiempo con urgencia), moderada urgencia (25-50% del tiempo con urgencia) y urgencia importante (> 50% del tiempo con urgencia). Las comparaciones se realizaron mediante ANOVA.

Resultados: No se demostró relación entre la urgencia intestinal y alteración en la distensibilidad rectal o la relajación adaptativa (Tabla I).

TABLA I

	n	Relajación adaptativa	Distensibilidad rectal
Sin urgencia	25	$41,01 \pm 24,89$	$7,91 \pm 3,40$
Urgencia moderada	7	$53,69 \pm 24,75$	$9,92 \pm 5,62$
Urgencia importante	11	$46,81 \pm 22,27$	$6,50 \pm 1,99$
p		0,533	0,151

Conclusión: En nuestra muestra no objetivamos que los pacientes con urgencia intestinal presentasen menor distensibilidad rectal o alteración en la relajación adaptativa.

Bibliografía

1. Basilisco G, de Marco E, Tomba C, Cesana B. Bowel urgency in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2007; 132: 38-44.

EBP0031 - ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA Y DIABETES MELLITUS TIPO I

Rodrigo Sáez L, Álvarez Mieres N, Riestra Menéndez S, de Francisco R, Cadahia V, Fernández Velázquez R, García Isidro L, Huergo A, Castro Novo I
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción: En pacientes con enfermedad celiaca (EC) está descrita, con relativa frecuencia, su asociación con la diabetes mellitus tipo I, ya que ambas enfermedades comparten la misma base genética. La detección de la EC es importante, puesto que una DSG mejora el control de la diabetes disminuyendo las necesidades de insulina.

Métodos: Estudio de una serie retrospectiva de 180 pacientes adultos con EC, estudiados con un mismo protocolo clínico-analítico, serológico, genético, completado con biopsias duodenales y respuesta a la dieta sin gluten (DSG).

Resultados: Encontramos 11 pacientes (6%) con DM-I insulina-dependiente. La edad media observada fue de 50 ± 26 años (12-64). Presentaban sobrepeso asociado 2 pacientes (18%). La determinación del DQ2 fue positiva en cuatro casos (36,4%), siendo DQ8 (+) en otros 5 casos (54,5%) y 2 casos (18,1%) fueron negativos para ambos marcadores. Los niveles séricos de transglutaminasa fueron normales en 6 y elevados en 5 pacientes. En la biopsia duodenal, las lesiones fueron moderadas [3 casos grado 3 (27,2%) ; 4, grado 1 (36,4%); y 4, grado 0 (36,4%), de Marsh]. Encontramos 4 casos con PFH elevadas (36,4%); 3 casos con hipertiroidismo (27,3%); 2 casos con dermatitis herpetiforme (18,2%). Una paciente presentaba ANA (+) asociados (9%).

Conclusiones:

1. La asociación entre EC y DM-I no es infrecuente (6%).
2. La mayoría de los casos son DQ2 (-).
3. Observamos elevada frecuencia de enfermedades asociadas (82%).
4. Encontramos una paciente con ANA (+) (9%).
5. Existía sobrepeso en 2 pacientes (18%).

EBP0032 - ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA E INFECCIONES URINARIAS DE REPETICIÓN

Rodrigo Sáez L, Álvarez Mieres N, Varela Trastoy P, Álvarez García V, García Mayor MA, González Bernardo O, de Francisco R, Riestra Menéndez S
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción: En pacientes con enfermedad celiaca (EC) está descrita con relativa frecuencia su asociación con infecciones urinarias (ITU) de repetición, generalmente producidas por gérmenes gram negativos, de patogenia compleja y difícil resolución.

Métodos: Estudio de una serie retrospectiva de 180 pacientes adultos con EC, estudiados con un mismo protocolo clínico-analítico, serológico, genético, completado con biopsias duodenales y respuesta a la dieta sin gluten (DSG).

Resultados: Encontramos 16 pacientes (9%) con ITU de repetición. La edad media observada fue de 53 ± 27 años (27-85). Presentaban sobrepeso asociado 2 pacientes (18%). La determinación del DQ2 fue positiva en cuatro casos (25%), siendo DQ8 (+) en 8 casos (50%) y 4 casos (25%) fueron negativos para ambos marcadores. Los niveles séricos de transglutaminasa fueron normales en 9 y elevados en 7 pacientes. En la biopsia duodenal, las lesiones fueron moderadas [6 casos grado 3 (37,5%); 4, grado 1 (25%); y 6, grado 0 (37,5%), de Marsh]. Encontramos 8 casos con ileítis (43,7%); 4 casos con anemia ferropénica crónica (25%) y 3 casos con ERGE (18,75%) asociadas. Un paciente presentaba carcinoma de vejiga asociado (6,25%).

Conclusiones:

1. La asociación entre EC e ITU de repetición es relativamente frecuente (9%).
2. La mayoría de los casos son DQ2 (-).
3. Observamos una elevada frecuencia de enfermedades asociadas (87,5%).
4. Encontramos un paciente con cáncer de vejiga asociado (6,25%).

EBP0033 - CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN EL SÍNDROME DE INTestino IRRITABLE

García Sánchez R, García Alonso MO, Rey Díaz-Rubio E, Díaz-Rubio García M
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción: Hay pocos estudios de CVRS en el síndrome del intestino irritable (SII) en población española y

poca información sobre la influencia de distintos factores clínicos.

Objetivo: Evaluar la CVRS en una muestra de pacientes con SII y el impacto la dieta.

Métodos: Pacientes SII-Roma II de atención primaria o gastroenterólogo (SII-consultadores) y población general asintomática (control). Se evaluó la CVRS mediante SF36 y se solicitó a los pacientes que rellenaran un diario dietético durante 1 semana, del cual se calculó la ingesta proteica, lipídica, grasa, de fibra y la ingesta calórica total.

Resultados: Se evaluaron 46 pacientes y controles. En la muestra de control no se objetivó relación alguna entre la puntuación en el componente mental y físico del SF36 y el deterioro en la ingesta alimentaria. En los pacientes con SII observamos relación directa entre el componente físico del SF36 y la ingesta lipídica, de fibra e ingesta calórica total (Tabla I).

TABLA I

		Controles		Casos	
		Componente físico (SF36)	Componente mental (SF36)	Componente físico (SF36)	Componente mental (SF36)
Proteínas (g/día)	r	0,09	-0,02	0,28	0,18
Lípidos (g/día)	r	-0,07	0,08	0,35*	0,27
Carbohidratos (g/día)	r	0,01	-0,05	0,21	0,27
Energía (kcal/día)	r	-0,01	-0,04	0,33*	0,29
Fibra (g/día)	r	0,05	-0,23	0,35*	0,16

*p < 0,05

Conclusiones: Se demuestra que los pacientes presentan una menor ingesta lipídica, de fibras y aporte energético total cuanto peor componente físico de su CVRS presentan, sin que el componente mental tenga relación alguna con la ingesta.

EBP0034 - PAPEL DEL TRÁNSITO INTESTINAL BARITADO EN LA ENFERMEDAD CELIACA DEL ADULTO

Huguet Malavés JM, Ruiz Sánchez L, Durá Ayet AB, Suárez Callol P, Rodríguez García I, Latorre Sánchez M, Bort García I, Ferrer Arranz L, Tuset Ruiz JA, Tomé Toyosato A, Medina Chuliá E
Servicio de Patología Digestiva. Hospital General Universitario de Valencia

Introducción: La enfermedad celiaca (EC) es una enteropatía autoinmune ocasionada por una intolerancia permanente al gluten que se produce en individuos genéticamente predispuestos. El tránsito intestinal baritado (TID) puede ser de ayuda en el diagnóstico de la EC cuando existen datos radiológicos sugestivos: la floculación, segmentación y aspecto amorfo o de molde de la columna de bario y la dilatación

de asas. En el seguimiento de estos pacientes puede ser de ayuda ante la sospecha de complicaciones de la enfermedad (adenocarcinomas o linfomas): presencia de ulceraciones, estenosis y áreas de invaginación.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de EC del adulto en el Hospital General Universitario de Valencia. Se han incluido un total de 67 pacientes, 23 hombres y 44 mujeres, con una edad media de 45 años. El diagnóstico de enfermedad celiaca se estableció mediante serología y biopsia duodenal y/o yeyunal. Se valoraron los distintos parámetros radiológicos en el TID, tanto al diagnóstico como en aquellos en los que se realizó durante el seguimiento, ya fuera debido a un empeoramiento clínico o a una falta de respuesta a la dieta exenta de gluten.

Resultados: En 16 (23,88%) de los 67 pacientes no se realizó TID al diagnóstico. En los que sí se realizó TID existían datos radiológicos sugestivos de EC en el 49,01% y en el 50,98% no. Los hallazgos radiológicos sugestivos de EC se encontraron, según los principales motivos de estudio: en el 55,17% de los pacientes con diarrea, en el 62,5% de los pacientes con anemia, en el 33,3% de los pacientes con dolor/distensión abdominal y en ninguno de los pacientes con dermatitis herpetiforme. Sin embargo, estas diferencias no llegaron a alcanzar suficiente potencia estadística. En cuanto a los pacientes a los que se les realizó TID en el seguimiento por falta de mejoría o empeoramiento clínico fueron 4 pacientes: 2 con TID sin datos de malabsorción ni de complicaciones (asintomáticos durante los 5 años siguientes de seguimiento); 1 paciente con adenocarcinoma gástrico y otro paciente con linfoma intestinal (detectados ambos por el TID).

Conclusiones:

1. En alrededor del 50% de los pacientes a los que se les realiza TID por estudio de posible EC presenta datos radiológicos compatibles.

2. Durante el seguimiento de los pacientes con EC el TID detectó complicaciones de la enfermedad en todos los pacientes que las presentaron y fue normal en aquellos que no las presentaron.

EBP0035 - MOTIVOS DE ESTUDIO Y RETRASO DIAGNÓSTICO EN LA ENFERMEDAD CELIACA DEL ADULTO

Huguet Malavés JM, Ruiz Sánchez L, Durá Ayet AB, Rodríguez García I, Suárez Callol P, Latorre Sánchez M, Bort García I, Ferrer Arranz L, Tuset Ruiz JA, Tomé Toyosato A, Medina Chuliá E
Servicio de Patología Digestiva. Hospital General Universitario de Valencia

Introducción: La enfermedad celiaca (EC) es una enteropatía autoinmune ocasionada por una intolerancia per-

manente al gluten que se produce en individuos genéticamente predispuestos. Las manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas y en algunos casos el índice de sospecha clínico debe ser alto para llegar al diagnóstico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, en el que se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de EC del adulto en el Hospital General Universitario de Valencia. Se han incluido un total de 65 pacientes, 22 hombres y 43 mujeres, con una edad media de 43 años. Se valoró el motivo principal del estudio, el tiempo transcurrido hasta que el paciente consulta con el especialista de digestivo, el tiempo hasta que este llega al diagnóstico, así como los diagnósticos previos que hubiera recibido el paciente.

Resultados: Motivos de estudio: diarrea crónica 31 pacientes (47,6%), anemia 15 (23%), dolor/distensión abdominal 6 (9,2%), dermatitis herpetiforme 4 (6,2%), hipertransaminasemia 3 (4,6%), pérdida de peso 2 (3,1%), cribado familiar 2 (3,1%), un paciente por osteopenia y otro por estreñimiento. La mediana de tiempo hasta la primera consulta con el especialista fue de 2 meses (media $17,5 \pm 34$ meses, rango 0-120 meses). Del total de los pacientes, el 38,46% consulta en menos de 1 mes, el 29,23% entre 1-6 meses y hasta el 32,31% tarda en consultar más de 6 meses. En el caso de pacientes con diarrea, el 48,39% consultó en menos de 1 mes, sin embargo el 53,33% de los que presentaban anemia demoraron la visita más de 6 meses ($p = 0,213$). La mediana de tiempo hasta el diagnóstico fue de 2 meses (media 10 ± 22 meses, rango 0-120). El 8% de los pacientes tenía diagnóstico previo de colopatía funcional o dispepsia. Del total de los pacientes, el 44,61% se diagnosticó en menos de 1 mes, en los pacientes con diarrea este porcentaje fue del 54,83% y en los que presentaban anemia del 40%; no observándose diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones:

1. En nuestro medio y en consulta hospitalaria el motivo principal por el que se inició el estudio en una EC fue la diarrea crónica y en segundo lugar la anemia.
2. El retraso del paciente en consultar con el especialista es en ocasiones de más de 5 años (en algunos de ellos debido al diagnóstico previo de colopatía funcional).
3. En la mayoría de los casos se llegó al diagnóstico en menos de 6 meses (en el 44% en menos de 1 mes).

EBP0036 - ¿INFLUYEN LOS FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA DIETA DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE?

García Sánchez R, García Alonso M, Rey Díaz-Rubio E, Díaz-Rubio García M
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción: Los pacientes con síndrome del intestino irritable (SII) refieren frecuentemente una limitación a

la ingesta y múltiples intolerancias a alimentos. Actualmente desconocemos si existe algún factor asociado a dicha alteración.

Objetivos: Establecer la relación entre la ingesta de los individuos con SII y las alteraciones en determinados factores psicológicos.

Material y métodos: Se incluyeron 47 pacientes con SII (criterios de Roma II) referidos al gastroenterólogo. Todos completaron un diario dietético de 7 días y se cuantificó la ingesta diaria de proteínas, grasas, fibra e hidratos de carbono y la ingesta calórica total. Se administró el SCL90 a todos los pacientes para obtener las escalas de somatización, ansiedad, depresión y ansiedad fóbica. Las comparaciones se realizaron mediante correlación.

Resultados: Sólo se comprobó una relación inversa entre la puntuación en la escala de ansiedad fóbica del SCL90R y la ingesta proteica, de carbohidratos y de calorías totales.

La mayor puntuación en escalas como somatización, depresión o ansiedad no influyeron en la ingesta de macronutrientes, fibra y calórica total en los individuos con síndrome de intestino irritable, como se muestra en la tabla I.

TABLA I

		Somatización SCL90	Depresión SCL90	Ansiedad SCL90	Ans. fóbica SCL90
Proteínas (g/día)	r	-0,26	-0,16	-0,15	-0,33*
Lípidos (g/día)	r	-0,28	-0,20	-0,16	-0,25
Carbohidratos (g/día)	r	-0,16	-0,20	-0,27	-0,30*
Energía (kcal/día)	r	-0,26	-0,22	-0,21	-0,31*
Fibra (g/día)	r	-0,17	-0,11	-0,19	-0,25

* $p < 0,05$

Conclusiones: Los pacientes con SII muestran una alteración en la ingesta que se relaciona con el aumento en la ansiedad fóbica en estos pacientes que presentan.

HÍGADO

EDP0001 - INYECCIÓN PERCUTÁNEA DE ETANOL EN EL CARCINOMA HEPATOCELULAR: EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO

Jurado A, González Castillo S, Morales Ruiz J, Viñolo Ubiña C, Nogueras López F, Martín-Vivaldi Martínez R
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: El carcinoma hepato celular (HCC) es un tumor agresivo que se ve en el curso de una hepatopatía crónica, con una supervivencia media después del diagnóstico

de 6-20 meses. El tratamiento del mismo viene dado por: la función hepática, el número, y tamaño de las lesiones.

Objetivo: Describir nuestra experiencia con este tipo de tratamiento.

Material y métodos: Analizamos de forma retrospectiva a los pacientes que se han sometido a sesiones de alcoholización en nuestro servicio en los últimos 6 años.

Resultados: En total hemos tratado a 51 pacientes, el 78% hombres, con una edad media de 68 años. Estaban diagnosticados de cirrosis hepática fundamentalmente VHC (68%), etílica (20%); cuyo Child-Pugh medio era 8, con un solo nódulo el 88% (2,7 cm de media) situados más frecuentemente en el segmento II, VIII y V.

El número medio de sesiones fue de 6,3 (23-3). En cada una de ellas se instiló 11,3 cc de etanol de promedio.

No tuvimos complicaciones importantes durante ni tras su realización. La señal doppler se anuló en el 62% de estos tumores. Aparecieron nuevas lesiones en el 23,6%, siendo en un número superior a 3 en un 10%. La supervivencia media es de 2,6 años con una desviación de 1,6 años. Como tratamiento adyuvante se añadió quimio-embolización al 27% y transplante al 2%.

Conclusión: La alcoholización del hepatocarcinoma es un tratamiento seguro, eficaz y sencillo que aumenta la supervivencia de los pacientes tratados y sin complicaciones.

EDP0002 - UTILIDAD DE LA LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS EN EL SIGLO XXI

Jurado A, Vega Villaamil P, Sánchez Capilla AD, Nogueras López F, Martín-Vivaldi Martínez R
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Dentro de las indicaciones de la laparoscopia diagnóstica se encuentra la valoración de la hepatopatía crónica, los distintos tipos de lesiones ocupantes de espacio (LOEH).

Objetivo: Describir la utilidad y la eficacia de la laparoscopia diagnóstica realizada en nuestro servicio desde el año 2000.

Material y métodos: Analizamos de forma retrospectiva a las 138 laparoscopias realizadas desde el año 2000 hasta la actualidad.

Resultados: El estudio de hepatopatía supone 10,9% de las laparoscopias. De estas su diagnóstico coincide con el radiológico (ECO, TAC) en un 60%. El 40% restante fue: normal 6,7%, neoplasia 13,3%, proceso inflamatorio 6,7% y trombosis portal 13,3%. Dentro de las laparoscopias que se realizaron para el estudio de ascitis no filiada, un 25% se debían a cirrosis. De las realizadas para estudio de neoplasia (48% del total), el 9% tenían una cirrosis macronodular. Previamente a la laparoscopia se encontró LOEH en un 44,9% (única 11,6%, y múltiples 33,3%). De

estas LOEH en el estudio laparoscópico se diagnosticaron como malignas el 63%; identificándose su origen en un 31,9%, y obteniéndose material para su estudio microscópico en todas. Esta técnica fue determinante para la actitud clínica en el 94% de los pacientes. No tuvimos complicaciones en el 89,9%; el resto sangrado o dolor autolimitados tratados de forma conservadora.

Conclusiones: La laparoscopia diagnóstica sigue teniendo un lugar dentro del arsenal de pruebas diagnósticas que poseemos los gastroenterólogos y es una técnica determinante en la actitud clínica sin apenas morbilidad.

EDP0003 - ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA QUE BUSCA ADECUAR EL TRATAMIENTO CON INTERFERÓN PEGILADO Y MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, MADRID

Erdozain JC, Calvo Hernández R, Castillo Grau P, Oliveira Martín A, Carrión Alonso G, Díaz Díaz R¹, Bonan V², Pérez Andréu E³, Segura JM
Servicios de Digestivo, ¹Dermatología, ²Psiquiatría y ³Farmacia. Hospital Universitario la Paz. Madrid

Antecedentes: En La Paz se estableció una consulta en 2003 en pacientes con VHC para adecuar la terapia a los consensos y mejorar la adherencia.

Material y método: Dos poblaciones tratadas con Inter Peg ($\alpha 2a$ y $\cdot 2b$) + ribavirina (> 75 kg, 1.200 mg; < 75 kg, 1.000 mg): a) grupo 1 (Gp. 1): ptes. que iniciaron el tto. en marzo 2003; y b) grupo 2 (Gp. 2): ptes. que iniciaron el tto. antes de marzo 2003 y cumplieron 48 semanas (s) en mayo-agosto 2003. C. Inclusión: genotipo 1 naive, haber completado el tto. y seguimiento, HBsAg negativo y ausencia enf. autoinmune (ANA $> 1/80$). C. Exclusión: consumo activo de drogas/alcohol, recuento de plaquetas $< 70 \times 10^3$ células/mm³, Hb < 10 g/dl, enf. sistémica grave y enf. psiquiátrica/neurológica. Seguimiento: se valoró la fibrosis por el I. Forns. Los ptes. fueron revisados 12, 24, 36 y 48 s durante el tto. y posteriormente 12 y 24 s. Suspensión tto.: ptes. sin respuesta viral temprana (RVT) y/o persistencia de ARN (+) a las 24 s en ptes. con RVT pero sin negativizar ARN. Ausencia de respuesta virológica: ptes. que no presentaron RVT, persistencia del ARN a las 24 s o nueva elevación del ARN a las 48 s (previo negativo).

Resultados: 159 ptes. (78 Gp. 1 y 81 Gp. 2) sin diferencias significativas en sexo, c. viral, hemograma y bioquímica hep. Sí se observaron diferencias en edad; mayor Gp. 1, 46,9 (23-70) vs. 43 (25-63) años, Gp. 2, así como en la fibrosis; mayor Gp. 1, 7,87 (2,11-12,03) vs. 7,03 (2,5-11,96) y en la cirrosis, 22 ptes. Gp. 1 vs. 11 ptes. Gp. 2 RVS 32% (25/78 casos) Gp. 1 vs. 41,9% (34/81 casos) Gp. 2. La media de edad fue superior en los ptes. con RVS y no respuesta en el Gp. 1 respecto al

Gp. 2, 45,4 vs. 40,7 años y 49,5 vs. 46 años y por tanto fue un factor de mala respuesta. 93 ptes. fueron tratados con Inter Peg α 2a y 66 ptes. con α 2b. La RVS Gp. 1 fue de 39,2% Int Peg α 2a vs. 23,1% con α 2b y en el Gp. 2 de un 60% Inter Peg α 2a vs. 32,7% con α 2b aunque esta diferencia no se considera estadísticamente significativa. Adherencia: Gp. 1: 9 ptes. (11,5%) de abandonaron y 2 (2,5%) se perdieron en el seguimiento. La presencia de astenia (60 vs. 53%), depresión (8 vs. 3,6%), insomnio (13,5 vs. 7,5%) y lesiones cutáneas (21,6 vs. 17%) fueron superiores en Gp. 1. Duración de la terapia en no respondedores: Gp. 1 28,8 vs. 34,8 s del Gp. 2.

Conclusiones:

1. En los próximos años se espera una disminución en la RVS ya que los ptes. tratados actualmente presentan una mayor incidencia de factores como la edad, fibrosis, enfermedades asociadas, etc., que son indicadores de una mala respuesta.
2. Se consigue una reducción de 6 s en el tto. en los ptes. no respondedores
3. Los ptes. que son tratados activamente evitan la suspensión precoz del tto. RVS 11,5%.

EDP0004 - EVOLUCIÓN ESPONTÁNEA DE LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA EN CIRROSIS COMPENSADA

Núñez Hospital D, Ramírez Martín del Campo M, García Romero D, Pérez Pastor A, Sánchez Muñoz D, Grande Santamaría L, Córdoba J¹, Jover R², del Olmo JA³, Rey R, Madaira E¹, Montoliu C^{3,4}, Flavia M¹, Company L², Rodrigo J³, Felipo V⁴, Romero Gómez M

Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas.

Hospital Universitario de Valme. Dos Hermanas, Sevilla.

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.

²Servicio de Gastroenterología. Hospital General de Alicante.

³Servicio de Hepatología. Hospital Clínico. Valencia.

⁴Centro de Investigación Príncipe Felipe. Valencia

Objetivo: Conocer la evolución espontánea de la EHM, detectada mediante test psicométricos de la escala PHES y la FCP.

Pacientes y métodos: Incluimos 114 pacientes con cirrosis hepática y 103 controles estudiados en cuatro hospitales españoles. Se practicó estudio basal de función hepática (Child-Pugh y MELD), se midió la FCP (Hepatonorm®, Freiburg, Alemania) y se realizaron los test psicométricos (TCN-A, TCN-B, TSN, TPS, TLQ). Se realizó seguimiento clínico para valorar el desarrollo de EH, complicaciones (ascitis, hemorragia por varices o hepatocarcinoma) necesidad de trasplante y supervivencia, y a los 12 meses se repitió el estudio en una endocohorte de 60 pacientes que no desarrollaron complicaciones de la cirrosis. Consideramos MHE cuando el resultado de la batería PHES fue inferior a -4 puntos corregidos por las tablas de normalidad para la población española (<http://www.redeh.org/>). Consideramos FCP alterado si era inferior a 38 Hz.

Resultados: La FCP fue significativamente más baja en pacientes con EHM que en cirróticos sin EHM o controles sanos. La FCP correlacionó con el PHES ($r = 0,54$; $p < 0,001$). Tanto la EHM (log-rank: 11,7; $p < 0,001$) como una FCP alterada (log-rank: 14,2; $p < 0,001$) se acompañaron de un riesgo aumentado de desarrollar EH en el seguimiento. En el análisis multivariado utilizando regresión de Cox la FCP alterada y el Child-Pugh B/C fueron las variables independientes asociadas con el riesgo de desarrollar EHM. El Child-Pugh fue la única variable que se asoció independientemente con la supervivencia. En la cohorte de 60 pacientes en los que se repitió el estudio, 33 pacientes estaban en Child A y 27 en Child B. Presentaban PHES alterados 18/60 (30%), FCP alterado: 21/60 (36%). En el segundo estudio presentaban PHES alterados 12/60 (20%) y FCP alterado 23/60 (38,3%). Desarrollaron EHM 7 pacientes y la EHM basal desapareció en 10 casos. No encontramos factores relacionados con la aparición de EHM (EH previas, Child, MELD, tamaño varices esófago-gástricas, etiología alcohólica, sexo).

Conclusiones: La EHM puede desaparecer espontáneamente en un tercio de los pacientes con EHM y aparecer en la cuarta parte de los pacientes sin EHM en un año de seguimiento. El uso conjunto de PHES y FCP permite un correcto manejo de los pacientes cirróticos. Estos datos sobre la evolución espontánea de la EHM, se han de tener en cuenta cuando se diseñen ensayos clínicos para el tratamiento de la EHM.

EDP0005 - VALIDACIÓN DE LOS DIFERENTES ÍNDICES PRONÓSTICOS PARA FIBROSIS EN HEMOCROMATOSIS FENOTÍPICA

Zapata Morcillo E, Castiella Eguskiza A, Otazua P¹, Fernández Fernández J², Ugarte M³, Legasa L³, Galardi A³, Ugalde A⁴, Barredo I⁵, Alústiza JM⁶

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Mendara, Guipúzcoa.

¹Hospital Alto Deba. Arrasate-Mondragón, Guipúzcoa.

²Hospital de Galdakao, Guipúzcoa.

³Servicios de Radiodiagnóstico y ⁴Anatomía Patológica. Hospital de Mendara, Guipúzcoa.

⁵Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Alto Deba. Arrasate-Mondragón, Guipúzcoa.

⁶Servicio de Radiodiagnóstico. Osatek. Donostia-San Sebastián, Guipúzcoa

Introducción: La fibrosis hepática es una complicación importante de la hemocromatosis hereditaria. Se han propuesto diversos índices clínicos para evaluar dicha fibrosis de forma no cruenta.

Objetivo: Determinar si el producto de la magnitud y duración de la exposición de hierro hepático (Índice de Olynyk), la cifra de plaquetas, las transaminasas y la ferritina, se relacionan con el riesgo de fibrosis significativa (grado 3-4).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 33 pacientes con hemocromatosis fenotípica, con biopsia y cuantificación de hierro hepático. Variables analizadas:

edad, perfil férrico, pruebas función hepática, plaquetas, coagulación, serología VHC y VHB, análisis genético HFE, RMN, biopsia hepática con concentración de hierro hepático, grado fibrosis e índice de Olynk. Edad media: 47,42 años (23-70). 32 pacientes tenían estudio genético (15 homocigotos C282Y, 5 doble heterocigotos y 3 homocigotos H63D). La RMN permite medir de forma no invasiva la concentración de hierro hepático. En 7 pacientes se realizó RM con cuantificación de hierro hepático.

Resultados: 24 pacientes tenían una fibrosis leve (grado 0-2) y 9 significativa (grado 3-4) en biopsia hepática. El índice de Olynk (punto de corte 480.000), identificó correctamente a 15 de 24 pacientes con fibrosis leve y 7 de 9 con fibrosis significativa (sensibilidad 88,9%, especificidad 66,7%, VPP 47%, VPN 94,7%. La cifra de plaquetas (< 200.000) obtuvo los siguientes resultados: S 87,5%, E 68,2%, VPP 50% y VPN 93,75%. La elevación de AST: S 75%, E 80%, VPN 88,8% y VPP 54%. La cifra de ferritina (> 1.000): S 50%, E 47,8%, VPN 73,3%, VPP 23,5%. Analizamos el índice de Olynk calculado a partir del dato de la RMN y obtuvimos estos resultados: S 66%, E 100%, VPP 100 y VPN 80%. Finalmente analizamos la combinación de varios de estos indicadores clínicos y obtuvimos los mejores resultados de la asociación de Olynk (por biopsia y por RM) y plaquetas con cifra de transaminasas respectivamente con resultados de VPN del 100% en ambos casos.

Conclusiones:

1. La duración de la exposición hepática a hierro es importante en el desarrollo de fibrosis hepática en la hemocromatosis hereditaria.

2. El índice de Olynk (> 480.000) y la cifra de plaquetas (< 200.000) tienen, en nuestra serie, una alta sensibilidad para el diagnóstico de fibrosis de alto grado. Su resultado negativo permite descartar la presencia de fibrosis significativa en un 90-95% de los casos.

3. La RMN en nuestro medio nos permite obtener un buen indicador de fibrosis de forma no cruenta.

EDP0006 - ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS BIOPSIAS HEPÁTICAS PERCUTÁNEAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID

Barreales Valbuena M, López-Cerón M, Pérez-Carreras M, Gómez G, Ferrando P¹, De la Cámara A¹, Colina F², Solís Herruzo JA

Servicios de Aparato Digestivo, ¹Epidemiología Clínica y ²Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid

Introducción: La biopsia hepática percutánea (BHP) es un procedimiento habitual en el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades hepáticas. Existen pocos estudios descriptivos de pacientes sometidos a BHP y de los diagnósticos morfológicos más frecuentes.

Objetivos: a) Conocer las indicaciones de BHP y los diagnósticos histológicos más frecuentes en nuestro medio; y b) determinar si la ecografía abdominal y/o las transaminasas son capaces de predecir el resultado de la BHP.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las BHP realizadas en nuestro hospital entre junio de 2004 y diciembre de 2005. Se recogieron los datos demográficos y analíticos, las indicaciones de BHP, los diagnósticos histológicos y los hallazgos ecográficos. Para el análisis estadístico se ha utilizado el sistema "SAS Institute INC."

Resultados: Se incluyeron 502 BHP realizadas a 470 pacientes (66% varones; edad media 45 ± 11 años). La hipertransaminasemia crónica por el VHC fue el motivo más frecuente de BHP (47%), seguida de la alteración de las pruebas hepáticas en el trasplantado hepático (24%) y la sospecha de enfermedad del hígado graso no alcohólica (EHGNA) (9%). Los diagnósticos morfológicos más frecuentes fueron la hepatitis crónica (63%) y la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) (9%). Se confirmaron lesiones histológicas de hepatitis crónica y de EHNA en el 90% de BHP efectuadas por sospecha de hepatopatía por VHC y en el 65% de aquellas con sospecha de EHGNA, respectivamente. La ecografía fue predictiva de esteatosis histológica en el 83% de los casos y de EHNA en el 43%. Además, en el 81% de los pacientes con signos ecográficos de hepatopatía crónica la BHP confirmó este diagnóstico. El aumento de los valores de ALT predijo la existencia de una hepatitis crónica en el 83%.

Conclusiones:

1. En nuestro hospital, la hepatopatía por el VHC es la indicación más frecuente de BHP, seguida de la alteración de las pruebas hepáticas en el trasplantado hepático y la sospecha de EHGNA.

2. La sospecha diagnóstica pre-BHP de hepatopatía por VHC y de EHGNA suele corresponderse con el mismo diagnóstico post-BHP.

3. La ecografía abdominal es capaz de predecir el diagnóstico histológico de esteatosis, de EHNA y de hepatitis crónica en un alto porcentaje de pacientes.

4. La elevación del cociente ALT/GGT es predictivo de hepatitis crónica histológica.

5. En algunos pacientes los valores de las transaminasas, los hallazgos de la ecografía abdominal y la sospecha diagnóstica del hepatólogo, pueden evitar los riesgos de una BHP.

EDP0007 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL QUISTE HIDATÍDICO: 22 AÑOS DE EXPERIENCIA

Priego P, Nuño J, López Hervás P, López Buenadicha A, Peromingo R, Die Trill J, Rodríguez Velasco G, Fresneda V *Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Ramón y Cajal. Madrid*

Introducción: La incidencia de la hidatidosis hepática ha disminuido notablemente en los últimos años gracias a las medidas de prevención adoptadas para interrumpir la

transmisión del parásito. Con todo, la cirugía continúa siendo el tratamiento de elección, si bien su modalidad es todavía motivo de controversia.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados obtenidos en el tratamiento de esta patología a lo largo de más de dos décadas, atendiendo a la modalidad quirúrgica empleada ya fuese cirugía radical o no radical.

Material y métodos: Se analizaron un total de 372 pacientes intervenidos por QHH entre 1983-2005 en el Hospital Ramón y Cajal. En 162 se efectúa una cirugía radical (43,5%) y en 210 una no radical (56,5%).

Resultados: Tanto la estancia media hospitalaria (8,65 días vs. 14,9 días) como la morbilidad (13,3 vs. 31,4 %, $p < 0,001$) y la mortalidad (0 vs. 3,8%, $p < 0,01$) fueron menores en el grupo de cirugía radical. La tasa de recidiva fue del 1,85% tras un abordaje radical frente al 11,9% en los abordajes no radicales ($p < 0,0001$).

Conclusión: La cirugía radical se asocia con una menor morbilidad, menor estancia hospitalaria y menor recidiva, constituyendo la técnica de elección en la hidatidosis hepática. Sin embargo, su aplicación debe atenerse a las características del paciente, la anatomía del quiste y el grado de experiencia del equipo quirúrgico.

EDP0008 - TRATAMIENTO CON NORADRENALINA Y ALBÚMINA EN ENFERMOS CON CIRROSIS HEPÁTICA E INSUFICIENCIA RENAL SECUNDARIA A INFECCIÓN BACTERIANA. ESTUDIO PROSPECTIVO DE NUESTRO CENTRO

Huergo Fernández A, García Isidro L, Castro Novo I, Pérez Martínez I, Pérez Álvarez G, Ortiz Fernández-Sordo J, González Bernardo OL, Riestra Menéndez S, de Francisco García R, González Diéguez L, Rodríguez García M, Rodrigo Sáez LR

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción: Los pacientes cirróticos son susceptibles al deterioro de la función renal como consecuencia de infecciones bacterianas activas, con una evolución similar al síndrome hepatorenal tipo I (SHR-I).

Objetivos: Analizar los resultados del tratamiento con noradrenalina (NA) y albúmina (Alb) en pacientes con cirrosis e insuficiencia renal (IR) asociada a infección (IR-inf).

Métodos: Se estudiaron 14 pacientes cirróticos con IR (aumento del 50% de creatinina sérica (Cr) con valor final $> 1,5$ mg/dl) secundaria a infección. Previamente se suspendió todo tratamiento nefrotóxico, con expansión de volumen durante 48 h, sin presentar mejoría. Se trataron con NA (0,5 -3 mg/h i.v.) más Alb (40 g/24 h). Se consideró respuesta completa (RC) la Cr $< 1,5$ mg/dl, respuesta parcial (RP) la reducción de Cr $> 50\%$, y no respuesta (NR) al resto. Se evaluó la supervivencia hospitalaria y a 3 meses.

Resultados: Edad: $63,4 \pm 9,1$ años. Sexo: 11 hombres (78,6%). Etiología: alcohol 10 casos (71,4%), 1 VHC, 1 mixta, y 2 criptogénicas. Child Pugh (C-P): $10,5 \pm 1,6$ (8-13). MELD: $32,4 \pm 6,2$ (21-40). Las infecciones asociadas fueron 4 PBE, 7 ITU, 2 neumonías y 1 bacteriemia. 6 casos cumplían criterios de sepsis. La dosis de NA fue $0,88 \pm 0,3$ mg/h (0,5-1,5), y la duración del tratamiento $4,8 \pm 3,2$ días (1-11). Tras el tratamiento se observó una mejoría respecto a los valores iniciales en Cr ($1,25 \pm 0,19$ vs. $3,19 \pm 0,7$; $p: 0,001$), Na ($141,1 \pm 4,1$ vs. $133,13 \pm 4,5$; $p: 0,001$), K ($3,86 \pm 0,45$ vs. $4,77 \pm 0,92$; $p: 0,023$), F. Glomerular ($53,29 \pm 7,2$ vs. $27,33 \pm 9,7$; $p: 0,002$), C-P ($9,00 \pm 1,5$ vs. $10,0 \pm 1,5$; $p: 0,041$) y MELD ($24,33 \pm 7,3$ vs. $33,0 \pm 4,5$; $p: 0,01$). Se obtuvo RC en 8 pacientes (57,1%) (3 de ellos con sepsis), y NR en 6 (42,9%). En 2 casos recidivó la IR desestimándose retratamiento por fallo multiorgánico. No se precisó retirar el tratamiento a ningún paciente, documentándose como único efecto adverso un caso de colitis isquémica leve. 5 pacientes (35,7%) superaron la estancia hospitalaria. La causa principal de muerte en el estudio fue la infección. La supervivencia sólo se asoció con la respuesta al tratamiento ($p: 0,028$). Tras un seguimiento a 3 meses la supervivencia fue del 28,6%.

Uno de los pacientes se trasplantó, encontrándose bien compensados el resto.

Conclusiones:

1. El tratamiento con NA y Alb es seguro y eficaz.
2. Este tratamiento está justificado en la IR-inf ya que la respuesta, evolución y pronóstico son similares a las del SHR-I.

EDP0009 - RESECCIÓN REPETIDA DE METÁSTASIS O TUMORES PRIMARIOS HEPÁTICOS

Ruiz Tovar J, López Hervás P, Díe J, Rey A, Ramiro C, Aláez AB, Devesa MJ

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: La resección de metástasis hepáticas está aceptada en el tratamiento de diversos tumores, al constatar un significativo aumento de supervivencia. Dado que las metástasis recidivan frecuentemente después de la primera hepatectomía, tiene interés conocer los resultados ofrecidos por hepatectomías múltiples en el mismo paciente, tanto en cuanto a morbilidad quirúrgica como resultados oncológicos.

Material y métodos: Estudio clínico retrospectivo de 27 pacientes sometidos a hepatectomías repetidas (2 o más resecciones hepáticas en distinto tiempo en un mismo paciente) entre 1988 y 2006. Se analizan datos clínicos, tipo de resección hepática, morbilidad y seguimiento a largo plazo.

Resultados: 20 varones y 7 mujeres con una edad media de 59,85 años. El tumor primario fue colorrectal en el 85% de los pacientes. En 20 pacientes (74%) la resección hepática repetida fue a causa de recidiva de la metástasis, mientras que en 7 casos (26%) se produjo al realizar una cirugía curativa en dos tiempos. La tasa de complicaciones de la primera hepatectomía fue el 11,1% y de la segunda 14,8%. La mortalidad de la segunda hepatectomía fue de 7%. Para los tumores colorrectales, la supervivencia a los 3 años fue del 78% y a los 5 años del 48%; después de la primera hepatectomía, supervivencias a los 3 y 5 años de 78% y 41%, respectivamente; después de la segunda hepatectomía, supervivencia de 50% a los 3 años; después de la tercera hepatectomía, supervivencia a los 3 años del 67%.

Conclusión: En manos de cirujanos hepáticos expertos, se pueden realizar resecciones hepáticas repetidas con seguridad, presentando tasas de morbimortalidad aceptables y similares a las de la primera hepatectomía. La resección repetida de metástasis de cáncer colorrectal y tumores neuroendocrinos aumenta la supervivencia y el intervalo libre de enfermedad. La resección hepática conservadora de pedículos vasculares principales, aumenta la posibilidad de resecciones hepáticas repetidas.

EDP0010 - HEPATITIS AGUDA GRAVE E INTOLERANCIA AL GLUTEN ASOCIADA

Rodrigo Sáez L, Cadahia V, Rodríguez M, González-Diéguez ML, de Francisco R, Riestra S
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción: La hepatitis aguda grave (HAG) es una entidad poco frecuente, de etiología difícil de establecer y de pronóstico incierto. Varios factores inmunológicos pueden estar implicados entre ellos la intolerancia al gluten.

Material y métodos: Hemos revisado los protocolos clínicos de los casos estudiados en nuestro servicio en los últimos 15 años, desde 1992 y de un total de 65 casos, hemos encontrado 13 casos relacionados con intolerancia al gluten (20%).

Resultados: De los 13 casos, 9 eran mujeres y 4 varones (relación M/H = 2/1). La edad media de todos ellos fue de 39 ± 10 años (16-50), siendo la edad media de las mujeres de 31 ± 8 (16-40) algo menor que la de los varones, 44 ± 4 (38-48) ($p < 0,05$). La mayor parte de los pacientes eran HLA-DQ2 (-) (92%) y DQ8 (+) un 30%.

Los valores de transglutaminasa tisular igualmente eran normales en la mayoría. Las biopsias duodenales eran normales o con cambios mínimos en la mayoría (11/13) (84%) y en los 2 restantes (16%) eran Marsh 1 (linfocitosis intraepitelial). Tres pacientes (23%) eran ANAs (+). Una paciente precisó trasplante hepático (8%). El resto se encuentran completamente recuperadas.

Conclusiones: La intolerancia al gluten es relativamente frecuente en pacientes con HAG (20%). Predomina más en mujeres jóvenes. Los marcadores genéticos y serológicos son poco específicos. Las biopsias duodenales son normales o con cambios mínimos. La recuperación es excelente en la gran mayoría de los casos.

EDP0011 - EXPRESIÓN Y CARACTERIZACIÓN FUNCIONAL DE LAS PROTEÍNAS TRANSPORTADORAS DE ANIONES ORGÁNICOS Oatp1/1a1, Oatp2/1a y Oatp4/1b2 EN CÉLULAS ESTRELLADAS HEPÁTICAS

Martínez Becerra P, del Río Martín M, Rodríguez Romero M, Rodríguez Macías R, Briz Sánchez O, Pérez García MJ, García Marín JJ
Departamento de Fisiología y Farmacología. Universidad de Salamanca

Antecedentes/Objetivo: Las proteínas transportadoras de aniones orgánicos (OATP) participan en el transporte de una amplia gama de sustratos como los ácidos biliares. En el hígado de rata, las isoformas Oatp1/1a1, Oatp2/1a4 y Oatp4/1b2 se encuentran expresadas en la membrana basolateral de los hepatocitos. Su presencia en células estrelladas hepáticas (CEH) así como la energía que mueve estos transportadores no se conocen con exactitud, por lo que ambas cuestiones fueron el objetivo de este estudio.

Métodos/Resultados: La abundancia relativa del ARNm, determinada mediante RT-PCR cuantitativa a tiempo real, en CEH respecto a la determinada en hepatocitos de rata fue de 11,7% para Oatp1/1a1, 12,7% para Oatp2/1a4 y 24,7% para Oatp4/1b2. Mediante inmunocitoquímica los tres transportadores se encontraron localizados en estas células a nivel intracelular y sólo el Oatp4/1b2 presentó también una clara localización en la membrana plasmática. Cuando se expresaron en oocitos de *Xenopus laevis* mediante la microinyección del ARNm correspondiente, las tres isoformas fueron capaces de captar ácidos biliares como el taurocólico. Este transporte fue inhibido en presencia de 17-beta-glucurónido de estradiol. El bicarbonato cis-inhibió la captación de taurocólico mediada por Oatp1/1a1 y Oatp2/1a4, pero no por Oatp4/1b2. Tanto el glutatión oxidado como el reducido fueron capaces de estimular la captación de ácido taurocólico mediada por Oatp2/1a4 y Oatp4/1b2, pero no por Oatp1/1a1.

Conclusión: Las tres isoformas pueden jugar un papel en el intercambio de aniones orgánicos entre los hepatocitos y las CEH. El Oatp1/1a1 podría actuar como un mecanismo de entrada, mientras que Oatp2/1a4 y Oatp4/1b2 podrían jugar un papel como vías de salida activadas por el glutatión intracelular.

EDP0012 - UTILIDAD PREDICTIVA DE LA RESPUESTA VIRAL INCOMPLETA EN LA SEMANA 12 DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

Ladero Quesada JM, López Alonso G, Devesa Fernández MJ, Cuenca Alarcón F, Suárez Moya A¹, Díaz-Rubio M

Servicios de Aparato Digestivo y ¹Microbiología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: Las guías clínicas en vigor para el tratamiento de la hepatitis crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) genotipo 1 establecen que si a las 12 semanas de iniciado el tratamiento no disminuye al menos 100 veces la carga viral, aquel se debe suspender porque va a ser ineficaz. Esta "respuesta viral precoz" admite dos modalidades, la negativización de la viremia o su reducción por debajo de ese límite pero manteniéndose detectable. Datos preliminares del estudio EPIC-3 y los comunicados por Berg y cols. (*Gastroenterology* 2006; 130: 1086) sugieren que los resultados del tratamiento son muy deficientes en el segundo grupo, debido sobre todo a la elevada tasa de recidivas virales. Hemos revisado nuestra casuística con el fin de comprobar estas diferencias, que pueden motivar modificaciones en las guías clínicas.

Pacientes y métodos: Estudio realizado sobre los 150 enfermos con hepatitis crónica C genotipo 1 (89 varones, edad 47 años, DE 11,1) tratados con interferón pegilado y ribavirina en nuestra unidad en los que se disponía de determinación de viremia en la semana 12 del tratamiento. Los que finalizaron el tratamiento tras obtener respuesta viral (viremia indetectable) en las semanas 12 o 24 fueron revisados a los 6 meses.

Resultados: Ochenta y siete pacientes negativizaron la viremia en la semana 12 (grupo A), 20 la redujeron más de 100 veces (grupo B) y 43 no consiguieron esta reducción (grupo C). El resultado final del tratamiento por grupos fue; a) respuesta viral sostenida: i: 57 casos; ii: 2 casos; iii: 0 casos; b) respuesta viral transitoria (recidiva): i: 19; ii: 7; iii: 1; c) suspensión por intolerancia: i: 9; ii: 1; iii: 1; d) fracaso primario: i: 1; ii: 10; iii: 41; y e) pérdida de seguimiento: i: 1; ii: 0; iii: 0.

Conclusión: La eficacia del tratamiento de la hepatitis crónica C en los sujetos en los que se reduce la viremia más de 100 veces pero sin hacerse indetectable en la semana 12 es muy baja (10%). En estos pacientes debe plantearse la suspensión del tratamiento o la prolongación durante un mínimo de 60 semanas, siempre que la viremia sea negativa en la semana 24. La decisión deberá considerar la gravedad del daño hepático, en especial el estadio de fibrosis, la tolerancia al tratamiento y las preferencias del paciente.

EDP0013 - HEPATOCARCINOMA: CORRELACIÓN DE LA ARTERIOPORTOGRAFÍA CON TAC PRETRASPLANTE Y EL ESTUDIO DEL EXPLANTE

Díaz Bethencourt D, Otero López-Cubero S
Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: La incidencia del hepatocarcinoma está en aumento en los países occidentales. Además supone una indicación frecuente de trasplante en nuestro país. Los criterios de inclusión en lista de trasplante dependen del tamaño y número de lesiones, si bien su valor pronóstico está establecido en el estudio del explante. Desde el año 2002 en nuestro centro se realiza un angioTAC a todos los pacientes que se incluyen en lista activa de trasplante con la finalidad de obtener un mapa vascular y facilitar la intervención quirúrgica.

Material y método: Revisión retrospectiva de las historias de protocolo de los últimos 100 pacientes trasplantados en nuestro centro, de los que se han excluido 11 pacientes (4 fallo hepático fulminante, 1 hemangioendotelio epitelioide, 1 colangitis esclerosante primaria en estadio no cirrótico, 1 enfermedad de Caroli y 4 retrasplantes). La técnica del explante se llevó a cabo según el protocolo del Servicio de Anatomía Patológica. De los 89 pacientes valorados, 87 fueron primer trasplante y 2 fueron retrasplantes, incluidos porque la disfunción del injerto se debió a cirrosis posthepatítica y llevaban más de 10 años con el primer injerto. Del estudio anatomopatológico del explante se identificaron 22 pacientes, de los cuales todos menos dos habían sido diagnosticados de hepatocarcinoma pretrasplante, y se procedió a la comparación retrospectiva con los hallazgos escanográficos.

Resultados: De los 22 pacientes diagnosticados de hepatocarcinoma se estudiaron la edad media, sexo, enfermedad de base, indicación del trasplante, tiempo entre TAC y trasplante, tiempo en lista de espera, el número de lesiones, tamaño y estadiaje en el TAC pretrasplante y en el explante. Se ha detectado una única recidiva post-trasplante. De los pacientes diagnosticados de hepatocarcinoma pretrasplante 6/21 recibieron tratamiento percutáneo, obteniéndose respuesta sólo en 1 de ellos. En el estudio anatomopatológico se detectaron focos de displasia hepatocitaria sin formación de nódulos macroscópicos 7/89, y ninguno experimentó recidiva tumoral. De los 22 pacientes se han producido 9 éxitos en el seguimiento.

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes que se trasplantan con hepatocarcinoma se encuentran en estadios tempranos de la enfermedad, que explica la baja tasa de recidiva en nuestro programa. El tratamiento percutáneo pretrasplante es de escasa utilidad. Existe una buena correlación entre el TAC con reconstrucción vascular y el

estudio anatomopatológico, si bien todavía existen pacientes mal estadiados pretrasplante. Con estos resultados sería planteable expandir los criterios pretrasplante para el hepatocarcinoma si mantenemos la misma estancia en lista activa de trasplante.

EDP0014 - IDENTIFICACIÓN DE UN ACCESO RESTRINGIDO AL NÚCLEO DEL HEPATOCITO DE MOLÉCULAS ORGÁNICAS CON CAPACIDAD DE INTERACCIONAR CON EL ADN

Rosales Rodríguez R, Monte Río MJ, Rodríguez Macías RI, Rodríguez Romero M, García Marín JJ
Departamento de Fisiología y Farmacología. Universidad de Salamanca

Antecedentes: El análisis por GC-MS de la composición del *pool* de ácidos biliares (AB) presentes en el citoplasma y en el núcleo del hepatocito reveló la existencia de marcadas diferencias en las proporciones de las especies moleculares en ambos compartimentos, lo que es de gran relevancia si consideramos la capacidad de algunos AB, pero no de otros, de unirse a receptores nucleares e influir en el control de la homeostasis del colesterol y los oxisteroles.

Objetivo: Investigar si existen mecanismos que determinan una cierta selectividad en el acceso al núcleo del hepatocito de moléculas orgánicas que pueden interaccionar con el ADN nuclear con repercusiones fisiológicas o tóxicas.

Métodos/Resultados: Hepatocitos de rata recién aislados por perfusión/digestión con colagenasa se incubaron con 10-200 microM de uno de los siguientes AB marcados radiativamente: taurocólico (TC), tauroursodesoxicólico (TUDC), tauroquenodesoxicólico (TQDC) o taurodesoxicólico (TDC). Se aislaron los núcleos por lisis celular y centrifugación diferencial, y se determinó la radiactividad. Se encontró una relación no lineal entre la cantidad de AB captado por las células y la que alcanzaba el núcleo. Los mejores ajustes fueron una ecuación de Michaelis-Menten para el TC, y ecuaciones exponenciales para los demás. Mediante microscopía confocal se observó que los AB glicocólico (GC) y glicoursodesoxicólico (GUDC) conjugados con fluoresceína (FITC-GC y FITC-GUDC) no se distribuían de forma homogénea en el núcleo, sino que se localizaban mayoritariamente en regiones con bajo contenido en ADN. El análisis por citometría de flujo de la carga de fluorescencia de núcleos aislados e incubados durante 5 minutos con distintos compuestos reveló que doxorubicina, FITC, FITC-GC y FITC-GUDC entraban y se acumulaban en el núcleo. El contenido nuclear de FITC-GC y FITC-GUDC era 3-4 veces menor que el de FITC. Por otra parte, la entrada al núcleo estaba muy restringida para calceína, rhodamina, FITC-dextranos de dis-

tintos tamaños (10 Kda > 40 Kda = 70 KDa). La presencia de ATP en el medio redujo la acumulación nuclear de doxorubicina y FITC, y abolió la de FITC-GC y FITC-GUDC. Estos efectos no se modificaron por vanadato ni ciclosporina A. El eflujo de FITC-GUDC desde núcleos previamente cargados durante 30 minutos con este compuesto se estimulaba por la presencia de ATP y por la ausencia de Ca²⁺ en el medio.

Conclusión: En el núcleo del hepatocito existen mecanismos activables por ATP, capaces de restringir selectivamente el acceso, o facilitar el eflujo, de compuestos de diferentes tamaños capaces de comportarse como ligandos de receptores nucleares o ser potencialmente genotóxicos.

EDP0015 - INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN LOS NIVELES DE GLUCEMIA SÉRICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

López Vega MC, López-Ortega S, Fernández Castañer A, Andrade Bellido RJ
Servicio Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: La asociación de diabetes con enfermedad crónica hepática ha sido reconocida durante años, pero la asociación epidemiológica refleja una relación entre hepatitis c y diabetes mellitus tipo 2. Nuestro objetivo es evaluar las diferencias de glucemias antes y después de tratamiento en los pacientes con respuesta sostenida al tratamiento.

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

final del tratamiento no habían negativizado la carga viral y recidivantes al resto de pacientes.

Resultados: En los pacientes que respondieron al tratamiento, la proporción de diabéticos fue del 15,7% antes del tratamiento y del 4,3% después del tratamiento, siendo las diferencias estadísticamente significativas. En aquellos pacientes que no respondieron o recidivaron al tratamiento, la proporción de diabéticos fue del 10,9% antes del tratamiento y del 15,2% después del tratamiento. No siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

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

EDP0016 - COMPARACIÓN DE LOS DATOS CLÍNICOS DE LOS PACIENTES CON ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO Y CON ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO: ESTUDIO DE 58 CASOS

Ojeda Pérez E, Zamarreño Gómez I, Cosme Jiménez A¹, Bujanda L¹, Muro Carral N¹, Zapata Morcillo E¹, Montalvo Ollobarren I¹, Echeverría J²
Servicios de Medicina Interna, ¹Aparato Digestivo y ²Microbiología. Hospital Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa

Introducción/objetivos: Estudiar las diferencias entre la presentación clínica de los pacientes con absceso hepático piógeno (AHP) y con absceso hepático amebiano (AHA).

Material y métodos: Se evalúan las características clínicas de 45 pacientes con AHP y de 13 con AHA, diagnosticados entre 1985 y 2005 en el Hospital Donostia de San Sebastián.

Resultados: De los 45 pacientes con AHP (30 varones y 15 mujeres con una edad media de 62 años), 13 fueron de origen biliar, 5 portal, 4 hematógeno, 3 por contigüidad, 5 por sobreinfección y 15 criptogénicos. El 44,4% fueron polimicrobianos. *E. coli* y *S. milleri* fueron los gérmenes más habituales aislados. La elevación de VSG (> 30), leucocitosis (> 12.000), fiebre y dolor en hipocondrio derecho se observaron en el 95, 86,7, 82,8 y 68,9% de los casos respectivamente. Los abscesos fueron solitarios en 25 casos. Los cultivos del pus del absceso y los hemocultivos fueron positivos en el 77,1 y 50% respectivamente. Se hizo drenaje en 22 pacientes. La mortalidad global (relacionada con la patología asociada del enfermo) fue de 7 y la estancia media hospitalaria, 27 días.

De los 13 AHA (7 varones y 6 mujeres con edad media de 42,5 años), 2 fueron autóctonos. La elevación de FA y GGTP (> 2N), fiebre, leucocitosis y dolor en hipocondrio derecho se observaron en el 91, 77, 70 y 50% respectivamente. Los abscesos fueron únicos en 10 casos. La serología a *E. histolytica* (IFI > 1/256) y el examen parasitológico fueron positivos en el 92,5 y 46,1% respectivamente. Se hizo drenaje en 10, la mortalidad fue de 2 casos y la estancia media de la serie, 18 días.

Conclusiones:

1. La etiología amebiana debe considerarse en el diagnóstico diferencial de los abscesos hepáticos, incluso en ausencia del antecedente epidemiológico.

2. Los datos que sugieren el origen amebiano son la edad menor de 45 años, localización solitaria en el lóbulo derecho, fiebre y dolor en hipocondrio derecho con FA elevada.

3. La estancia hospitalaria y mortalidad de los pacientes con AHA fue inferior a la de los AHP.

EDP0017 - EFICACIA ANTIVIRAL DEL TRATAMIENTO COMBINADO LAMIVUDINA MÁS ADEFOVIR EN PACIENTES CON HEPATITIS B CRÓNICA REFRACTARIOS AL TRATAMIENTO EN MONOTERAPIA

Merino Rodríguez B, Pajares Díaz JA, Clemente Ricote G, Núñez Martínez O
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivo: Evaluar la eficacia antiviral de la combinación de adefovir (ADV) y lamivudina (LMV) en pacientes con hepatitis B crónica (HBC) refractaria al tratamiento previo en monoterapia con LMV o ADV o como tratamiento de inicio en pacientes con estadio de fibrosis avanzado.

Material y métodos: Se han estudiado 11 pacientes con una edad media de 55 ± 10 años, 91% de sexo masculino (10 pacientes) y 91% HBC con HBeAg negativo. Se sometieron a tratamiento combinado con LMV y ADV por: a) 3 pacientes como tratamiento de inicio ante lesión histológica grave por VHB; b) 7 tras desarrollar resistencia a LMV (3 de ellos fueron tratados inicialmente con ADV en monoterapia tras comprobar la resistencia a LMV, sin obtener posteriormente indetectabilidad por PCR del ADN viral y en los otros 4 pacientes se inició directamente tratamiento combinado); y c) el paciente restante fue tratado con ADV en monoterapia, con fracaso antiviral primario. La respuesta fue valorada mediante determinación del ADN del VHB por técnica de PCR (límite 300 cp/ml) y normalización de la ALT, a los 3 y 6 meses tras el inicio del tratamiento.

Resultados: Se alcanzó indetectabilidad del ADN del VHB en 5 pacientes al 3º mes y en 3 pacientes al 6º mes (73%) (2 pacientes todavía están pendientes de la valoración al sexto mes). 1 paciente con cirrosis descompensada y tratamiento combinado inicial alcanzó un descenso superior a 1 log10 al 3º mes y 2 log10 al 6º mes, pero posteriormente falleció de síndrome hepatorenal. 10 pacientes (91%) presentaron al menos un descenso superior 1 log10 al 3º mes y el paciente restante, que no la alcanzó, presentaba un ADN basal superior a 105 cp/ml. En los 3 pacientes con ADN basal entre 104 y 105 cp/ml la determinación del ADN al 3º mes fue no detectable, mientras que únicamente lo fue en 2 de los 7 (29%) con cifras de ADN superiores a 105 cp/ml. Al sexto mes se había conseguido normalización de las transaminasas en todos los pacientes, excepto en el paciente que falleció durante el seguimiento.

Conclusiones: El tratamiento combinado LMV más ADV produce una rápida inhibición de la replicación viral en pacientes con HBC refractaria a tratamientos en monoterapia previos o con lesión histológica avanzada como tratamiento de inicio.

EDP0018 - HEPATOTOXICIDAD POR PRODUCTOS DE HERBORISTERÍA: ANÁLISIS DE LOS CASOS INCLUIDOS EN EL REGISTRO ESPAÑOL

Andrade Bellido R, Borraz Pereira Y, García Cortés M, García Muñoz B, Peláez G¹, Salmerón J², Diago M³, Martínez-Sierra MC⁴, Navarro JM⁵, Planas R⁶, Jiménez-Sáenz M⁷, Bruguera M⁸, Lucena M⁹

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. ¹Hospital Torrecárdenas. Almería. ²Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ³Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁴Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ⁵Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga. ⁶Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. ⁷Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ⁸Servicio de Farmacología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. ⁹Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

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

Objetivos: Analizar las características clínico-epidemiológicas de la hepatotoxicidad atribuida a productos de herboristería en España.

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

Resultados: Entre 1995 y 2006 un total de 13 casos de 571 (2%) de hepatotoxicidad incluidos en el Registro correspondían a productos de herboristería. El remedio herbal responsable del mayor número de casos fue *Camellia sinensis* (3, 23%), seguido de *Rhamnus purshianus* (cáscara sagrada) (2, 15%), siendo el resto de hierbas representadas con un caso cada una [*Aesculus hippocastanum*, *Cauterea latiflora* (Copaltra), Chitosan, *Cassia angustifolia*, Valeriana, Kava-kava, Fitosoja, Biosoja]. Cuatro pacientes (31%) eran varones y la edad media fue 42,2 años. La presentación fue con ictericia en 9 casos (69%), y con alteraciones de laboratorio en 4 (31%). El tipo de lesión predominante fue hepatocelular (12, 92%), y 4 casos (31%) presentaron manifestaciones de hipersensibilidad. Ningún paciente falleció, y la recuperación completa fue la regla en los casos en que hubo seguimiento prolongado.

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

EDP0019 - INFLUENCIA DEL POLIMORFISMO DE LAS CITOCINAS IL-10, IL-4 Y TNF- α EN LA SUSCEPTIBILIDAD PARA DESARROLLAR HEPATOTOXICIDAD

Andrade Bellido R, Lucena González M¹, Pachkoria K¹, Ruiz Cabello F², Crespo E³, Cabello Porras MR⁴, Borraz Pereira Y⁴, Hidalgo R⁵

Servicios de Aparato Digestivo y ¹Farmacología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³Departamento de Farmacia. Universidad de Granada. ⁴Departamento de Farmacología. ⁵Centro de Cálculo. Universidad de Málaga

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

Objetivos: Nuestro objetivo es determinar la distribución de los polimorfismos de la IL-10, IL-4 y TNF- α en pacientes con DILI e identificar su posible relación con la aparición del daño hepático.

Material y métodos: Se determinó la frecuencia de tres polimorfismos en el gen promotor de la IL-10 (-1082 (G/A), -819 (C/T), -592 (C/A), IL-4 (C/T) y TNF α -308 (G/A) en 140 pacientes de DILI y 175 controles mediante técnica FRET. Se clasificaron los individuos según haplotipos en: altos (GCC/GCC, n = 23), intermedios (GCC/ATA,

GCC/ACC, $n = 72$) y bajos (ATA/ATA, ACC/ACC, ATA/ACC, $n = 45$) productores de IL-10.

Resultados: La edad media en el momento del diagnóstico fue 53 años, rango (13-82 años). No se encontró ninguna diferencia significativa en la distribución de la frecuencia genotípica de la IL-10, IL-4 y TNF α entre los pacientes con DILI y los controles. El análisis de la edad media de los pacientes con DILI según el genotipo de IL-10 (-1082) mostró un desarrollo a edad más temprana de hepatotoxicidad en el caso de mujeres con genotipo bajo productor de IL-10 (-1082*A), ($p < 0,03$). La comparación de las características clínicas, bioquímicas y evolutivas de los pacientes con DILI según el genotipo de la IL-10, IL-4 y TNF α no mostró ninguna diferencia salvo por una asociación significativa entre la presencia de bajo productor de IL-10 y una ausencia de eosinofilia periférica ($p < 0,03$) y en formas graves o fulminantes de daño hepático ($p < 0,001$).

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

EDP0020 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA A LO LARGO DE UN PERIODO EVOLUTIVO DE 20 AÑOS

Julián Gómez L, Gil Simón P, García Pajares F, Sánchez Antolín G, Velicia MR, Mata Román L, Vallecillo MA
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Introducción: Intentamos valorar las características en cuanto a edad, sexo y etiología de los pacientes con hepatocarcinoma y la diferencia de las mismas a lo largo de la evolución en el tiempo.

Material y método: Estudiamos 295 casos de los pacientes diagnosticados de hepatocarcinoma desde el año 1987 en el hospital Río Hortega de Valladolid, mediante un estudio retrospectivo. Las variables continuas se describieron como media $\pm$ DS, mientras que las cualitativas lo fueron mediante frecuencias y porcentajes. El test de Kolmogorov-Smirnov se usará para determinar la normalidad de las distribuciones. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrado con test exacto de Fisher cuando las condiciones lo requirieron. Para estudiar las diferencias entre medias se utilizaron los test estadísticos paramétricos y no paramétricos exigidos por las condiciones de aplicación (t de Stu-

dent, U de Mann-Whitney). El nivel de significación se considerará para una $p \leq 0,05$. El programa utilizado fue el SPSS 14,01.

Resultados: La edad media de los 295 pacientes fue de $64,3 \pm 12,3$ años (de distribución no normal). Al agrupar a los pacientes en dos periodos: de 1987 a marzo de 1997 y de abril de 1997 a marzo de 2007, objetivamos que la edad media en el primer periodo fue de 64,8 años y de 64 años en el segundo periodo, con una diferencia no significativa. En cuanto al sexo: 259 (82,2%) fueron hombres y 56 (16,8%) mujeres. Al agruparlos observamos una frecuencia de hepatocarcinoma en el primer periodo de 74,3% hombres, 25,7% mujeres. En el segundo periodo la frecuencia de hombres fue de 83,9% y de mujeres de 16,1%. La etiología más frecuente fue el alcohol (124 casos, 42%), seguida de VHC (76 casos, 25,8%), OH + VHC (12,5% 9, VHB (7,8%), seguido de VHC + VHB, CBP, hemocromatosis y desconocido en el resto.

Conclusiones:

1. No existen diferencias en cuanto a la edad a lo largo de los años.
2. Se observa una mayor frecuencia de hepatocarcinoma en los hombres que ha ido aumentando en los últimos años.
3. La etiología más frecuente es la cirrosis de origen enólico y la cirrosis por VHC.

EDP0021 - VALORACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS DE HEPATOCARCINOMA A LO LARGO DE DOS PERIODOS DE 10 AÑOS

Gil Simón P, Julián Gómez L, García Pajares F, Sánchez Antolín G, Velicia MR, Mata Román L, Fernández Orcajo P
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Introducción: A la hora de diagnosticar un hepatocarcinoma es importante definir, tanto el número de nódulos como el tamaño tumoral.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo en 204 casos de los pacientes diagnosticados de hepatocarcinoma en los 20 últimos años en el Hospital Río Hortega de Valladolid. Los clasificamos en dos periodos: de 1987 a marzo de 1997 y de abril de 1997 a marzo de 2007. En ambos periodos establecimos dos grupos: pacientes con tumor al diagnóstico menor de 5 cm y mayor de 5 cm. Las variables continuas se describieron como media $\pm$ DS, mientras que las cualitativas lo fueron mediante frecuencias y porcentajes. El test de Kolmogorov-Smirnov se usará para determinar la normalidad de las distribuciones. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrado con test exacto de Fisher cuando las condiciones lo requirieron.

ron. Para estudiar las diferencias entre medias se utilizaron los tests estadísticos paramétricos y no paramétricos exigidos por las condiciones de aplicación (t de Student, U de Mann-Whitney). El nivel de significación se considerará para una $p \leq 0,05$. El programa utilizado fue el SPSS 14.01. Las pruebas utilizadas para el diagnóstico fueron la ecografía, TAC, arteriografía añadiendo RNM en los últimos 10 años

Resultados: En el periodo de 1987 a marzo de 1997, 19 pacientes presentaban un tamaño tumoral menor de 5 cm (47,5%) y 21 un tamaño mayor de 5 cm (52,5%). En el segundo periodo 129 casos (78,7%) tenían al diagnóstico un tamaño tumoral menor de 5 cm, mientras que 35 (21,3%) presentaban un tamaño mayor de 5.

Conclusiones: En los últimos 10 años el diagnóstico de hepatocarcinoma se realiza con un tamaño tumoral menor lo que resulta favorable pues permite realizar tratamientos curativos.

EDP0022 - HEPATITIS C RECURRENTE COLESTÁSICA TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON INTERFERÓN PEGILADO Y RIBAVIRINA

Ulloa Márquez E, López Vicente J, Colina F¹, Abradelo M², Jimeno A², Muñoz R, Fuertes A³, Moreno E², Solís JA, Fernández I

Servicios de Aparato Digestivo, ¹Anatomía Patológica, ²Cirugía General y Unidad de Trasplantes Abdominales y ³Microbiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid

Introducción: Describimos una serie de 15 pacientes trasplantados por cirrosis por el virus de la hepatitis C (VHC) colestásica (14 genotipo 1, 1 genotipo 2), diagnosticada como media a los 176 días del trasplante (rango 60-670). El diagnóstico se hizo de acuerdo a la Conferencia de Consenso de Trasplante Hepático y Hepatitis C (Liver Transp. 2003; 9: s1-s9). Cuatro eran mujeres y 11 hombres; la edad media de 51 años (rango 34-70). El valor medio de la bilirrubina era de 19,7 mg/dl (6-45 mg/dl), de la GGT de 692 mg/dl (184-2339 mg/dl) y de la fosfatasa alcalina de 575,8 mg/dl (297-1452 mg/dl). En 10 de los 15 pacientes se detectaron cifras de carga viral en sangre superiores a 5×10^6 UI/mL ($2,4 \times 10^6$ - 200×10^6 UI/mL). En todos los pacientes se inició tratamiento con Interferón Pegilado (IFN-Peg) (1,5 ug/kg/sem) y ribavirina (800-1.000 mg/d). Cuatro pacientes (27%) fallecieron entre los 2-4 meses por fallo del injerto, sin respuesta a la medicación antiviral. Diez (67%) de los 15 pacientes normalizaron las transaminasas durante el tratamiento. Cuatro pacientes (27%) de estos 10 consiguieron una respuesta viral sostenida (RVS) al retirar la medicación antiviral, dos de ellos tras 12 meses de tratamiento y dos tras sólo 8 meses, cuando fue suspendido por efectos secundarios. En los 6 pacientes restantes, la viremia permanecía detectable al final del tratamiento: uno falleció por insuficiencia hepática en rela-

ción a recidiva grave de la infección tras suspender la medicación antiviral y en el resto el tratamiento antiviral se reinstauró a las pocas semanas de suspendido ante el empeoramiento del perfil hepático; en todos ellos se consiguió de nuevo normalizar la analítica hepática. Entre los efectos secundarios de la medicación antiviral destacó la anemia hemolítica (11/14 pacientes requirieron darbopenina y/o transfusión) y al neutropenia (2 pacientes necesitaron Filgastrim). En un caso el tratamiento se suspendió al 4º mes por rechazo agudo y en dos casos, con RVS, se suspendió al 8º mes por colestasis y ductopenia leve en la biopsia hepática.

Conclusiones:

1. El tratamiento combinado con IFN-Peg y ribavirina consiguió normalizar la analítica hepática en el 67% de pacientes trasplantados con hepatitis C colestásica, erradicando la infección viral en el 27%.

2. El tratamiento antiviral de mantenimiento parece ser necesario en aquellos pacientes en los que mejora la función del injerto pero permanecen con viremia.

EDP0024 - EFICACIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO CON INTERFERÓN PEGILADO Y RIBAVIRINA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS C

Vergara Gómez M, Gallach M¹, Dalmau B¹, Gil M¹, Miquel M¹, Rudi N², Gavarro A³, Cebollero A³, Masip M², Real J⁴

Servicio de Aparato Digestivo, ¹Unidad de Enfermedades Digestivas, ²Servicios de Farmacia, ³UDIAT y ⁴Epidemiología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona

Introducción: Numerosos ensayos clínicos demuestran una alta eficacia en el tratamiento con interferón pegilado y ribavirina en la hepatitis crónica por virus C. Sin embargo, se conoce poco sobre los resultados obtenidos con pacientes no seleccionados.

Objetivo: Evaluar en la práctica clínica habitual, la respuesta y los factores que influyen en el tratamiento de la hepatitis crónica por virus C.

Material y métodos: Entre agosto del 2001 y agosto del 2005, se trataron un total de 203 pacientes con interferón pegilado (alfa-2a a dosis fijas o alfa 2b según peso) y ribavirina. La duración del tratamiento se estableció según el genotipo. El tipo de interferón fue establecido por el médico responsable. La respuesta viral sostenida (RVS) se ha determinado como la negatividad del RNA-VHC a los seis meses de finalizado el tratamiento.

Resultados: Se incluyó una cohorte de 203 pacientes consecutivos (69% hombres y 31% mujeres; edad media de 44 ± 10). Como antecedentes epidemiológicos un 23% ha-

bían consumido drogas por vía parenteral y un 21% habían sido transfundidos antes del año 92. La biopsia hepática se realizó en un 59% de los pacientes; de estos un 52% tenían puentes de fibrosis o cirrosis hepática establecida ($F = 3/4$). El nivel de ALT al inicio del tratamiento fue de 116 ± 74 UI/ml (V normal < 40 UI/ml). El genotipo se distribuyó de la siguiente forma; 69% (genotipo 1); 3,4% (genotipo 2); 17,2% (genotipo 3); 8,9% (genotipo 4). Un 54% del total tenían una carga viral baja al inicio del tratamiento (< 600.000 UI/ml) y un 46% carga viral alta. De los 203 pacientes, un 11,3% hubieron de retirar el tratamiento por intolerancia o efectos indeseables marcados. Un 23,2% no obtuvieron respuesta al tratamiento, mientras que un 75,5% alcanzó una respuesta completa por intención de tratar, presentando recidiva un 12% del total. Según el genotipo, la RVS se obtuvo en un 47,1% (genotipo 1); un 85,7% (genotipo 2); un 80% (genotipo 3); 33,3% (genotipo 4). El análisis univariado mostró que el genotipo es la única variable que influyó en la RVS. Ni el grado de fibrosis ni la carga viral inicial ni el sexo ni la edad, ni el nivel inicial de ALT presentaron significación estadística.

Conclusión: El tratamiento con interferon pegilado y ribavirina en la práctica clínica diaria presenta una respuesta viral sostenida similar a la obtenida en los ensayos clínicos. El genotipo viral continúa siendo la principal variable correlacionada con la respuesta viral sostenida.

EDP0025 - PROTECCIÓN FRENTE A LA HEPATOTOXICIDAD DE LA FALOIDINA UTILIZANDO BALU-1, UN DERIVADO SEMISINTÉTICO DEL ÁCIDO CÓLICO

Herráez Aguilar E, Macías R¹, Vicens M¹, Vázquez-Tato J², Hierro C¹, González San Martín F¹, Marín J¹
Departamento de Fisiología y Farmacología, ¹Grupo de Hepatología Experimental y Vectorización de Fármacos. Universidad de Salamanca. ²Facultad de Veterinaria. Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña

Antecedentes: La faloidina es el principal responsable de la intoxicación severa más frecuente por consumo de setas venenosas como la *Amanita phalloides*. Tras ser captada por los hepatocitos mediante la proteína transportadora de membrana OATP1B1, altera los filamentos de actina provocando colestasis, retención de los componentes de la bilis, necrosis y en consecuencia insuficiencia hepática. Una de las estrategias propuestas como antídoto frente a este veneno es el bloqueo de su captación hepática, favoreciendo la eliminación por el riñón, lo que puede estimularse por diuresis forzada.

Objetivo: Se han sintetizado varios compuestos colelíticos con el objetivo de inhibir su captación por OATP1B1 y estimular la formación de bilis. Las características biológicas de uno de estos, el ácido 3--succinil-7-,12--dihidroxy-5-,colanoico (Balú-1), se presentan aquí.

Métodos: Para estudios funcionales se usó la expresión heteróloga de transportadores en oocitos de rana (*Xenopus laevis*). En los estudios *in vivo* con ratas anestesiadas se administró (i.v.) durante 2,5 h, una infusión de ácido taurocólico (ATC) o Balu-1 ($0,2 \mu\text{mol}/\text{min}/100 \text{ g p.c.}$) y una sola dosis de faloidina ($0,1 \text{ mg}/100 \text{ g p.c.}$) en el minuto 30. Se recogieron muestras de bilis cada 10 min, y de suero y tejidos al final del experimento.

Resultados: El Balu-1 redujo la captación de [3H]-ATC mediada por los transportadores humanos OATP1B1 (95%), OATP1B3 (15%) y de rata Oatp1a1 (50%), Oatp1a4 (35%) y Oatp1b2 (40%), sin afectar al transporte de [3H]-ATC por NTCP. En ratas que recibieron la infusión de Balu-1 se produjo una marcada estimulación de flujo biliar (+ 70%, $p < 0,05$), superior a la inducida por el ATC (+ 20%, $p < 0,05$). Esta diferencia era probablemente debida a que su concentración micelar crítica es 5 veces menor. La faloidina redujo el flujo biliar basal (- 60%, $p < 0,05$) y el estimulado por ATC (- 55%, $p < 0,05$), sin afectar la secreción biliar neta de ácidos biliares. La colestasis se acompañó de signos de nefrotoxicidad, hematuria y zonas necróticas en el hígado. En ratas tratadas con Balu-1, la administración de faloidina redujo el flujo biliar sólo un 15% sin apreciarse hematuria ni signos de daño hepático.

Conclusión: El derivado de ácido biliar Balu-1 presenta un efecto protector frente a la hepatotoxicidad causada por faloidina, probablemente debido a tres acciones combinadas sobre la dinámica hepática de la toxina: enlentecimiento en la captación por los hepatocitos, facilitación de su eliminación en bilis por arrastre osmótico y solubilización biliar en micelas.

EDP0026 - UTILIDAD DE LA LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA PARA EL ESTUDIO DE LA ASCITIS DE ORIGEN DESCONOCIDO

Jurado A, Vega Villamil P, Viñolo Ubiña C, Sánchez Capilla AD, Nogueras López F, Martín-Vivaldi Martínez R
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La ascitis es una patología frecuente en la práctica clínica cuya etiología es muy variable. En la mayoría de los casos es posible identificar su origen mediante técnicas de imagen y analíticas. La laparoscopia es la técnica de elección cuando no se identifica su origen.

Objetivo: Definir el papel de la laparoscopia diagnóstica en la ascitis de origen desconocido.

Material y métodos: Hemos estudiado de forma retrospectiva todos los pacientes con ascitis cuya etiología no se filió mediante las técnicas complementarias habituales y por lo tanto les practicamos laparoscopia diagnóstica entre los años 2000-2006.

Resultados: De las 138 laparoscopia diagnosticas, 45 se realizaron bajo esta indicación (32,6%). El 69% fueron

mujeres, con una media de edad de 56 años. Solamente el 8,3% presentaron complicaciones principalmente dolor que cedió con analgesia intravenosa o sangrado autolimitado. La exploración se realizó con anestesia local y se les administró atropina y una benzodiacepina previamente. La exploración fue normal en un 5,6%, su origen fue neoplásico en el 55,6%, por hepatopatía crónica 25%, y proceso inflamatorio difuso 13,9%. No hubo coincidencias en ninguno de estos pacientes con el diagnóstico radiológico anterior salvo en aquellos en los que el estudio laparoscópico fue normal.

Fue determinante para el tratamiento y la actitud clínica posterior de todos ellos.

Conclusiones: Una de las indicaciones más importantes de la laparoscopia diagnóstica es el estudio de la ascitis de origen desconocido, ya que según nuestra experiencia nos da el diagnóstico en un 94,4%, sin complicaciones importantes.

EDP0027 - RESPUESTA VIROLÓGICA SOSTENIDA TRAS TRATAMIENTO ANTI-VHC EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS: MEJORÍA DEL PRONÓSTICO

Palau Canos A, Aguilera V¹, Prieto Castillo M¹, Berenguer Haym M¹
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General de Castellón. ¹Hospital La Fe. Valencia

Introducción: El tratamiento antiviral ha demostrado erradicar el virus de la hepatitis C en aproximadamente un tercio de los pacientes trasplantados tratados con interferón y ribavirina. El tratamiento, sin embargo, se asocia a numerosos efectos adversos, incluidos el rechazo o el empeoramiento de la función hepática.

Objetivo: Definir el beneficio real del tratamiento antiviral en términos de función del injerto y supervivencia.

Métodos: Se incluyeron 89 trasplantados [68% hombres, mediana edad: 58 (39-73)] que habían sido tratados con IFN estándar/riba (n = 31) o IFN peg/riba (n = 58). El 89% estaba infectado por el VHC genotipo 1b. La histología pre-tratamiento mostraba "hepatitis benigna" (F = 0 ó 1) en 25% y grave (F2 a 4) en 75%. 37% había obtenido una respuesta virológica sostenida-RVS- (16% con IFN estándar vs. 48% con IFN pegilado; p = 0,03). Se calculó la supervivencia del injerto y del paciente, tiempo hasta el desarrollo de cirrosis del injerto o hasta el primer episodio de descompensación según el tipo de respuesta al tratamiento antiviral. Igualmente se compararon los resultados de las biopsias de seguimiento entre los RVS y los NR.

Resultados: Durante el seguimiento de 3,9 años, 2 de los 33 RVS fallecieron frente a 16 de los 56 NR (p = 0,01). La mayoría de los fallecimientos se debieron a la progresión de la hepatitis C (56%), con 11% debidas a complica-

ciones del tratamiento antiviral y 11% a ambas causas. En la biopsia post-tratamiento se evidenció cirrosis en un 55,5% de los NR frente a 24,5% de los RVS (p = 0,004). Se produjo al menos un episodio de descompensación en 34,5% de los NR y 12,5% de los RVS (p = 0,025). La supervivencia del paciente a 5 años fue significativamente mayor entre los que obtuvieron una RVS frente a los no respondedores (NR) (93% vs. 69%; p = 0,013), con resultados parecidos para la supervivencia del injerto (81% vs. 69%) pero sin alcanzar significación estadística. En definitiva, el pronóstico fue negativo (progresión a cirrosis y/o muerte) en 34/56 NR (61%) frente a 9/33 RVS (27%) (p = 0,002).

Conclusión: El tratamiento antiviral efectivo se asocia a una mejoría del pronóstico en pacientes con hepatitis C recurrente.

EDP0028 - COMPLICACIONES INFECCIOSAS TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO EN NUESTRA UNIDAD

Mata Román L, García Pajares F, Sánchez Antolín G, Gil Simón P, Fernández Orcajo P, Velicia Llamas MR, Caro-Patón A
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Introducción: Las complicaciones infecciosas son la principal causa de morbilidad en los receptores de un trasplante hepático (TOH). Ocurren fundamentalmente en el primer año. Los factores de riesgo dependen de la situación del receptor pretrasplante, de la inmunosupresión, de la profilaxis usada y del tiempo transcurrido desde el trasplante.

Objetivo: Analizar la tasa de infecciones en la Unidad de Trasplante Hepático de nuestro hospital.

Material y métodos: Desde noviembre de 2001 a abril de 2006 se realizaron en nuestro centro 127 TOH a 123 pacientes. La inmunosupresión se realizó con tacrolimus y esteroides, cambiándose a ciclosporina y/o asociando micofenolato de manera individualizada en cada paciente. De manera retrospectiva se ha analizado el sexo y la edad de los pacientes, la indicación del TOH, la incidencia global de infecciones, el porcentaje de ellas en el primer año y el tipo de infecciones (bacterianas, fúngicas o víricas).

Resultados: De los 123 trasplantados, 93 (73,2%) son varones. La etiología de la cirrosis fue enólica en 52 (41%), VHC en 21 (16,5%), enólica y vírica en 15 (11,8%), VHB en 6 (4,7%), CBP en 5 (4%), critogénica en 2 (1,5%) y otras causas en 26 (20,4%). La indicación fue Child B-C en 82 casos (64,5%), hepatocarcinoma en 27 (21,5%), IHAG en 7 (5,5%) y otras en 11 (8,6%). Se objetivaron 62 episodios de infección bacteriana en los 123 pacientes, de los cuales 53 (85%) ocurrieron en el primer

año. Las infecciones bacterianas más frecuentes fueron las colangitis con 18 episodios, neumonía 13, infección urinaria 10, fiebre sin foco 8, bacteriemia 7, sepsis 4, absceso abdominal 3. No falleció ningún paciente por complicaciones bacterianas. Respecto a las infecciones fúngicas, se observaron 7 episodios (5,7%): 2 mucormicosis cutáneas, 1 mucormicosis pulmonar, 1 onicomicosis, 1 aspergilosis cutánea, 1 candidemia y 1 feohifomicosis cutánea. Falleció el paciente con mucor pulmonar (mortalidad por micosis del 14,3%). Hubo 13 episodios de infección vírica (10,6%): 2 infecciones por VHS-I, 2 por VVZ, 5 por CMV, 1 por VEB y 3 por VHB de novo. No se objetivó mortalidad por infección vírica.

Conclusiones: Las complicaciones infecciosas siguen siendo las más frecuentes en los trasplantes de órganos sólidos. La morbilidad es importante a pesar de haber disminuido en los últimos años. El mejor conocimiento de los factores de riesgo, junto a la profilaxis y la vacunación, puede prevenir dichas complicaciones.

EDP0029 - EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN NUESTRA UNIDAD

Mata Román L, Gil Simón P, Julián Gómez L, Sánchez Antolín G, García Pajares F, Velicia Llamas MR, Caro-Patón A

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Introducción: El trasplante hepático (TOH) ha revolucionado el tratamiento de las enfermedades hepáticas en estadio avanzado. El limitado número de órganos hace necesaria una selección previa adecuada de los pacientes.

Objetivo: Evaluar la experiencia de nuestra Unidad de TOH, desde su inicio en noviembre de 2001 hasta septiembre de 2006.

Material y métodos: Retrospectivamente se han recogido datos de los 139 TOH realizados en este tiempo, en 133 pacientes, realizando un estudio descriptivo.

Resultados: De los 139 TOH realizados, 37 (26,6%) son mujeres, frente 102 (73,4%) varones, con edad media de 53,4 años (rango 20-69), sin diferencias entre sexos. La procedencia de los pacientes en un 96% corresponde a provincias de Castilla y León.

Analizando la etiología de forma global, 58 casos (41,7%) son por alcohol, 31 (22,3%) vírico (VCH 23, VHB 6, VHC más VHB 2), de causa vírica y alcohol 20 (14,4%), por CBP 6 casos (4,3%), H. autoinmunes 3 (2,1%), CEP 2 (1,4%), tóxica 3 (2,1%), criptogénica 3 (2,1%) y otras causas, 7 (5%). Los 6 pacientes restantes son retrasplantes. Se objetivó hepatocarcinoma en 30 de los pacientes (15 con hepatopatía vírica, 8 con h. alcohólica, 6 con ambas causas y 1 con CBP). Si diferenciamos la etiología por sexo, observamos una mayor frecuencia de

etiología alcohólica en los varones (52/6) y coexistencia de hepatocarcinoma (25/5), frente a mayor incidencia de enfermedades autoinmunes en las mujeres (8/3). La indicación de TOH fue cirrosis Child B-C en 89 casos (64%), hepatocarcinoma en 30 (21,6%), IHAG en 7 (5%), colangitis de repetición en 2 (1,4%) y otras 4 (2,9%). Se han realizado 6 re-TOH de nuestro centro y 1 que procedía de otro hospital, cuyas causas fueron: disfunción del injerto, daño de preservación, recidiva VHC, isquemia hepática, rechazo hiperagudo y trombosis de arteria hepática (2 pacientes).

Hasta la fecha han fallecido 30 pacientes (20 en el primer año postrasplante, 5 durante el segundo y otros 5 en el tercero), con una supervivencia a los 5 años de 78%. Durante el primer año las causas fundamentales han sido perioperatorias e infecciones, mientras que posteriormente predomina la recidiva tumoral o aparición de tumores de novo.

Conclusiones: En nuestro medio, la cirrosis alcohólica es la principal indicación de TOH, de forma global y en particular en los varones, predominando la etiología vírica y autoinmune en las mujeres. La supervivencia obtenida es la esperable, estando los pacientes tras el trasplante realizando vida normal, activa en algunos de ellos.

EDP0030 - TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL HEPATOCARCINOMA: CRITERIOS DE MILÁN FRENTE CRITERIOS AMPLIADOS

Mata Román L, García Pajares F, Sánchez Antolín G, Gil Simón P, Vallecillo MA, Velicia Llamas MR, Caro-Patón A

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Introducción: El hepatocarcinoma es el tumor sólido más frecuente en el mundo, produciendo más de 1 millón de muertes al año. El trasplante hepático es uno de los tratamientos curativos, que consigue supervivencias elevadas a los 5 años si se trasplantan pacientes que cumplan los criterios consensuados, actualmente los de Milán.

Material y métodos: Se analizó de manera retrospectiva, un grupo de pacientes trasplantados por hepatocarcinoma en nuestro Centro, desde noviembre 2001 hasta junio 2006. Se valoró edad, sexo, indicación de trasplante, tamaño tumoral, anatomía patológica y supervivencia. Se comparó la supervivencia asociada al tamaño tumoral, clasificando a los pacientes según cumplieran criterios de Milán (< 5 cm), o criterios ampliados o de San Francisco (< 6,5 cm, o varias lesiones con diámetro total inferior a 8 cm).

Resultados: De noviembre 2001 a junio de 2006 se realizaron en nuestro centro 129 trasplantes en 125 pacientes. En 30 pacientes la indicación fue tumores: 1 heman-gioendotelioma y 29 hepatocarcinomas. Se valoraron exclusivamente los 29 pacientes con hepatocarcinoma. En 2, no se confirmaron lesiones neoplásicas en el hígado ex-

plantado. De los 27 pacientes analizados, 5 eran mujeres y 22 varones. La etiología de la cirrosis fue enólica en 6, VHC en 11, VHC y enólica en 4, en 1 VHB y VHC, en 4 VHB y en 1 la etiología fue una CBP. Del total de trasplantes, la indicación CHC fue del 23,2%, similar a la del resto de los centros de trasplante españoles (21-24%).

En el hígado explantado 23 de los pacientes cumplían criterios de Milán y 4 criterios de San Francisco. Entre los del primer grupo, 3 (13,04%) tenían invasión microvascular en la pieza y del segundo, 2 (50%) ($p < 0,001$). La supervivencia global a los 4 años fue de 74,07%. Sin embargo, en el grupo que cumple criterios de Milán la mortalidad asociada al CHC a los 6 meses del trasplante fue de 2 (8,6%) y en el de SF 2 (50%) ($p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestra serie la indicación de trasplante por CHC es moderada y similar a la del resto de los centros españoles. La supervivencia en el grupo de pacientes que cumplían los criterios de Milán es significativamente superior a la de los que cumplen criterios de San Francisco. Es una indicación con una supervivencia global buena. Sin embargo, de acuerdo con la mayoría de los centros trasplantadores, no parece razonable ampliar los criterios de Milán a favor de los criterios ampliados.

EDP0031 - TRATAMIENTO ANTIVIRAL DE LA HEPATITIS C RECURRENTE TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO: RESULTADOS PROMETEDORES CON TRATAMIENTO ANTIVIRAL CON INTERFERÓN PEGILADO Y RIBAVIRINA

Palau Canos A, Aguilera V¹, Prieto Castillo M¹, Berenguer Haym M¹
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General de Castellón. ¹Hospital La Fe. Valencia

Introducción: En el campo del trasplante hepático, la eficacia y tolerancia del tratamiento antiviral con interferón pegilado y ribavirina no está bien dilucidada.

Objetivo: Determinar la eficacia y tolerancia del tratamiento antiviral en pacientes trasplantados por hepatopatía VHC y analizar posibles factores predictivos de respuesta virológica sostenida (RVS).

Métodos: Datos preliminares de estudio prospectivo sobre eficacia (RVS) y tolerancia (interrupción-retirada de tratamiento, reducción de dosis de interferón/ribavirina, uso factores de crecimiento) de interferón pegilado y ribavirina en pacientes sometidos a trasplante por VHC. Sólo se analizan pacientes que han finalizado el seguimiento.

Resultados: 57 pacientes [42 hombres, edad mediana: 57 (39-70) años]. IFN-peg alfa2a + ribavirina ($n = 36$), IFN-peg alfa2b + ribavirina ($n = 21$). Genotipo 1a/b en 86%. Intervalo de tiempo desde el TH hasta el tratamiento: 496 días (82-3978). Duración del tratamiento: 334 días (16-549). 17 pacientes (30%) habían recibido tratamiento

antiviral en el pasado. Inmunosupresión (IS): ciclosporina 39% y tacrolimus 61%. Histología basal: a) enfermedad hepática avanzada (fibrosis 3-4): $n = 37$ (65%); y b) hepatitis aguda pretratamiento: $n = 3$ (5%). Carga viral pretratamiento: 5.500.000 (615-7.700.000) UI/mL.

Tasas de respuesta: RV fin tratamiento: $n = 40$ (70%). RVS: $n = 30$ (52,6%). RV precoz a 3º mes (RVP): $n = 36$ (67%). Reducciones de tratamiento: $n = 16$ (28%) [Reducciones IFN: $n = 16$ (28%); reducciones ribavirina $n = 23$ (40%)]. Empleo de EPO: $n = 23$ (40%) y Neupogen: $n = 17$ (30%). Interrupción prematura del tratamiento por efectos adversos o no respuesta: $n = 28$ (49%). Variables asociadas con RVS: en el análisis univariante: RVP ($p = 0,0001$; con VPP 75% y VPN 16,7%); genotipo (RVS en G 1: 47% vs. 87,5% en G 2-3; $p = 0,054$); interrupción IFN ($p = 0,002$); interrupción ribavirina ($p = 0,02$); interrupción tratamiento antes de tiempo (32 vs. 75%; $p = 0,002$); cumplimiento regla 80 x 80 x 80 en los primeros 3 meses (68 vs. 38%, $p = 0,024$); cumplimiento 80 x 80 x 80 durante todo el tratamiento (82 vs. 40%, $p = 0,004$); carga viral pre-tratamiento ($p = 0,027$), edad donante ($p = 0,049$). Las variables: histología pre-tratamiento, eritropoyetina, neupogen, tratamiento antiviral en el pasado, IMC, edad, IS, tiempo entre TH y tratamiento, sexo, reducción IFN, reducción ribavirina no se asociaron con RVS. En el análisis multivariante, solamente la RVP ($p = 0,01$) y la suspensión de tratamiento antes de tiempo ($p = 0,020$) se asociaron independientemente con la RVS.

Conclusión: El tratamiento antiviral con interferón pegilado y ribavirina se muestra eficaz en un porcentaje sustancial de trasplantados hepáticos por VHC. La ausencia de RVP es altamente predictiva de no respuesta al tratamiento.

EDP0032 - PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA (EHGNA) SEGÚN LA CLASIFICACIÓN EMPLEADA

Seijo Ríos S, Molina E, Martínez-Olmos M¹, Fernández-Castroagudín J, Fernández E¹, Macías F, Iglesias J
Servicios de Aparato Digestivo y ¹Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña

Introducción: Se propone la EHGNA como un criterio de síndrome metabólico siendo la resistencia a la insulina el nexo entre ambos. Son utilizadas diferentes clasificaciones en el diagnóstico de síndrome metabólico, siendo la ATP-III e IDF-2005 las más empleadas. Desconocemos si la prevalencia de síndrome metabólico según la clasificación empleada o la de los criterios que las componen varían en pacientes con EHGNA.

Objetivo: Valorar la prevalencia de síndrome metabólico y de cada uno de sus criterios según la clasificación de la ATP-3 e IDF-2005 en una serie de pacientes diagnosticados de EHGNA.

Pacientes y métodos: Son valorados 66 pacientes (43 hombres y 23 mujeres) con edad media de $47,55 \pm 10,88$ años diagnosticados de EHGNA en 2006 tras estudio por hipertransaminasemia y/o hepatomegalia, descartándose otras causas de hepatopatía crónica, con hallazgos ecográficos compatibles y factores metabólicos asociados. Fueron determinados: glucemia plasmática basal, TA, triglicéridos, HDL-colesterol y perímetro de cintura. Se diagnosticó síndrome metabólico cuando se presentaron ≥ 3 criterios en cada clasificación.

Resultados: Presentaron síndrome metabólico 34 pacientes (51,5%) según ATP-3 y 34 (51,5%) según IDF-2005 sin diferencias significativas en el diagnóstico según la empleada ($p = 0,99$). 43 pacientes (65,2%) presentaban glucemia basal elevada, 42 (63,6%) TA $> 130/85$, 24 (36,4%) triglicéridos > 150 mg/dl, 28 (42,4%) HDL-colesterol < 40 g/dl en hombres o < 50 g/dl en mujeres. 43 pacientes (65,2%) presentan un perímetro de cintura ≥ 102 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres según ATP-3 y 56 (84,8%) ≥ 94 cm en hombres y ≥ 80 cm en mujeres según IDF-2005 con diferencia significativa entre ambas ($p < 0,01$) y con respecto al resto de criterios ($p < 0,01$). Existieron diferencias significativas entre los criterios relacionados con el metabolismo glucídico (glucemia basal y perímetro de cintura) con respecto a los relacionados con el metabolismo lipídico (triglicéridos y HDL-colesterol). Valorados los criterios y el diagnóstico de síndrome metabólico en pacientes con transaminasas altas o normales no existieron diferencias significativas en ninguno de los parámetros evaluados.

Conclusiones: No se observaron diferencias significativas en la prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con EHGNA según la clasificación empleada en el diagnóstico. El perímetro de cintura, relacionado con la resistencia a la insulina, según IDF-2005 está presente en el 84,8% de pacientes con diferencia significativa con respecto a los restantes criterios ($p < 0,01$). Los criterios relacionados con el metabolismo lipídico son los de menor prevalencia en nuestros pacientes con diferencia significativa con respecto a los restantes ($p < 0,01$).

EDP0033 - INFECCIÓN CRÓNICA POR VHC GENOTIPO 3, COLESTEROL Y FERRITINA EN PLASMA, HALLAZGOS HISTOLÓGICOS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Agreda China M, Ladero Quesada JM
Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Antecedentes y objetivos: La esteatosis hepática es frecuente en la hepatitis crónica por VHC, aunque los mecanismos patogénicos son diferentes para el genotipo viral 3 que para los restantes. La esteatosis hepática secundaria al genotipo 3 es más intensa y se debe a un mecanismo citopatogénico y no citotóxico, que interfiere con la produc-

ción de lipoproteínas y con los niveles de lípidos plasmáticos. Por otra parte, la sobrecarga férrica hepática parece frecuente en la hepatitis C y puede influir sobre el pronóstico y la respuesta al tratamiento.

Este estudio revisa la experiencia de nuestro servicio en la hepatitis crónica por VHC genotipo 3 en lo relativo a la posible relación entre parámetros analíticos, especialmente colesterolemia y ferritinemia, afectación histológica y respuesta al tratamiento.

Material y método: Estudio de todos los enfermos con hepatitis crónica C genotipo 3 atendidos en la consulta monográfica de hepatitis vírica del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico San Carlos desde octubre de 1999 hasta febrero de 2006. Se recogieron datos demográficos, epidemiológicos, analíticos, virológicos, histológicos y de respuesta al tratamiento. Como controles se han seleccionado pacientes equiparables infectados por genotipo 1.

Resultados: Se identificaron 83 enfermos infectados por genotipo 3 (55 varones) de los cuales 62 fueron sometidos a biopsia hepática y 71 han iniciado tratamiento (ya finalizado en 56). Se detectó una mayor prevalencia y gravedad de la esteatosis en los enfermos con genotipo 3 que en los infectados por genotipo 1. Igualmente hay una hipocolesterolemia relativa en los enfermos con genotipo 3, que se corrige tras tratamiento ($p = 0,002$). Los sujetos con esteatosis muestran cifras más elevadas de AST ($p = 0,017$), ALT ($p = 0,006$) y colesterol ($p = 0,068$, ns). Sólo un enfermo tenía hierro tingible en hígado. La ferritinemia basal estaba elevada en 7 de los 32 enfermos en los que se determinó y subía significativamente durante el tratamiento, normalizándose después.

Conclusión: La infección por VHC genotipo 3 induce directamente hipocolesterolemia y se asocia con esteatosis hepática, pero no parece hacerlo con siderosis hepática. El aumento de ferritinemia durante el tratamiento se debe, probablemente, a su carácter de reactante de fase aguda.

EDP0034 - EVOLUCIÓN CLÍNICA E HISTOLÓGICA EN 14 PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICA

Arribas Miranda C, Pérez-Carreras M, López-Alonso G¹, Lora D², López J, Colina F¹, Castellano G, Solís JA
Servicios de Aparato Digestivo, ¹Anatomía Patológica, y ²Estadística y Epidemiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid

Introducción: La enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) incluye tres estadios: esteatosis, esteatohepatitis y cirrosis. Existen pocos estudios prospectivos que analicen la historia natural de esta enfermedad y los factores de riesgo asociados a su progresión.

Objetivos: a) Determinar los cambios metabólicos, bioquímicos e histológicos en un grupo de pacientes con EHG-

NA durante su seguimiento; b) identificar los factores asociados a la progresión histológica de esta enfermedad.

Métodos: Se incluyeron 14 pacientes con diagnóstico histológico de EHGNA, 12 varones/ 2 mujeres, de 50 ± 7 años, seguidos de forma prospectiva durante $4,35 \pm 2$ años, momento en que se realizó una segunda biopsia hepática percutánea (BHP). Se analizaron las diferencias en los parámetros metabólicos, bioquímicos e histológicos entre ambas BHP.

Resultados: No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el IMC, porcentaje de pacientes con HTA, dislipemia, diabetes o síndrome metabólico. Tampoco en los valores de las transaminasas, perfil lipídico ni férrico. La glucemia, insulinemia y HOMA fueron mayores en el momento de la 2ª BHP, aunque sin significación estadística. En la histología inicial, el 57% (8/14) de pacientes tenía una esteatosis leve, en el 92% (13/14) la inflamación era leve, el 43% (6/9) presentaba una fibrosis en estadio inicial y el 21% tenía un NAS ≥ 5 . En la BHP de control, el grado de esteatosis aumentó en 3 pacientes (21%) y no se modificó en 6 (43%), la inflamación progresó en 1 (7%), sin cambiar en 12 (86%), la fibrosis empeoró en 1 enfermo (7%) y el NAS en 3 (21%). Ninguno de estos cambios histológicos mostró significación estadística. Se obtuvo una correlación positiva del cociente GOT/GPT ($p < 0,02$) y negativa de los niveles de HDL-colesterol ($p < 0,001$) basales con la inflamación y la fibrosis de la 2ª BHP, respectivamente. El único paciente en el que progresó la fibrosis, el HOMA era >3 y la insulinemia >15 .

Conclusiones:

1. El 21% de pacientes con EHGNA presenta progresión de la esteatosis y de la puntuación NAS.
2. No existe progresión de la inflamación ni de la fibrosis en más de 2/3 de los sujetos con EHGNA.
3. El cociente GOT/GPT se correlaciona de forma positiva con la evolución del grado de inflamación.
4. La insulinemia e insulinorresistencia (HOMA) y los niveles bajos de HDL-colesterol se asocian con la progresión de la fibrosis.
5. Se necesita incluir un mayor número de pacientes y prolongar el tiempo de seguimiento para poder conocer mejor la historia natural de esta enfermedad.

EDP0035 - EL IFN-BETA (IFNb) ESTIMULA LA EXPRESIÓN GENÉTICA DE LA METALOPROTEINASA-13 (MMP-13) CON LA MEDIACIÓN DEL FACTOR DE TRANSCRIPCIÓN PEA-3

Díaz Sanjuán T, García Ruiz I, Rodríguez Juan C, Pozo L, Solís Muñoz P, Solís Herruzo JA
Centro de Investigación. Servicio de Gastroenterología. Hospital 12 de Octubre. Madrid

Introducción: En pacientes con hepatitis crónica C tratados con interferón se ha observado una disminución del

grado de fibrosis hepática a pesar de que no exista una respuesta viral.

Objetivos: Conocer si el interferón beta (IFNb) tiene efectos antifibrogénico e identificar los mecanismos de estos presuntos efectos.

Material y métodos: Todos los estudios han sido realizados en cultivos primarios de células estrelladas del hígado de rata expuestos o no a 500 UI/ml de IFNb.

Resultados: a) El IFNb provocó un aumento significativo de la expresión de la MMP-13 que fue dependiente de la dosis y tiempo de tratamiento. Este estímulo fue confirmado en células transfectadas con un plásmido regulado por el promotor de la MMP-13, b) en células transfectadas con un plásmido regulado por el elemento AP1 no respondieron al IFNb, lo que indica que el factor AP1 no interviene en los efectos del IFNb; c) pruebas de retraso de movilidad del ADN mostraron que el IFNb aumenta la unión del factor PEA-3 al ADN. Anticuerpos anti-PEA-3 y anti-STAT-1 mostraron que en los complejos ADN-extractos nucleares existe PEA-3 y STAT-1; y d) el IFNb provocó la fosforilación en tirosina de PEA-3 y el silenciamiento (siRNA) de JAK-1 y de PEA-3 anuló los efectos del IFNb sobre la MMP-13. Igualmente estos efectos no se observaron en células transfectadas con un plásmido en el que el elemento PEA-3 había sido mutado.

Conclusiones: El IFNb provoca un marcado aumento de la expresión genética de la MMP-13 a nivel transcripcional lo cual puede justificar el descenso de la fibrosis hepática que se puede observar en pacientes tratados con el IFN. Este efecto está mediado por el factor de transcripción PEA-3 tras haber sido activado (fosforilado en tirosina) por JAK-1. La unión de PEA-3 al ADN se realiza con la cooperación de STAT-1.

EDP0036 - PAPEL DE LA PROTEÍNA BCRP/ABCG2 EN EL TRANSPORTE CANALICULAR DE DERIVADOS DE ÁCIDOS BILIARES

García Blázquez A, Briz Sánchez O, Serrano García MA, García Marín JJ

Laboratorio de Hepatología Experimental y Vectorización de Fármacos (HEVEFARM). CIBERhd. Universidad de Salamanca

En la membrana canalicular se expresan proteínas ABC como la BSEP, responsable de la secreción de ácidos biliares (ABs), la MRP2, que exporta fármacos y bilirrubina conjugada y la BCRP cuyo papel en esta localización se desconoce. Por lo que se investigó si podría estar implicada en la secreción biliar de derivados de ABs. Para ello se microinyectaron oocitos de *Xenopus laevis* con el mRNA de un transportador (Oatp1/1a1) y una bomba exportadora (BCRP, Bsep o Mrp2). Como sustratos en estudios de cap-

tación por estas células se utilizaron ABs no conjugados (cólico) y conjugados (glicocólico, taurocólico, taurodesoxicólico, tauroquenosodesoxicólico, taurosodesoxicólico) y el derivado colilglicilamido fluoresceína (CGamF). La captación de ABs se incrementó por expresión en oocitos de Oatp1/1a1. La coexpresión con Bsep, pero no con BCRP, redujo el contenido celular de ABs no conjugados y conjugados con glicina o taurina. Al contrario de lo que ocurría en oocitos que expresaban atp1/1a1 + Mrp2, la coexpresión Oatp1/1a1 + BCRP redujo el contenido celular de CGamF, lo que se prevenía mediante ciclosporina A. La capacidad de transportar CGamF por BCRP se comprobó en células WIF-B9/R, que forman estructuras similares a los canalículos biliares y que sobreexpresan BCRP. Estas células fueron capaces de captar y secretar a los canalículos biliares CGamF. Cuando se investigó el efecto del verapamilo, probenecid, taurocolato y Hoechst 33342, el mayor efecto inhibidor del flujo de CGamF lo ejerció el Hoechst 33342, un sustrato de la BCRP. En conclusión, la BCRP puede jugar un papel en la secreción canalicular de derivados de ácidos biliares.

EDP0037 - FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA BASALES EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CON PEG-INTERFERÓN Y RIBAVIRINA

Cuenca Alarcón F, López Alonso G, Devesa M, Fernández C¹, Ortega L², Suárez A³, Ladero J, Díaz-Rubio M *Servicios de Aparato Digestivo, ¹Medicina Preventiva, ²Anatomía Patológica y ³Microbiología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid*

Introducción: La tasa de respuesta viral sostenida (RVS) con el tratamiento actual de la hepatitis C (interferón pegilado y ribavirina) es tan sólo del 40% en el genotipo 1, no exento de efectos secundarios y un elevado coste. La disponibilidad de factores predictores de respuesta basales, nos permitirían seleccionar de forma más adecuada los pacientes con mayores posibilidades de alcanzar dicha respuesta.

Objetivo: Identificar factores de predicción de respuesta basales en el tratamiento de la hepatitis crónica por virus C (HCC) con interferón-pegilado y ribavirina.

Material y métodos: 252 pacientes (158 hombres, media de edad 45 años) con HCC con genotipo 1, tratados con PEG-IFN y ribavirina durante 48 semanas, en la Unidad de Hepatología del Servicio de Aparato Digestivo, Área 7 de Madrid. Registro de los datos demográficos y epidemiológicos, parámetros analíticos e histológicos basales, y comprobación posterior de la RVS a los seis meses de finalizar el tratamiento o del fracaso terapéutico.

Resultados: Los pacientes con RVS fueron significativamente más jóvenes, con menor carga viral, sin esteato-

sis y grados de fibrosis 0-2 en el análisis histológico. En el análisis univariante las variables bioquímicas basales asociadas a fracaso terapéutico con significación estadística fueron: el cociente AST/ALT, colesterolemia y GGT elevados, y plaquetas bajas. En el análisis multivariante: los niveles de GGT y el cociente AST/ALT elevado. El valor predictivo del modelo mejora al introducir el valor de ALT de la segunda semana.

Conclusiones: Datos basales demográficos, bioquímicos e histológicos fácilmente disponibles permiten seleccionar los candidatos con mayor posibilidad de respuesta al tratamiento combinado de la hepatitis crónica por virus C.

EDP0038 - ENFERMEDAD DE CAROLI DURANTE 14 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

Álvarez Suárez B, Botella Mateu B, Peñas García B, Garrido Botella A, Fernández Puga N, Calleja Peinado JL, Barrios Peinado C, Sánchez Turrión V¹, Abreu García LE *Servicios de Gastroenterología y Hepatología y ¹Cirugía General. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid*

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas, diagnóstico, tratamiento, complicaciones y supervivencia de los casos de enfermedad de Caroli que se diagnosticaron en 14 años en el Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de enfermedad y síndrome de Caroli entre los años 1993-2007.

Resultados: Durante este tiempo fueron diagnosticados en nuestro centro 6 pacientes que cumplían criterios de enfermedad de Caroli. De estos, el 67% eran mujeres y el 33% hombres con una edad mediana en el momento del diagnóstico de 32 años. El 50% debutó con colangitis y un 83% con datos analíticos de colestasis. El diagnóstico fue radiológico en dos casos (uno por TC y el otro por RMN) y los cuatro restantes endoscópico, mediante realización de CPRE. De estos pacientes, la afectación era bilobar en un 67% y el resto, monolobar izquierda. El tiempo entre el diagnóstico y la realización de un tratamiento quirúrgico fue de 11 meses (mediana) durante los cuales un paciente recibió tratamiento con AUDC y ninguno presentó crisis de colangitis. Se realizó tratamiento quirúrgico en 5 de los 6 pacientes ya que uno de los pacientes falleció por otra causa. Se realizaron dos lobectomías izquierdas y tres trasplantes hepáticos en función de afectación monolobar o bilobar. La indicación de trasplante hepático fue hepatopatía crónica terminal. Los tres pacientes trasplantados presentaron complicaciones propias del trasplante (un derrame pleural, una infección de la herida quirúrgica y

una fuga biliar que requirió reintervención); no hubo complicaciones en las resecciones quirúrgicas. En todas las piezas quirúrgicas se confirmó el diagnóstico y se descartó la presencia de colangiocarcinoma y fibrosis hepática congénita. El periodo medio de seguimiento es de 81 meses. En nuestra serie la supervivencia actuarial a los siete años es del 50%.

Conclusiones: La enfermedad de Caroli es una patología poco frecuente. El diagnóstico en nuestra serie fue principalmente endoscópico y radiológico. La lobectomía es un tratamiento curativo en la enfermedad de Caroli monolobar; y en pacientes con enfermedad difusa el trasplante hepático presenta buenos resultados a largo plazo.

EDP0039 - CORRELACIÓN DE LAS PRUEBAS Y TÉCNICAS DE IMAGEN CON LA SOBRECARGA DE HIERRO HEPÁTICA EN LAS HEPATOPATÍAS CRÓNICAS

Costero Pastor AB, Díez Pérez-Vacas MI¹, Méndez A, del Pozo D, Borrego G, Beceiro I, Fraile E¹, Poves Martínez E *Servicios de Aparato Digestivo y ¹Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid*

Existen varios estados de sobrecarga de hierro, hemocromatosis hereditaria, la sobrecarga secundaria de Fe... La sobrecarga de Fe en otras enfermedades hepáticas crónicas (hepatitis B y C, enfermedad hepática inducida por alcohol, porfiria cutánea tarda y esteatosis) es frecuente, y a veces de interés pronóstico. La necesidad de encontrar métodos fiables y no invasivos para evaluar los niveles de Fe hepático ha llevado a algunos autores a evaluar la rentabilidad de la resonancia magnética en pacientes con hepatopatías con baja o moderada siderosis.

Se incluyen los pacientes biopsiados entre mayo 2003 y diciembre 2004. La cuantificación de hierro en tejido hepático se determina por espectrofotometría de absorción atómica/cámara de grafito y se cuantifica en microgramos/gramo, siendo los valores de referencia del laboratorio utilizado entre 530-1.600 mcg/g. A los pacientes incluidos se les realiza una RM, para cuantificar los depósitos de hierro en parenquima hepático en las 24 horas siguientes a la biopsia hepática, y se utilizan en la determinación los criterios utilizados por la Universidad de Rennes ($N < 36$ mcmmol/g). Se incluyen 37 pacientes, 23 varones y 14 mujeres, con edad media de 42,5 años. 27 (63,6%) presentan una hepatopatía secundaria a infección por VHC, el resto: hepatitis crónica VHB, hepatitis autoinmune, hepatitis alcohólica, esteatosis o esteatohepatitis no alcohólica, y otros. ALT y AST, oscilan entre 23 y 225 mg/dl, y entre 21 y 64 mg/dl. La ferritina sérica oscila entre 40 a 918 mg/dl, media de 268. Fe en tejido hepático las cifras oscilan entre 115 y 1.525 mg/g de peso seco o lo

que es lo mismo entre 2 y 27 mmol/g de peso seco, media de 471 y 8,38 respectivamente. Los resultados obtenidos en la RM las cifras van de 25 a 80 mmol/gr, media de 46,7. La correlación entre el depósito de Fe de la biopsia hepática y la ferritina sérica presenta un índice de 0,25, siendo este índice de 0,04 entre los hallazgos de RM y ferritina, y 0,65 para la RM y los depósitos de Fe en tejido hepático. En conclusión, para depósitos de Fe en tejido hepático en rangos normales o levemente elevados, la RM no tiene una buena correlación con la cuantificación sobre tejido hepático obtenido por biopsia, no pudiendo de momento sustituir a la misma en aquellos casos de diagnóstico dudoso, con cifras de ferritina elevada que no se corresponden con aumento de los depósitos de Fe en tejido hepático.

EDP0040 - DRENAJE PERCUTÁNEO ECODIRIGIDO COMO TRATAMIENTO DE ABSCEOS HEPÁTICOS

Infantes Hernández JM, Torres Domínguez Y, García Fernández FJ, Piñar Moreno AL, Mendoza Olivares FJ, Alcázar Guijo FJ *Servicio de Aparato Digestivo. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla*

Introducción: El hígado es susceptible al contacto con antígenos microbianos diversos. De forma esporádica es asiento de infecciones que generan abscesos. El tratamiento de los mismos se basa tradicionalmente en antibioterapia empírica y/o específica, pudiendo verse apoyada por técnicas diversas de drenaje. Realizamos en nuestro servicio estudio prospectivo del empleo de drenajes percutáneos ecodirigidos.

Material y método: Se han realizado 6 intervenciones sobre otros tantos pacientes, 4 hombres y 2 mujeres. Todos diagnosticados de abscesos hepáticos de presentación aguda y con manifestaciones clínicas floridas. En todos se había comenzado tratamiento antibiótico empírico. Edades comprendidas entre los 50 y 76 años (media 61,8 años).

Previo a la actuación se realizó ecografía y TAC abdominal con contraste oral e intravenoso. El procedimiento se lleva a cabo en sala de ecografía digestiva en nuestro servicio por dos especialistas con experiencia en ecografía intervencionista. Inicialmente se practica ecografía doppler y PAAF de la lesión con control ecográfico y extracción de material confirmando macroscópicamente su naturaleza. El tamaño de los abscesos drenados osciló entre los 8 y 13 cm. Seguidamente se realiza instalación de drenaje percutáneo con visión ecográfica continua, siguiendo técnica de Schüller, dejando instalado catéter tipo pig-tail de 9 French. El contenido de la lesión fue enviado en todos los casos para estudio citológico y microbiológico. El

catéter es retirado por los mismos exploradores tras comprobación de un débito menor de 50 cc en 24 horas y tras haber cerrado el drenaje un día antes de su extracción.

Resultados: No se produjeron complicaciones derivadas de la técnica propias de la ecografía intervencionista. Todos los pacientes quedaron afebriles en las 48 horas posteriores a la colocación del drenaje. Pudo retirarse el catéter, según criterios expuestos, en una media de 7,6 días. La etiología microbiológica correspondió a 2 abscesos amebianos (33%), 2 por gram positivos/anaerobios (33%), 1 gram negativo/anaerobio (16,5%) y 1 con cultivo negativo (16,5%). En todos los casos se resolvió la enfermedad sin necesidad de intervención quirúrgica.

Conclusiones:

1. El drenaje percutáneo ecodirigido en los abscesos hepáticos realizado en un Servicio de Aparato Digestivo resulta una técnica segura.
2. Los pacientes con abscesos hepáticos en los que realiza drenaje percutáneo evitan procedimiento que precisan anestesia general en nuestra serie.
3. Es útil como tratamiento coadyuvante en la resolución de la enfermedad.

EDP0041 - RESULTADOS DE NUESTRO CENTRO DEL TRATAMIENTO CON LAMIVUDINA EN LA HEPATITIS CRÓNICA B

López Ortega S, López Vega MC, Fernández Castañer A, Andrade Bellido RJ, Cueto Torreblanca I
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

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

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

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

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

PÁNCREAS Y VÍA BILIAR

ECP0001 - HAMARTOMAS BILIARES (COMPLEJOS DE VON MEYENBURG). HALLAZGOS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS EN UNA SERIE DE 10 CASOS

Muro Carral N, Zapata Morcillo E¹, Arriola Manchola A, Fernández Fernández J², Castiella Eguskiza A¹, Beldarrain MJ³, Garmendia G³, Poch M³, Mujika G³, Elósegui E, Montalvo I, Utrilla E⁴
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Donostia. San Sebastián. ¹Hospital de Mendaro. ²Hospital de Galdakao. ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital de Donostia. San Sebastián. ⁴Medicina de Familia. Centro de Salud de Zarautz. Guipúzcoa

Introducción: Los hamartomas biliares (complejos de Von Meyenburg –CVM–) son una entidad clínica benigna, que generalmente se encuentran de forma casual en pacientes a los que se les está estudiando por otros motivos. Suelen ser asintomáticos y la histología revela canalículos biliares redondeados, con epitelio cuboideo y con frecuencia conteniendo bilis. Estas estructuras biliares están inmersas en un estroma colágeno maduro y se suelen hallar

junto o en los espacios porta. El diagnóstico diferencial se debe hacer con otras enfermedades hepáticas como la esteatosis hepática multinodular, hepatocarcinoma difuso, múltiples quistes hepáticos, metástasis de pequeño tamaño, y múltiples microabscesos.

Objetivo: Presentar los hallazgos clínicos y radiológicos en 10 pacientes con CVM.

Material y métodos: 10 pacientes diagnosticados de CVM en nuestros hospitales: 8 hombres, 2 mujeres. Edad con rango entre 53 y 79 años (67,9 media). Las lesiones hepáticas fueron halladas accidentalmente cuando a los pacientes se les practicó cirugía por carcinoma renal y teratoma quístico de ovario (casos 1-2) y estudio con eco y/o TAC por dolor abdominal, elevación de GGTP, astenia en un paciente con leucemia linfóide crónica, control urológico, ingreso por hemorragia digestiva alta, dolor abdominal y elevación transaminasas, elevación de bilirrubina y estudio preoperatorio aneurisma de aorta (casos 3-10). Se llevó a cabo RMN en 7 casos. En 2 casos (casos 1 y 3) se hizo biopsia hepática.

Resultados: La ecografía abdominal mostró múltiples lesiones pequeñas hipo- e hiperecoicas de menos de 10 mm con ecos múltiples en cola de cometa en 3 de 9 pacientes. Los otros 6 tenían múltiples imágenes micronodulares distribuidas por todo el hígado. La TAC evidenció múltiples lesiones hipodensas en todo el hígado en 8 pacientes. En 7 pacientes se realizó RMN objetivándose múltiples imágenes micronodulares hiperintensas en T2 y STIR e hipointensas en las otras secuencias (típicamente en T1), sin captación de contraste, altamente sugestivas de CVM. La AP de los casos 1 y 3 fue de CVM.

Conclusión: Los CVM son lesiones benignas que generalmente cursan de forma asintomática y son encontrados accidentalmente. La RMN y la ECO (imágenes cola de cometa) aportan los datos más relevantes para establecer un diagnóstico de CVM evitando métodos más cruentos.

ECP0002 - MANEJO DEL ÍLEO BILIAR EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

Rodríguez Velasco G, Mendía E, Priego P, Losa N, García Teruel D, Aláez AB, Fresneda V
Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: El íleo biliar es una complicación infrecuente de la litiasis biliar que se presenta como una obstrucción intestinal por a la impactación de uno o más cálculos en la luz intestinal debida a una comunicación anómala entre la vía biliar y el tracto gastrointestinal, más frecuentemente a nivel duodenal. Generalmente debuta como un cuadro obstructivo, representando entre el 1 y el 4% de las obstrucciones intestinales en el adulto, porcentaje que aumenta a partir de los 65 años.

La presencia de dilatación de asas de intestino delgado, aerobilia y litiasis biliar ectópica (triada de Rigler) en la radiografía simple de abdomen es patognomónica sin embargo sólo aparece en aproximadamente el 40% de los casos.

Al afectar habitualmente a pacientes ancianos, con múltiples patologías asociada, el retraso diagnóstico y la demora terapéutica son muy frecuentes, aumentando la morbimortalidad de manera considerable.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de la serie del hospital en los últimos 20 años.

Datos recogidos: edad, sexo, antecedentes personales, antecedentes de patología biliar, clínica de presentación, pruebas complementarias, diagnóstico preoperatorio, intervención, duración de la cirugía, localización de la obstrucción, tamaño y número de cálculos, complicaciones intraoperatorias, morbimortalidad, estancia hospitalaria.

Resultados: En 20 años hay registrados 36 enfermos, 31 mujeres (86%) y 5 hombres (14%) con una edad media de 76,5 años (51-93). La gran mayoría de enfermos presenta patología médica asociada, y la forma más frecuente de presentación es la obstrucción intestinal. Como estudio preoperatorio se realiza en el 100% de los casos analítica y radiografía de abdomen, siendo la siguiente prueba en frecuencia la ecografía abdominal. El diagnóstico preoperatorio más frecuentemente realizado fue el de obstrucción intestinal seguido de íleo biliar, abdomen agudo y tumoración intestinal (1 caso). En todos los casos el tratamiento fue quirúrgico, optándose en la mayoría de las ocasiones por la enterotomía y la extracción del cálculo, sólo en el 21,62% de los casos se realiza reparación de la fístula biliodigestiva y es en estos casos donde se recogen mayor número de complicaciones posquirúrgicas.

Discusión: El íleo biliar es una urgencia quirúrgica que afecta predominantemente a mujeres de edad avanzada y con pluripatología asociada. En la mayoría de las ocasiones el diagnóstico es intraoperatorio planteándose la duda de si tratar de forma simultánea o diferida la fístula biliodigestiva. Dadas las características de estos enfermos lo habitual es tratar únicamente la obstrucción intestinal y dejar para un segundo tiempo, si fuera necesario, el tratamiento de la fístula.

ECP0003 - INSULINOMA PANCREÁTICO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Priego P, Sanjuanbenito A, Martínez Molina E, Lobo E, Morales V, Rodríguez Velasco G, Fresneda V
Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: El insulinoma es el tumor endocrino pancreático más frecuente. Su diagnóstico preoperatorio ha sido motivo de controversia durante muchos años. El

objetivo del trabajo es evaluar la experiencia del Hospital Ramón y Cajal en el manejo diagnóstico y terapéutico de este tipo de tumores.

Material y métodos: En el periodo comprendido entre enero de 1999 y julio de 2006 fueron intervenidos en nuestro hospital 12 pacientes (9 mujeres y 3 varones) con el diagnóstico de insulinoma, con una edad media de 56 años (16-72 años).

Resultados: La gammagrafía con octreótido nos permitió realizar el diagnóstico en el 33,3% de los casos, el TAC abdominal en el 83,3% y la ecoendoscopia en el 100%.

El 100% de los insulinomas fue diagnosticado durante la cirugía gracias al uso de la ecografía intraoperatoria. En todos los casos se realizó la excisión completa del tumor, mediante 9 enucleaciones y 3 pancreatectomías distales. Dos pacientes presentaron una fístula pancreática y otro un pseudoquistes pancreático que se resolvieron de forma conservadora. La tasa de curación fue del 100%. El seguimiento fue de 48 meses, no encontrándose ningún caso de recidiva.

Conclusión: En nuestra experiencia, creemos aconsejable la realización de TAC abdominal y ecoendoscopia como pruebas previas a la cirugía. Sin embargo, la técnica de elección sería la palpación del páncreas y la realización de una ecografía intraoperatoria.

La cirugía es curativa en el 100% de los casos y la técnica efectuada dependerá del tamaño, localización y distancia del tumor al conducto pancreático, así como su relación con el síndrome MEN-1.

ECP0004 - EFECTO SINÉRGICO DE DIFERENTES MARCADORES PRONÓSTICOS DE GRAVEDAD EN LA PANCREATITIS AGUDA

Domínguez Jiménez JL, Puente Gutiérrez JJ, Marín Moreno M, Bernal Blanco E, Naranjo Rodríguez A¹
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Alto Guadalquivir. Andujar, Jaén. ¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

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

Objetivos: Evaluar la eficacia predictora de gravedad de la unión de distintos marcadores pronósticos en la pancreatitis aguda [procalcitonina (PCT), proteína C reactiva (PCR) y las escalas Ranson, Glasgow modificado y APACHE-II].

Material y métodos: Estudio clínico, observacional, longitudinal y prospectivo sobre 101 pacientes consecutivos de ambos sexos ingresados en el Servicio de Aparato

Digestivo del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba con el diagnóstico de pancreatitis aguda desde noviembre del 2003. Todos los pacientes incluidos se encontraban en las primeras 24 horas de evolución, con niveles séricos de amilasa > 800 U/l. Se determinaron las variables precisas para valorar la PCT, PCR, Ranson, Glasgow y APACHE II durante el día 1 y 2. La gravedad de la pancreatitis se definirá de acuerdo a los criterios de Atlanta. La eficacia diagnóstica se midió con la sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN). Se consideró a $p < 0,05$ como significación estadística.

Resultados: En nuestra serie hay un total de 34 hombres y 67 mujeres, con unas edades comprendidas entre 28 y 85 años. La etiología de la pancreatitis aguda fue biliar en 73 casos, alcohólica en 6, idiopática en 21 y otras en 1 caso. Treinta y dos pacientes (31,7%) fueron diagnosticados de pancreatitis aguda grave, de los cuales 5 (5%) fallecieron. Tanto la PCT como la PCR y las escalas Ranson, Glasgow modificado y APACHE-II obtienen diferentes valores según la presencia o ausencia de gravedad en todos los tiempos de medición ($p < 0,001$). La unión de la PCT y PCR en el segundo día permite obtener una S 100% y VPN 100% cuando ambas son negativas ($PCT < 0,5$ ng/ml y $PCR < 120$ mg/l) y una E 91% y VPP 78% cuando ambas son positivas ($> 0,5$ y 120 , respectivamente). Sin embargo, cuando se une el APACHE II con la PCR o PCT aumenta el VPP 80-100%.

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

ECP0005 - HEMORRAGIA POSTESFINTEROTOMÍA ENDOSCÓPICA

Giráldez Jiménez MD, Naranjo Rodríguez A, Hervás Molina AJ, García Sánchez MV, Calero Ayala B, de Dios Vega JF
Unidad Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: La hemorragia es una complicación frecuente ($< 1-10\%$) de la esfinterotomía endoscópica (EE). La terapéutica endoscópica ha demostrado ser eficaz. No se conocen bien los factores relacionados con su control.

Objetivos: Analizar las características del sangrado postesfinterotomía e identificar factores relacionado con su control.

Pacientes y métodos: Todos los casos de hemorragia postesfinterotomía entre 1992 y 2006. Se clasificaron como inmediatos (durante la CPRE) y diferidos (exterioriza-

ción hemorrágica tras la CPRE). Se analizaron variables clínicas, endoscópicas y evolución clínica.

Resultados: Se registraron 88 hemorragias tras 3.933 EE (2,2%). La edad media fue de 71 años (16-95) y 45 (51%) eran mujeres. Cincuenta y tres (60,2%) tenían patología asociada y 36 (40,9%) cirugía previa. La indicación principal fueron síntomas biliares (76,1%) y el hallazgo más común coledocolitiasis (59,1%). En el 59,1% se realizó alguna otra técnica además de esfinterotomía, principalmente extracción de cálculos (39,8%). Hubo hemorragia inmediata en 51 (58%) (se inyectó adrenalina en 38) y diferida en 48 (54,5%) (se inyectó adrenalina en 18). Sólo 11 de las diferidas (22,8%) habían presentado sangrado inmediato. No se logró control hemorrágico en el 14,8%, siendo intervenidos el 10,2%. La mortalidad fue 5,6%. La cirugía previa se asoció con mal control de la hemorragia inicial y el sangrado grave con mal control de la diferida.

Conclusiones: La hemorragia postesfinterotomía es una complicación potencialmente grave. Se produjo en un 2,2% de nuestros pacientes. En sangrado inmediato no predice la hemorragia diferida. La cirugía previa se asocia con mal control hemorrágico. La gravedad del sangrado se asocia a peor control de la hemorragia diferida.

ECP0006 - IMPACTO DE LA MALDIGESTIÓN DE CARBOHIDRATOS Y EFECTO DEL TRATAMIENTO ENZIMÁTICO SUSTITUTIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA GRAVE

Domínguez Muñoz JE, Iglesias García J, Cigarrán B¹, Nieto L

Servicios de Aparato Digestivo y ¹Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña

Introducción: La maldigestión grasa con esteatorrea es clásicamente considerada como el problema clínico principal en pacientes con IPE secundaria a PC. Sin embargo, se desconoce el grado de malabsorción de carbohidratos que presentan los pacientes con IPE grave y el efecto que sobre la misma tiene el tratamiento enzimático sustitutivo.

Objetivo: Evaluar el impacto de la IPE grave sobre la digestión de carbohidratos en pacientes con PC, así como el efecto del tratamiento enzimático sustitutivo en este contexto.

Métodos: Estudio prospectivo, abierto, comparativo. Ocho sujetos sanos (rango de edad 28-43 años, 6 varones) y ocho pacientes con PC e IPE grave (coeficiente de absorción de grasa 66-86%, rango de edad 36-73 años, 5 varones) fueron incluidos. La digestión de carbohidratos fue evaluada mediante test de aliento con 13C-almidón. Tras ayuno nocturno, se administró una comida de prueba consistente en cinco magdalenas (50 g de harina de maíz, 14 g de grasa) y 300 ml de agua. Se recogieron muestras de aliento en tubos Exetainer® antes de la comida de prueba y

cada 30 minutos tras la misma durante 6 horas. El mismo test fue repetido 7 ± 2 días después, en sujetos sanos administrando acarbosa junto a la comida de prueba como modelo de maldigestión de carbohidratos, y en pacientes con PC tras la administración de tratamiento enzimático sustitutivo (40.000 Eur Ph U de lipasa/comida, Creon®, Solvay Pharmaceuticals). Se cuantificó el cociente $13\text{CO}_2/12\text{CO}_2$ mediante espectrometría de masas y se consideró el área bajo la curva de la totalidad de 13CO_2 exhalado durante las 6 horas como resultado del test, expresado como incremento sobre la basal (DOB/6 h). Se muestran los datos como media $\pm$ SD y se comparan mediante ANOVA.

Resultados: El resultado del test de aliento con 13C -almidón tiende a ser inferior en pacientes con IPE grave que en sanos ($746,8 \pm 296,5$ DOB/6 h vs. $1.030,4 \pm 386,6$ DOB/6 h; $p = 0,12$). El tratamiento enzimático sustitutivo aumenta ligeramente la digestión de carbohidratos en los pacientes ($929,8 \pm 718,6$ DOB/6 h, ns comparado con el test basal sin tratamiento). La administración de acarbosa conlleva una significativa reducción de la digestión de carbohidratos en sujetos sanos ($272,0 \pm 144,1$ DOB/6 h; $p < 0,001$ comparado con el test basal).

Conclusión: La digestión de carbohidratos está solo ligeramente reducida en pacientes con PC e IPE grave, sin que mejore significativamente con el tratamiento enzimático sustitutivo. La acción digestiva de la amilasa pancreática es compensada casi en su totalidad por mecanismos extrapancreáticos en pacientes con IPE grave.

ECP0007 - DEJAR DE FUMAR ES CLAVE PARA EVITAR LA PROGRESIÓN DE LA PANCREATITIS CRÓNICA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE COHORTE DE DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO

Iglesias García J, Lariño J, Domínguez Muñoz JE
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña

Introducción: El tabaco y el alcohol son factores de riesgo para el desarrollo de pancreatitis crónica (PC). El tabaco podría actuar potenciando el daño pancreático inducido por el alcohol. El efecto del abandono del consumo de cada uno de ellos en la evolución de la PC no es bien conocido.

Objetivo: Investigar el efecto del consumo de tabaco y alcohol en la progresión morfológica de la PC.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva 18 pacientes (16 varones, edad media 47 años, rango 38-61 años), diagnosticados de PC alcohólica por ultrasonografía endoscópica (USE). A todos los pacientes se les recomendó la abstinencia absoluta de alcohol y tabaco. Se realizó seguimiento clínico semestral. Una segunda USE fue realizada al menos 24 meses tras la USE diagnóstica ini-

cial por un ecoendoscopista ciego para los hábitos tóxicos de los pacientes. Se evaluaron los criterios USE para el diagnóstico de PC (criterios parenquimatosos: focos hiperecogénicos, bandas hiperecogénicas, lobularidad, quistes y calcificaciones; criterios ductales: dilatación, irregularidad, paredes hiperecogénicas, dilatación de colaterales y presencia de calcificaciones). Se recogieron los datos relacionados con el consumo de tabaco y alcohol. Los resultados se muestran como mediana, OR y 95% IC, comparados mediante el test de Wilcoxon para datos pareados y el test exacto de Fisher.

Resultados: El tiempo medio entre la primera y segunda USE fue de 27 meses (rango 24-41 meses). Se demostró progresión morfológica de la enfermedad en 10 pacientes (55,6%), en los cuales los criterios USE totales aumentaron de 6,5 (5-8) a 8 (6-9), los criterios ductales de 3 (2-4) a 4 (3-5) ($p < 0,005$), y los criterios parenquimatosos de 4 (3-4) a 4 (3-5) ($p < 0,05$). Seis de estos pacientes (60%) desarrollaron calcificaciones. La PC progresó únicamente en 1 de los 6 pacientes que dejaron de fumar (16,7%), pero en 9 de los 12 pacientes que siguieron fumando (75%). Por el contrario, la enfermedad progresó en 8 de los 13 pacientes que dejaron de beber alcohol (61,5%) y en 2 de los 5 pacientes que continuaron bebiendo (40%). El tabaco (OR: 15,0; 95%CI: 1,2-185,2; $p < 0,05$) pero no el alcohol (OR: 0,4; 95%CI: 0,05-3,43; ns) se asoció con la progresión de la PC.

Conclusión: El consumo de tabaco permite predecir la progresión a corto plazo de la pancreatitis crónica. Junto con la habitual recomendación de la abstención al alcohol, se debe considerar el cese en el consumo de tabaco como un objetivo prioritario en este grupo de pacientes.

ECP0008 - BIOPSIA VIRTUAL DEL PÁNCREAS MEDIANTE ELASTOGRAFÍA ECOENDOSCÓPICA: UN IMPORTANTE PASO ADELANTE

Iglesias García J, Lariño J, Domínguez Muñoz JE
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña

Introducción: Aunque la ultrasonografía endoscópica (USE) permite evaluar las lesiones pancreáticas con elevada sensibilidad, su eficacia en la diferenciación de lesiones malignas y benignas, sobre todo aquellas de pequeño tamaño, es más limitada. El desarrollo y aplicación de la elastografía ecoendoscópica permite analizar el grado de elasticidad tisular y, de esta forma, podría aportar información adicional sobre la naturaleza de la lesión subyacente.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la elastografía ecoendoscópica en el diagnóstico diferencial de las lesiones sólidas pancreáticas.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva 36 pacientes consecutivos (24 varones, edad media 61 años, rango 33-84 años) diagnosticados mediante USE de lesiones sólidas pancreáticas ($30,4 \pm 13,6$ mm de diámetro). La elastografía por USE fue realizada bajo sedación consciente mediante ecoendoscopia lineal Pentax EG-3830UT, acoplado al ecógrafo HITACHI 8500. Se evaluaron y clasificaron los hallazgos de la elastografía en cinco patrones (1 a 5) según la clasificación descrita previamente por Giovannini y cols. (Endoscopy 2006; 38: 344-8). Todos los pacientes fueron sometidos durante la misma exploración a punción guiada por USE para establecer el diagnóstico anatomopatológico definitivo (gold standard).

Resultados: El tumor estaba localizado en la cabeza pancreática en 29 pacientes, en el cuerpo en 5 y en la cola en 2 pacientes. El diagnóstico definitivo fue de masa inflamatoria en 16 pacientes (44,4%), adenocarcinoma en otros 16 (44,4%) y tumor endocrino en 4 casos (11,2%). Ningún paciente presentó patrón elastográfico de tipo 1, considerado como tejido normal. Todos los pacientes con patrón tipo 2 ($n = 13$ -36; 1%) presentaban una masa de carácter inflamatorio, todos aquellos con patrón tipo 4 ($n = 4$ -11; 1%) presentaban un tumor endocrino, y todos los pacientes con patrón tipo 5 ($n = 14$; 38,9%) presentaban un adenocarcinoma de páncreas. Cinco pacientes (13,9%) presentaban masas pancreáticas con un patrón elastográfico tipo 3, dos de ellos con adenocarcinoma y tres con lesión inflamatoria.

Conclusión: La presencia de patrones elastográficos tipo 2, 4 y 5, que engloba a casi el 90% de los casos de masas pancreáticas, podría permitir establecer el diagnóstico definitivo de dichas lesiones sin necesidad de punción. Por el contrario, la presencia de un patrón tipo 3 requiere confirmación anatomopatológica. La elastografía ecoendoscópica se presenta así como una herramienta muy eficaz en el diagnóstico diferencial de las lesiones sólidas pancreáticas, pudiendo ser considerada como biopsia virtual.

ECP0009 - CORRELACIÓN ENTRE DIFERENTES MARCADORES PRONÓSTICOS DE PANCREATITIS AGUDA

Galera Rodenas AB, Moreno Planas JM, Caramuto Martins A, Velasco Valcárcel AJ, García Guerrero J¹, Herrero Quirós C, Rivera Vaquerizo PA, Calvo Hernán F, Albéniz Arbizu E, Pérez Flores R
Servicios de Aparato Digestivo y ¹Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción: Es fundamental en el manejo del paciente con pancreatitis aguda (PA) el reconocimiento precoz de aquellos enfermos que van a desarrollar un curso evolutivo grave.

Objetivos: Evaluar la eficacia en la catalogación de la gravedad de la PA de los criterios de Ranson al ingreso hospitalario, la proteína C reactiva (PCR) > 150 mg/dl, la clasificación de Balthazar, y el score de puntuación del TAC, y establecer cuáles se correlacionan con mayor precisión con la evaluación de gravedad de PA basada en los criterios clínicos de Atlanta.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional, en el que se incluyeron aquellos pacientes ingresados en el Hospital General de Albacete por PA entre julio de 2005 y marzo de 2007. Se recogieron los criterios de Ranson al ingreso, la concentración sérica de PCR, y los resultados del TAC con contraste (en casos con sospecha inicial de mala evolución o dudas diagnósticas), y se compararon todos ellos con la clasificación de la severidad de la PA atendiendo a los criterios de Atlanta. Se empleó Chi cuadrado para comparar las distintas variables entre sí, usando como variable dependiente la clasificación de gravedad de Atlanta comparándola con Balthazar, score TAC, PCR mayor de 150 mg/dl y criterios de Ranson. La variable score por TAC se recodificó como variable dicotómica agrupando para el análisis las pancreatitis moderadas con las leves. Balthazar D y E se consideraron graves.

Resultados: Se analizaron 298 episodios de pancreatitis aguda, en 261 pacientes. Eran 144 varones (55,2%) y 117 mujeres (44,8%), edad media 64 años (mediana 70; rango: 15-95), estancia media hospitalaria 12 días (mediana 9 días) y cuya etiología fue biliar en 192 casos (64%) y enólica en 44 (14,8%). Cinco enfermos (1,9%) fallecieron durante el ingreso. La mortalidad hospitalaria (atendiendo al número de eventos de pancreatitis) fue 1,7%. Según el score de TAC 11 de 298 episodios (3,7%) se catalogaron como PA grave, según Balthazar 60 (20,1%), 89 (29,9%) según los criterios de Ranson, 72 (24,2%) según la PCR, y 64 (21,5 %) en base a criterios de Atlanta. Las variables que se correlacionaron estadísticamente con la variable principal fueron la gravedad atendiendo a Balthazar y la PCR > 150 mg/dl.

Conclusiones: En nuestro estudio la clasificación de Balthazar, y la proteína C-reactiva mayor de 150 mg/dl fueron las más precisas en la evaluación pronóstica de los enfermos con pancreatitis aguda grave.

ECP0010 - EL ENVEJECIMIENTO Y LA SEÑAL DE CALCIO EN EL PÁNCREAS EXOCRINO

Camello Almaraz C, Gómez-Pinilla PJ, Moreno Barrantes R, Pozo Andrada MJ, Camello Almaraz PJ
Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Extremadura. Cáceres

Introducción: Aunque existen estudios cambios en la señal de calcio asociados al envejecimiento del sistema nervioso central, es muy escasa la información en tejidos no excitables como el páncreas exocrino.

Objetivo: En este trabajo hemos estudiado los efectos del envejecimiento en las características espacio-temporales de las señales de calcio en células acinares pancreáticas de ratones adultos y senescentes.

Material y métodos: Los cambios en la concentración intracelular del ión calcio se cuantificaron en células acinares pancreáticas aisladas y cargadas con la sonda fluorescente fura-2AM mediante microscopía digital de fluorescencia. La secreción de la enzima amilasa pancreática se estudió en suspensiones celulares mediante un método colorimétrico. Ambas técnicas se aplicaron a células procedentes de ratones adultos y senescentes.

Resultados: En acinos de animales senescentes tanto la amplitud como la velocidad de subida de la concentración citosólica de calcio en respuesta al neurotransmisor acetilcolina (ACh) fue menor que en células de animales adultos. La propagación de la señal de calcio desde el polo luminal al basolateral, que es una característica de este tipo de células polares (ola de calcio), fue más lenta en células senescentes. Aunque en estos animales la amplitud de la señal de calcio en respuesta a la hormona colecistocinina (CCK) fue ligeramente menor, la velocidad de subida en los niveles de calcio y la velocidad de propagación espacial fue mayor que en adultos. El desarrollo de oscilaciones de calcio producidas por niveles posprandiales de CCK se vio dificultado en células senescentes, produciéndose generalmente una respuesta oscilatoria lenta y desorganizada. Tanto la recuperación de la concentración citosólica de calcio, como el tamaño de los depósitos y la entrada capacitativa de calcio fueron menores en células senescentes que en células adultas. Estos cambios en la señal de calcio se correlacionaron con un descenso de la respuesta secretora a ACh y CCK. Además, en animales senescentes la polarización y propagación de la señal de calcio mostró mayor sensibilidad a modificaciones experimentales de nuevos mensajeros implicados en la homeostasis del calcio.

Conclusión: El envejecimiento modifica la función exocrina del páncreas y la señal de calcio, estando esto último asociado a cambios en nuevas vías de señalización intracelular.

Financiado por la Consejería de Sanidad y Consumo (SCCSS0620) y el Ministerio de Educación y Ciencia (BFU2004-0637).

ECP0011 - EVALUACIÓN MORFOLÓGICA Y FUNCIONAL DEL CONDUCTO PANCREÁTICO MEDIANTE COLANGIOPANCREATO-RESONANCIA CON SECRETINA (CPRM-S) EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA ALCOHÓLICA

Pascual I, Soler J¹, Peña A, Añón R, Almela P, Pacheco G, Villagrasa R, Benages A
Servicios de Gastroenterología y ¹Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario. Universitat de València

Objetivos: Evaluar las características pancreatográficas y dinámicas del conducto pancreático principal (CPP) mediante CPRM-S en pacientes con pancreatitis aguda alcohólica (PAA) versus pacientes con pancreatitis crónica alcohólica (PCA) y sujetos sanos (GC).

Material y métodos: Estudio prospectivo (1/10/2001 a 31/07/2006) en: PAA (21 pacientes), ingresados por episodio de PAA, sin criterios clínicos ni radiológicos de pancreatitis crónica (ecografía y TC abdominal) con pruebas de función pancreática normales y PCA (definida o probable) (28 pacientes), con clínica compatible y criterios morfológicos (ecografía y/o TC) y/o insuficiencia pancreática exocrina. Como grupo control (GC), 16 sujetos sin patología pancreática ni alcoholismo. En todos se ha realizado CPRM-S, administrando 1 UI/kg de secretina i.v., realizando estudio minutado durante 10 min. Se han valorado los siguientes parámetros: diámetro del CPP basal, a los 3 y a los 10 min; número de segmentos del CPP visualizados; llenado duodenal a los 10 min (grado 0: no llenado; grado 1: bulbo; grado 2: hasta rodilla duodenal; grado 3: más allá de rodilla); visualización de conductos secundarios; estenosis del CPP; defectos de repleción; conducto accesorio y páncreas *divisum*.

Resultados: El diámetro del CPP basal, a los 3 y 10 min, es mayor ($p < 0,0001$) en el grupo PCA que en los grupos PAA y GC, no existiendo diferencias entre estos dos últimos. El porcentaje de variación entre el diámetro del CPP basal y a los 3 min es menor en PCA (35,5 %) que en PAA (52,3 %) y GC (52,5 %), sin alcanzar significación estadística. La secretina induce una mejoría significativa en la visualización del CPP entero en PAA y PCA. La tabla I muestra las características pancreatográficas postsecretina en los 3 grupos.

TABLA I

Parámetros valorados	PAA	PCA	GC
Conductos secundarios	6 (28,6%)	24 (85,7%)*	4 (25%)
Estenosis ductal	1 (4,8%)	21 (75%)*	0
Defectos intraluminales	0	9 (32,1%)*	0
Conducto accesorio	11 (52,4%)	21 (75%)	8 (50%)
Páncreas <i>divisum</i>	0	2 (7,1%)	1 (6,3%)

* $p < 0,005$

El llenado duodenal es menor en PCA ($p < 0,05$) respecto a PAA y GC. Un paciente con PAA presenta criterios de PCA (varias estenosis ductales) tras administrar secretina.

Conclusiones: La dinámica del CPP en la CPRM-S es similar en PAA y GC, con diferencias significativas respecto a la PCA. La CPRM-S mejora la eficacia diagnóstica en patología pancreática, permitiendo, en algunos casos el diagnóstico de PCA precoz.

ECP0012 - EXPRESIÓN DE CITOCINAS INFLAMATORIAS (IL-6 Y TNF-R) EN EL SUERO DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

Mir A, Hernández V¹, Pascual I¹, Añón R¹, Almela P¹, Pacheco G¹, Villagrasa R¹, Boscá MM¹, Mínguez M¹, Mora F¹, Benages A¹

Departamento de Medicina. ¹Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínico Universitario. Universitat de València

Introducción: En la pancreatitis aguda (PA) se produce una respuesta inflamatoria local y sistémica cuya magnitud determina la severidad de la crisis. Actualmente se conoce que IL-6 aumenta precozmente en la PA y este aumento es un factor de gravedad; en cambio, los datos sobre la expresión de TNF α y su posible papel como marcador pronóstico son controvertidos.

Objetivos: Determinar la evolución temporal de dos citocinas proinflamatorias (IL-6 y TNF-R) en pacientes con PA y su relación con la gravedad y complicaciones de la PA.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional del 1-12-2001 al 30-11-2003 sobre pacientes con PA, con dolor abdominal de menos de 24 horas de evolución. Se obtuvo suero de los pacientes a las 24, 48 y 96 horas del ingreso y tras la recuperación (> un mes después del episodio). Los pacientes se agruparon en PA leve y grave, según los criterios de Atlanta. Se ha determinado la concentración de IL-6 y TNF-R en suero por un método inmunoenzimático en 141 pacientes con PA; se han tomado como control los niveles séricos obtenidos en 40 sujetos sanos. Los datos han sido analizados mediante test no paramétricos (Mann-Whitney para la comparación entre grupos y Wilcoxon para la comparación intragrupo), tomando como límite de significatividad estadística una $p < 0,05$.

Resultados: A las 24 horas del inicio de la PA, se detecta un aumento significativo de la concentración de IL-6 en el grupo de pacientes en relación al grupo control (109 ± 10 y 60 ± 12 pg/ml respectivamente, $p < 0,0001$ h), que correlaciona con la gravedad y con las complicaciones ($p < 0,0001$), así como con otros marcadores de inflamación como la PCR ($p < 0,0001$). Este aumento va disminuyendo y al mes los niveles de IL-6 no presentan ya diferencias significativas respecto al grupo control. En cambio, no hemos detectado diferencias en la media de la concentración de TNF-R en suero de pacientes en relación al grupo control en ninguna de las muestras seriadas analizadas. Tampoco encontramos ninguna correlación de la expresión de TNF-R con los parámetros clínicos estudiados.

Conclusiones: Nuestros datos corroboran el papel de IL-6 como marcador de gravedad en la pancreatitis aguda, mientras que no se observa variación en los niveles séricos de TNF-R.

ECP0013 - REGULACIÓN DE LA PROTEÍNA KINASA B (PKB) POR FACTORES DE CRECIMIENTO Y HORMONAS GASTROINTESTINALES EN ACINOS PANCREÁTICOS DE RATA

Tapia García JA, Berna M, González-Fernández L, Pozo MJ, Jensen RT

Departamento de Fisiología. Universidad de Extremadura. Cáceres

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue estudiar la activación de la serina/treonina kinasa PKB (Akt, Rac) por factores de crecimiento (GF) y hormonas gastrointestinales en el páncreas exocrino y caracterizar las vías intracelulares que median esta activación.

Métodos: En este estudio se utilizaron suspensiones de acinos pancreáticos de rata obtenidos por digestión enzimática. Después de su incubación con activadores y/o inhibidores específicos, las proteínas acinares fueron solubilizadas mediante sonicación en tampón de lisis. La actividad PKB fue estimada utilizando Western blotting con anticuerpos fosfoespecíficos que reconocen residuos de esta kinasa relacionados con su activación (T308/S473).

Resultados: La incubación de los acinos pancreáticos de rata con GF estimuló la fosforilación de PKB con diferente intensidad (HGF $\approx$ EGF = insulina = IGF1 $\approx$ PDGF). Esta fosforilación fue completamente bloqueada utilizando inhibidores de la PI3K, pero no se modificó por la inhibición de las kinasas Src, ERK, p38 o PKC. La secretina y el VIP incrementaron la fosforilación de la PKB en todas las concentraciones ensayadas, alcanzando un efecto máximo en 1 mM (50% de la respuesta máxima). Sin embargo, la incubación de los acinos pancreáticos de rata con CCK-8 tuvo un efecto bifásico: mientras que las concentraciones submáximas (0,1-1 nM) demostraron un efecto activador, las concentraciones supramáximas (10-1.000 nM) inhibieron la fosforilación basal de la PKB. La incubación de los acinos pancreáticos con TPA, un agente que activa selectivamente la PKC, redujo la fosforilación basal de la PKB. Sin embargo, el incremento de la concentración intracelular de calcio utilizando TG o A23187 no modificó la fosforilación basal de la PKB, ni tampoco la inhibición obtenida utilizando TPA. Finalmente, la preincubación de los acinos pancreáticos de rata con concentraciones supramáximas de CCK-8 inhibió la fosforilación de la PKB estimulada por HGF. La amplitud de esta inhibición dependió de la concentración y tiempo de preincubación con CCK-8, pero fue muy significativa, llegando a bloquear completamente la fosforilación máxima obtenida con HGF.

Conclusiones: Los resultados indican que los factores de crecimiento y las hormonas gastrointestinales intervienen en la regulación fisiológica de la actividad

PKB en el páncreas exocrino. Esta regulación depende de componentes activadores (PI3K, PKA) e inhibidores (PKC), siendo ambos independientes de la movilización de calcio intracelular. Debido a que la PKB ha sido relacionada con el establecimiento y desarrollo del cáncer de páncreas, el estudio de los componentes inhibidores de su señalización podría constituir un campo de estudio propicio en la investigación de terapias adecuadas para este cáncer.

ECP0024 - MANEJO TERAPÉUTICO DE ELECCIÓN DE LA COLECISTITIS AGUDA

Cuenca Alarcón F, García Arredondo MM, García Sánchez R, López Alonso G, Díaz-Rubio M
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción: El tratamiento de elección de la colecistitis aguda es la colecistectomía laparoscópica precoz. Es un tratamiento seguro, con una recuperación más rápida y una estancia más corta. Sin embargo, en la práctica diaria el manejo de los pacientes tras su llegada a los servicios de urgencias puede diferir.

Objetivo: Identificar el manejo terapéutico habitual de la colecistitis aguda en nuestro medio.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo prospectivo observacional. Incluidos 40 pacientes (30 H, 10 M), con una media de edad de 67 años (rango 12-93), que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, con colecistitis aguda.

Resultados: La presencia de litiasis se objetivó como causa en el 76% de los casos. El 29% de los pacientes no fueron intervenidos, debido al alto riesgo quirúrgico por sus enfermedades concomitantes basales y edad avanzada (84-89 años). El 85% se intervinieron durante el mismo ingreso. El 60% fue sometido a cirugía precoz (< 72 horas). La cirugía diferida se practicó en 7 pacientes con alto riesgo quirúrgico hasta su estabilización, 2 por falta de quirófanos/camas de recuperación, 1 decisión del equipo quirúrgico, y 1 por diagnóstico de colangiocarcinoma. El abordaje fue vía laparoscópica en el 60%, 37% cirugía abierta y un 3% colecistostomía percutánea. El riesgo quirúrgico fue mayor o igual a ASA III en el 53% de los casos.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica temprana es la técnica más habitual en nuestro medio. La imposibilidad de realizarlo de forma precoz se debe fundamentalmente a la necesidad de estabilización de los pacientes con alto riesgo quirúrgico y en menor medida, a la falta de recursos humanos y materiales.

MOTILIDAD

EEP0001 - PAPEL DE LA COX-1 Y COX-2 EN EL EFECTO LOCAL PRODUCIDO POR EL LPS EN EL DUODENO DE CONEJO

Grasa López L, Arruebo MP, Plaza MA, Murillo MD
Departamento de Farmacología y Fisiología. Facultad de Veterinaria. Universidad de Zaragoza

Objetivos: Estudiar la contribución de la COX-1 y COX-2 en el efecto local del LPS sobre las contracciones inducidas por la ACh en el músculo liso en el duodeno de conejo, así como evaluar su expresión y localización.

Material y métodos:

—Baño de órganos: segmentos de duodeno de 10 x 5 mm se suspendieron en un baño de órganos que contenía una solución Krebs (pH 7,4) a 37 °C y que era gaseada con un 95% de O₂ y un 5% de CO₂. Los segmentos fueron sometidos inicialmente a una tensión de 20 mN. Cada segmento estaba conectado a un transductor isométrico y sus actividades mecánicas eran registradas, almacenadas y analizadas mediante un programa informático.

—Western Blotting: los segmentos de duodeno fueron triturados mecánicamente. Los homogenizados fueron centrifugados y la concentración de proteína fue determinada por el método de Bradford. Concentraciones iguales de proteína se separaron en geles de poliacrilamida al 8%. Las membranas fueron incubadas con los anticuerpos frente a la COX-1 (1:500) y COX-2 (1:200), y luego con un anticuerpo conjugado con la peroxidasa (1:5.000). La visualización se llevó a cabo con la técnica de quimiluminiscencia.

—Inmunohistoquímica: los segmentos de duodeno fueron fijados en formalina al 10%. Tras desparafinar, las preparaciones se incubaron con 0,9% H₂O₂-metanol y después se calentaron en un buffer de citrato sódico. Tras el bloqueo con suero normal de burro al 30%, se incubaron con los anticuerpos frente a la COX-1 (1:300) y COX-2 (1:500) y posteriormente, con un anticuerpo biotinilado (1:100). Para la visualización se utilizó el kit ABC elite y el kit de la diaminobencidina (VECTOR).

Resultados: Las contracciones inducidas por la ACh (100 mM) en el duodeno de conejo fueron inhibidas por el LPS (0,3 mg/ml-1, 90 min) en un 18 y 46% en el músculo longitudinal y circular, respectivamente. La indometacina (1 mM) y el NS-398 (0,1 mM) bloquearon este efecto del LPS. Bandas de 70 y 72 kDa fueron identificadas para la COX-1 y COX-2, respectivamente. Las enzimas COX-1 y COX-2 se localizaron constitutivamente en las capas de músculo liso y en las neuronas de los plexos mientérico y submucoso. La expresión de estas enzimas no se modificó en presencia del LPS.

Conclusión: Las enzimas COX-1 y COX-2 se expresan constitutivamente en el duodeno de conejo. El LPS reduce la contractilidad del duodeno de conejo y en este efecto parece estar implicada al menos la COX-2.

EEP0002 - LA RESPUESTA SINTOMÁTICA AL TRATAMIENTO PROCINÉTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS POSTPRANDIAL ES INDEPENDIENTE DE LA VELOCIDAD DE VACIAMIENTO GÁSTRICO

Macías F, Barreiro de Acosta M, Lariño J, Figueiras A¹, Nieto L², Domínguez Muñoz JE
Servicios de Aparato Digestivo y ¹Epidemiología Clínica. ²Fundación para la Investigación en Enfermedades del Aparato Digestivo (FIENAD). Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña

Introducción: El retraso en el vaciamiento gástrico (VG) es uno de los factores involucrados en la fisiopatología del síndrome de distrés postprandial (SDP). Los procinéticos han demostrado su utilidad en este contexto. Se desconoce si la velocidad de VG está relacionada con los síntomas, la calidad de vida y la respuesta al tratamiento en el SDP.

Objetivo: Evaluar: a) la frecuencia de retraso en el VG de sólidos; b) la relación entre el mismo y la respuesta sintomática a los procinéticos; y c) la eficacia de levosulpirida vs. domperidona, en pacientes con SDP y plenitud postprandial grave.

Métodos: 60 pacientes consecutivos (53 mujeres, edad media 47 años, rango 19-73) con SDP y plenitud postprandial grave como síntoma principal fueron incluidos en este estudio aleatorizado, abierto, comparativo y cruzado de levosulpirida 25 mg tres veces al día vs. domperidona 10 mg tres veces al día. Cada fármaco fue administrado durante 14 días, con un periodo de lavado entre ambos de 14 días. Se evaluaron la frecuencia e intensidad de los síntomas dispépticos (escala de 0 a 54), la calidad de vida (PAGI-QoL, escala de 0 a 5) y el VG de sólidos (t_{1/2} mediante test de aliento con ácido 13C-octanoico) previamente al inicio de tratamiento (basal) y el último día de cada fase de tratamiento. El tamaño muestral fue calculado aceptando un error tipo I del 5% y un error tipo II del 10%, con una diferencia mínima a detectar entre ambos fármacos del 5%. Se realizó análisis estadístico multivariante con modelos lineales múltiples.

Resultados: Un retraso del VG fue detectado en 7 (12%) pacientes (t_{1/2} 197,4 ± 32,9 min), mientras que fue normal en los restantes 53 (88%) casos (t_{1/2} 71,01 ± 2,51 min). Tanto levosulpirida como domperidona aceleraron el VG en pacientes con retraso basal del mismo, pero no en aquellos pacientes con VG normal. El score de síntomas mejoró significativamente con ambos tratamientos (reducción de 11,1 ± 1,2 puntos con levosulpirida y de 9,2 ± 1,2 puntos con domperidona; p < 0,001 comparado con el basal), independientemente del tiempo de VG. De modo similar, la calidad de vida mejoró significativamente en todos los pacientes (0,4 ± 0,1 puntos con ambos tratamientos; p < 0,001 comparado con la basal).

Conclusión: La plenitud postprandial grave en pacientes con SDP no es un buen predictor de la presencia

de retraso en el VG. Los fármacos procinéticos, levosulpirida y domperidona, son efectivos en estos pacientes, mejorando significativamente tanto los síntomas como la CV. La respuesta al tratamiento procinético es independiente de la velocidad de VG.

EEP0003 - CAMBIOS EN LA HOMEOSTASIS DEL CALCIO Y CONTRACTILIDAD DE LA VESÍCULA BILIAR ASOCIADOS AL DESARROLLO

Pozo Andrada MJ, Camello-Almaraz C, Macías B, Gómez-Pinilla PJ, Camello PJ

Departamento de Fisiología. Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura. Cáceres

Introducción: A pesar de que el desarrollo embriológico del tracto digestivo ha sido y es objeto de estudios detallados, poco se conoce sobre su funcionalidad durante el desarrollo, sobre todo en lo referente a los mecanismos de señalización intracelular implicados en la motilidad digestiva.

Objetivos: En este trabajo hemos estudiado la homeostasis del Ca^{2+} y los mecanismos de sensibilización al Ca^{2+} en el músculo liso de la vesícula biliar de cobayas lactantes (10 días de edad) y adultos.

Material y métodos: La contractilidad muscular se evaluó mediante registros de tensión isométrica en tiras musculares, la $[Ca^{2+}]_i$ se estimó por microscopía de epifluorescencia en células cargadas con la sonda fura-2AM y la expresión de proteínas y su fosforilación se determinó por *western blot*.

Resultados: El tejido neonatal se contrajo significativamente menos que el adulto en respuesta a la hormona colecistocinina (CCK). Esta menor contractilidad se correlacionó con un incremento en la movilización de Ca^{2+} desde depósitos intracelulares. Las células musculares lisas de los animales lactantes presentaban depósitos intracelulares con mayor contenido de Ca^{2+} como consecuencia de la mayor actividad de la bomba de recaptación SERCA, lo que junto a la ineficacia de los mecanismos de extrusión del ión de la membrana plasmática puede explicar los mayores niveles citoplasmáticos del ión tras estimulación con CCK. El hecho de que mayores incrementos de Ca^{2+} no se asocien a una mayor capacidad contráctil sugiere que en los neonatos son ineficaces los mecanismos contráctiles de sensibilización al Ca^{2+} . Esto se corroboró por la falta de efectos que sobre la contracción inducida por CCK tenían el Y27362, un inhibidor de la enzima Rho cinasa (ROCK) y el GF109203X, inhibidor de la proteína cinasa C (PKC), elementos claves en la activación de la contracción independiente de Ca^{2+} . Además, los animales lactantes mostraban una expresión reducida de las proteínas RhoA,

ROCK, PKC y sus efectores CPI-17 y MYPT-1 y una menor fosforilación de estos en respuesta a CCK, indicando una menor participación de las vías intracelulares de sensibilización en el proceso contráctil.

Conclusiones: Nuestros resultados indican que el sistema contráctil de la vesícula biliar, pese a ser funcional en la etapa neonatal, presenta una menor capacidad contráctil asociada a una posible inmadurez de componentes proteicos de la membrana plasmática relacionados con la entrada de Ca^{2+} y a una menor activación de las vías de sensibilización al calcio.

Financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia (BFU2004-0637).

EEP0004 - LA COLECISTITIS AGUDA ALTERA LA FUNCIÓN NEUROMUSCULAR DE LA VESÍCULA BILIAR DE COBAYA. PAPEL PROTECTOR DE LA MELATONINA

Gómez Pinilla PJ, Moreno Barrantes R, Camello Almaraz PJ, Pozo Andrada MJ

Departamento de Fisiología. Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura. Cáceres

Objetivos: Determinar las alteraciones que la colecistitis produce en la transmisión neuromuscular de la vesícula biliar y el papel protector que tiene la melatonina.

Material y métodos: La colecistitis se indujo en cobayas mediante ligadura del conducto biliar común (CBC) durante 48 horas. A un grupo de animales colecistíticos se le desligó el CBC y tras 48 horas se procedió al estudio de la función vesicular. Tiras de músculo vesicular control y colecistítico se estimularon eléctricamente (EFS) para activar el plexo nervioso intrínseco, registrándose la actividad contráctil mediante transductores isométricos. Los niveles de melatonina en sangre se midieron por radio-inmuno-ensayo y el grado de estrés oxidativo se determinó mediante la cuantificación de los niveles de malonil-dialdehído (MDA) y glutatión reducido (GSH) en el tejido. Los cambios en la expresión de la enzima ciclooxigenasa 2 (COX-2) se cuantificaron por *western blot*. Un grupo de animales se trató diariamente con melatonina (30 mg/kg) durante 14 días.

Resultados: La EFS provocó una respuesta neurógena de menor magnitud en el tejido inflamado. En tejido control esta respuesta contráctil tenía fundamentalmente un componente colinérgico excitatorio y un componente nitrérgico inhibitorio. La colecistitis impidió la transmisión del impulso nervioso a través de las fibras nerviosas, ya que la respuesta contráctil era insensible a tetrodotoxina, pero su sensibilidad a α -conotoxina confirmó su origen neurógeno. La inflamación también redujo la excitabili-

dad de fibras colinérgicas y nitrérgicas, pero aumentó la excitabilidad de fibras sensitivas de carácter excitatorio. Estos cambios se correlacionaron con una reducción en los niveles de melatonina circulante, un aumento en la peroxidación lipídica en el músculo vesicular, una reducción del poder reductor en forma de GSH y un aumento en la expresión de la enzima COX-2. Cuando los animales se sometieron a desligadura, la respuesta neurógena estaba aun más deteriorada, debido probablemente a un mayor estrés oxidativo por isquemia/repercusión. El tratamiento con melatonina recuperó la excitabilidad del plexo nervioso intrínseco y la función neuromuscular de la vesícula biliar. Además, la hormona normalizó los parámetros de estrés oxidativo, los niveles de melatonina circulante y la expresión de COX-2.

Conclusión: La melatonina mejora el daño provocado por la inflamación en la transmisión neuromuscular de la vesícula biliar, lo que puede ser de extrema importancia para evitar el estasis vesicular asociado a esta patología.

Financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia (BFU2004-0637).

EEP0005 - ORIGEN DE LA DISTENSIÓN ABDOMINAL: ¿CONTINENTE O CONTENIDO?

Pérez F, Accarino A, Azpiroz F, Quiroga S¹, Malagelada JR
Servicios de Aparato Digestivo y ¹Radiología. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona

Introducción: La distensión abdominal es un síntoma frecuente en la patología funcional, pero no se conoce su fisiopatología.

Objetivo: Determinar los mecanismos que originan la distensión abdominal en dos diferentes situaciones: síndrome del intestino irritable (SII) y neuropatía intestinal.

Métodos: Se estudiaron 44 pacientes con SII (41 M, 3 H; 19-74 años) diagnosticados según criterios de Roma II, 8 pacientes con neuropatía (6 M, 2 H; 18-64 años) diagnosticada por manometría intestinal y 12 voluntarios sanos (11 M, 1 H; 19-62 años). En cada paciente se realizó un TAC abdominal en situación de mínima distensión y otro en el momento de máxima distensión. En los sujetos sanos se realizó un TAC abdominal. Mediante un programa de ordenador desarrollado y previamente validado en nuestro centro, en cada imagen se midió el volumen de gas abdominal y tres características de la cavidad abdominal: volumen, protrusión abdominal y posición diafragmática. La percepción de distensión se midió mediante una escala graduada de 0-6.

Resultados: En situación basal los pacientes con neuropatía presentaban un volumen de gas intestinal (565 ± 322 ml) superior al de los controles (135 ± 19 ml), mientras que en los sujetos con SII el volumen de gas fue normal (112 ± 10 ml). Durante los episodios de distensión

subjetiva (percepción $4,5 \pm 0,4$ en neuropatías y $4,4 \pm 0,2$ en SII) los pacientes presentaron un incremento objetivo del perímetro abdominal ($3,8 \pm 1,2$ cm en neuropatías, $p < 0,05$; $2,1 \pm 0,4$ cm en SII, $p < 0,001$). Sin embargo, el mecanismo de la distensión depende de la afectación intestinal. Los pacientes con neuropatía mostraban un incremento importante del gas intestinal (626 ± 416 ml) y del volumen abdominal total ($1,4 \pm 0,4$ l; $p < 0,01$) que se correlacionaba con un ascenso diafragmático (de 8 ± 6 mm; $R = -0,73$; $p < 0,05$). Sin embargo, pacientes con SII no presentaban cambios significativos del volumen total abdominal ni del gas intestinal ($0,3 \pm 0,1$ l, 34 ± 12 ml), pero presentaban un descenso diafragmático (de 11 ± 3 mm) que se correlacionaba con el aumento de la protrusión abdominal ($R = -0,73$; $p < 0,001$).

Conclusión: La sensación de distensión abdominal se corresponde con un aumento real del perímetro abdominal. En pacientes con neuropatía la distensión se debe a un aumento del contenido abdominal, pero en pacientes con SII se debe a una redistribución del mismo.

EEP0006 - LA SOBRECARGA MEJORA LA SENSIBILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA MANOMETRÍA INTESTINAL

Arcos Mateo E, Accarino A, Azpiroz F, Malagelada JR
Servicio de Aparato Digestivo. Hospitals Vall d'Hebrón. Barcelona

Introducción: La manometría intestinal convencional es la técnica de elección para valorar la motilidad del intestino delgado que detecta anomalías neuro- y miopáticas con alta especificidad, pero con baja sensibilidad.

Objetivo: Desarrollar una prueba de sobrecarga para mejorar la sensibilidad diagnóstica de la manometría intestinal.

Métodos: En 26 pacientes (11 M, 5 H; 17-61 años) con síntomas sugestivos de trastorno motor grave se realizaron dos manometrías en días separados, una convencional (registro de 3 h en ayunas y 2 h tras una comida normal, 450 kcal) y una manometría con sobrecarga de quimo (infusión duodenal a 2 ml/min de una solución de nutrientes a 1 kcal/ml espesada con silicato magnésico 6,5% con registro durante las 3 horas de perfusión y 1 hora posterior). La manometría de sobrecarga se realizó también en 10 controles sanos (6 M, 4 H; 19-40 años). Los patrones neuropáticos y miopáticos se identificaron visualmente utilizando criterios previamente establecidos (GUT 1987; 28: 5-12).

Resultados: Todos los sujetos sanos desarrollaron un patrón postprandial normal en respuesta a la sobrecarga de quimo. Diez pacientes se diagnosticaron de trastorno motor neuropático mediante la manometría intestinal convencional con $2,2 \pm 0,4$ anomalías por estudio

(rango 1-6); en ellos la manometría de sobrecarga identificó un número significativamente mayor de anormalidades ($4,2 \pm 0,5$ /estudio; rango 1-8; $p < 0,05$). En 16 pacientes la manometría convencional fue normal; en 10 de ellos la manometría de sobrecarga identificó anormalidades de tipo neuropático ($3,4 \pm 0,4$ por estudio, rango 1-6) y el diagnóstico de trastorno motor grave fue confirmado posteriormente por criterios clínicos y/o histológicos en una biopsia transmural. En los restantes 6 pacientes la manometría de sobrecarga también fue normal; tres de ellos se diagnosticaron posteriormente de miopatía visceral y en el resto los síntomas remitieron durante el seguimiento, catalogándose finalmente como patología funcional.

Conclusión: La manometría con sobrecarga de quimo pone de manifiesto anormalidades motoras de tipo neuropático no detectadas por la manometría convencional.

EEP0007 - ADAPTACIÓN Y VACIAMIENTO DE GAS COLÓNICO EN SUJETOS SANOS Y PACIENTES CON DISTENSIÓN ABDOMINAL

Serra J, Malagelada C, Tremolaterra F, Azpiroz F, Aguadé S¹, Malagelada JR

Servicios de Aparato Digestivo y ¹Medicina Nuclear. Hospital General Vall d'Hebrón. Área General. Barcelona

Introducción: Mediante un test de sobrecarga de gas en el yeyuno, hemos demostrado en estudios anteriores que los pacientes con distensión abdominal (síndrome de intestino irritable y distensión abdominal funcional) presentan una alteración en el tránsito y vaciamiento de gas en el intestino delgado. Sin embargo, a pesar de que diariamente se producen grandes cantidades de gas en el colon, no se conocen la capacidad de adaptación y vaciamiento del gas colónico. El objetivo del presente estudio fue comparar la adaptación y vaciamiento colónico de gas en pacientes con distensión abdominal y controles sanos.

Metodología: En 9 pacientes con distensión abdominal y 9 individuos sanos, infundimos a través de una sonda rectal una mezcla no absorbible de gases (periodo de adaptación) marcados con xenón radioactivo (^{133}Xe) a 24 ml/min durante una hora (total 1.440 ml). A continuación detuvimos la infusión permitiendo la expulsión libre de gas rectal (periodo de vaciamiento) durante 30 minutos. Durante el estudio medimos el volumen y distribución del gas en el colon mediante gammagrafía seriada abdominal.

Resultados: Durante el periodo de adaptación, el gas infundido se distribuyó por todos los segmentos del colon sin diferencias significativas entre pacientes y sujetos sanos (813 ± 46 ml y 721 ± 43 ml en colon derecho, 661 ± 47 ml y 719 ± 55 ml en colon izquierdo, pacientes y sujetos sanos respectivamente; NS). Durante el periodo de vaciamiento, los pacientes evacuaron menos gas que los controles sanos

(retención final de 414 ± 57 ml vs. 279 ± 39 ml en sanos; $p < 0,05$) a expensas de una mayor retención en el colon derecho (250 ± 12 ml vs. 138 ± 7 ml en sujetos sanos; $p < 0,05$).

Conclusión: Los pacientes con distensión abdominal presentan una adaptación colónica al gas normal, pero un mal vaciamiento del gas retenido, sobre todo en el colon derecho.

EEP0008 - ESTUDIO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO DEL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL CRÓNICA CON TOXINA BOTULÍNICA Y DILTIAZEM TÓPICO VERSUS TOXINA BOTULÍNICA Y PLACEBO TÓPICO. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LA FISURA ANAL CICATRIZADA

Mínguez Pérez M, Monton C, Herreros B, Hernández V, Sanchiz V, Espi A¹, Ferriols F², Almela P, Mora F, García-Granero E¹, Benages A

Servicios de Gastroenterología, ¹Cirugía y ²Farmacia. Hospital Clínico de Valencia

Objetivo: Evaluar la eficacia del tratamiento con toxina botulínica (TB) en pacientes diagnosticados de fisura anal crónica posterior (FAC) al asociar pomada con diltiazem.

Métodos: Estudio prospectivo doble ciego en 70 pacientes con FAC sintomática tratados con 20U de toxina botulínica que se aleatorizaron en dos grupos paralelos: 35 pacientes tratados con gel inerte tópico (GI) y 35 pacientes con diltiazem gel tópico (GD) 8 mg tres veces al día. Postinclusión fueron controlados mediante un diario clínico con registro cuantitativo de los síntomas (escala visual), autoevaluación de la mejoría clínica global cada semana y se les realizó una manometría anal y una filmación en video de la FAC al inicio del estudio y a las 4, 6, 8 y 12 semanas del tratamiento. Los pacientes con FAC cicatrizada se controlaron durante 24 meses. Se analizan los resultados en los pacientes que cumplimentan el protocolo hasta el final del estudio.

Resultados: Ambos grupos presentaban características demográficas, clínicas y manométricas similares al inicio. 10 pacientes no cumplieron el protocolo en las primeras 4 semanas del estudio. 5 pacientes fueron excluidos, 2 por absceso subfisurario, 2 por dermatitis perianal y 1 por mareo/síncope. A las 12 semanas había cicatrizado la FAC en 24 pacientes (43,6%), 13 del grupo GD (54,2%) y 11 GI (45,8%) ($p = 0,286$); se observó mejoría clínica global en el 72% de pacientes; 84% GD vs. 63% GI ($p > 0,07$). En ambos grupos, descendieron las presiones del canal anal (basal y contracción voluntaria) aunque sólo fueron estadísticamente significativas en el grupo de diltiazem. No se observaron diferencias en la presencia de efectos secundarios (cefalea, incontinencia) entre grupos. De los 24 pacientes que cicatrizaron, 15 recidivaron (62%) en los nueve primeros meses de seguimiento (9 GD vs. 6 GI; $p =$

0,675). No se observan factores clínicos (intensidad del dolor, % de sangrado, esfuerzo defecatorio, características de las heces, frecuencia defecatoria, necesidad de laxantes) y/o manométricos predictores de tendencia a la recidiva en ninguno de los grupos.

Conclusión: La asociación de diltiazem en el tratamiento de la fisura anal crónica con toxina botulínica no mejora el porcentaje de cicatrización, el porcentaje de mejoría clínica ni disminuye la recidiva a largo plazo.

EEP0009 - DOLOR TORÁCICO DE ORIGEN ESOFÁGICO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Leo Carnerero E, Trujillo Rodríguez L, Aoufi S
Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El dolor torácico (DT) semejante a la angina de pecho puede originarse en el esófago.

Hipótesis: Si este origen del dolor ocurre en enfermos sin cardiopatía isquémica (CI), igualmente puede ocurrir en pacientes que la padecen.

Objetivo: Valorar la incidencia de DT esofágico en pacientes con CI.

Método: Estudio prospectivo de 48 enfermos con CI y DT repetitivo para investigar patología esofágica que contribuyese al DT. Realizamos manometría esofágica y test de provocación con ácido (test de Bernstein) considerándose positivo sólo si reproducía exactamente el DT. pHmetría a 13 enfermos valorando si existía reflujo y aparición de DT coincidiendo con reflujo e índice de síntomas al menos del 50%. Test de provocación con edrofonio a 10 enfermos, que se consideraba positivo si desencadenaba DT y trastorno motor y test de provocación mediante distensión esofágica con balón a 16 enfermos.

Resultados: La manometría descubrió trastorno motor que podía cursar con DT en 8 enfermos (18%), todos con esófago en cascanueces (EC). Ninguno sufrió DT durante el registro. El test de provocación con ácido fue positivo en 3 enfermos (6%). La pHmetría fue patológica en 11 enfermos. Dos tuvieron DT durante el registro con índice de síntomas del 50%. Dos sufrieron un sólo episodio de DT y coincidían con reflujo, pero siendo un único episodio tal asociación podía ser fortuita. El test de provocación con edrofonio fue siempre negativo. El test de provocación mediante distensión con balón fue positivo en 3 enfermos, uno de los cuales también tuvo positivo el test de provocación con ácido y otro tenía un EC. De 48 enfermos con CI y DT repetitivo el dolor también tenía origen esofágico seguro si coincidía con trastorno motor (ninguno), con reflujo e índice de síntomas positivo (2) o era desencadenado por un test de provocación (5; 2 provocación con ácido, 1 con ácido y distensión con balón, 1 con distensión y ade-

más tenía un EC, 1 con distensión). En total 7 (15%). El dolor pensamos que tenía posible origen esofágico si existía un trastorno motor susceptible de cursar con DT (7, con EC) y en 2 con pHmetría patológica y un sólo episodio de DT coincidiendo con reflujo. En total 9. De 48 enfermos con CI había 16 (33%) con DT también de origen esofágico seguro o posible.

Conclusiones: Cuando un enfermo con CI continúa con DT debemos estudiar funcionalmente el esófago porque puede tener otra fuente de DT, en esófago, y resultar indistinguible clínicamente.

EEP0010 - INFLAMACIÓN INTESTINAL EN UN MODELO ANIMAL DE ESTRÉS CRÓNICO: ANÁLISIS CRONOLÓGICO DE LOS CAMBIOS ULTRAESTRUCTURALES

Vicario M, Alonso C, Guilarte M¹, Ramos L, Martínez C, Saperas E, Santos J, Malagelada JR
Servicios de Aparato Digestivo y ¹Alergia. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona

Introducción: La inflamación intestinal mucosa inducida por el estrés podría explicar el desarrollo del Síndrome del Intestino Irritable. A pesar de que se ha objetivado la presencia de disfunción de la barrera epitelial e inflamación mucosa en respuesta al estrés en el intestino de la rata, las alteraciones ultraestructurales en respuesta al estrés crónico no se han descrito.

Métodos: Ratas macho Wistar Kyoto se sometieron a estrés por hacinamiento (S; 8 ratas/jaula) o estrés ficticio (C; 2 ratas/jaula) durante 15 días. Durante el periodo de estrés se determinaron los niveles de corticosterona en sangre a nivel basal y 30 minutos después de la administración de CRH (25 mg/kg i.p.) o salino. Los días 1, 3, 7 y 15 se extrajeron segmentos de yeyuno (Y), ileon (I), colon proximal (CP) y colon distal (CD) y se procesaron para la determinación de la actividad mieloperoxidasa (MPO), así como para su análisis ultraestructural mediante microscopio electrónico de barrido (SEM) y de transmisión (TEM).

Resultados: El estrés crónico indujo un aumento en los niveles basales de corticosterona desde el día 1 (S: 223 ± 44 vs. C: $49 \pm 7,4$ ng/ml; $p < 0,05$) al día 15 (S: 139 ± 23 vs. C: $42 \pm 4,5$ ng/ml; $p < 0,05$). La secreción de corticosterona en respuesta a CRH fue similar en ambos grupos y se mantuvo a lo largo del periodo de estrés. El estrés crónico se asoció a un incremento en la actividad MPO (UI/g) que fue máxima el día 3 en el Y (S: $0,28 \pm 0,09$ vs. C: $0,13 \pm 0,09$; $p < 0,05$) y el día 7 en el I (S: $0,44 \pm 0,17$ vs. C: $0,17 \pm 0,10$; $p < 0,05$), CP (S: $0,58 \pm 0,16$ vs. C: $0,30 \pm 0,12$; $p < 0,05$) y CD (S: $0,89 \pm 0,45$ vs. C: $0,47 \pm 0,10$; $p < 0,05$). El estrés crónico indujo un aumento progresivo de células inflamatorias en la superficie de las células epiteliales (SEM). El análisis de los tejidos con TEM demostró que el porcentaje de mastocitos en la mucosa con desgranulación tipo piecemeal no

se modificó en el grupo C (J: $6 \pm 2\%$; I: $7 \pm 2\%$; proximal C: $4 \pm 1\%$; distal C: $5 \pm 2\%$). Sin embargo, el estrés crónico provocó un marcado y progresivo incremento de la activación mastocitaria desde el día 1 hasta el día 15 en el Y (d1: $19 \pm 3\%$ vs. d15: $32 \pm 3\%$; $p < 0,05$), I (d1: $16 \pm 3\%$ vs. d15: $27 \pm 3\%$; $p < 0,05$), CP (d1: $25 \pm 5\%$ vs. d15: $38 \pm 4\%$; $p < 0,05$) y CD (d1: 25 ± 4 vs. d15: 41 ± 6 ; $p < 0,05$) junto con signos de daño epitelial como la balonización de las mitocondrias de los enterocitos y colonocitos.

Conclusiones: El estrés crónico induce importantes alteraciones ultraestructurales a nivel epitelial que se acompañan de una progresiva activación mastocitaria en el intestino de la rata.

EEP0011 - PAPEL DE LAS MAPK EN LOS EFECTOS INDUCIDOS POR EL LIPOPOLISACÁRIDO EN EL DUODENO DE CONEJO

Barona I, Santos Fagundes D, Gonzalo S, Grasa L, Arruebo MP, Plaza MA, Murillo MD

Departamento de Farmacología y Fisiología. Facultad de Veterinaria. Universidad de Zaragoza

Introducción: Las proteínas cinasas activadas por mitógenos (MAPK) regulan la transcripción del RNAm, proliferación, supervivencia y la respuesta genómica a los mitógenos.

Objetivo: El objetivo de este estudio era examinar el papel de las MAPK sobre la disminución de la contractilidad del duodeno de conejo inducida por el lipopolisacárido (LPS) *in vitro*.

Material y métodos: Se tomaron segmentos de 1 cm de longitud dispuestos en sentido de las fibras musculares longitudinales y circulares. Se montaron en un baño de órganos con 5 ml de Ringer Krebs a 37 °C y pH 7,4; gaseados con carbógeno con una tensión inicial de 20 mN. La actividad mecánica era captada con transductores isométricos, visualizada, registrada y cuantificada mediante un programa de ordenador. Se ensayaron los siguientes inhibidores de las MAPK: SB203580 (10-7 M) inhibidor de la p38, PD98059 (10-7 M) inhibidor de la MEK, U0126 (10-7 M) inhibidor de la MEK1 y MEK2 y SP 600125 (10-7 M) inhibidor de las JNK.

Resultados: El LPS (0,3 mg/ml) redujo las contracciones inducidas por la acetilcolina (ACh, 10-4 M) en el músculo longitudinal y circular del duodeno de conejo. El SB203580 (10-7 M) revertió los efectos del LPS sobre las respuestas a la ACh en el músculo longitudinal y circular del duodeno. El PD98059 (10-7 M), U0126 (10-7 M) y SP 600125 (10-7 M) no modificaron los efectos del LPS sobre las respuestas a la ACh en los músculos lisos del duodeno.

Conclusión: La MAPK p38 podría estar implicada en los efectos del LPS sobre la respuesta a la ACh en el duodeno de conejo.

Financiado por: Ministerio de Ciencia y Tecnología (DGI) AGL 2003-03291 y Ministerio de Educación y Ciencia AGL 2006-04317.

EEP0012 - EFECTO DE LA QUERCITINA, GENISTEÍNA Y RESVERATROL EN EL DUODENO DE CONEJO

Santos Fagundes D, Castro M, Grasa L, Arruebo MP, Plaza MA, Murillo MD

Departamento de Farmacología y Fisiología. Facultad de Veterinaria. Universidad de Zaragoza

Introducción: Los flavonoides poseen propiedades antimicrobianas, anticancerígenas, antioxidantes entre otros efectos. El resveratrol es un polifenol con acciones antiinflamatoria, antienvejecimiento, antivirales y antioxidantes. A pesar de todos estos efectos beneficiosos estos compuestos pueden tener una actividad prooxidante además de alterar la actividad de enzimas metabólicas. El objetivo de este trabajo era estudiar el efecto de la quercitina, genisteína y resveratrol sobre las contracciones inducidas por la acetilcolina (ACh), en el músculo longitudinal y circular de duodeno de conejo *in vitro*.

Material y métodos: Se tomaron segmentos de 10 mm de longitud dispuestos en sentido de las fibras musculares longitudinales y circulares. Se montaron en un baño de órganos con 5 ml de Ringer Krebs a 37 °C y pH 7,4; gaseados constantemente con carbógeno y sometidos a una tensión inicial de 20 mN. La actividad mecánica era captada con transductores isométricos, visualizada, registrada y cuantificada mediante un programa de ordenador.

Resultados: La quercitina (100 nM, 1 y 10 mM), genisteína (100 nM, 1 y 10 mM) y resveratrol (1 y 10 mM) disminuyeron la actividad contráctil inducida por la ACh en el músculo liso longitudinal y circular del duodeno de conejo.

Conclusión: Los flavonoides quercitina y genisteína así como el polifenol resveratrol disminuyen las contracciones inducidas por la ACh en el músculo liso longitudinal y circular de duodeno de conejo.

Financiado por: Ministerio de Ciencia y Tecnología (DGI) AGL 2003-03291 y Ministerio de Educación y Ciencia AGL 2006-04317.

ONCOLOGÍA DIGESTIVA

EEF0001 - ANÁLISIS DEL POSIBLE VALOR PRONÓSTICO DE LA PRESENCIA DE LESIONES NEOPLÁSICAS SINCRÓNICAS EN EL CÁNCER COLORRECTAL INTERVENIDO

Borda A, Martínez-Peñuela JM¹, Prieto C², Borda F², Muñoz-Navas M, Carretero C, Fernández-Urién I

Servicio de Aparato Digestivo. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña. Servicios de ¹Anatomía Patológica y ²Aparato Digestivo. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña

Introducción: Es frecuente que el cáncer colorrectal (CCR) curse con lesiones neoplásicas sincrónicas, no disponiendo de estudios referentes al posible efecto de presentar lesiones sincrónicas sobre el pronóstico de los pacientes.

Objetivos: Analizar una serie de parámetros referentes al pronóstico y la supervivencia en una serie de CCR, comparando sus posibles diferencias entre los cánceres con y sin lesión sincrónica asociada.

Material y métodos: Estudiamos 371 CCR diagnosticados mediante colonoscopia completa y operados con intención curativa en 2 hospitales. Analizamos las posibles diferencias entre los casos con lesiones sincrónicas: carcinoma y/o adenoma (grupo A) y sin ellas (grupo B), con respecto a los siguientes parámetros: estadio tumoral (pTNM), casos con cirugía aparentemente curativa, valores del CEA pre- y postquirúrgicos, recidiva y progresión tumoral, cáncer metacrónico, aparición posterior de otro cáncer extracolónico, tiempo de supervivencia en los fallecidos, índice de supervivencia y periodo de seguimiento. Empleamos los tests estadísticos de Chi cuadrado, Fisher, Student y Mann Whitney. Consideramos significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: 265 pacientes (55,3%) presentaron pólipos adenomatosos sincrónicos, de ellos un 42,7% adenomas avanzados. Registramos 28 CCR sincrónicos (7,5%). El seguimiento clínico tuvo una mediana de 63 meses en ambos grupos. La estadificación tumoral en los grupos A y B, respectivamente, fue la siguiente: estadio I: 32,3 y 37,9%; estadio II: 37,7 y 31,5%; estadio III: 22,8 y 26,7%; estadio IV: 7,2 y 7,9%. Cirugía aparentemente curativa: A = 93,4%; B = 96,5%. CEA prequirúrgico: A = $15,2 \pm 52,1$; B = $7,1 \pm 13,5$. Recidiva tumoral: A = 3%; B = 4,5%. Progresión del tumor: A = 21,3%; B = 19,6%. Cáncer metacrónico: A = 3,3%; B = 3%. Otro cáncer extracolónico: A = 4,9%; B = 8,5%. Mediana de supervivencia en fallecidos: A = 46,5; B = 42,5 meses. Supervivientes: A = 85,9%; B = 80,3%. No registramos diferencias significativas entre ambos grupos en ninguno de los parámetros analizados.

Conclusiones:

1. La mayoría de nuestros CCR presentaron adenomas sincrónicos, con un alto porcentaje adenomas avanzados. Destacamos en nuestra serie un 7,5% de cánceres sincrónicos.

2. La presencia de lesiones sincrónicas no ha conllevado un peor pronóstico en cuanto a estadio tumoral más avanzado, valores de CEA, tasas de recidiva o progresión tumoral postquirúrgicas o mayor frecuencia de cáncer metacrónico.

3. En nuestros casos, y con una mediana de seguimiento superior a 5 años, la supervivencia de los grupos con y sin lesiones neoplásicas sincrónicas no ha mostrado diferencias significativas.

EFP0002 - RENTABILIDAD DEL ENEMA OPACO EN EL ESTUDIO DE LESIONES SINCRÓNICAS EN PACIENTES CON NEOPLASIAS COLÓNICAS ESTENOSANTES

Vida Pérez L, Castillo Molina L, Hervás Molina AJ, Giráldez Jiménez MD, Naranjo Rodríguez A, González Galilea A, Iglesias Flores E, Reyes López A, Vignote Alguacil ML, García Sánchez MV, de Dios Vega JF
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: Cuando se diagnostica un cáncer colorrectal (CCR) estenosante pueden quedar sin diagnosticar lesiones proximales. Existen varias alternativas: enema opaco (EO), colonoscopia intraoperatoria o colocación de prótesis y completar colonoscopia.

Objetivo: Analizar la rentabilidad del EO en la detección de lesiones sincrónicas neoplásicas o preneoplásicas en pacientes con CCR estenosante.

Pacientes y métodos: Pacientes en protocolo de estudio ambulatorio de CCR en consulta monográfica durante los años 2004-2005 a los que se les indicó colectomía parcial. Cuando no fue posible explorar completamente el colon mediante colonoscopia se les realizó un EO. Se compararon los hallazgos en los grupos de colonoscopia inicial (CI) completa e incompleta junto con EO, con la detección de lesiones sincrónicas durante la cirugía y en seguimiento posterior mediante colonoscopia.

Resultados: Se incluyeron 188 pacientes, 108 hombres (57,4%), 80 mujeres (42,6%). Edad media: $68,34 \pm 10,58$. En 81 pacientes la neoplasia estaba localizada en recto (43,1%), 48 en sigma (25,5%), 16 (8,5%) en descendente, 7 (3,7%) en ángulo esplénico, 2 (1,1%) en transversal, 9 (4,8%) en ángulo hepático, 15 (8%) en colon ascendente y 10 (5,3%) en ciego. La CI fue completa en 103 (54,8 %) e incompleta en 85 (45,2%), con una distribución similar en edad, sexo y localización. En 85 se realizó EO visualizándose la totalidad del colon en 54 (63,5%). Se detectaron neoplasias sincrónicas en 5 pacientes, 3 en grupo de colonoscopia completa y 2 mediante EO, también visibles en el acto quirúrgico. El EO no detectó ningún pólipo. Tiempo hasta primera colonoscopia tras cirugía de $320,6 \pm 133$ días, $318,94 \pm 117,8$ en el grupo de colonoscopia completa y $323,94 \pm 154,93$ en el de EO (NS). Esta no se realizó en 67 pacientes por enfermedad diseminada o edad avanzada ($p < 0,05$), 31 (30,1%) en el grupo de colonoscopia completa y 36 (42,4%) en el de EO. De los 121 pacientes con seguimiento, 23 tuvieron lesiones en la colonoscopia de control, todas ellas pólipos y que fueron extirpados, 13 (36,5%) en el grupo de CI completa y 10 (43,5%) en el de EO. El tamaño medio de los pólipos fue de $6,35 \pm 3,4$ mm, siendo $6,15 \pm 3,33$ mm en el grupo de CI completa y $6,6 \pm 3,86$ mm, en el de EO (NS).

Conclusiones: El EO no incrementa la detección de lesiones sincrónicas en pacientes con CCR estenosante, siempre que se realice una correcta inspección visual qui-

rúrgica. Las no visualizadas en la CI o en EO son de pequeño tamaño y extirpables en colonoscopia de control.

EFP0003 - MANEJO INICIAL DEL PACIENTE MENOR DE 50 AÑOS CON SÍNTOMAS SUGERENTES DE PATOLOGÍA COLÓNICA: ¿COLONOSCOPIA O SIGMOIDOSCOPIA?

Guerra Marina I, Quintanilla Lázaro EM, Rábago Torre LR, Vicente Martín C¹, Ventosa Gómez N, Moral Cebrián I, Morán Ortiz de Solorzano M, Castro Urda JL, Gea Rodríguez F

Servicios de Aparato Digestivo y ¹Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid

Introducción: Actualmente no está bien definido qué procedimiento endoscópico es de elección en pacientes sintomáticos menores de 50 años, colonoscopia o sigmoidoscopia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo analizando los resultados de 6.734 endoscopias bajas (1.524 colonoscopias y 5.210 sigmoidoscopias), en pacientes menores de 50 años, con síntomas gastrointestinales. Consideramos neoplasia avanzada (NA) al adenoma vellosos, displasia de alto grado y adenocarcinoma. Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, datos incompletos o estudiados como screening, fueron excluidos. Colon derecho y transversos se consideró colon proximal. Los costes fueron obtenidos por el sistema de gestión de costes de nuestro hospital (sigmoidoscopia = 135 y colonoscopia = 240).

Resultados: La edad media fue 41,85 años (SD: 0,84). Colonoscopia como primera exploración: 12,9% (197 pacientes) tenían pólipos, siendo el 2,36% NA (33,6% de las colonoscopias con pólipos). 107 de las 197 se analizaron. 26 de ellas eran adenocarcinomas (1,71% de todas las colonoscopias) y 10 adenomas vellosos (0,66%). El 29% de los pólipos se localizaron en colon proximal (2,03% de todas las colonoscopias) y 26 de los 107 pólipos (1,71% del total de colonoscopias) tenían pólipos únicamente en el colon proximal, siendo la mitad de ellos NA (0,85%). Sigmoidoscopia como primera exploración: 8,16% (425) tuvieron pólipos, y el 62% de ellos se analizaron. Se encontraron 23 adenocarcinomas (0,45% de todas las sigmoidoscopias), 3 displasias de alto grado (0,05%), 58 vellosos (1,14%). El 30,9% de las colonoscopias posteriores encontraron nuevos pólipos. La tasa de NA fue 1,61% (1,9% si consideramos el grupo total de sigmoidoscopias y colonoscopias posteriores). Coste: colonoscopia inicial: coste de 1.616.160 , con un coste por NA (2,36% de los pacientes) de 10.169 . Sigmoidoscopia inicial: coste total de 1.040.850 , 8.135 por NA, 2.034 menos que la estrategia de colonoscopia inicial. Esta estrategia ahorraría 85 por paciente, con una pérdida de 0,85% de NA (57 de los 6.734 pacientes).

Conclusiones: La sigmoidoscopia detectó un 8,16% de pacientes con pólipos (1,6% NA), y un 30,9% de ellos tenían

an nuevos pólipos en la colonoscopia posterior. La colonoscopia encontró un 12,9% de pacientes con pólipos (2,36% NA), y evitó la pérdida de 1,71% de los pólipos, localizados exclusivamente en colon proximal (0,85% NA). La estrategia con sigmoidoscopia inicial ahorraría 85 por paciente, con una pérdida del 0,85% de los pacientes con NA en colon proximal sin lesiones en colon distal, que posiblemente se podrían detectar posteriormente, si se llevara a cabo un programa de colonoscopia de *screening* a partir de los 50 años.

EFP0004 - INFLUENCIA DE LA DIETA Y LOS ESTILOS DE VIDA EN EL CÁNCER COLORRECTAL

Tárraga López PJ, Solera Alberio J¹, López Cara M¹, Celada Rodríguez A¹, Carbayo Herencia J¹, Ocaña López J¹, Cerdán Oliver M¹

CAP 5 y ¹CAP 7. Albacete AP

Objetivo: Valorar la relación de los distintos factores de riesgo para el cáncer colorrectal en la provincia de Albacete.

Ambito: Atención Primaria. Provincia de Albacete.

Estudio: Encuesta poblacional. Análisis de observación, descriptivo y analítico, de sección transversal.

Metodología: Se remitieron 450 cartas personalizadas a todos los sujetos seleccionados por un muestreo aleatorio sistemático, donde se le explicaba la importancia en la prevención de este tipo de cáncer y se advertía de la visita de un encuestador en las próximas fechas. Se realizó el estudio estadístico de las variables recogidas en las encuestas que se incluyeron en una base estadística informática Dbase IV. El análisis estadístico se hizo con el paquete estadístico SPSS 10. De los encuestados correctamente (414) se realizó estudio descriptivo de cada variable, análisis bivariable con la variable principal (CCR), así como una relación multivariante y regresión logística.

Las variables predictoras que se han considerado hasta llegar al presente modelo han sido: edad, sexo, índice de masa corporal, nivel de estudios, intensidad de la actividad física realizada, presencia o no de algún tipo de enfermedad, paquetes/año como mejor expresión del hábito de fumar, consumo de alcohol, número de deposiciones por semana, si el paciente sigue alguna dieta, frecuencia de consumo (FC) de pasta y arroz, FC de huevos o tortilla, FC de pescado blanco, FC de pescado azul, FC de legumbres, FC de verduras y ensaladas, FC de frutas, FC de embutidos, FC de carne, consumo de agua y presencia de algún familiar con cáncer.

Resultados: En nuestro estudio hemos encontrado que el alcohol está asociado como riesgo de padecer CCR significativamente con el consumo de 20 y 140 g semanales. También resulta factor de riesgo tener algún familiar de 1er grado con cáncer. Encontramos como factores que pueden contribuir a la menor incidencia de cáncer colon en aquellos pacientes que realizan ejercicio físico mediano-intenso, aquellos que

siguen una dieta, aquellos que consumen diariamente pescado, tanto azul como blanco. Los consumidores de aceite de oliva habitualmente y los que prolongan el consumo de carne también disminuyen el riesgo de padecer CCR.

Conclusiones: En nuestro estudio hemos observado relación significativa de padecer CCR con antecedentes familiares, actividad física, consumo de alcohol y consumo de agua, pasta, arroz y huevos.

EFP0005 - ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS INCIDENTES DE CÁNCER COLORRECTAL EN EL PERIODO 1996-2005 BASADO EN EL REGISTRO DE TUMORES DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Pérez Álvarez G, Tardón García A¹, Folgueras Sánchez MV², Fernández Bustillo E³, Riestra Menéndez S, Pérez Martínez I, Ortiz Fernández-Sordo J
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. ¹Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias. ²Servicio de Anatomía Patológica-Registro de Tumores. Hospital Universitario Central de Asturias. ³Departamento Técnico. Instituto Nacional de Silicosis. Oviedo

Objetivos: Describir las características de base de los adenocarcinomas colorrectales incidentes en un periodo de diez años en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), así como la variación de las mismas comparando los dos periodos de cinco años.

Material y métodos: Se obtuvieron los datos del Registro de Tumores del HUCA correspondientes a edad, sexo, procedencia, año de registro, histología, localización, método diagnóstico, tipos de tratamiento, intervalo primer síntoma-sospecha clínica, intervalo sospecha clínica-diagnóstico e intervalo diagnóstico-primer tratamiento entre 1996 y 2005 (incluidos). Se realizó un análisis estadístico de todo ello mediante SPSS (v. 12.0).

Resultados: Se registraron un total de 3.294 adenocarcinomas colorrectales entre 1996 y 2005. Un 63,2% (2082 casos) correspondieron a hombres frente a un 36,8% de mujeres (1.212 casos). La media de edad al diagnóstico fue de 67,43 años. La localización en colon fue más frecuente (57%) en comparación con recto (43%). La localización en recto fue significativamente mayor en hombres (67,1% con $p = 0,00007$) frente a mujeres. La media de días transcurridos entre el primer síntoma y la sospecha clínica fue de 125 días, entre la sospecha diagnóstica y el diagnóstico definitivo 18 días y entre el diagnóstico y el primer tratamiento de 14 días. El tratamiento de primera línea más frecuente fue la cirugía (90,3%), en segunda línea la radioterapia y en tercera línea la quimioterapia. Los intervalos sospecha-diagnóstico y diagnóstico-tratamiento fueron significativamente

mayores en el periodo 2001-2005 frente al 1996-2000. El intervalo entre el primer síntoma y el diagnóstico fue significativamente mayor en la localización colon respecto a recto. Así mismo, estableciendo como punto de corte los 75 años, la edad al diagnóstico fue significativamente mayor en mujeres que en hombres.

Conclusiones: Los registros de tumores representan una herramienta útil para el análisis descriptivo y búsqueda de hipótesis sobre las variaciones de las características del cáncer colorrectal en nuestra población dada la cantidad y variedad de datos registrados a lo largo de diez años. El análisis de nuestro registro ha permitido encontrar diferencias significativas en cuanto a sexo, localización y los diferentes intervalos sospecha-diagnóstico-tratamiento, lo cual da pie a investigar el origen de estas diferencias, dado el incremento de los diferentes intervalos en los cinco últimos años, a pesar de la cada vez más frecuente evaluación endoscópica. La variabilidad por sexo y edad es ya bien conocida y no se descarta un sesgo por supervivencia a favor del sexo femenino.

CASOS CLÍNICOS

EHP0001 - INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ABSCESO ESPLÉNICO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA: ESTUDIO DE 27 CASOS

Zapata Morcillo E, Cosme Jiménez A¹, Ojeda E², Bujanda L¹, Zubiaurre Lizarralde L¹, Muro Carral N¹, Zamarreño I², Von Wichmann MA³, Montalvo Oyarbiden II¹, Garmendia G⁴

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Mendaro. Servicios de ¹Aparato Digestivo y ²Medicina Interna, ³Unidad de Enfermedades Infecciosas y ⁴Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián. Guipúzcoa

Objetivo: Conocer la frecuencia, etiología, enfermedades predisponentes y características clínicas de los pacientes con absceso esplénico (AE) en nuestro hospital.

Pacientes y métodos: Se revisan las TC abdominales informadas como AE durante el período de 1987-2005 en el Hospital Donostia de San Sebastián, hospital de referencia para Guipúzcoa, de 750 camas, con un número aproximado de 27.000 admisiones por año hasta el 2000. El diagnóstico se basó en hemocultivos, PAAF, esputo o estudio histológico de las adenopatías.

Resultados:

—El número de AE fue de 27 (21 varones y 6 mujeres). La edad osciló entre 13 y 77 años. La etiología fue: M. tuberculosis (11), Staphylococcus (3), Streptococcus (2), Salmonella (1), otros gérmenes aerobios (4), hongos (2), anaerobios (2), M. avium-intracellulare (1) y desconocida (1). Las enfermedades predisponentes fueron infección por VIH (10), neoplasias malignas (5), diabetes (5), endocarditis bacteriana (2), cirugía (3) y síndrome de Sjögren (1).

—De los 11 pacientes con AE tuberculosos, 9 tenían VIH, 1 síndrome de Sjögren y otro procedía de un área de alta prevalencia de tuberculosis.

—La clínica fue de dolor en hipocondrio izquierdo y fiebre en los no tuberculosos. En los tuberculosos predominó el síndrome constitucional. Los abscesos fueron únicos en 16 pacientes y múltiples en 11.

—El diagnóstico bacteriológico se hizo por hemocultivo en el 50% de los AE no tuberculosos. Los 11 pacientes con AE tuberculosos tenían una tuberculosis diseminada y la mayoría de las adenopatías estaban necrosadas. Las cifras de CD4 en los VIH positivos con tuberculosis fue < 200/ml.

—El tratamiento de los sujetos con AE no tuberculosos consistió en antibióticos en todos los casos, esplenectomía en 4 y drenaje externo en 7. El tratamiento tuberculostático mejoró los síntomas de los 11 pacientes sin que fuese necesaria la cirugía.

Conclusiones:

1. Del total de AE, 11 fueron tuberculosos (9 con infección por VIH). Junto al VIH, la diabetes y los tumores fueron las enfermedades predisponentes más habituales.

2. Los pacientes con AE no tuberculosos tuvieron dolor en HI y fiebre mientras que en los tuberculosos predominó el síndrome constitucional.

3. El tratamiento iniciado precozmente resultó de gran eficacia en la mayoría de los enfermos.

EHP0002 - PANCREATITIS POR ORLISTAT

García Aguilera X, Moreira Vicente V, Crespo Pérez L, Teruel Sánchez-Vegazo C, Ledo Rodríguez A
Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: Las causas más frecuentes de pancreatitis aguda (PA) son el alcohol y la colelitiasis. La PA inducida por fármacos varía entre el 2% en la población general y el 40% en pacientes con infección por VIH. El orlistat es un inhibidor de la lipasa pancreática, indicado para el tratamiento de la obesidad, y autorizado en España desde 1991. No hay en España casos descritos de PA secundaria a orlistat.

Caso clínico: Mujer de 49 años en tratamiento para la obesidad, con orlistat 120 mg/3 veces al día. Diez días

después de su inicio, presentó dolor abdominal epigástrico, de intensidad moderada, irradiado en cinturón, y que se acompaña de náuseas y vómitos de contenido alimentario. No consumía alcohol ni otros tóxicos. Acude a su médico de cabecera, quien recomienda tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, antiácidos y antiespasmódicos. La paciente suspende por su cuenta el orlistat, durante 3 días, con alivio sintomático completo. Posteriormente reinicia el tratamiento con orlistat y, una semana después, presentó clínica similar a la previa, por lo que acudió al servicio de urgencias. A su llegada: amilasa: 1.403, lipasa: 4.500, AST: 491, ALT: 485, bilirrubina: 3,1, FA: 128, GGT: 679, fibrinógeno: 405, leucocitos: 13.100. ECO abdominal descarta patología de vía biliar. A las 48 horas: PCR: 139,4, triglicéridos: 114, colesterol: 153. La paciente evoluciona favorablemente con dieta absoluta, analgesia y sueroterapia. Inicia tolerancia a líquidos a las 72 horas, y al día siguiente continuó con alimentos sólidos sin recidiva del dolor. La colangio-RMN descartó patología de la vía biliar y páncreas divisum y la transferrina deficiente en hidratos de carbono fue del 1,91% (rango normal inferior a 2,6%).

Resultados: La ausencia de litiasis en la vía biliar y de alcoholismo, así como la relación cronológica entre la toma de orlistat y la aparición de dolor en un principio y pancreatitis después apoyan como factor etiológico de su PA el orlistat.

Conclusiones:

1. La relación temporal, la ausencia de otras causas y la evolución posterior han sido las bases en el diagnóstico de PA por orlistat.

2. El orlistat debe ser considerado como otro fármaco potencialmente causante de PA.

EHP0003 - LUPUS, HIPERPLASIA NODULAR REGENERATIVA E HIPERTENSIÓN PORTAL

Bao Pérez F, Almendral López ML, Indart Pérez A, Belouqui R¹, Martí Cabane J²

Servicios de Aparato Digestivo, ¹Anatomía Patológica y ²Medicina Interna. Hospital de Zumárraga. Guipúzcoa

Objetivo: Aportar un caso inhabitual de hipertensión portal.

Caso clínico: Varón de 40 años sin antecedentes relevantes que es valorado por fiebre prolongada sin foco aparente. En el estudio destacan ANA, ASMA, anti-ADN, pANCA, cANCA, inmunocomplejos circulantes, IgA e IgM a títulos altos, con factor reumatoide, VSG, PCR y leucocitos elevados, anemia normo-normo leve y colestasis disociada discreta. En el TAC derrame pleural bilateral y ascitis ligera en subhepático derecho, colaterales esplenorrenales izquierdas con hepatomegalia, sospechoso de poliserositis e HTP. Con la sospecha de lupus eritematoso

se instaura tratamiento con corticoides, comprobándose mejoría de los reactantes de fase aguda, desaparición de la fiebre y con ECO a los 15 días sin ascitis pero con signos de hepatopatía difusa y HTP (esplenomegalia con porta dilatada) manteniéndose la colestasis. Se realiza gastroscopia con presencia de varices esofágicas grado III/IV sin extensión subcardial y con estigmas de riesgo de sangrado. Ante la sospecha de colangiopatía autoinmune se procede a biopsia hepática que evidencia hiperplasia nodular regenerativa (HNR) sin fibrosis.

Discusión: La HNR llamada transformación nodular parcial es un ejemplo de arquitectura nodular hepática sin fibrosis que afecta de forma difusa el parénquima. Incide en pacientes > 50 años y se asocia a conectivopatías, síndromes mielo- y linfoproliferativos, toxicidad por azatioprina, trasplante de órganos sólidos, síndrome del aceite tóxico, celiaca, CBP, etc. Suele ser un hallazgo casual y los síntomas dependen de la HTP, que aparece en un 50% por compresión de la porta en el hilio, y de la colestasis de patrón disociado. Se han descrito casos de transformación maligna. La histología es característica con nódulos de hepatocitos hiperplásicos de 0,1 a 4 cm con atrofia controlobul y ausencia de fibrosis. La patogenia se atribuye a lesiones microvasculares a nivel portal, cuya isquemia produce atrofia de hepatocitos en áreas centrales. En la ECO puede pasar desapercibida o aparecer nódulos hipoeoicos. En el TAC ocurre lo mismo y en la RMN tienen un patrón hiperintenso en T1 e hipointenso en T2. Su manejo está dirigido a la enfermedad sistémica subyacente, retirada del fármaco asociado, control y prevención de las complicaciones derivadas de la HTP.

EHP0004 - HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO TRAS CPRE

Priego P, Rodríguez Velasco G, Mena A, Cabañas J, Lisa E, García Teruel D, Fresneda V
Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: Desde su primera descripción en el año 2000, son 4 los casos descritos de hematoma subcapsular hepático secundario a la realización de una CPRE.

Caso clínico: Mujer de 30 años sin antecedentes personales de interés que ingresa en nuestro servicio con el diagnóstico de ictericia obstructiva secundaria a posible coledocolitiasis. En la analítica destacan bilirrubina de 4,6 mg/dl, GOT 406 UI/l, GPT 512 UI/l, amilasa 50 UI/l. Ecografía abdominal: colelitiasis. Vía biliar no dilatada. En la CPRE se visualiza una vía dilatada sin coledocolitiasis y se realiza esfinterotomía. Tras la prueba, la paciente comienza con dolor en epigastrio e HCD irradiado al hombro y sensación nauseosa. En la exploración la paciente se encuentra agitada, hipotensa, taquipneica con in-

tenso dolor en HCD con importante defensa voluntaria que dificulta la exploración. Analítica: bilirrubina 1,6 mg/dl, GOT 101 UI/l, GPT 311 UI/l, amilasa 71 UI/l, hemoglobina 11,6 g/dl, leucocitos 8800 m/l. TAC abdominopélvico: colección de 4,7 x 10 x 11 cm con un área más densa en su interior (probablemente coágulos y con burbujas de gas, sugerentes de infección) adyacente al lóbulo hepático derecho. Aerobilia en vía biliar extrahepática. No líquido libre ni neumoperitoneo. En función del mal estado clínico de la paciente, que no responde a ninguna pauta analgésica, y a los hallazgos del TAC sugerentes de absceso adyacente al hígado con signos de sangrado e infección, y sin poder descartar una perforación duodenal, se decide intervenir quirúrgicamente. En la cirugía se observa un hematoma subcapsular en el lóbulo hepático derecho de unos 10 cm y con burbujas en su interior. Se realiza colangiografía intraoperatoria, colecistectomía y drenaje del absceso. La paciente pasa a planta y se instaura tratamiento antibiótico de amplio espectro. A raíz de un episodio de anemia es necesario transfundir 4 concentrados de hemáties. Se realizan ecografías y escáners seriados en donde se objetiva persistencia de hematoma, por lo que se decide colocar un pig-tail. La evolución es satisfactoria siendo dada de alta tras 4 semanas de ingreso.

Conclusión: A pesar de que en este caso se realiza un tratamiento quirúrgico de esta complicación, está descrita su resolución mediante un manejo conservador en una unidad de cuidados intensivos con un intenso control de las constantes, hemoglobina, dolor y pautándose antibioterapia de amplio espectro. En caso de persistencia del sangrado, se podría plantear embolización o colocación de pig-tail.

EHP0005 - PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE (PAI). INCIDENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Crespo Pérez L, Moreira Vicente V, López San Román A, Graus Morales J, García-Hoz F, de la Poza G, Milicua Salameiro JM
Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: La PAI es la más común y grave de las porfirias agudas. La prevalencia de la mutación es muy frecuente (1:500), pero su penetrancia incompleta hace que la prevalencia de enfermedad sintomática sea menor (1-2:100.000).

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente los diagnósticos de informes de alta de los ingresos en el Servicio de Gastroenterología de enero de 1979 a marzo de 2007. Se encontraron 5 casos diagnosticados de PAI.

Caso 1: Varón de 35 años que refiere dolor abdominal epigástrico de 72 h de evolución. Su padre padecía PAI. La

analítica objetivó hiponatremia leve y ácido deltaminolevulínico (ALA) y porfobilinógeno (PBG) en orina 24 h elevados. El dolor abdominal no cedió con mórnicos por lo que se trató con hematina. La mejoría clínico-analítica fue notoria. El estudio genético concluyó que era portador de una delección del cromosoma 11. Actualmente asintomático.

Caso 2: Mujer de 32 años que refiere dolor abdominal hipogástrico, orinas rojizas y parestesias en MMII de 5 meses de evolución. Había presentado cuadros similares catalogados como Guillain-Barré. La EF demostró paresia distal en MMII. Las cifras de ALA y PBG en orina 24 h estaban elevadas. Se pautó tratamiento con hematina con resolución completa. Permanece asintomática.

Caso 3: Varón de 31 años que refiere dolor abdominal difuso de 48 h de evolución no asociado a clínica neurológica. Las cifras de ALA y PBG en orina 24 h se encontraban en el límite alto de la normalidad. El dolor cedió con paracetamol. Actualmente asintomático.

Caso 4: Mujer de 32 años con AP de dudoso Guillain-Barré que refiere molestias abdominales difusas y orinas rojizas de 2 semanas de evolución. La analítica objetivó hiponatremia severa y cifras de ALA y PBG en orina 24 h elevadas. El dolor se controló con paracetamol-codeína. Actualmente asintomática.

Caso 5: Mujer de 26 años que refiere dolor abdominal hipogástrico y orinas rojizas de 48 h de evolución. No AF de interés. Las cifras de ALA y PBG en orina 24 h estaban elevadas. El dolor se controló con paracetamol y suero glucosado. Actualmente asintomática.

Resultados: Durante 28 años en nuestro centro se han objetivado 5 casos de PAI. 2 pacientes (40%) fueron inicialmente diagnosticados de Guillain-Barré, 2 (40%) presentaban hiponatremia y 3 (60%) orina rojiza al diagnóstico. Ningún paciente ha presentado recurrencias. El factor desencadenante en todos ellos fue incierto.

Conclusiones:

1. El dolor abdominal neuropático severo (crisis neurovisceral) es el síntoma de presentación más común.
2. En ocasiones la neuropatía asociada a PAI imita al Guillain-Barré.
3. La asociación hiponatremia-dolor abdominal debe sugerirnos PAI.

EHP0006 - TRES INTERVENCIONES DE RESECCIÓN DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER DE COLON EN UNA MISMA PACIENTE

Ruiz Tovar J, López Hervás P, Aláez AB, Díez J, Rey A, Ramiro C, Devesa JM
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: La resección de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal está considerada como parte del primer

escalón de tratamiento, ya que es el único método que da una posibilidad de curación al paciente, consiguiéndose tasas de supervivencia del 30% a los 5 años de la cirugía. La recurrencia de las metástasis hepáticas son frecuentes, pero su resección sólo es posible en pocos casos.

Caso clínico: Mujer de 62 años acude a Urgencias por cuadro de oclusión intestinal. Un enema opaco mostró oclusión tumoral en unión recto-sigma. Mediante TC se observaron metástasis hepáticas difusas. Intraoperatoriamente se detectaron metástasis grandes en lóbulo hepático derecho y 5 lesiones en lóbulo izquierdo, tumor de recto-sigma oclusivo con invasión de ovario izquierdo y Douglas. Se realizó exanteración pélvica posterior y metastasectomía de 4 lesiones hepáticas izquierdas. Se administró quimioterapia adyuvante, que redujo el tamaño de las lesiones hepáticas derechas, y se realizó embolización portal derecha para conseguir hipertrofia de lóbulo hepático izquierdo. A los 10 meses de la primera cirugía se realizó hepatectomía derecha extendida al segmento IV y subsegmentectomía de segmento II, donde se observaron 2 metástasis. A los 9 meses aparecieron nuevas metástasis en hígado remanente, realizándose hepatectomía de lóbulo caudado y segmento II. A los 8 meses se objetivó nueva metástasis que provocaba ictericia obstructiva e invasión del único pedículo portal remanente. Se consideró inoperable y se colocó drenaje biliar percutáneo paliativo, falleciendo la paciente a los 2 meses.

EHP0007 - HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL BENIGNA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, ¿EFECTO ADVERSO O MANIFESTACIÓN EXTRAINTestinal?

Crespo Pérez L, López San Román A, Rivero Fernández M, García Aguilera XA, Marín Alcolado E, de la Poza G, Riesco López JM, Moreira Vicente VF
Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: La hipertensión intracraneal benigna (HICB) es una entidad poco frecuente de etiología desconocida en la que la presión intracraneal está aumentada en ausencia de lesión intracraneal y sin alteraciones en la composición del líquido cefalorraquídeo (LCR). El consumo de fármacos, entre ellos los corticoides, puede aumentar el riesgo de padecerla.

Caso 1: Mujer de 38 años diagnosticada de enfermedad de Crohn (Montreal A2 L2 B1). Fue estudiada en Neurología por un cuadro de cefalea y disminución de agudeza visual. En ese momento se encontraba en tratamiento con esteroides en pauta descendente y mesalazina. La exploración neurológica objetivó papiledema bilateral. Se realizó una punción lumbar, demostrándose una presión de apertura de 50 cm de agua. El análisis del LCR fue normal. Los estudios de imagen (TAC con contraste y RMN con

gadolinio) no manifestaron patología. Se realizaron sucesivas punciones lumbares y tratamiento con acetazolamida, con mejoría de la agudeza y desaparición de la cefalea.

Caso 2: Varón de 64 años diagnosticado de colitis ulcerosa izquierda. Fue estudiado en Neurología por presentar visión borrosa. En ese momento se encontraba en tratamiento con esteroides en pauta descendente, 6-mercaptopurina y mesalazina. En la exploración neurológica se constató un papiledema bilateral. Se realizó una punción lumbar, demostrándose una presión de apertura de 45 cm de agua. El análisis del LCR fue normal. Los estudios de imagen descartaron patología vascular y lesiones ocupantes de espacio. Se inició tratamiento con acetazolamida con buena respuesta.

Caso 3: Varón de 17 años diagnosticado de enfermedad de Crohn (Montreal A1 L3 B1). Ingresó en Neurología por cuadro de cefalea brusca. En ese momento estaba bajo tratamiento esteroideo en pauta descendente. En el fondo de ojo se objetivó un papiledema bilateral leve. Se realizó una punción lumbar, demostrándose una presión de apertura de 27 cm de agua. El análisis del LCR y las pruebas de imagen realizadas no demostraron hallazgos patológicos.

Resultados: Estos 3 casos suponen un 0,43% de los 690 pacientes controlados en nuestra consulta de EII y fueron observados a lo largo de 3 años.

Conclusiones:

1. Aunque el uso de aminosalicilatos constituye la causa más frecuente de cefalea en pacientes con EII, debemos permanecer alerta, especialmente en pacientes en tratamiento esteroideo, para excluir una eventual HICB.

2. Estos hallazgos insisten más aun en el hecho de que las alteraciones de la visión deben ser evaluadas con cuidado en personas con EII, pues pueden corresponder a causas de importancia (uveítis, HICB).

EHP0008 - ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA SECUNDARIA A SHUNT PORTOSISTÉMICO TRATADA SATISFACTORIAMENTE MEDIANTE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Crespo Pérez L, Rivero Fernández M, Rodríguez Gandía M, Marín Alcolado E, García Aguilera XA, Graus Morales J, García Hoz F, Blázquez J¹, Sánchez J¹
Servicios de Gastroenterología y ¹Radiología Intervencionista. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: Los pacientes con hepatopatía avanzada e hipertensión portal con frecuencia presentan shunts portosistémicos espontáneos. Aunque ayudan a reducir la presión portal, su existencia favorece el desarrollo de encefalopatía hepática (EH).

Objetivo: Evaluar la eficacia de la embolización del shunt porto-sistémico en pacientes cirróticos con EH.

Caso 1: Mujer de 74 años cirrótica VHC asociada a hemocromatosis con múltiples ingresos por EH severa recurrente (17 ingresos en 20 meses). En una ecografía se objetivó la inversión del flujo en las venas esplénica y porta. Se realizó un angio-TAC que demostró la existencia de marcada circulación colateral y un shunt esplenorrenal. La paciente mantuvo cifras de amonio persistentemente elevadas. Mediante radiología intervencionista se procedió a la embolización parcial del shunt con microcoils consiguiéndose enlentecimiento del flujo del shunt. Una ecografía postembolización demostró un flujo portal hepatópeto con persistencia de flujo hepatófugo en la vena esplénica y disminución de la circulación colateral periesplénica.

Caso 2: Varón de 49 años cirrótico enólico y VHC que ingresa por alteración del nivel de conciencia. Las cifras de amonio durante el ingreso se mantuvieron persistentemente elevadas. Se realizó una ecografía que demostró a nivel peripancreático un vaso dilatado y tortuoso. Posteriormente se realizó un angio-TAC que comprobó la existencia de abundante circulación colateral asociada a una derivación portosistémica esplenorrenal. Mediante técnicas de radiología intervencionista se procedió a la embolización parcial del shunt con microcoils. En una ecografía postembolización no se visualizó el shunt.

Resultados: La paciente 1 experimentó tras la embolización una mejoría clínica inmediata y las cifras de amonio se normalizaron. Desde la embolización ha precisado ingreso hospitalario en tres ocasiones, en relación con descompensación hídrica leve, síndrome hepatorenal y EH grado I. Tras el tratamiento el paciente 2 presentó rápida mejoría clínica y analítica. No ha desarrollado varices gastroesofágicas, ascitis ni nuevos episodios de encefalopatía. Ambos pacientes fueron seguidos durante 12 meses.

Conclusiones:

1. Los shunts portosistémicos con frecuencia son causa de EH recurrente en enfermos cirróticos por lo que se deben tener en cuenta siempre en el diagnóstico diferencial de la EH recurrente de causa no filiada.

2. Ha sido demostrada una mejoría notable en el nivel de conciencia, un descenso significativo de los niveles de amonio y una mejoría en el flujo portal tras la embolización de los shunts portosistémicos.

3. La embolización de los shunts portosistémicos puede facilitar el desarrollo de ascitis y la formación de varices esófago-gástricas, por lo que estos enfermos deben ser seguidos estrechamente.

EHP0009 - ENFERMEDAD CELIACA Y LINFOCITOS T MONOCLONALES: OTRO ICEBERG

Bao Pérez F, Almendral López ML, Indart Pérez A, Malo P¹, Martí Cabané J²
Servicios de Aparato Digestivo, ¹Anatomía Patológica y ²Medicina Interna. Hospital de Zumárraga. Guipúzcoa

Objetivo: Demostrar con un caso clínico las diferentes entidades englobadas en la monoclonalidad de linfocitos T dentro de la enfermedad celiaca (EC).

Caso clínico: Varón de 65 años, sin antecedentes relevantes, diagnosticado hace 5 años de EC sensible al gluten (sexológica, histológica y radiológica) con respuesta a la exclusión del gluten y con controles periódicos normales. Acude a Urgencias por cuadro progresivo de 3 meses de dolor abdominal difuso y sordo, distensión y vómitos postprandiales ocasionales, diarrea alterante y pérdida ponderal de 8 kg con astenia. Aseguraba cumplir la dieta y negaba fiebre. La exploración sólo revelaba desnutrición. La analítica urgente presentaba hipoproteinemia y anemia ferropénica moderada. El resto, incluidas heces, fue normal. El TAC abdominal urgente mostró engrosamiento mural difuso duodenoyeyunal y adenopatías de 1,2 cm mesentéricas y peripancráticas. La gastroscopia electiva (con colonoscopia) observó una afectación difusa postbulbar con mucosa plana, aterciopelada, blanquecina con áreas eritematosas y friables. Cultivo de las muestras y aspirado duodenal negativos. La histología básica reveló atrofia vellositaria parcial (Marsh IIIa) con linfocitos intraepiteliales (LIE) sin evidencia de infiltración neoplásica. La inmunohistoquímica fue CD3+, CD8+, TIA.1 y ciclina D1-. La PCR detectó reordenamiento policlonal del gen ICH y monoclonal del TCR. La analítica en el ingreso reveló ATG 42, HLA DQ2+ y $\beta 2$ MG 3,7. Tras revisión dietética, el paciente mejora clínica y serológicamente con TAC de control al mes, donde disminuye el engrosamiento y las adenopatías no crecen.

Discusión: La EC no complicada presenta respuesta clínica, serológica, radiológica e histológica a la exclusión del gluten. Este iceberg engloba entidades como la EC clásica, atípica, silente, latente y potencial. El otro iceberg celiaco lo constituyen entidades asociadas a la EC complicada (no respuesta o incompleta a la exclusión estricta del gluten). Tales son la EC refractaria (criterios de EC pero sin respuesta > 6 meses), yeyunoileítis ulcerativa (úlceras sin respuesta), esprúe colágena (banda subepitelial colágena > 10 mc sin respuesta) y linfoma T (proliferación invasora de linfocitos T anómalos sin respuesta). En la EC no complicada el linfograma consta de aumento de LIE (> 25 por 100 células epiteliales), disminución de linfocitos T NK-like y aumento de linfocitos T $\gamma\delta$. Son CD3 y CD8+. En la EC complicada el evento diferenciador es la transformación monoclonal de linfocitos T siendo CD3+, CD8- y TIA.1+. Esto implica una autonomía respecto al estímulo antigénico dietético y supone la transición a un estadio de riesgo para el desarrollo de complicaciones que configuran el 2º iceberg de la EC. En este caso, la monoclonalidad implica una vigilancia inmunohistológica más estrecha aunque los LIE fueran CD8+ y mejore con la exclusión del gluten. Estaríamos en la frontera entre los dos icebergs celiacos.

EHP0010 - COLESTASIS ANICTÉRICA ASOCIADA A TRATAMIENTO CON PREGABALINA (LYRICA®)

Crespo Pérez L, Moreira Vicente V, Manzano Fernández R¹, García Aguilera XA, López San Román A, Milicua Salamero JM

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. ¹Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Introducción: La pregabalina (Lyrica®) es un nuevo fármaco efectivo en el tratamiento de la epilepsia parcial, el dolor neuropático y el trastorno de ansiedad generalizada. Comunicamos un caso de colestasis anictérica asociada a tratamiento con dicho fármaco.

Caso clínico: Varón de 61 diagnosticado de HTA e hiperuricemia, en tratamiento desde hacía 2 años con amlopipino, cardesatrán y alopurinol. Se le practicó una laminectomía con artrodesis, sin complicaciones intra- o perioperatorias, iniciándose 15 días después tratamiento con pregabalina. El preoperatorio realizado tres meses antes no demostró alteraciones hepáticas. Dos días después de la toma de pregabalina comenzó con mareo, visión borrosa y astenia. Trascurrida una semana de tratamiento se realizó una analítica que objetivó: GOT 115 U/l, GPT 307 U/l, GGT 1546 U/l, FA 476 U/l y Br 1,66 mg/dl. El paciente fue ingresado, suspendiéndose tanto la pregabalina como el resto de medicaciones. Veinticuatro horas después se encontraba prácticamente asintomático aunque persistía asténico. La exploración física no demostró patología. Los ANOE y las serologías para VHA, VHB, VHC, VHD, VHE, CMV, EBV, VHS, VVZ y VIH fueron negativas. El resto de analítica (α -fetoproteína, inmunoglobulinas, proteinograma, $\alpha 1$ -antitripsina, ferritina, IST, cobre, ceruplasmina) no mostró alteraciones. La ecografía abdominal y la colangio-RMN fueron normales. Durante su hospitalización se reintrodujo la pregabalina a dosis bajas durante 48 horas, con recidiva de la sintomatología y con un empeoramiento analítico leve. La evolución analítica posterior fue favorable presentando el día del alta el siguiente perfil hepático: GOT 18 U/l, GPT 37 U/l, GGT 542 U/l, FA 174 U/l, Br 1 mg/dl.

Resultados: El paciente fue diagnosticado de colestasis anictérica asociada a tratamiento con pregabalina. Fue revisado dos meses después, documentándose completa normalización del perfil hepático (GOT 26 U/l, GPT 32 U/l, GGT 44 U/l, FA 125 U/l, Br 0,9 mg/dl) y actualmente permanece asintomático.

Conclusiones:

1. Se ha descrito elevación de GOT y GPT en relación a la toma de pregabalina. Según nuestro conocimiento, el caso que exponemos es el único documentado de colestasis anictérica.

2. Las reacciones hepatotóxicas son frecuentemente idiosincrásicas. Esta forma de toxicidad presenta gran

des problemas diagnósticos, lo que hace difícil su identificación durante la fase de desarrollo de un medicamento.

3. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica inicial y se sustenta en una anamnesis exhaustiva con una secuencia temporal adecuada y la exclusión de causas alternativas de enfermedad hepática.

EHP0011 - DISFAGIA DE ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE: LINFOMA PRIMARIO ESOFÁGICO

Giráldez Jiménez MD, Ángel Rey JM, Llamaza Torres CJ, Hervás Molina AJ, de Dios Vega JF
Unidad Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Caso clínico: *Anamnesis:* Paciente de 46 años sin antecedentes de interés. Presenta astenia y pérdida de 10 kg en los 2 últimos meses. La semana previa al ingreso comienza con disfagia para sólidos.

Exploración física: Buen estado general. Afebril. No adenopatías ni bocio. Auscultación cardiorrespiratoria y exploración abdominal normales.

Exploraciones complementarias:

—Análítica general: normal.

—Rx tórax: sin alteraciones.

—Endoscopia digestiva alta: se objetiva estenosis cardial no franqueable de aspecto neoplásico.

—Estudio gastroduodenal con doble contraste: paso filiforme del contraste a través de esófago distal por estenosis concéntrica sugestiva de neoplásica que se extiende hasta cardias afectando fundus gástrico adyacente.

—TAC de tórax y abdomen con contraste: engrosamiento concéntrico de la pared del esófago distal y del cardias (grosor máximo de 21,6 mm), que produce estenosis filiforme de la luz del esófago distal. La afectación incluye zona cardial y se extiende a la región adyacente del fundus. Adenopatías abdominales de tamaño patológico y mediastínicas de tamaño indeterminado.

—Biopsia endoscópica: mucosa esofágica con infiltrado inflamatorio mixto sin signos de malignidad.

Evolución: Dada la alta sospecha de cáncer esofágico, se repiten las biopsias sin encontrar datos de malignidad, por lo que se decide biopsia quirúrgica de adenopatías. La biopsia intraoperatoria es informada como tumor maligno y se coloca prótesis de Celestine. En el estudio anatomopatológico definitivo se observa una neoplasia maligna con inmunofenotipo: ACL+, AE1/AE3-, S100-, CD20+, CD3-, CD43-, bcl2-, bcl6+, CD10-, ciclina D1-, CD30- y alto índice proliferativo,

concordante con linfoma B difuso de células grandes. Se inicia ciclo de quimioterapia CHOP-rituximab con buena respuesta.

Diagnóstico: Linfoma primario esofágico tipo b difuso de células grandes.

Discusión: El adenocarcinoma y el carcinoma de células escamosas constituyen el 95% de los tumores malignos esofágicos. El linfoma es la tercera neoplasia en frecuencia pero representa menos del 1%. El esófago es la localización menos frecuente de los linfomas gastrointestinales (incidencia menor del 1%). La mayoría de los linfomas primarios son no Hodgkin, siendo los más frecuentes los difusos de células grandes y los MALT. La afectación esofágica secundaria es más frecuente, como parte de un compromiso extenso de un linfoma gástrico, en inmunodeprimidos o en linfomas mediastinales. La apariencia endoscópica del linfoma esofágico es habitualmente indistinguible de otras neoplasias esofágicas y la biopsias a menudo no son diagnósticas, dado el origen submucoso del tumor. La confirmación histológica es fundamental ya que su tratamiento y pronóstico son radicalmente distintos del adenocarcinoma y del carcinoma epidermoide.

EHP0012 - ANÁLISIS DE LA CINÉTICA BIOQUÍMICA PARA PREDECIR LA RESPUESTA VIROLÓGICA SOSTENIDA AL INTERFERÓN PEGILADO MÁS RIBAVIRINA EN PACIENTES NAÏVE CON HEPATITIS CRÓNICA C

González Moreno L, Moreno Monteagudo JA, García Buey L, Salcedo Mora X, Gisbert JP, Borque MJ¹, Moreno-Otero R, Trapero Marugán M

Servicio de Aparato Digestivo y ¹Unidad de Biología Molecular. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Introducción: El tratamiento antiviral actual frente a la hepatitis crónica C (HCC) consiste en la combinación del interferón pegilado (PEG-IFN) y ribavirina. Se han encontrado algunos factores predictivos de la respuesta virológica sostenida (RVS) como el genotipo y la carga viral.

Objetivos: Evaluar la cinética de transaminasas durante el tratamiento con PEG-IFN más ribavirina en pacientes naïve con HCC. Establecer correlaciones de parámetros analíticos con la RVS y analizar la cinética de transaminasas como posible factor predictivo de RVS.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 143 pacientes consecutivos mono infectados, de los cuales 44 eran mujeres (30,8%) y 99 varones (69,2%); la edad media de las mujeres fue 48,3 ± 10,7 años y la de los varones 46 ± 8,9. Los pacientes recibieron PEG-IFN alfa (2a y 2b) más ribavirina (1-1,2 g/día ajustado al peso) durante 24

semanas (genotipos 2 y 3) o 48 semanas (genotipos 1 y 4). Se analizaron las variables epidemiológicas, bioquímicas, histológicas y virales (genotipo –INNOLIPA, Innogenetics– y viremia cuantitativa –PCR, Monitor Roche) de estos pacientes previos, durante el tratamiento (mes 1, 3, 6 y 12) y 6 meses tras haber finalizado el mismo. Para el estudio estadístico se utilizaron los test de t-Student, Chi cuadrado y ANOVA, agrupando no respondedores (NR) y recidivantes para aumentar la potencia estadística del estudio.

Resultados: 77/143 pacientes (45,8%) lograron una RVS, 37/143 (22%) fueron recidivantes y 29/143 (17,3%) pacientes no respondieron al tratamiento (NR). La RVS se asoció globalmente con: viremia basal $< 1 \times 10^6$ UI/mL, genotipo viral diferente a 1, bajos niveles basales de GGT. El descenso de las transaminasas (GOT y GPT) al primer mes de tratamiento $> 40\%$ con relación al valor basal mostró asociación estadísticamente significativa con la RVS ($p < 0,05$).

Conclusiones:

1. El tratamiento con PEG-IFN más ribavirina es eficaz, mostrando tasas de RVS del 45,8%.

2. La cinética de transaminasas durante el tratamiento antiviral combinado resulta eficaz para predecir una RVS de forma barata y sencilla.

EHP0013 - LEUCOPENIA Y TROMBOPENIA EN VARÓN JOVEN

Tercero Lozano M, Arroyo García M, Gordo Ruiz MJ, Baeyens Cabrera E, Martínez García R, Trapero Martínez AM

Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: La fibrosis hepática congénita es una enfermedad hereditaria que ocasiona una destrucción progresiva de las estructuras tubulares con desarrollo de fibrosis e hipertensión portal. Predomina en la infancia tardía y en la adolescencia, pudiendo permanecer silente hasta la edad adulta, como es el caso que a continuación presentamos.

Caso clínico: Varón de 18 años asintomático, con hepato-esplenomegalia en la exploración física. Pruebas complementarias: hemáties $4,42 \times 10^6$ /ul, leucocitos 1.350/ul, plaquetas 52.000. Ecografía abdominal: hígado de ecoestructura grosera, pequeña cantidad de líquido ascítico, importante esplenomegalia de aspecto homogéneo. TAC abdominal: hipertrofia de lóbulo hepático izquierdo y lóbulo caudado, cava prominente, esplenomegalia acompañada de importante circulación colateral, imagen sugerente de trombosis de vena esplénica. Angio-TAC abdomen: trombosis extensa de la

vena esplénica que se acompaña de una notable esplenomegalia de densidad homogénea con importante circulación colateral, hepatomegalia a expensas de lóbulo hepático izquierdo, pequeño quiste cortical simple en riñón izquierdo. Biopsia hepática: tractos fibrosos que rodean a nódulos hepatocitarios con venas centrales muy dilatadas, compatible con FHC.

Dada la importante hepato-esplenomegalia que presentaba el enfermo, se llevó a cabo una embolización selectiva de la arteria esplénica sin resultado satisfactorio, por lo que se decidió la realización de una esplenectomía. Actualmente se encuentra asintomático, sin presentar nuevas complicaciones.

Discusión: En nuestro caso, es de destacar la edad tardía de presentación de la enfermedad, ya que usualmente aparece a edades más tempranas. La FHC puede asociarse a lesiones renales como poliquistosis renal infantil o del adulto, nefronoptosis y displasia renal. Por ello, es aconsejable una vigilancia estrecha de estos pacientes, ante la posibilidad de desarrollo de una patología quística renal. El tratamiento es el de las complicaciones, hasta el momento de presentar disfunción hepática progresiva y/o colangitis crónica recurrente, en que debe plantearse trasplante hepático. Sin embargo, la principal causa de la muerte de estos enfermos suele ser la insuficiencia renal crónica asociada, por lo que, llegado el momento, puede ser conveniente un trasplante combinado de riñón e hígado.

EHP0014 - HAMARTOMA GLANDULAR PERIBILIAR HEPÁTICO

Zaragosí Esparza JL, Zaragosí A, Zaragoza C, Mir J, Moreno I, Zaragosí J

Servicio Médico-Quirúrgico de Aparato Digestivo. Hospital Casa de Salud. Valencia

Introducción: Se trata de una lesión circunscrita, generalmente única, subcapsular de hígado, compuesta de acinis y túbulos de las glándulas peribiliares sobre un estroma fibroso, denominada también adenoma del conducto biliar, distinta del Meyenburg complex, de tamaño entre 1-2 cm con problemas diagnósticos y terapéuticos.

Objetivo: Presentar un caso infrecuente, el único observado en 34.000 historias clínicas de nuestro servicio, el 0,003%.

Material y método: Varón de 73 años, obeso, con HTA moderada, colecistectomizado por laparoscopia hace 10 años, en tratamiento con acenocumarol por ACXFA. Hace tres años polipectomía de tres pólipos en colon. En la ecografía se aprecia una pequeña LOE hepática en segmento VIII por lo que consulta. Está asintomático con exploración física abdominal normal. La analítica es anodina. La nueva ecografía confirma la LOE de 20 x 22 mm. Esteato-

sis hepática. La PAAF con dos punciones bajo control ecográfico muestra frotis hemático y hepatocitos esteatósicos, sugiriendo tumor epitelial primitivo o metastático. La CRM con potenciadores confirma la LOE hepática a un centímetro de la cápsula, de 2 cm, de aspecto metastático. La PET-TAC no detecta lesión.

Resultados: Ante la falta de diagnóstico de certeza, se practica resección local, previa laparoscopia y ecografía intraoperatoria y de la pieza de 2,5 x 2,5 cm que incluye lesión central nodular, blancuzca, blanda, de aspecto hamartomatoso benigno. No precisa estudio histoquímico.

Conclusiones: Al no obtener diagnóstico con la ecografía convencional e intraoperatoria, la PAAF, la CRM, la PET-TAC, se practicó exéresis quirúrgica confirmando la benignidad del hamartoma glandular, peribiliar hepático. Evolución favorable a los 6 meses.

EHP0015 - VÓLVULO YEYUNAL: PRESENTACIÓN DE 5 CASOS

Ruiz Tovar J, Alonso Hernández N, López Quindós P, Sánchez Picot S, Aláez AB, Ramiro C, Fresneda V
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: Los vólvulos de yeyuno delgado son una causa poco frecuente de obstrucción de intestino delgado proximal. Pueden ser primarios o secundarios a embarazos, divertículos, tumores del intestino delgado o adherencias de cirugías previas.

Material y métodos: Presentamos 5 casos de vólvulos yeyunales diagnosticados y tratados en nuestro hospital entre 1990 y 2006.

Resultados: Se trataba de 3 varones y 2 mujeres con una edad media de 54,5 años (intervalo 43-78). Cuatro de ellos se manifestaron como dolor y distensión abdominal, mientras que el quinto desarrolló un cuadro séptico sin foco. Las radiografías simples de abdomen mostraban dilatación y edema de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos. Se realizó TC abdominal en 2 pacientes, observándose en uno líquido libre intraabdominal y en el otro un asa de intestino delgado aumentada de calibre y con pared engrosada de forma segmentaria en flanco izquierdo, con desplazamiento y signos de congestión y de tracción a nivel de los vasos mesentéricos que se encuentran próximos a dicha asa, sugestivo de hernia interna. Se sometió a laparotomía exploradora a todos los pacientes, observándose asas de intestino delgado con compromiso vascular. En 2 enfermos se detectó además perforación y peritonitis. Se realizó resección de los segmentos intestinales no viables en todos los enfermos, variando la extensión de la resección entre 15-100 cm, practicándose anastomosis manuales termino-terminales monopiano en todos los casos. El paciente intervenido por cuadro séptico sin foco, observándose en una TC

líquido libre intraperitoneal y que presentaba en la laparotomía afectación de 100 cm de yeyuno, desarrolló un fracaso multiorgánico, falleciendo a las 24 horas. Los demás pacientes se recuperaron sin complicaciones.

Conclusiones:

1. El vólvulo yeyunal debe considerarse en el diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal.

2. El tratamiento quirúrgico no debe de demorarse para evitar compromiso vascular del asa afecta, que condicione resecciones intestinales amplias, asociadas a elevadas tasas de morbilidad.

EHP0016 - TUMORES GIST UN DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO COMPLEJO

Martínez Tirado P, Gutiérrez Moreno JM, Guilarte López-Mañas J¹, García García J
Servicios de Medicina Interna y ¹Aparato Digestivo. Hospital General Básico de Baza. Granada

Introducción: El tumor del estroma gastrointestinal (GIST) es raro y el estómago es la localización más frecuente dentro del tracto gastrointestinal (50%). Desde el punto de vista histológico pueden existir errores de diagnóstico por cuanto algunos tumores pueden expresar arbitrariamente varios marcadores inmunohistoquímicos. Presentamos aquí dos casos que ponen de manifiesto las dificultades diagnósticas.

Caso 1: Mujer de 65 años de edad con antecedentes de artritis reumatoide que ingresa por dolor en hipocondrio izquierdo de meses de evolución con plenitud postprandial y náuseas sin vómitos. A la exploración: masa de consistencia dura en hipocondrio izquierdo y epigastrio. La analítica, incluidos marcadores tumorales, fue normal. EDA normal. Se practicó ecografía, TAC y RMN, que puso de manifiesto la presencia de una gran formación quística de paredes gruesas de 9 x 12 cm situada entre la cara anterior de cola pancreática y cara posterior gástrica sin poder definir origen. Se practicó gastrectomía en cuña de pared posterior y colectomía segmentaria de colon transversal por compromiso vascular. El estudio histológico de la pieza quirúrgica fue difícil por la extensa degeneración quística histiocitaria. Presentaba una actividad mitótica 1/50 con actina (+) y CD117, desmina, S-100, CD34 y C-K (-). Este patrón de marcadores aunque orientaban hacia la estirpe muscular, al ser desmina negativo, no se pudo etiquetar de leiomiomasarcoma.

Caso 2: Paciente de 44 años derivado al Servicio de Endoscopia por anemia. Gastroscopia: en fundus masa polipoide ulcerada de 7 cm. Ecoendoscopia: masa submucosa irregular e hipoeogénica en fundus de 19 mm grosor y 5 cm de extensión, que infiltra serosa. No adenopatías. PET: masa hipermetabólica que afecta a la práctica totalidad del estómago. Se realiza gastrectomía total con anastomosis esófago-yeyunal. El estudio histológico de la pieza quirúrgica fue de GIST grado 3 de malignidad. CD 117 (+), vi-

mentina (+), CD 34 (+), S-100 (-), CK PAN (-), actina (-), desmina (-), Ki 67 (+), 30%, P 53 (+) débil en 5%. Un nuevo PET puso de manifiesto dos focos hipermetabólicos sobre el lecho gástrico, instaurándose tratamiento con imatinib estando el paciente actualmente asintomático.

Conclusión: Se considera fundamental el estudio inmunohistoquímico en los tumores estromales debido a las implicaciones terapéutica y diagnóstica que conlleva, sobre todo a raíz de la posibilidad de tratamiento en tumores no resecables y metastáticos CD 177 positivos con el imatinib, inhibidor de la proteína tirosina-quinasa.

EHP0017 - VARÓN DE 37 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL Y AUMENTO DEL PERÍMETRO ABDOMINAL

Álvarez Suárez B, González-Haba Ruiz M, Burgos García A, Botella Mateu B, Robles Alonso V, Matallana Royo V, Vera Mendoza MI, Garrido Botella A, Giménez Alvira L¹, Abreu García LE

Servicios de Gastroenterología y Hepatología y ¹Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Introducción: El pseudomixoma peritoneal es un síndrome raro, con 1 caso por cada millón de habitantes-año; con afectación predominantemente en mujeres (3:1) de edad media. Deriva de adenomas o adenocarcinomas apendiculares y ováricos principalmente, aunque hay casos descritos de cualquier origen del tracto gastrointestinal así como de páncreas y tracto urinario.

Caso clínico: Varón de 37 años con diabetes mellitus tipo 2 sin antecedentes familiares de interés que presenta cuadro de dolor abdominal de 4 meses de evolución de localización epigástrica, postprandial no irradiado que había aumentado en los últimos días. En la exploración física destacaba un abdomen globuloso, pétreo, mate a la percusión. Tanto la analítica de sangre, bioquímica y los marcadores tumorales (CEA y alfa-FP) se encontraban dentro de los límites de la normalidad. La ECO abdominal destacaba líquido peritoneal con masas sólidas e imágenes compatibles con engrosamiento del epiploon. Se realizó TC abdominal con importante afectación tumoral del epiploon mayor con desplazamiento de las asas intestinales, a largo de todo el borde hepático, afectación a nivel del ligamento gastrohepático, gastroesplénico y del saco de Douglas con pequeña cantidad de líquido libre. Se procedió a la PAAF de una de las lesiones peritoneales con resultado anatomopatológico de pseudomixoma peritoneal. El paciente fue derivado a otro centro donde se realizó peritonectomía junto con apendicectomía y hemicolectomía izquierda y quimioterapia intraoperatoria intraperitoneal hipertérmica. La anatomía patológica mostró un tumor mucinoso apendicular. Por lo tanto se trata de un adenoma mucinoso apendicular con afectación peritoneal.

Discusión: El pseudomixoma peritoneal suele encontrarse de manera casual tras una laparotomía por cuadro de

apendicitis o masa abdominal, aunque también puede manifestarse como un aumento progresivo del perímetro abdominal. Las pruebas de imagen permiten sospechar la patología en especial el TC abdominal pero se necesita confirmación diagnóstica anatomopatológica. El tratamiento es quirúrgico; muy agresivo para evitar recidivas. La técnica utilizada es la peritonectomía. En algunos centros se realiza quimioterapia intraoperatoria intraperitoneal hipertérmica que, según varios estudios, ha mejorado la supervivencia. Las cirugías previas, la resección realizada y las características anatomopatológicas son factores pronóstico.

Conclusiones: En resumen, se trata de una patología que, en la mayoría de los casos, no es maligna pero con mucha tendencia a recidivar, lo que empeora el pronóstico. Se necesita, por tanto, una actitud agresiva. La quimioterapia intraoperatoria intraperitoneal hipertérmica parece un tratamiento que disminuye la recidiva, mejorando la supervivencia.

EHP0018 - NEURITIS ÓPTICA ISQUÉMICA ANTERIOR SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON INTERFERÓN PEGILADO

Velasco Valcárcel AJ, Pérez Flores R, Albéniz Arbizu E, Caramuto Martins A, Moreno Planas JM, Herrero Quirós C, Martínez López MN, Rivera Vaquerizo P, Blasco Colmenarejo MM, Vicente Gutiérrez MM

Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción: Del amplio abanico de efectos secundarios conocidos del interferón, las complicaciones oftalmológicas son generalmente leves y asintomáticas. Sin embargo, un pequeño porcentaje de pacientes puede sufrir complicaciones oculares graves, como el caso que se describe a continuación.

Caso clínico: Paciente varón de 49 años diagnosticado en junio de 2003 de hepatitis crónica por VHC genotipo 1b, y remitido a la consulta monográfica de hepatitis víricas para iniciar tratamiento con interferón pegilado y ribavirina. Se encontraba asintomático desde el punto de vista digestivo, y era bebedor ocasional de menos de 30 g de alcohol al día hasta hace dos años. No tenía otros antecedentes médicos ni epidemiológicos de interés. La exploración física era normal. El paciente era anti-VHC positivo, genotipo 1b, con una carga viral basal de 344.000 UI/ml. HBsAg, anti-HBc y anti-HBs negativos. Anti-VIH 1 + 2 negativos. La biopsia hepática pretratamiento reflejaba una hepatitis crónica con expansiones fibróticas periportales y leve necrosis erosiva, con un índice de Knodell de 8 y depósitos férricos leves en hepatocitos periportales. La ecografía abdominal era normal. El hemograma y la coagulación no presentaban alteraciones, y en la bioquímica hepática destacaba una discreta elevación de transaminasas, con el resto de estudio de hepatopatía sin alteraciones. Se inició tratamiento con peginterferón alfa-2a a dosis de 180 mg/semana asociado a ribavirina 1.200 mg/día.

Al quinto mes de tratamiento el paciente comenzó con visión borrosa en el ojo derecho, sin otra sintomatología asociada. La exploración oftalmológica era sugestiva de una neuritis óptica isquémica anterior. Se descartó una arteritis de células gigantes subyacente a la neuritis óptica, confirmando el diagnóstico final de neuritis óptica isquémica anterior no arterítica. Ante la probable relación de esta neuritis con el interferón, se suspendió el tratamiento con interferón pegilado. La evolución del paciente resultó desfavorable, perdiendo progresivamente agudeza visual en el ojo derecho (5% de visión conservada al año en ese ojo).

Discusión: La toxicidad ocular del interferón es relativamente frecuente, pero casi siempre asintomática: la forma más habitual es una retinopatía, generalmente autolimitada y dosis-dependiente, caracterizada por exudados algodonosos y hemorragias retinianas. Las complicaciones oftalmológicas graves, en cambio, son muy infrecuentes (menos del 1%), y habitualmente idiosincráticas. Una de ellas, la neuritis óptica isquémica anterior expuesta en este paciente, apenas aparece descrita en la literatura médica en doce casos, y sólo dos de ellos con interferón pegilado durante el tratamiento de hepatitis crónica por VHC.

EHP0019 - FALLO HEPÁTICO FULMINANTE SECUNDARIO A INFILTRACIÓN METASTÁSICA DIFUSA INTRASINUSOIDAL. LIMITACIÓN DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN

Olmedo Martín R, Santaella Leiva I, Montes García C, Jiménez Pérez M, Manteca González R
Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

Introducción: Dentro de las causas potenciales de fallo hepático, la infiltración metastásica hepática es muy infrecuente. Algunas neoplasias tienen afinidad por la diseminación a nivel del sinusoides hepático, obteniendo las pruebas de imagen un escaso rendimiento en la evaluación diagnóstica.

Caso clínico: Mujer de 63 años sometida a mastectomía radical modificada con vaciamiento axilar completo por carcinoma lobulillar infiltrante de mama izquierda con células en anillo de sello, multicéntrico y con diseminación ganglionar axilar. Recibe a su vez tratamiento oncológico adyuvante (radioterapia y terapia antiestrogénica con tamoxifeno). Seguimiento oncológico sin evidencia de recurrencia locorregional ni a distancia hasta tres años después de la intervención, donde se asiste a un incremento de valor del marcador tumoral CA 15.3 (54; normal hasta 28). Se cambia tamoxifeno por inhibidor de la aromatasas (exemestano). Durante el seguimiento siguen incrementándose de forma progresiva los marcadores tumorales, implementándose búsqueda de recurrencia por pruebas de imagen no evidencián-

dose patología (ecografía abdominal, TC toracoabdominal y gammagrafía ósea). La paciente ingresa un mes por deterioro general e ictericia. Desde el punto de vista biológico, destaca hiperbilirrubinemia marcada y elevación de transaminasas con predominio de enzimas de colestasis. Marcadores tumorales (CA 15.3: 479 CEA: 1.500). De nuevo las pruebas de imagen no fueron capaces de evidenciar lesiones focales hepáticas ni afectación metastásica en otros órganos (TC, ecografía abdominal, RMN abdominal y gammagrafía ósea), evidenciando únicamente la presencia de algunos signos ecográficos de hipertensión portal (ascitis perihepática y en Douglas y porta en límite superior de normalidad). Incluso se realizó PET, que tampoco fue capaz de demostrar actividad metabólica focal en hígado. Se realiza biopsia hepática transyugular. AP: infiltración difusa intrasinusoidal por células de carcinoma en anillo de sello de origen mamario.

Evolución: La evolución clínica fue rápidamente progresiva, falleciendo la paciente por insuficiencia hepática severa y desarrollándose encefalopatía antes del mes desde el inicio de la ictericia.

Conclusiones:

1. Se han descrito 21 casos de infiltración difusa intrasinusoidal, siendo la presentación más habitual como fallo hepático fulminante/subfulminante.
2. El tiempo medio tras el diagnóstico del tumor primario es de 2 años.
3. Se implican en la fisiopatología de la infiltración selectiva sinusoidal la ausencia de expresión de glicoproteínas transmembrana de adhesión (E-cadherina y CD44) y el papel de células estrelladas perisinusoidales.
4. Las pruebas de imagen en la mayoría de ocasiones no aportaron el diagnóstico como en el caso que aportamos.

EHP0020 - HEPATITIS TÓXICA POR CAMELLIA SINENSIS (TÉ VERDE)

Pinto García I, Montes Aragón C, Cueva Beteta LG, Jiménez Pérez M, Manteca González R
Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La fitoterapia es habitual en nuestro medio y ha aumentado de forma progresiva en los últimos años por la inocuidad que se atribuye de forma equivocada a estos productos. Presentamos el caso de una paciente con hepatotoxicidad por *Camellia sinensis* por ingesta de concentrado de té verde.

Caso clínico: Mujer de 43 años, sin antecedentes de interés, refiere tomar suplemento dietético durante 6-8 semanas antes de la consulta (Camilina®, *Camellia thea* L., extracto en forma de polvo micronizado de té verde). Acude por cua-

dro de coluria e ictericia junto con astenia y pérdida ponderal no cuantificada. Asocia febrícula y rash cutáneo en tórax.

A la exploración destaca ictericia mucocutánea franca. La analítica destaca cifras de bilirrubina altas (BT: 13,7) y citólisis (GPT: 800). Se realiza ecografía abdominal sin alteraciones. Ante estos hallazgos, es diagnosticada de hepatitis aguda sin etiología filiada, ampliándose el estudio de forma ambulatoria. Se descartó etiología infecciosa, metabólica y autoinmune. Biopsia hepática informada como cilindro con moderado infiltrado mixto portal y leve lobulillar con necrosis focal y signos de actividad.

En seguimiento se normalizaron las transaminasas al cabo de 3 meses.

Dada la relación temporal entre la toma del producto y el inicio de los síntomas, así como la exclusión de otras causas de hepatopatía, se diagnostica de hepatitis aguda tóxica por té verde.

Discusión: El té verde es usado en fitoterapia para tratamiento de obesidad como complemento a la dieta. Produce una inhibición de lipasas, lo que disminuye la absorción de grasas. El té verde ha sido comercializado como especialidad farmacéutica en forma de extracto etanólico, hidroalcohólico y acuoso, o bien como producto medicinal en forma de polvo micronizado de hojas (Camilina®). Existen varios casos publicados de hepatotoxicidad por extracto etanólico, lo cual llevó en 2003 a la retirada de Exolise® por la Agencia Española del Medicamento. La mayoría de ellos con hepatitis de curso leve, aunque existe una publicación reciente con fallo hepático fulminante tras ingesta del extracto etanólico que requirió trasplante hepático. La causa de hepatotoxicidad no es bien conocida aunque se atribuye a reacciones idiosincrásicas. Los productos de fitoterapia pueden ser la causa de múltiples casos de hepatopatía de causa no filiada al tratarse de productos con perfil de seguridad no estudiado, en nuestra revisión sólo hemos encontrado un caso de hepatotoxicidad por ingesta de concentrado de polvo micronizado de té verde como el presentado.

EHP0021 - SÍNDROME HEPATOPULMONAR

Burgos García A, Barrios Peinado C, Robles Alonso V, Matallana Royo V, Botella Mateu B, Álvarez Suárez B, Abreu García LE

Servicio de Gastroenterología y Hepatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Introducción: Presentamos el caso clínico de una paciente de 56 años diagnosticada de cirrosis enólica en la que, tras la aparición de disnea, se llegó al diagnóstico de síndrome hepatopulmonar, indicándose la realización de trasplante hepático.

Caso clínico: Mujer de 56 años portadora de cirrosis enólica Child-Pugh B8-9 con episodios previos de encefalopatía hepática grado IV/IV, descompensación hidrópica

y anemia severa secundaria a pérdidas hemáticas por gastropatía de la hipertensión portal.

Ingresa por disnea sin datos de infección respiratoria ni insuficiencia cardiaca. Destaca en su analítica una presión parcial de oxígeno (pO_2) de 55, con una presión de CO_2 de 31,6 y un gradiente alveolo-arterial de oxígeno de 36. Tras la realización de un ecocardiograma transesofágico de contraste, que demostró paso de burbujas a aurícula izquierda en el 5º latido (signos de shunt derecha-izquierda extracardiaco) y cateterismo derecho, se demostró la existencia de hipertensión pulmonar leve-moderada de componente claramente pasivo (RVP: 0,77 UW) secundaria a hiperflujo pulmonar y sistémico, por lo que se estableció el diagnóstico de síndrome hepatopulmonar.

Discusión: El síndrome hepatopulmonar es un trastorno caracterizado por la triada: enfermedad hepática, incremento del gradiente alveolo-arterial de oxígeno y vasodilatación pulmonar. Se describe más frecuentemente asociado a hepatopatías crónicas que a agudas y provoca una hipoxemia (es sugestiva una $pO_2 < 55$ mmHg) que responde habitualmente a la administración suplementaria de oxígeno. El ecocardiograma de contraste puede confirmar la vasodilatación pulmonar si existen signos de shunt derecho-izquierdo extracardiaco. Como opciones terapéuticas se encuentran el tratamiento farmacológico, la embolización de posibles comunicaciones arteriovenosas mediante arteriografía pulmonar, la colocación de un TIPS y el más definitivo que es el trasplante hepático. El trasplante hepático constituye, por tanto, el tratamiento de elección en estos pacientes (no así otras causas de hipoxemia que podrían incluso contraindicarlo), siendo preciso un estudio individualizado de cada uno de ellos que permita clasificar su nivel de riesgo y su priorización a la hora de la inclusión en la lista de espera al igual que se efectúa en los casos del hepatocarcinoma.

Conclusiones: El síndrome hepatopulmonar tiene como principal herramienta diagnóstica el ecocardiograma de contraste. Su tratamiento de elección es el trasplante hepático, por lo que es fundamental el correcto diagnóstico del síndrome, excluyendo otras posibles causas de hipoxemia.

EHP0022 - MELANOMA MALIGNO ESOFÁGICO PRIMARIO

González Castillo S, Morales Ruiz J, Montoro Martínez P, Vega Villamil P, López del Hierro Ruiz M, García Montero M, Pleguezuelo Díaz J, Marín JL¹

Servicios de Aparato Digestivo y ¹Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Presentamos el caso de una paciente con melanoma maligno primario esofágico, cuya frecuencia es < 0,1% de todas las neoplasias esofágicas malignas, existiendo en la literatura descritos menos de 200 casos.

Caso clínico: Paciente de 58 años con antecedentes de obesidad, HTA, fibromialgia y hernia discal D3-D4, estu-

diada en otro centro hospitalario por lumbociática rebelde a tratamiento, sensación de nudo retroesternal, disfagia progresiva y pérdida de peso. Se realiza TAC cérvico-torácico-abdominal, observando efecto masa en tercio superior esofágico no pudiendo definir su naturaleza. Gastroscoopia: masa en tercio superior esofágico, submucosa, no ulcerada, con intensa trama vascular. TAC y RMN dorsal: múltiples lesiones vertebrales (D7, D9-D12) compatibles con aplastamientos osteoporóticos. Gammagrafía ósea no aprecia metástasis. Marcadores tumorales: negativos. Diagnosticada de lumbociática por lesiones vertebrales osteoporóticas múltiples en columna dorsal y masa esofágica se remite a nuestro servicio. La paciente presenta lumbalgia que imposibilita deambulacion, no cediendo a tratamiento opiáceo y disfagia a líquidos. Exploración: mal estado general, hemodinámicamente estable y afebril. Abdomen: destaca hepatomegalia de 3 cm de diámetro. Dolor a la palpación de la columna dorsal. Realizamos:

—Ecoendoscopia: lesión situada a 18 cm de arcada dentaria, de tamaño 40 x 35 x 18 mm, infiltra y rompe serosa. No adenopatías periféricas.

—Ecografía abdominal: metástasis hepáticas en segmentos IV y II de 22-26 mm. Resto sin alteraciones.

—PET: masa tumoral en tercio superior esofágico, implantes mesentéricos, metástasis hepáticas y óseas en esqueleto axial y periféricas.

—Anatomía patológica: melanoma maligno [HMB45: (+), Melan A: (+), CKPAN: (+)] con áreas de necrosis.

Discusión: El melanoma maligno primario esofágico es un tumor muy raro (< 0,1% de todas las neoplasias esofágicas malignas). Más frecuente en hombres, en la 6-7ª década de la vida, localizándose en tercio medio y distal esofágico. Clínica similar a cualquier neoplasia maligna esofágica con disfagia (73%), pérdida de peso (72%), dolor (44%) y hemorragia digestiva alta (10%). Establecer el origen primario es, en ocasiones, muy difícil necesitando demostrar la existencia de melanocitos en mucosa esofágica sin evidencia de melanoma en piel, ojo, ano o vagina. La gastroscoopia muestra una lesión polipoidea, intraluminal, de coloración parduzca o no pigmentada (85%), con mucosa intacta o ulceración ocasional. La inmunohistoquímica corrobora la entidad con HMB-45 y S100 (+), en el momento del diagnóstico se encuentra en un estadio avanzado por la invasión a nivel local y regional. En nuestro caso el diagnóstico se confirmó con la necropsia, al fallecer 5 meses después del diagnóstico.

EHP0023 - RECIDIVA DE TUMOR CARCINOIDE

De Manuel Moreno J, Moya Valverde E, Costero Pastor B, Villafruela M, Delgado M, Lasa I¹, Poves Martínez E, Vélez Velázquez MD²

Servicios de Aparato Digestivo, ¹Cirugía General y ²Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Introducción: Los tumores carcinoides gástricos constituyen un tipo poco frecuente de neoplasias gastrointestinales. Representan el 0,3% de todas las neoplasias gástricas y el 2% de los carcinoides gastrointestinales. Derivan de células neuroendocrinas. Existen tres tipos: tipo I, asociado a gastritis crónica atrófica; el tipo II, asociado a hipergastrinemia secundaria al síndrome de neoplasias múltiples endocrinas I (MEN I) y Zollinger Ellison; y el tipo III, de carácter esporádico.

Caso clínico: Varón de 46 años con dispepsia y déficit de vitamina B12. Se le realizó una gastroscoopia para descartar gastritis crónica atrófica. En ella se observaron varios pólipos que, tras resección endoscópica y estudio anatomopatológico, mostraron la presencia de un nódulo hiperplásico de células argentafines, compatible con tumor carcinoide y gastritis atrófica. Se completó el estudio con una valoración endocrinológica y de imagen por TAC para descartar asociaciones a MEN I/Zollinger Ellison y afectación a distancia, resultando ambos normales. Tras tres años de controles endoscópicos normales, se detectó una recidiva del mismo, por lo que se realizó una ecoendoscopia, en la que se observa una lesión parietal, hipoeoica, que borraba la mucosa profunda y umbilicada. Se somete al paciente a gastrectomía total, siendo informada la anatomía patológica de tumor carcinoide con múltiples focos por toda la pieza. Se trata de un tumor carcinoide tipo I, el más frecuente, correspondiendo al 70-80% del total. De un tamaño inferior a 1-2 cm, generalmente múltiples y no suelen asociar el síndrome carcinoide típico. La invasión ganglionar o a distancia es excepcional (menos del 10% de los casos). Su tratamiento depende del tamaño y número de las lesiones: si son menos de cinco y un tamaño inferior a 1 cm, se resecarán endoscópicamente con controles posteriores cada seis meses, tomando biopsias de antro y cuerpo para descartar recidivas. En caso de aparecer estas, se realizará resección quirúrgica y antrectomía. Si existen más de cinco lesiones o tienen un tamaño superior a 1 cm, se tratarán con extirpación quirúrgica y antrectomía. En caso de existir invasión ganglionar o a distancia, gastrectomía.

Conclusión: Ante la posibilidad de aparición de tumores carcinoides en pacientes con gastritis crónica atrófica se recomiendan controles endoscópicos cada 5 años y, en aquellos carcinoides tratados endoscópicamente, cada 6 meses para descartar recidivas que, si aparecen, serán tratadas quirúrgicamente. Dados los hallazgos de nuestro caso, sería recomendable gastrectomía total, dada la posibilidad de lesiones de pequeño tamaño no visualizadas endoscópicamente.

EHP0024 - INSUFICIENCIA CARDIACA SECUNDARIA A HERNIA DE HIATO

Rodríguez Pérez A, Miramontes P¹, Prieto Vicente V¹, Puerto Pérez E¹

Servicios de Aparato Digestivo y ¹Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Introducción: La hernia de hiato (HH) tiene una incidencia de 5 por 1.000 en nuestro medio. En la mayoría se trata

de una enfermedad asintomática o asociada a reflujo-anemia y a veces su tamaño provoca insuficiencia cardíaca (IC).

Objetivos: Describimos 4 casos de IC por hernia de hiato gigante.

Resultados: De los pacientes revisados con IC, 11 presentaban HH y 4 tenían una hernia hiatal gigante que les producía una clínica compresiva, que desapareció tras cirugía (de clase funcional IV a II de la NYHA). Se describe un caso representativo. Mujer de 80 años con insuficiencia mitral leve, HTA, HDA en 3 ocasiones y HH. Ingresó por aumento de disnea habitual hasta con ortopnea y DPN y dolor retroesternal opresivo en decúbito que se acompaña de meses de evolución y edemas maleolares con fovea. Exp. física: taquipneica, IY a 45° AC: soplo sistólico grado II. Auscultación pulmonar: crepitantes bilaterales hasta campos medios. Pruebas complementarias: EAB; pH 7,40, pO₂ 56, pCO₂ 36, Sat. 89%. Rx tórax: cardiomegalia grado II-III, HVCP grado 1. ECG: Rs con extrasístoles supraventriculares. Tras tratamiento con diuréticos, nitratos y anticoagulación, continua con dolor torácico y disnea. Ecocardiografía: insuficiencia mitral leve-moderada, con VI no dilatado. FVI normal. FE: 76% SPECT: clínicamente + por angina limitante y eléctricamente negativa. Isquemia anteroapical moderada en territorio de DA distal. Espirometría normal. Se realiza nueva Rx tórax: nivel hidroaéreo centrotorácico que desplaza tráquea. Para confirmar diagnóstico realizamos radiografía EGD: HH gigante con deslizamiento del estómago al tórax. Una TAC torácica y gastroscopia confirmaron el diagnóstico. Se realiza tratamiento quirúrgico con técnica de Nissen. Tras el periodo postoperatorio la paciente sólo expresa disnea de esfuerzo.

Conclusiones: En pacientes con insuficiencia cardíaca se debe considerar la hernia de hiato como una de las causas responsables de la clínica por compresión cardíaca de dicha patología, lo cual provoca falta de respuesta al tratamiento habitual.

XVIII JORNADAS NACIONALES DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA

SESIÓN 4

GDP0001 - FÍSTULA ARTERIO-PORTAL POST-BIOPSIA HEPÁTICA EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO

Crespo Pérez L, Gil Grande L, García Hoz F, López San Román A, Rivero Fernández M, Garrido Gómez E, Marín Alcolado E, Milicua Salameiro JM
Servicio de Gastroenterología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: La biopsia hepática percutánea (BHP) es una técnica empleada muy frecuentemente tras un trasplante

hepático (TH) ya que establece el diagnóstico diferencial entre rechazo del injerto y otras posibles patologías.

Caso clínico: Varón de 61 años diagnosticado de cirrosis hepática VHC y carcinoma hepatocelular. Se practicó una segmentectomía del segmento V un año antes, demostrándose posteriormente recidiva tumoral por lo que se realizó un TH. A los 8 meses post TH presentó alteración de la bioquímica hepática, por lo que se realizó una BHP. Una semana después de dicho procedimiento consultó por ictericia, prurito, fiebre y dolor en hipocondrio derecho. La cifra inicial de bilirrubina fue de 13,2 mg/dl, alcanzando un máximo de 37 mg/dl. Asoció un episodio de melenas con anemia franca, llegando a 8,1 g/dl de hemoglobina. La ecografía abdominal demostró importante dilatación de la vía biliar intra- y extrahepática. La porta derecha y común mostraban un flujo hepatopeto discretamente turbulento y la porta izquierda (previamente hepatopeta) invirtió su flujo, identificándose un componente rítmico de aspecto arterial que sugirió el diagnóstico de fístula arterioportal (FAP). Se realizó una CPRE demostrándose dilatación de la vía biliar intrahepática por acúmulo de coágulos, procediéndose a la colocación de un drenaje nasobiliar. Se practicó una arteriografía en la que se comprobó la existencia de una FAP, que se embolizó con éxito mediante coils.

Resultados: La evolución posterior fue satisfactoria, desapareciendo la hemobilia. La ecografía abdominal realizada 3 semanas después demostró una vía biliar intra- y extrahepática sin alteraciones. Al alta la cifra de bilirrubina fue de 5 mg/dl y la de hemoglobina 9,5 mg/dl. Actualmente el paciente se encuentra clínicamente asintomático, con desaparición del prurito y la ictericia.

Conclusiones:

1. Las FAP intrahepáticas secundarias a BHP pueden asociarse a lesión de conductos biliares, ocasionando hemobilia.
2. Un aumento rápido y progresivo de las cifras de bilirrubina asociado a fiebre o HDA en forma de melenas tras la realización de una BHP debe sugerir el diagnóstico de hemobilia, siendo obligado descartar la existencia de una FAP.
3. Los datos típicos en la ecografía Doppler de una FAP son una arteria hepática con velocidad aumentada y patrón de baja resistencia, y una porta dilatada con patrón doppler arterializado.
4. Actualmente se acepta que la arteriografía sigue siendo necesaria para establecer la angioestructura de una FAP de manera precisa. El tratamiento de elección para una FAP intrahepática es la embolización trans-arterial.

GDP0002 - HEMANGIOMA SUPRARRENAL: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

Gómez Senent S, Martín Chávarri S, Comas Redondo C, Hernández Villalba L, Domingo Senra D, Plaza Santos R, Castro Carbajo P, Segura Cabral JM
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: Los hemangiomas son tumores vasculares benignos que pueden encontrarse en cualquier localización, siendo muy rara su presentación en las glándulas suprarrenales. Revisando la literatura se han comunicado 25 casos, de los cuales 24 se trataron quirúrgicamente.

Caso ecográfico: Varón de 73 años, con antecedentes de EPOC, que ingresa por síndrome consuntivo y dolor abdominal. La exploración física es anodina, destacando en la analítica una anemia de trastornos crónicos. Se realiza una ecografía abdominal, donde se observa en epigastrio-hipocondrio izquierdo, adyacente a la cola pancreática, por delante de la aorta abdominal y por encima y medial al riñón izquierdo, una masa de 13 x 13 cm, con lagos hipoecoicos y tabiques finos en su seno, con una pared engrosada e irregular, cuyo origen no se puede precisar, y que pudiera corresponder a un cistoadenocarcinoma pancreático. Con Doppler pulsado se visualiza flujo venoso en su interior y en la pared flujo arterial. Ante dichos hallazgos se solicitan TAC abdominal y agio-TAC, que describen una masa quística de 13 x 13 cm. aproximadamente, con zonas de realce periférico en la fase arterial, que parece depender de cola pancreática. Posteriormente, se decide intervención quirúrgica programada, cuyo hallazgo es de un quiste de 17 x 17 cm en posición retropancreática, en el que tanto la vena como la arteria renal penetran en el tumor. Se lleva a cabo la extirpación completa del tumor, de la vena renal y del riñón izquierdo; siendo el informe de anatomía patológica de hemangioma suprarrenal.

Comentarios: Dentro de los tumores estromales de naturaleza epitelial de la glándula suprarrenal, los hemangiomas son los de más rara presentación. El diagnóstico habitualmente es incidental, generalmente afectan a una sola glándula, sobre todo derecha, y la malignidad es relativamente rara. No hay diferencias significativas entre ambos sexos.

GDP0003 - SHUNT VENOSOS PORTOSISTÉMICOS INTRAHEPÁTICOS ESPONTÁNEOS

Monrobel Lancho A
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Montilla, Córdoba

Introducción: Los shunt portosistémicos son infrecuentes. No obstante los avances en la técnicas de imagen como la Ecografía Doppler, el diagnóstico en pacientes asintomáticos se está incrementando. Presentamos un caso clínico donde se describe una fistula portosistémica diagnosticada incidentalmente con una ecografía convencional y confirmada posteriormente con Ecografía Doppler y TAC abdominal.

Caso clínico: Mujer de 76 años sin hepatopatía conocida a la cual se le realiza una ecografía para estudio de dolor abdominal. *Ecografía convencional:* se detecta un hí-

gado cirrótico con una vena porta prominente y estructuras tubulares dilatadas próximas a la misma. *Ecografía Doppler color y espectral:* se observa un flujo portal hepatópeto, con pérdida del patrón ondulatorio y con velocidad aumentada (37 cm/s). A nivel intrahepático se visualiza una zona de aliasing con el doppler color que muestra un espectro de flujo continuo y de alta velocidad (tipo fístula). Esta corresponde a la zona del shunt donde hay una comunicación simple de una rama de la porta con la vena suprahepática izquierda.

TAC helicoidal realizado con contraste IV en fase portal y con reconstrucciones multiplanares en coronal se confirma la comunicación de la porta con la vena suprahepática izquierda mostrando ambas realce con la misma intensidad de señal a diferencia de las venas suprahepáticas media y derecha que no realzan al no intervenir en el shunt.

Comentarios: Las fístulas porto sistémicas han sido consideradas como entidades raras, cuyo diagnóstico se está incrementando debido a los avances en las técnicas de imagen. Pueden tener un origen congénito o adquirido asociados a cirrosis hepática o secundarias a punciones percutáneas. Estas comunicaciones predisponen al desarrollo de encefalopatía que se incrementa con la edad. Principalmente en los shunt congénitos y con síntomas de encefalopatía se ha valorado tratamiento quirúrgico. La Ecografía Doppler color es la técnica de elección para el diagnóstico de esta entidad.

GDP0004 - PERFIL ULTRASONOGRÁFICO Y EFICACIA DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA INFILTRACIÓN HEPÁTICA POR LINFOMA

Fernández Castroagudín J, Álvarez Castro AM, Mera Calviño JM, Seijo Ríos S, Macías García F, Molina Pérez E, Delgado Blanco MB¹, Iglesias Canle J
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ¹Hospital Juan Canalejo. A Coruña

Introducción: Aunque una de las localizaciones extra-nodales más frecuentes del linfoma no Hodgkin y la enfermedad de Hodgkin es el hígado, el linfoma, no obstante, constituye únicamente el 6-8% de las lesiones focales hepáticas. Hasta la fecha son escasos los estudios que han evaluado los patrones ecográficos del linfoma con infiltración hepática.

Objetivo: Describir los hallazgos sonográficos y evaluar la eficacia de la ecografía en el diagnóstico de la infiltración hepática por linfoma.

Métodos: Se revisaron de forma retrospectiva los hallazgos ecográficos de los linfomas con infiltración hepática. En todos los pacientes se realizó una exploración ultrasono-

gráfica abdomino-pélvica mediante un equipo de ultrasonidos Hewlett-Packard Image Point Hx® (Hewlett-Packard, Andover, MA), mediante una sonda convexa de 2,5-5,0 MHz. Todos los estudios fueron realizados por el mismo explorador y la aplicación de un mismo protocolo de exploración. Las variables clínicas y patológicas revisadas fueron la edad en el momento del diagnóstico, sexo y subtipo histológico de linfoma. Los parámetros ultrasonográficos evaluados fueron la presencia de lesiones focales hepáticas, su tamaño, número y patrón ecogénico, y la existencia de hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías abdominales y ascitis. Veintitrés pacientes (14 varones; edad media 54 años, rango 6-93) presentaban un diagnóstico histopatológico de linfoma con infiltración hepática. Diecinueve casos (82,6%) eran linfoma no Hodgkin. La enfermedad de Hodgkin fue diagnosticada en 4 pacientes (17,4%).

Resultados: La ecografía mostró anomalías en 20 pacientes (86,9%). Quince pacientes (65,2%) presentaron hepatomegalia ecográfica. La esplenomegalia estaba presente en 10 casos (43,5%). Dos pacientes mostraron esplenomegalia sin constatare hepatomegalia, y en 5 casos, hepatomegalia y esplenomegalia fueron los únicos hallazgos. En 8 pacientes (34,8%) se detectaron linfadenopatías abdominales. Se observaron lesiones focales hepáticas en 12 pacientes (52,2%), múltiples en 9 de ellos. Las lesiones eran bien delimitadas, hipoeoicas respecto al parénquima adyacente, y con halo hipoeoico periférico. El diámetro era variable, entre 10 y 90 mm. En un caso de linfoma no-Hodgkin las lesiones eran hipoeoicas con un centro hiperecoico "en diana". No se observaron lesiones focales en los pacientes con enfermedad de Hodgkin. En 3 pacientes (13%), la ecografía fue considerada normal, sin que se demostraran adenopatías, visceromegalias ni lesiones focales. No se identificaron diferencias en los patrones ecográficos entre los linfomas de alto y bajo grado.

Conclusiones: La ecografía puede contribuir al diagnóstico del linfoma con infiltración hepática. La presencia de múltiples lesiones focales hepáticas asociadas a esplenomegalia y linfadenopatías constituye un perfil ecográfico altamente sugestivo de esta enfermedad.

GDP0005 - EVALUACIÓN HEMODINÁMICA ESPLÁCNICA NO INVASIVA MEDIANTE ULTRASONOGRAFÍA DOPPLER EN LA ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER-WEBER

Fernández Castroagudín J, Mera Caviño JM, Álvarez Castro AM, Seijo Ríos S, Macías García F, Molina Pérez E, Iglesias Canle J
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña

Introducción: La enfermedad de Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria es un infrecuente

trastorno hereditario con transmisión autosómica dominante que se caracteriza por anomalías vasculares estructurales en forma de telangiectasias y fístulas arterio-venosas en múltiples territorios, sobre todo en el aparato digestivo y en las vías respiratorias. En un pequeño porcentaje de casos existe afectación hepática en forma de telangiectasias, fístulas, hemangiomas, hígado de estasis por insuficiencia cardíaca derecha, fibrosis y cirrosis, y puede constituir el principal factor condicionante de morbilidad y mortalidad en esta entidad. La evaluación hemodinámica esplácnica por métodos ecográficos no ha sido suficientemente evaluada hasta el momento actual.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente los pacientes diagnosticados de enfermedad de Rendu-Osler-Weber. A todos ellos se le realizaron estudios basales de bioquímica hepática y función hepatocelular, ecografía hepática convencional y Doppler mediante un equipo digital de ultrasonidos Hitachi EUB-6000 (*Hitachi Medical Corporation*, Tokio, Japón), endoscopia digestiva alta, colonoscopia y ecocardiografía.

Resultados: Se incluyeron 10 sujetos (6 varones, edad $57,8 \pm 11,4$ años) con el diagnóstico de enfermedad de Rendu-Osler-Weber. La ecoestructura hepática fue heterogénea en el 37,5% de los casos, mientras que existía hiperecogenicidad del parénquima en el 25%. En los casos restantes el parénquima hepático presentaba una estructura y ecogenicidad normales. El Doppler color mostró fístulas arterio-venosas intrahepáticas múltiples en el 70% de los sujetos. Sin embargo, sólo se apreciaron datos de hipertensión portal (dilatación portal, esplenomegalia) en dos sujetos. La media de velocidad portal fue de 17,6 cm/s. En la mitad de los sujetos, la ecocardiografía reveló afectación de cavidades derechas con dilatación, insuficiencia tricuspídea y en 3 casos hipertensión pulmonar. Todos los enfermos con fístulas arterio-venosas en el examen ecográfico presentaron afectación endoscópica del tubo digestivo.

Conclusiones: En nuestra serie, la afectación hepática en la enfermedad de Rendu-Osler-Weber se manifiesta principalmente en forma de malformaciones vasculares intrahepáticas. En la presente serie, se observó correlación entre la presencia de fístulas vasculares hepáticas y la afectación del tubo digestivo.

GDP0006 - PRESENTACIÓN DE LA TUBERCULOSIS INTESTINAL COMO ABDOMEN AGUDO

Rodríguez de Jesús A, Peláez A, Casellas F, Malagelada JR, Gutiérrez Guzmán D¹
Servicios de Aparato Digestivo y ¹Radiología. Hospital General Vall d'Hebrón-Área General. Barcelona

Caso clínico: Varón de 20 años de edad, inmigrante de origen asiático, sin antecedentes de interés, que acude al

Servicio de Urgencias por cuadro de diarrea líquida y sin productos patológicos de 7 días de evolución. En las últimas 24 horas se añaden fiebre y dolor abdominal agudo continuo en fosa iliaca derecha. A la exploración al ingreso presentaba temperatura axilar de 37,9 °C, tensión arterial 90/60 mmHg y pulso 88 ppm. Regular estado general, discreta sequedad de mucosas y palidez cutánea. Abdomen doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, con signo de Blumberg positivo. No se palpaban visceromegalias ni masas.

Resultados: Analíticamente destacaba leucocitosis de 20.200 elementos (69,7 N/14,5 L/14,3 M). La Rx de tórax demostró infiltrados apicales bilaterales. La ecografía abdominal evidenció un engrosamiento de ciego e íleon terminal, con múltiples adenopatías mesentéricas y sin líquido libre intraabdominal, y una imagen tubular retrocecal compatible con apéndice edematoso. Destacaba la presencia de probable absceso entre asas aplastradas en fosa iliaca derecha. Con la orientación diagnóstica de abdomen agudo por posible apendicitis aguda perforada y absceso en fosa iliaca derecha, se realizó laparotomía exploradora. La intervención quirúrgica evidenció apéndice flemonoso y absceso periapendicular, con lesiones parcheadas blanquecinas en la serosa del íleon. Se realizó apendicetomía clásica, drenaje del absceso y toma de biopsia de adenopatías mesentéricas. Los análisis bacteriológicos del exudado peritoneal, ganglios y biopsia intestinal fueron positivos para *Mycobacterium tuberculosis* por técnica de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Comentarios: El presente caso ilustra la utilidad de la ecografía en el estudio de los procesos agudos de fosa iliaca derecha y la necesidad de tener presente el diagnóstico de tuberculosis intestinal ante estos procesos. Los nuevos métodos diagnósticos, como la PCR, ayudan en el despistaje de la tuberculosis.

GDP0007 - INSULINOMA, EN EL CONTEXTO DE MEN-I, LOCALIZADO INTRAOPERATORIAMENTE MEDIANTE ECOGRAFÍA CONVENCIONAL

Domingo Senra D, Temiño López-Jurado R¹, Manceñido Marcos N, Hernández Villalba L, Segura Cabral JM
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. ¹Fundación Hospital Alcorcón. Madrid

Presentamos el caso de una mujer de 47 años con antecedentes de insulinoma a los 22 años de edad, siendo intervenida mediante dos enucleaciones a nivel de cola pancreática y permaneciendo asintomática hasta agosto 2005, cuando ingresa con síntomas compatibles con recidiva.

Se confirma mediante test de ayuno modificado así como medición de los niveles de insulinemia, péptido C, índice insulina/glucosa, proinsulina y sulfonilureas en sangre.

En el estudio hormonal destaca la alteración en las cifras de calcio, fosfato y PTH sospechosas de hiperparatiroidismo primario.

La asociación de insulinoma e hiperparatiroidismo primario hace sospechar un MEN I, confirmándose mediante estudio genético.

El estudio de localización preoperatorio mediante TAC, RM abdominales y Octreoscan no resultan concluyentes, por lo que se deriva a la paciente a nuestro hospital para la realización de arteriografía selectiva digestiva con inyección de calcio, detectándose un área con comportamiento de insulinoma en proceso uncinado menor de 1 cm, tanto por la respuesta a la estimulación con gluconato cálcico, como por la captación de contraste durante la angiografía.

Con el fin de precisar la localización del nódulo hiper-captante, se contacta con servicio de ecografía digestiva para valoración pre- e intraoperatoria.

GDP0008 - FÍSTULA ARTERIO-PORTAL INTRAHEPÁTICA DIAGNOSTICADA POR ECOGRAFÍA DOPPLER. A PROPÓSITO DE UN CASO

Castro Carbajo MP, Plaza Santos R, Comas Redondo C, Domingo Senra D, Hernández Villalba L, Gómez Senent S, Martín Chávarri S, Segura Cabral JM
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: Las fístulas arterio-portales intrahepáticas son hallazgos relativamente infrecuentes. Pueden ser congénitas o adquiridas. La etiología más frecuente de estas últimas es traumática, ya sea por traumatismo intraabdominal, cirugía hepática o biopsia hepática, siendo esta última la causa más frecuente en nuestro medio.

Presentamos el caso de una mujer de 75 años, con fístula arterio-portal de alto débito como hallazgo casual en ecografía de control.

Caso clínico: La paciente ingresa en el Servicio de Neumología por insuficiencia respiratoria secundaria a descompensación de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica de base. Como antecedentes médicos destacan una tuberculosis pulmonar en la juventud, un episodio de ictericia súbita indolora hace 38 años por el cual se realizó biopsia hepática y una colecistectomía hace 25 años por colelitiasis.

Dentro del estudio de su enfermedad se realiza TC toraco-abdominal, objetivándose dilatación de las venas porta y esplénica, con aumento de la circulación en hilio esplénico. Asimismo, se observa dilatación de la vía biliar intrahepática sin dilatación del colédoco, y sin objetivarse causa obstructiva.

Analíticamente presentaba una bilirrubina de 1,5 a expensas de la fracción indirecta, y una GOT de 54, con función hepática normal.

Ante estos hallazgos se solicita ecografía Doppler abdominal, en la que se observa hígado de aspecto normal, sin lesiones ocupantes de espacio, y sin evidencia de dilatación de la vía biliar. En el hilio hepático existen varios túbulos de más de 15 mm de diámetro, con flujo venoso, que corresponden a la vena porta y sus ramas principales dilatadas, con flujo hepatopeto en rama izquierda y tronco principal de la porta y flujo hepatofugo en la rama derecha (en ambos casos alrededor de 20 cm/s). En la bifurcación portal, zona de alto flujo (alrededor de 60 cm/s), con picos sistólicos-diastólicos, que parece corresponder a fístula arterio-portal. La vena esplénica se encuentra dilatada, con flujo conservado. Se objetiva importante esplenomegalia homogénea.

En el momento de enviar esta comunicación la paciente está pendiente de completar estudio con AngioTC y gastroscopia.

Conclusiones: Las fístulas arterio-portales adquiridas a menudo constituyen un hallazgo casual en la ecografía Doppler. Esta constituye una técnica muy sensible y específica para su diagnóstico, superando a la radiología convencional al diferenciar con precisión las estructuras intra-hepáticas vasculares de las biliares. En estos pacientes es necesario un estudio angiográfico, y una gastroscopia para descartar varices esofágicas. La embolización está indicada si existen complicaciones derivadas de la hipertensión portal.

GDP0009 - QUISTE HIDATÍDICO: IMAGEN ATÍPICA

Olmos Briebe E, Garré Sánchez C, Vargas Acosta A, Sola Pérez J¹, Rodrigo Agudo JL, Martínez Bonil MC, Carballo Álvarez F

Servicios de Aparato Digestivo y ¹Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de Arrixaca. Murcia

Introducción: La imagen ecográfica de los quistes hidatídicos (QH) está bien definida desde la clasificación de Gharbi en 5 tipos en 1981. En décadas pasadas el QH era una contraindicación absoluta de punción, sin embargo se realizaban de forma inadvertida en casos que presentaban imágenes atípicas y generalmente causaban pocas complicaciones. En la actualidad la punción con fines diagnósticos y terapéuticos es una práctica habitual. Presentamos un caso de un QH que interpretamos como una metástasis y realizamos una PAAF.

Caso clínico: Mujer boliviana de 45 años, apendicectomizada, colecistectomizada, con 5 partos y un embarazo ectópico con hemoperitoneo. Politransfundida, la última ocasión en el último parto. Diagnosticada de enfermedad de Chagas hace un año, con controles negativos en Bolivia en todos los embarazos. Acude a consulta por fisura anal, estreñimiento y molestias disépticas inespecíficas.

Análítica: hemograma, coagulación, bioquímica sin alteraciones. No eosinofilia (esta sólo se presenta en los casos que hay salida del antígeno, < 15% de los casos). **Marcadores tumorales:** AFP, CEA, Ca19-9 y Ca125 normales. Virus B, C y VIH negativos. **Ecografía:** hígado de tamaño y morfología normal, hiperecogénico, no totalmente homogéneo, sugestivo de esteatosis leve, con una LOE hiperecogénica con halo hipoecogénico de 35 x 30 mm, en segmento V, en la que no se detecta flujo con el estudio doppler. Resto de la exploración abdominal sin alteraciones. Se decide PAAF con control ecográfico para filiar la lesión. En la citología se observaron abundantes escolex e hidátides.

Comentarios: Consideramos que el interés del caso reside en lo llamativo de las imágenes y en la toma de decisiones terapéuticas. La rotura espontánea o traumática oscila de 1-7%, la lesión se encuentra muy próxima a la vena porta y en el borde hepático, por ello iniciamos tratamiento médico con albendazol, como primera opción.

GDP0010 - INDICACIONES DE LA ECOGRAFÍA ENDOANAL EN LA PRÁCTICA DIGESTIVA HABITUAL

Argüelles Arias F, García Montes MJ, Gómez Rodríguez B, Linares Santiago E, Pellicer Bautista F, Herreras Gutiérrez JM

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La ecografía endoanal está indicada en el estadije del cáncer de recto, en la sepsis perianal, en la incontinencia anal y tiene una dudosa indicación en el dolor anal. El objetivo de este estudio es evaluar su eficacia en este tipo de patologías exponiendo nuestra experiencia durante 12 meses.

Material y métodos: Se utilizó un ecógrafo ALOKA con un transductor radial multifrecuencia. Se han incluido 87 pacientes, derivados para la realización de eco endoanal por varios motivos: a) estadije del cáncer de recto: se han estudiado a 12 pacientes, 11 hombres y 1 mujer, remitidos en su mayoría por Oncología o Cirugía; b) patología supurativa: se han estudiado a 42 pacientes, 8 mujeres y 34 hombres, derivados por cirugía para el estudio de trayectos fistulosos perianales o despistaje de absceso anal o perirectal; c) dolor anal: se han estudiado a 19 pacientes, 7 hombres y 12 mujeres, con clínica de dolor anal crónico de al menos 3 meses de evolución. Todos los pacientes tenían realizada una colonoscopia que resultó normal; y d) incontinencia anal: se han estudiado a 14 pacientes, 6 hombres y 8 mujeres.

Resultados: Del grupo de estadije de cáncer de recto, 7 pacientes tenían un tumor T4, 3 pacientes con T2 y 1 paciente como T0. Cinco pacientes fueron evaluados como

N1 y 1 como Nx. Un paciente no fue concluyente. De los pacientes estudiados por patología supurativa perianal, en 31 de los mismos se identificó un absceso y trayecto fistuloso, en 6 se identificó algún trayecto fistuloso y en 5 de los pacientes no se identificó ni trayecto fistuloso ni absceso, o la prueba no fue concluyente. En el grupo de los pacientes con dolor anal, no se observaron anomalías ecográficas en ninguno de los pacientes analizados. Del grupo de los pacientes con incontinencia anal, se observaron defectos esfinterianos en 10 de los 14 pacientes estudiados siendo 4 de los pacientes hombres y el resto mujeres.

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

GDP0011 - LINFOMA NO HODGKIN PANCREÁTICO

García Aguilera X, Crespo Pérez L, Ledo Rodríguez A, Teruel Sánchez-Vegazo C, Gil Grande L
Servicio de Gastroenterología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: La incidencia de los linfomas pancreáticos es menor del 1%, igual en varones que en mujeres y representa una pequeña fracción dentro de las neoplasias del páncreas. Entre el 30-40% de los linfomas no Hodgkin (LNH) en adultos son linfomas de células B, que se presentan como masas ganglionares o extraganglionares de crecimiento rápido.

Caso clínico: Varón de 45 años, sin antecedentes de interés, que es ingresado en nuestro servicio por cuadro clínico de 8 días de evolución caracterizado por dolor abdominal epigástrico, irradiado en cinturón y pérdida de 6 kg de peso en 5 meses. No refería consumo de alcohol, ni otros hábitos tóxicos. En la exploración física destacaba un área de empastamiento en cara anteroinferior del cuello y el abdomen doloroso en epigastrio sin irritación peritoneal, y sin palparse masas, ni visceromegalias. *Análítica:* amilasa: 435, lipasa: 1399, GOT: 34, GPT: 20, bilirrubina: 0,5, FA: 149, GGT: 122. El hemograma y la coagulación fueron normales. Se realizó una ecografía abdominal que reveló la presencia de vía biliar extrahepática de 1,4 cm, barro biliar, y al menos 3 LOES hipoecoicas en páncreas. Wirsung patente. Se decide realizar una ecoendoscopia con PAAF de dichas lesiones que son informadas como LNH de alto grado. No adenopatías locoregionales de tamaño significativo, ni otras lesiones intraabdominales. De igual forma se hace PAAF de zona empastada en cuello que también se informa como LNH.

El paciente pasa a cargo de Hematología para el tratamiento de su enfermedad. En controles posteriores a los 6 meses, no se aprecia progresión de la enfermedad.

Resultados: Episodio de pancreatitis aguda en el contexto de LNH de alto grado pancreático.

Conclusiones:

1. Los LNH pueden ocasionalmente asentar en páncreas, siendo tanto primarios, como secundarios.
2. Dado que existe afectación fuera del páncreas, no se puede asegurar que se trate de una enfermedad primaria.
3. Los LNH pancreáticos son de mejor pronóstico que los adenocarcinomas.

GDP0012 - METÁSTASIS HEPÁTICAS MÚLTIPLES POR TUMOR NEUROENDOCRINO

Ortiz Fernández-Sordo J, Pérez Álvarez G, Varela Trastoy P, Cadahia Rodrigo V, Varela Calvo M
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Objetivo: Demostrar la rentabilidad diagnóstica de la ecografía abdominal en el estudio de las enfermedades hepáticas.

Material y métodos: Paciente varón de 41 años, natural de Guinea Ecuatorial, sin seguimiento previo en nuestro centro, que acude por astenia de 1 mes de evolución. Entre sus antecedentes destacan: ex-bebedor moderado desde hace 15 años, ex-fumador desde hace 13 años, HTA, paludismo recurrente, fiebre tifoidea. No cirugía.

En relación a su patología digestiva se conoce infección por VHB de reciente diagnóstico, sin tratamiento ni seguimiento y episodio de hemorragia digestiva por varices esofágicas que requirió transfusión de hemoconcentrados.

Al ingreso se objetiva serología compatible con infección crónica por VHB en fase replicativa y se orienta el diagnóstico como cirrosis por VHB en paciente procedente de región de alta endemicidad. Se solicitan estudios para evaluar el grado de afectación hepática.

La gastroscopia revela VE pequeñas, GHTP y úlcera bulbar Forrest III. La ecografía abdominal objetiva hepatomegalia de borde irregular con múltiples lesiones focales hepáticas, hiperecogénicas con halo hipoecoico, porta en límite alto de la normalidad, ascitis perihepática y esplenomegalia.

Se solicita TC Abdominal cuyo informe sugiere como diagnóstico cirrosis hepática con múltiples nódulos de regeneración. Para completar estudios se decide la realización de PAAF de lesión focal hepática bajo control ecográfico siendo negativa para malignidad por lo que se realiza biopsia hepática bajo control ecográfico que es informada como infiltración hepática por carcinoma neuroendocrino de bajo grado [Ki 67 (20%)] y hepatitis crónica periportal VHB.

Se solicitan estudios de imagen para localización del tumor primario - RMN abdominal, colonoscopia, TC torácico y gammagrafía con In111-octreótido - siendo todos ellos negativos. Los marcadores tumorales y el estudio hormonal habitual fueron normales.

Se realiza una última ecografía abdominal con Doppler color que revela compresión tumoral de ramas portales y cava inferior, con afilamiento de venas suprahepáticas.

Resultados: El paciente es alta con los diagnósticos: a) hepatopatía crónica por VHB iniciándose tratamiento con lamivudina oral; b) tumor neuroendocrino de primario desconocido con metástasis hepáticas. Pendiente de tratamiento quimioterápico y de seguimiento por Oncología Médica; c) hipertensión portal por compresión tumoral.

Conclusiones: La ecografía abdominal resulta de gran utilidad diagnóstica en las enfermedades hepáticas permitiendo su estadiaje, la valoración de complicaciones asociadas y el estudio del patrón vascular. Asimismo permite la realización de técnicas diagnósticas invasivas, disminuyendo sus riesgos y aumentando su rentabilidad. En este caso el estudio histológico fue definitivo para llegar al diagnóstico, que difirió del inicialmente sospechado.

II CONGRESO NACIONAL DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

ESÓFAGO Y ESTÓMAGO

FAP0001 - SARCOMA DE KAPOSI GÁSTRICO: ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Adán Merino L, Gómez Senent S, Martín Arranz E, Martín Chávarri S, Hernández Villalba L, Domingo Senra D, Plaza Santos R, Castro Carbajo P, Carrión Alonso G, del Rey Sanz R, Froilán Torres C, Suárez de Parga J, Segura Cabral JM
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: La infección por VIH produce una inmunodepresión grave. El tratamiento antirretroviral conlleva una recuperación del sistema inmune que se objetiva en un aumento cuantitativo de CD4. En los pacientes con VIH con inmunodepresión severa tras el inicio de tratamiento antirretroviral, el sistema inmune comienza a recuperar competencia funcional y pueden aparecer eventos paradójicos, lo que se conoce como "síndrome de reconstitución inmune" (SRI). A continuación describimos un paciente con síndrome de Kaposi gástrico que tras tratamiento antirretroviral presenta un agravamiento de las lesiones gástricas evidenciadas endoscópicamente.

Caso endoscópico: Varón de 29 años, sin antecedentes patológicos de interés, que ingresa por dolor epigástrico, síndrome consuntivo y ferropenia. Se realiza gastroscopia, donde se observa en paladar duro mucosa violácea y en cara posterior de faringe lesiones excrementos nodulares. Respetando cardias y región subcardial, se evidencia mucosa de fundus y cuerpo gástrico alto y medio en empedrado con áreas mamelonadas, pliegues gástricos engrosados, congestivos y con disminución de la distensibilidad, duro y friable a la toma de biopsias. Con el diagnóstico de sarcoma de Kaposi se solicita serología para VIH, siendo positiva, carga viral de 874.578 copias/ml, con CD4 de 140, por lo que se inicia tratamiento antirretroviral. Un mes después se realiza gastroscopia de control, observándose en mucosa de todo el cuerpo gástrico lesiones excrementos, ulceradas y friables al roce.

Comentarios: El sarcoma de Kaposi asociado al VIH cursa con afectación gastrointestinal en el 40%. La gastroscopia tiene un papel fundamental en el diagnóstico pues las lesiones son fácilmente reconocibles como nódulos hemorrágicos, aislados o confluentes. En la fase de recuperación funcional del sistema inmune (SRI) tras tratamiento antirretroviral se han descrito cambios en el curso clínico de infecciones o tumores ya diagnosticados, con un agravamiento paradójico de los mismos.

FAP0002 - METÁSTASIS GÁSTRICAS DE MELANOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Martín Arranz E, Adán Merino L, Martín Arranz MD, Rey Sanz R, Pascual Turrión J, Segura Cabral JM
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: El estómago es una localización poco frecuente para las metástasis de tumores sólidos, a pesar de lo cual cada vez es más frecuente su diagnóstico endoscópico gracias al aumento de la supervivencia en pacientes oncológicos.

De los tumores sólidos el melanoma es el que más tendencia tiene a metastatizar en estómago (29%), si bien dada su baja frecuencia relativa y la agresividad de su curso no es frecuente encontrar estas lesiones en la endoscopia. De estas metástasis tan solo el 42% aparecen en su forma típica como pequeños nódulos negros.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 72 años diagnosticado hace 6 años de un melanoma en el pie izquierdo estadio IV de Clark con espesor de Breslow de 6 mm que fue tratado con cirugía. Desde entonces ha presentado varias recidivas locorregionales siendo tratado con cirugía y radioterapia. Tras el hallazgo en TC de una imagen protruyente en cámara gástrica fue enviado a nuestro servicio para realización de una gastroscopia, en la que se objetivaron múltiples formaciones sobreleva-

das, bien delimitadas, negras, de entre 0,5 y 1,5 cm, siguiendo una disposición arrosariada a lo largo de la curvatura mayor gástrica, así como otra lesión similar en bulbo duodenal. La biopsia confirmó el origen metastático de dichas lesiones. El paciente fue tratado con quimioterapia con dacarbacina realizándose cuatro meses después gastroscopia de control en la que las lesiones habían disminuido de tamaño con desaparición de alguna de las mismas.

Conclusión: El hallazgo de nódulos hiperpigmentados como expresión de metástasis de melanoma es poco frecuente. La localización de las lesiones en este paciente sugiere la diseminación de los implantes a lo largo de una cadena linfática infiltrada.

FAP0003 - MIGRACIÓN DE BANDA DE POLIPROPILENO COMO COMPLICACIÓN TRAS GASTROPLASTIA VERTICAL DE MASSON

Gómez Senent S, Froilán Torres C, Martín Chávarri S, Hernández Villalba L, Domingo Senra D, Plaza Santos R, Castro Carbajo P, Suárez de Parga J, Vesperinas G¹, Segura J

Servicios de Aparato Digestivo y ¹Cirugía General. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: La gastroplastia en banda vertical constituye en la actualidad uno de los procedimientos quirúrgicos de elección para el tratamiento de la obesidad mórbida. Se trata de una técnica restrictiva que promueve la pérdida de peso al inducir saciedad precoz a expensas de crear, a lo largo de la curvatura menor del estómago, una pequeña bolsa gástrica de unos 50 ml con un orificio de salida de 12 mm mediante la colocación de una banda de polipropileno.

Endoscopia: Paciente de 52 años con antecedentes de obesidad mórbida que precisó tratamiento quirúrgico mediante gastroplastia en banda vertical hace 7 años, ingresa en servicio de cirugía general por náuseas, vómitos y dolor epigástrico de siete días de evolución. Los hallazgos analíticos no mostraban ninguna alteración significativa. Las radiografías de abdomen no mostraban dilatación de la cámara gástrica ni imágenes de neumoperitoneo. Se procedió a realizar exploración endoscópica, evidenciándose una de las complicaciones postquirúrgicas descritas en este tipo de técnicas: la migración de la banda. Se observa gastrectomía subtotal, inmediatamente distal a la anastomosis, se visualiza una banda de polipropileno, que se encuentra desprendida en aproximadamente un 90%. Se corta en uno de los extremos del anillo con pre-cut y posteriormente se extrae con asa de diatermia.

Comentario: Los pacientes sometidos a gastroplastia vertical en banda como tratamiento de la obesidad mórbida presentan hasta un 40% de complicaciones. La esteno-

sis (20%), la disrupción de la línea de grapas (11%), las hernias (13%), la esofagitis severa (7%) y la migración de la banda (1,5%) se describen como las más frecuentes. La mayor parte de estas complicaciones precisan de una nueva cirugía para su resolución, y en este caso se pudo resolver endoscópicamente.

FAP0004 - MANIFESTACIÓN ESOFÁGICA DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

Gil Simón P, Barrio Andrés J, Julián L, Mata L, Pons F, Saracíbar E, Pérez-Miranda M, Caro-Patón A
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Caso clínico: Mujer de 50 años diagnosticada de proctitis indeterminada en 2003 con brote severo de pancolitis, que precisó tratamiento con ciclosporina, hace dos años. En tratamiento de mantenimiento con mesalazina y azatioprina.

Refiere sintomatología aguda de 15 días de evolución con cuatro deposiciones diarias con restos hemáticos, tenesmo y urgencia asociada que no ceden con corticoides tópicos junto con odinofagia e intolerancia oral. *Exploración física:* abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Resto sin hallazgos de interés. *Analítica:* Hb: 12,1 g/dl, Hto: 36%, leucocitos: 4.000, plaquetas: 327.000, VSG: 61 mm. PCR: 14 mg/L. Resto de bioquímica normal. Mantoux con booster y serología VHB, VHC y VIH negativos. *Gastroscopia:* esófago con dos ulceraciones profundas de bordes regulares en tercio medio que se biopsian. Estómago, bulbo y 2ª porción duodenal sin hallazgos significativos. *Anatomía patológica:* mucosa esofágica ulcerada con infiltrado inflamatorio agudo y crónico sin granulomas. Cultivo biopsia esofágica para CMV, herpes Virus y TBC: negativo. *Colonoscopia:* afectación mucosa parcheada con zonas intactas junto con ulceraciones profundas serpinginosas. *Anatomía patológica:* infiltrado inflamatorio polimorfo con tejido de granulación que erosiona el epitelio superficial. *Diagnóstico:* enfermedad de Crohn con afectación esofágica y colónica. *Evolución:* se suspende el tratamiento con 5-ASA y se asocia tratamiento con prednisona oral (1 mg/kg/día) junto con esomeprazol (40 mg/12 h) con lo que la paciente comienza a mejorar permitiendo la retirada de corticoides. A los 5 meses se encuentra asintomática con cicatrices postulcerosas, sin estenosis, en tercio medio esofágico en la gastroscopia de control.

Conclusiones: La afectación esofágica sintomática en la enfermedad de Crohn es rara con una incidencia en adultos menor del 2%. Las manifestaciones clínicas son variables, los hallazgos endoscópicos no son específicos y no hay datos histológicos patognomónicos. Sin embargo la realización de gastroscopia en pacientes con diagnósti-

co previo EIIC, que presenten síntomas esofágicos, puede permitir su diagnóstico y orientar el tratamiento ya que presenta una buena respuesta (80%) al tratamiento con corticoides junto con IBP a altas dosis para el control sintomático.

FAP0005 - FÍSTULA AORTOESOFÁGICA, UNA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Domingo Senra D, Comas Redondo C
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Caso clínico: Varón de 75 años con antecedentes de HTA de larga evolución, by-pass aortobifemoral por claudicación intermitente y carcinoma urotelial de vejiga (T3aG3NxMo) tratado con sesiones de radioterapia, que acude a nuestro Servicio de Urgencias por presentar clínica de hematemesis de sangre roja de escasa cuantía en las 2 horas previas, dolor retroesternal e interestapular de un día de evolución, disfagia brusca para sólidos de dos días de evolución y sensación de muerte inminente.

En la exploración destaca auscultación arrítmica a 140 lpm y signos de hipoperfusión en MID.

Se realiza electrocardiograma que evidencia la presencia de FA con respuesta ventricular rápida, radiografía de tórax con la presencia de ensanchamiento mediastínico y endoscopia oral urgente, encontrando en la misma compresión extrínseca pulsátil a 28 cm de arcada dentaria, con dificultad para el paso del endoscopio, que se extiende hasta 36 cm, con coágulo fresco adherido y babeo hemático por sus bordes.

En el TAC torácico urgente realizado a continuación se identifica un aneurisma de aorta torácica descendente de 8 cm de longitud, con troncos supraaórticos preservados, con trombo intramural y desplazamiento del esófago, que se encuentra dilatado y con nivel hidroaéreo, objetivándose fuga de contraste hacia la luz esofágica. Los bronquios principales y la silueta cardíaca se encontraban desplazados anteriormente además de existir derrame pericárdico y pleural izquierdo.

Con el diagnóstico de aneurisma de aorta torácica fistulizado a esófago, se decide cirugía urgente, en la que se disea el aneurisma y se interpone prótesis tubular con cierre parcial de la prótesis con parte de la pared aneurismática.

Durante el postoperatorio, a los tres días se inicia sangrado por SNG autolimitado y a los cinco días se realiza by-pass femorofemoral urgente por mala perfusión de extremidades inferiores debido a obstrucción de by-pass aortofemoral. El día siguiente a la segunda intervención comienza con fiebre, objetivándose neumonía bilateral, con insuficiencia renal progresiva y fallo multiorgánico que conduce al exitus diez días después.

Conclusión: Las fístulas aortoentéricas representan una causa rara pero fatal de hemorragia digestiva (se han descrito menos de 200 casos en la literatura). Debe sospecharse en pacientes con hemorragia digestiva alta no filiada, con evidencia de aorta aneurismática o tortuosa en la radiografía de tórax o con la triada sintomática de Chiari. El diagnóstico se basa en la realización de endoscopia seguida de TAC o arteriografía, según la disponibilidad de los centros. Debe realizarse tratamiento quirúrgico urgente en todos los casos.

FAP0006 - PAPEL DE LA ENDOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

Castro Ortiz E, Ulla Rocha JL, Estela FS, Soto Mera T¹, Baltar Arias R, Alberte Liste L², Ledo Barro L, Vázquez Astray E
Servicios de Aparato Digestivo, ¹Alergología y ²Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Pontevedra

Introducción: La esofagitis eosinofílica es una patología con una relevancia creciente en los últimos años. Es un trastorno inflamatorio de la mucosa esofágica con predominio de infiltrado por eosinófilos (> 20 eosinófilos/campo de gran aumento). Su etiología es desconocida y los síntomas se confunden con frecuencia con el reflujo gastroesofágico.

Objetivo: Evaluar de forma retrospectiva los diagnósticos de esofagitis eosinofílica en nuestro centro en los últimos 2 años.

Material y métodos: Analizamos como variables la edad, sexo, manifestaciones clínicas, historia de atopía o alergias alimentarias, la asociación a eosinofilia periférica, patrón endoscópico, el tratamiento administrado, y el control de respuesta clínica y endoscópica a los 3 meses.

Resultados: Cuatro diagnósticos de esofagitis eosinofílica en dos años, el 100% hombres, el 75% con historia de atopía. El síntoma clínico más frecuente fue la disfagia, la presentación endoscópica fue variada (imagen en anillos, papel arrugado, estriación longitudinal, anillo de Schastki) y todos fueron tratados con fluticasona deglutida con respuesta parcial o total de los síntomas y sin cambios macroscópicos en la gastroscopia de control.

Conclusiones:

1. La esofagitis eosinofílica es más frecuente en hombres que presentan una clínica de disfagia o impactación.
2. Se asocia a historia de atopía, alergias alimentarias y eosinofilia periférica.
3. Para establecer el diagnóstico de esofagitis eosinofílica es fundamental mantener un alto índice de sospecha tanto por parte del clínico como del endoscopista.
4. El patrón endoscópico puede ser muy variable (incluso normal), y siempre se deben realizar, ante su sospecha, biopsias de la mucosa esofágica.

5. Existe una buena respuesta clínica al tratamiento con fluticasona deglutida.

FAP0007 - MANEJO ENDOSCÓPICO DE CUERPOS EXTRAÑOS EN TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR: EXPERIENCIA DE UN AÑO

Poves Francés C, Sánchez Ceballos F, Izquierdo Rubio S, Fernández Díez S, Esteban López-Jamar J, Gutiérrez del Olmo A, Baki W, Nisa Gutiérrez E, González Rodríguez J, Asteinza Daganzo M, Loscos Valerio J, Ramírez Ar-mengol J
Servicio de Endoscopia. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción: La impactación de un cuerpo extraño (CE) es una urgencia endoscópica frecuente con riesgo de complicaciones potencialmente graves. La mayoría de CE que alcanza el esófago pasan de forma espontánea. Sin embargo, se estima que entre un 10-20% requiere su extracción endoscópica.

Objetivo: Analizar la experiencia de nuestro servicio en el manejo endoscópico de cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal superior durante el año 2006.

Material y método: Análisis retrospectivo de 146 gastroscopias urgentes solicitadas por sospecha de CE durante el 2006. Descripción de variables demográficas, tipo y localización de CE, enfermedad asociada, accesorio endoscópico utilizado para la extracción y complicaciones.

Resultados: De las exploraciones realizadas se objetivó CE en 67 casos (45,8%) con 43 hombres y 24 mujeres. El rango de edad de los pacientes es amplio entre 2 y 90 años, con una edad media de 54,2 años. Los tipos de CE fueron: bolo alimentario impactado (64,1%), monedas (13,4%), huesos (11,9%), espinas (4,4%), almeja (2,9%), pila de botón (1,4%) y fibra farmacológica (1,4%). En función de la edad los CE más frecuentes fueron las monedas en menores de 15 años y el bolo alimentario en el resto de los grupos.

De los 67 CE hallados, 31 se localizaron en esófago proximal-boca de Killian, 33 en esófago distal, 2 en estómago y 1 en un seno piriforme. Tras la extracción del CE se revisó la zona de impactación encontrando patología en 51 pacientes: 24 anillos esofágicos (47%), 16 hernia de hiato (31,3%), 7 estenosis benignas (13,7%), 3 estenosis indeterminada (5,8%) y 1 divertículo esofágico.

En 4 casos el CE pasó de forma espontánea con la insuflación del endoscopio. Los accesorios más frecuentemente utilizados en el resto: asa de polipectomía (61,7%), pinza de dos patas (23,5%), pinza de uña (8,8%) y cesta (5,8%).

En 2 casos no se pudo realizar la extracción endoscópica del CE (hueso y espina) y en otro hubo una perforación

esofágica tras la maniobra endoscópica (almeja). Hubo otras complicaciones menores (2 laceraciones mucosas y 3 úlceras por decúbito). La tasa de éxito de extracción de CE fue del 95,5% (64/67).

Conclusiones:

1. Casi en la mitad de las gastroscopias realizadas con sospecha de CE se objetiva el mismo.

2. En nuestra serie, la enfermedad subyacente es benigna en más del 80% de los casos (al contrario que series asiáticas)

3. El accesorio endoscópico utilizado con más frecuencia fue el asa de polipectomía y la tasa de éxito del 95%.

FAP0008 - SÍNDROME DE BOERHAAVE TRAS IMPACTACIÓN ALIMENTARIA

Plaza Santos R, Gómez Senent S, Froilán Torres C, Castro Carbajo P, Adán Merino L, Pajares Villarroja R, Sánchez-Cabezudo F¹, Mora Sanz P
Servicios de Aparato Digestivo y ¹Cirugía General. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: La perforación esofágica espontánea secundaria al vómito, o síndrome de Boerhaave representa el 25% de casos de rotura esofágica, y es una entidad con alta morbilidad. Aunque los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos, debe sospecharse ante la tríada de dolor torácico, enfisema subcutáneo y antecedente de vómitos, ya que el retraso en el diagnóstico y tratamiento se asocia a peor pronóstico y severas complicaciones sistémicas.

Caso clínico: Varón de 35 años sin antecedentes personales de interés, acude a Urgencias por intolerancia oral, disfagia y vómitos, acompañados de intenso dolor epigástrico de 12 horas de evolución, que se inició tras la ingesta de fabes. No refiere fiebre ni otros síntomas. La analítica no presenta alteraciones significativas y se realiza una panendoscopia oral urgente por sospecha de impactación alimentaria. A 35 cm de arcada dentaria se observa un cuerpo extraño esofágico, que se extrae con asa de diatermia sin complicaciones inmediatas. Debajo del cuerpo extraño, se aprecia un desgarramiento mucoso longitudinal, muy profundo, de unos 5 cm, de fondo fibrinoso, con coágulo rojo adherido en su porción más distal, en probable relación a esfuerzo de los vómitos previos. Se retira el endoscopio ante la sospecha de perforación esofágica.

Se realiza TAC cervico-torácico urgente, encontrando pequeña cantidad de neumomediastino posterior y aire en torno al esófago intratorácico, compatible con perforación esofágica. El paciente ingresa a cargo del Servicio de Cirugía General, y se instaura tratamiento conservador con dieta absoluta, nutrición parenteral y antibioterapia de amplio espectro, con buena evolución clínica y radiológica.

Conclusiones:

1. Aunque la iatrogenia es actualmente responsable de la mitad de los casos de perforación esofágica, el síndrome de Boerhaave representa la causa más frecuente de perforación espontánea.

2. La endoscopia no está indicada inicialmente ante la sospecha de perforación esofágica, siendo necesario confirmar el diagnóstico mediante TAC o estudios con contraste, que muestran la localización y extensión de la lesión.

3. A pesar de que el tratamiento quirúrgico urgente es habitualmente necesario en perforaciones a nivel torácico, si el paciente se encuentra estable, sin signos de shock o sepsis, y la perforación es detectada precozmente, es posible instaurar un tratamiento conservador como alternativa a la cirugía.

FAP0009 - TUMOR DE ABRIKOSOFF RESECADO MEDIANTE MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Marín Alcolado E, Garrido Gómez E, Vázquez Sequeiros E, González C¹, Juzgado D², de Higes MJ, Bixeda D, Rivero M, Crespo L, Rodríguez-Gandía MA, Milicua JM *Servicios de Gastroenterología y ¹Anatomía Patológica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²Servicio de Gastroenterología. Clínica Quirón. Madrid*

El tumor de Abrikosoff (TA) o tumor de células granulares (TCG) es característico de la cavidad oral y del tejido celular subcutáneo, siendo más infrecuente su localización en el tracto gastrointestinal (2,7-8%). Cuando aparece en el tubo digestivo suele hacerlo en el esófago. El diagnóstico de esta patología suele establecerse de forma accidental al realizar una endoscopia digestiva alta por otro motivo, aunque puede asociarse a disfagia, dolor retroesternal o epigastralgia. Endoscópicamente se describe una lesión submucosa de pequeño tamaño, de coloración amarillenta y generalmente recubierta por mucosa normal. El TA es homogéneo, hipoecogénico y con bordes bien delimitados en el examen ecoendoscópico. Histológicamente se asemeja a un mioblastoma, con la particularidad de que sus células manifiestan la proteína S-100 y son PAS positivas. Por definición se considera que el TA es un tumor benigno, aunque en un mínimo porcentaje pueden desarrollar degeneración maligna; entre los signos que se han asociado con evolución a malignidad se encuentran: recurrencia local, crecimiento rápido, necrosis tumoral, celularidad atípica y presencia de mitosis. No existe acuerdo sobre cómo debe ser el tratamiento y el seguimiento de este tumor. Se suele recomendar realizar un seguimiento mediante endoscopia anual en las lesiones menores de 1 cm; sin embargo, algunos autores sugieren resecar todas aquellas lesiones mayores de 1 cm por su

mayor riesgo de degeneración; por este motivo se han empleado técnicas de resección endoscópica como la fulguración con gas argón o con láser, o más recientemente la mucosectomía endoscópica. En la actualidad la mucosectomía endoscópica parece ser la mejor opción para la resección de estos tumores submucosos, ya que se considera que es una técnica efectiva, segura y que permite el análisis histológico posterior de toda la lesión. Presentamos tres pacientes diagnosticados de tumor de Abrikosoff esofágico mediante un estudio endoscópico y ecoendoscópico. Los tumores fueron de un tamaño aproximado de 1 cm y se extirparon mediante la técnica de mucosectomía endoscópica con aspiración y colocación de banda elástica, para lo que se utilizó el kit de mucosectomía Duette de Cook®. La histología confirmó que se trataba de tumores de células granulares (TA). Se instauró tratamiento antisecretor durante 4 semanas después de la resección. Los pacientes no presentaron complicaciones relacionadas con la mucosectomía, realizándose un control endoscópico en las 6-8 semanas siguientes sin evidenciar lesión residual, por lo que se consideró su curación.

FAP0010 - TAPONAMIENTO CARDIACO POR PERICARDITIS PURULENTE SECUNDARIO A CARCINOMA DE ESÓFAGO

Sánchez Ceballos F, Esteban López-Jamar J, Gutiérrez del Olmo A, Izquierdo Rubio S, Poves Francés C, Ramírez Armengol J
Servicio Central de Endoscopia. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción: El cáncer de esófago es una neoplasia con una alta letalidad donde la supervivencia global a los 5 años permanece por debajo del 10%. El único tratamiento curativo es la resección quirúrgica. Sin embargo, más de la mitad de los pacientes presentan enfermedad diseminada en el momento del diagnóstico. El derrame pericárdico en el contexto del cáncer de esófago suele producirse en relación con el tratamiento (RT y/o QT) siendo poco frecuente como forma de presentación.

Caso clínico: Varón de 51 años fumador e hipertenso que presenta de forma súbita cuadro de dolor torácico irradiado a región interescapular con limitación de la inspiración. En la exploración destaca tendencia a la hipotensión (90/60 mmHg) con aumento de la PVY y saturación de oxígeno 91%. En la analítica discreta anemia con resto normal incluyendo marcadores sexológicos habituales de necrosis miocárdica. *Rx tórax:* cardiomegalia y ensanchamiento mediastínico. *TC tórax:* derrame pericárdico y engrosamiento de la pared esofágica. Se descartar disección de aorta. *Ecocardiograma transtorácico y transesofágico:* FEVI conservada y derrame pericárdico global.

Evolución clínica con inestabilidad hemodinámica que requiere intubación orotraqueal, pericardiocentesis urgente y pericardiectomía parcial con drenaje de líquido purulento (900 cc) con pH 6,8 y cultivo positivo para *Streptococo anginosus* y *Prevotella buccae*.

Endoscopia: En la gastroscopia se observa una tumoración infiltrante, ulcerada y parcialmente estenosante a 31 cm de incisivos sugerente de neoplasia que se biopsia. **AP:** carcinoma escamoso esofágico. **Eco-endoscopia:** a 32 cm de incisivos masa parietal hipoecoica que afecta a todas las capas de la pared y contacta con la aorta. Adenopatía sugerente de metastásica. Desde la pared del esófago hasta la zona cardiaca hay una colección de líquido de aspecto grumoso sugerente de absceso.

Conclusiones: La sintomatología tardía y poco específica del Ca esofágico facilita la diseminación de la lesión y una vez que la neoformación traspasa la capa muscular invade estructura periesofágicas como tráquea, bronquios, pericardio, aorta o diafragma.

La pericarditis purulenta es una entidad infrecuente cuyo hallazgo implica generalmente la existencia de un foco infeccioso, siendo menos frecuente su relación con una neoplasia de esófago. En esta situación se puede producir por la existencia de una fístula esófago-pericárdica o por invasión tumoral; en cualquier caso comporta mal pronóstico a corto plazo. Presentamos este caso por lo inusual del debut de un Ca esofágico como taponamiento cardiaco.

FAP0011 - URGENCIAS ENDOSCÓPICAS DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Gómez Rodríguez B, Argüelles Arias F, Moreno García A, Pellicer Bautista F, Herreras Gutiérrez JM
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: Las urgencias endoscópicas constituyen hoy en día un pilar básico asistencial en una unidad de endoscopias. Exponemos el número total de urgencias realizadas por nuestro servicio en los últimos 3 años, su diagnóstico y tratamiento.

Material y métodos: En los últimos 3 años se realizaron en el Hospital Virgen Macarena 2627 endoscopias urgentes. Se ha aplicado el programa estadístico SPSS.

Resultados: De las urgencias analizadas el 65% eran hombres y el 35% mujeres. El 93% fueron gastroscopias, 5% colonoscopias, 1% CPRE y un 1% sustitución de PEG. Un 60,2% se realizaron bajo sedación con midazolam, un 2% bajo anestesia general y el resto no recibió medicación.

Los diagnósticos emitidos fueron en las gastroscopias: 13% normales, 20,8% de los casos se observaron úlceras gastroduodenales, 11,6% de los casos se diagnosticaron varices esofágicas/gástricas/gastropatía de la hipertensión por-

tal, en un 10% gastroduodenopatía papuloerosiva, esofagitis péptica en el 9,4%, en el 6% se extrajo cuerpo extraño esofágico, Mallory-Weiss en el 3,1% de los casos, exploración no concluyente en el 4,1% de los casos, lesiones agudas hemorrágicas en el 3,6% de los casos, cáncer gastroduodenal en el 1,7%, causticación esofágica en el 1,2% y angiodisplasias gástricas en el 1,2 % de los casos. En las colonoscopias: el diagnóstico principal fue el de hemorroides internas en el 1% de los casos, pólipos en el 1,1%, divertículos en el 0,7%, cáncer de colon con prótesis en el 1% y vólvulos en el 0,4%. En las CPRE el diagnóstico más emitido fue el de litiasis biliar en el 0,6% y cáncer biliopancreático en el 0,1%.

En cuanto al tratamiento, en un 96% de los casos de úlcus Forrest I se empleó esclerosis y un 4% se utilizaron hemoclips. En úlcus Forrest II en el 53% se esclerosó la lesión, en un 3,1% se utilizó hemoclip y en el 43% no se realizó terapéutica. En varices grado II un 40% de los casos se esclerosaron y en el 3,2% se ligaron con bandas, en grado III en el 47,5% de los casos se esclerosaron las varices y en el 17,5% de los casos se ligaron con bandas, y en las grado IV en el 43% de los casos se ligaron con bandas.

Conclusión: El mayor porcentaje de Urgencias fueron hombres, con el diagnóstico principal de úlcus gastroduodenal. El tratamiento más empleado fue la esclerosis de la lesión sangrante.

FAP0012 - ESOFAGITIS POR HERPES SIMPLEX EN DOS PACIENTES INMUNOCOMPETENTES

Pajares Díaz JA, Aldegue Martínez M, Senent C, Pérez de Ayala V, Cos E
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: La esofagitis por virus *herpes simplex* (VHS) es una entidad relativamente frecuente en pacientes inmunosuprimidos, sin embargo es excepcional en pacientes sanos. Se han descrito hasta la actualidad casos aislados. Describimos dos casos de esofagitis por VHS en pacientes inmunocompetentes diagnosticados en el año 2007.

Material y métodos: Dos pacientes ingresados a través del Servicio de Urgencias de nuestro hospital por disfagia, fueron sometidos a endoscopia y biopsia esofágica ante los hallazgos evidenciados. Las muestras fueron enviadas a los servicios de anatomía patológica y microbiología. **Características de los pacientes:** los pacientes eran de 16 y 24 años, con antecedentes de impactación alimentaria a nivel esofágico por lo que se encontraban en estudio. Se les realizó endoscopia digestiva previamente habiendo sido diagnosticados de alteración de la motilidad y estenosis cardial sin demostrarse evidencia de hernia hiatal. En ninguno de ellos se evidenciaron lesiones ulcerosas ni aftosas.

Al incrementarse, durante la última semana, la disfagia y al aparecer odinofagia, que incluso dificultaba la ali-

mentación, acudieron al Servicio de Urgencias. En uno de ellos se asociaba fiebre de hasta 38 °C.

En ambas endoscopias digestivas realizadas de forma urgente se observaron múltiples úlceras profundas, longitudinales y redondeadas que sugerían un origen infeccioso.

Ninguno de los dos pacientes presentaba antecedentes patológicos que hicieran sospechar inmunosupresión ni infecciones oportunistas. La exploración física fue normal, sin que existieran adenopatías periféricas. Tras el diagnóstico de infección por VHS se realizó el correspondiente estudio para descartar inmunosupresión (hemograma, bioquímica, recuento de inmunoglobulinas, serología, estudio inmunofenotípico de sangre periférica, recuento de CD4 y CD8, beta 2 microglobulina).

Conclusión: La esofagitis herpética a pesar de ser un proceso infrecuente en pacientes inmunocompetentes, debe constituir uno de los diagnósticos diferenciales en pacientes con disfagia y odinofagia.

INTESTINO

FBP0001 - "ENFERMEDAD DE LAS TRES MENTIRAS": SÍNDROME DE LA ÚLCERA RECTAL SOLITARIA

Crespo Pérez L, Moreira Vicente VF, Redondo Verge C¹, García Aguilera XA, Marín Alcolado E, Milicua Salame-ro JM

Servicios de Gastroenterología y ¹Anatomía Patológica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: El síndrome de la úlcera rectal solitaria (SURS) es un trastorno crónico benigno caracterizado por una combinación de síntomas, hallazgos endoscópicos y alteraciones histopatológicas. Se trata de una entidad poco común y como consecuencia directa de su rareza inicialmente puede confundirse con otras enfermedades digestivas (neoplasias o enfermedad inflamatoria).

Caso clínico: Mujer de 42 años estudiada por rectorragia escasa al final de la deposición y molestias anales de dos años de evolución. En el tacto rectal se palpó una induración en la pared lateral izquierda del recto. Se realizó una colonoscopia, encontrándose en la zona anteriormente señalada un área eritematosa y levemente sobre-elevada, de 2 x 2 cm y bordes geográficos. La anatomía patológica fue compatible con el diagnóstico de SURS. Se realizó una manometría anorrectal que evidenció un volumen rectal máximo reducido y un tiempo de expulsión del balón alargado.

Resultados: Se inició entonces tratamiento simultáneo con fibra oral, enemas de 2g de sucralfato cada 12 h durante 3 meses y sesiones de *biofeedback* durante 9 meses.

La paciente mejoró notablemente, desapareciendo las molestias anales y disminuyendo la cuantía de la rectorragia al segundo mes, encontrándose totalmente asintomática al finalizar el tratamiento. Se realizó entonces una nueva colonoscopia objetivándose en la mucosa del recto distal una zona muy circunscrita de mucosa eritematosa de la que de nuevo se tomaron biopsias que confirmaron el diagnóstico previo. La paciente actualmente permanece asintomática aunque los hallazgos endoscópicos persisten.

Conclusiones:

1. La causa y la verdadera fisiopatología del SURS son desconocidas si bien parece que los fenómenos de disiner-gia defecatoria son factores causales importantes.

2. El síntoma más común es la rectorragia, habitualmente en forma de sangre roja escasa mezclada con la deposición.

3. El diagnóstico se fundamenta en la clínica, en la apariencia endoscópica y en los hallazgos histológicos. El aspecto endoscópico típico es el de una úlcera única localizada en la cara anterior-lateral del recto. De todos modos ocasionalmente se identifican lesiones polipoides, áreas de mucosa hipéremica, lesiones múltiples o localizadas en sigma-descendente. Por lo tanto, la presentación puede ser heterogénea, motivo por el que al SURS se le denomina también "enfermedad de las tres mentiras".

4. El tratamiento del SURS es problemático. No se dispone de tratamiento curativo y el objetivo será conseguir la mejoría de los síntomas, ya que la remisión endoscópica y/o histológica es difícil.

FBP0002 - CONCORDANCIA ENTRE UN DUE Y UN ENDOSCOPISTA EXPERTO EN EL ESTUDIO CON CAPSULA ENDOSCÓPICA CON AYUDA DE HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN RÁPIDA DE LESIONES

Ponferrada Díaz A, González-Asanza C, Díaz A, Nogales O, Menchén L, Cos E, Menchén P
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid

Objetivo: Estudio prospectivo doble ciego de la concordancia entre un DUE y un endoscopista experto en la detección de lesiones en el estudio con capsuloendoscopia.

Método: Se analizaron prospectivamente los estudios realizados en nuestra sección en 6 meses consecutivos. Tras la descarga en la estación de trabajo de cada estudio, una DUE de nuestra sección, revisó las imágenes presentadas por las aplicaciones de visión rápida (Quickview 4®) y test de detección de rojos (SBI®) del software RAPID 4 de Given®. Posteriormente y de forma independiente, fue analizado por un endoscopista experto con las mismas herramientas y con la visión de toda la grabación para ver si el estudio completo influía en el diagnóstico final. Se analizaron la positividad en detección de lesiones por parte de

ambos, la concordancia, el juicio diagnóstico y si cambia tras la visualización completa del material grabado. Se consideraron lesiones significativas aquellas que contribuyeron al diagnóstico principal del paciente y que justifican la clínica por la que solicita la exploración.

Resultados: Se analizaron las 45 exploraciones realizadas durante el periodo de estudio. Se observaron lesiones significativas en 32 (71%), destacando 3 con hemorragias activas, una con estenosis y otra con una lesión proliferativa por linfoma. La concordancia fue excelente (índice kappa 0,82), siendo completa en 40 estudios (88,8%) y en una parcialmente en que la DUE no identificó algunas lesiones angiodisplásicas observadas por el endoscopista (2,2%). La visión completa de la grabación no ha aportado datos significativos, al contrario de lo que habíamos comunicado con versiones previas del software.

Discusión: En el 91% la enfermería habría permitido avisar rápidamente de la posible existencia de patología intestinal que debiera ser revisada precozmente. Ello permite la realización temprana del informe definitivo, e incluso en los minutos siguientes a la descarga, informar al equipo de guardia o médico responsable de alerta para un tratamiento precoz. Asimismo ambas herramientas (Quickview 4® y SBI®), se demuestran muy eficientes al disminuir el tiempo de estudio de los casos.

FBP0003 - NUESTRA EXPERIENCIA CON LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA: INDICACIONES, COMPLICACIONES Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO SEGÚN INDICACIÓN. NUEVAS INDICACIONES

Pérez Pozo JM, Martínez Alcalá F
Centro Andaluz de Gastroenterología Integral. Sevilla

Objetivo: Analizar nuestra serie de pacientes a los que hemos realizado cápsula endoscópica. Valorar indicaciones, preparación, complicaciones, diagnóstico final y rendimiento clínico de la exploración, global y según indicación.

Método: Hemos analizado retrospectivamente todos los datos clínicos de las últimas 101 cápsulas endoscópicas realizadas en nuestro centro. En cada paciente se ha analizado: edad, sexo, indicación, preparación, exploraciones incompletas, tiempos medios de tránsito, hallazgos endoscópicos, diagnóstico final y utilidad clínica la técnica (global y según indicación).

Resultados: Se han realizado 101 exploraciones. La edad media fue de 53,3 años (11-80). El 58,4% eran varones. La indicaciones fueron: HDOO (22,7%), diarrea (13,8%), anemia ferropénica (12,8%), enfermedad de Crohn (9,8%), sospecha de síndrome de intestino irritable (SII) (8,9%), endoscopia no posible o no aceptada (3,9%), celiaquía (2,9%), poliposis (2,9%), otras (2,7%). Hubo un 13,9% exploracio-

nes incompletas, la mayoría por retención en intestino delgado. Los tiempos medios de tránsito gástrico e intestinal fueron de 45,8' (1-248') y 197,36' (79-429') respectivamente. El diagnóstico final fue: normal (45,4%), lesión vascular (12,4%), enfermedad de Crohn (11,2%), tumor intestinal (6,2%), enfermedad celiaca (4,2%), gastroduodenitis erosiva (4,2%), enteritis inespecífica (3,1%), pólipos (2,1%) y otros (9,3%). Se consideró que la cápsula tuvo utilidad clínica en el 58,6% de los casos. Según indicación: HDOO (56,5%), anemia ferropénica (53,8%), diarrea (28,6%), sospecha SII (100%), enfermedad de Crohn (90%), endoscopia no posible o no aceptada (50%), celiaquía (100%), poliposis (100%), otras (100%).

Conclusiones: La cápsula endoscópica en una técnica segura, con escasas complicaciones. En nuestra serie tuvo una utilidad clínica global del 58,6%. Nuestros resultados en HDOO-anemia ferropénica han sido algo inferiores, comparados con muchas de las series publicadas. Tuvo escasa rentabilidad en la evaluación de pacientes con diarrea crónica. Resulta muy útil para valorar extensión y complicaciones de la enfermedad celiaca y Crohn. Será importante considerar su papel futuro en los pacientes con sospecha de SII, en los que puede ahorrar la realización de múltiples pruebas y en aquellos que no desean la realización de una endoscopia convencional.

FBP0004 - ENTEROSCOPIA DE DOBLE BALÓN VÍA ORAL HASTA CIEGO

Esteban Delgado P
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Morales Meseguer. Murcia

Introducción: La enteroscopia de doble balón (EDB), introducida por H. Yamamoto, es la técnica de elección para la terapéutica endoscópica en intestino delgado, complementando a la cápsula endoscópica. Yamamoto ha descrito la exploración total del intestino delgado por vía oral, pero no hemos encontrado ninguna referencia en nuestro medio a la exploración total del intestino delgado mediante esta técnica.

Casos clínicos: Presentamos dos casos clínicos de dos pacientes diagnosticados de síndrome de Peutz-Jeghers a los que se le realizó una EDB para exéresis de pólipos de gran tamaño; mediante EDB se consiguió la exploración completa de intestino delgado consiguiendo rebasar la válvula ileocecal y llegar a ciego.

Según amplias series, la longitud media explorada mediante EDB es de 270 cm para la vía oral y 150 cm por vía anal. Generalmente la exploración completa de intestino delgado es posible utilizando la vía oral y anal en un mismo paciente; pero sin embargo no hemos encontrado ninguna referencia en nuestro medio de exploración completa de intestino delgado por vía oral en nuestro medio.

FBP0005 - PAPEL DE LA ENTEROSCOPIA INTRAOPERATORIA EN EL MANEJO DEL SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Castro Carbajo MP, Plaza Santos R, Carrión Alonso G, Froilán Torres C, Gombau Herrero MA¹, Manceñido Marcos N, Mora Sanz P

Servicios de Aparato Digestivo y 'Cirugía General C. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una poliposis familiar con herencia autosómica dominante y penetrancia variable. Presentamos el caso de un varón de 23 años, diagnosticado del mismo, con complicaciones asociadas.

Caso clínico: El paciente ingresa por dolor abdominal, intolerancia oral, estreñimiento y febrícula. La analítica fue normal, observándose en la radiografía simple de abdomen niveles hidroaéreos de intestino delgado (ID), y en el TC abdominal engrosamiento difuso de asas, sin evidencia de otras lesiones. Ante la sospecha de cuadro suboclusivo se instaura tratamiento conservador sin respuesta, por lo que se programa laparotomía exploradora y enteroscopia intraoperatoria. En la intervención se aprecia una invaginación de asas de ID proximal, que se reduce manualmente (se aportan imágenes del campo quirúrgico con la invaginación). A continuación se realiza enterotomía en yeyuno de 1 cm de diámetro, a 40 cm de píloro, introduciéndose el endoscopio y explorando proximalmente hasta cardias y distalmente hasta ciego, maniobra facilitada manualmente por el cirujano que iba embutiendo progresivamente las asas del delgado por fuera del endoscopio. La asistencia del cirujano en esta técnica evita la necesidad de realizar varias enterotomías. Se observaron múltiples pólipos de entre 3 y 10 mm, que se fulguraron con arco de argón. A 20 cm, proximal a la enterotomía, se vio un pólipo de 4-5 cm responsable de la invaginación (se aportan imágenes de la totalidad de la endoscopia). Se realizó resección selectiva de un segmento de ID de unos 30 cm. El cuadro suboclusivo se resolvió sin complicaciones tras la cirugía.

Discusión y conclusiones: Los pacientes con SPJ suelen padecer cuadros oclusivos reiterados, y su diagnóstico en ocasiones resulta complicado por difícil acceso al ID, precisando varias intervenciones quirúrgicas a lo largo de su vida. Si bien en la actualidad existe el enteroscopia de pulsión con doble balón, con el que se logra el examen de todo el ID, pocos centros disponen del mismo. La enteroscopia intraoperatoria constituye una alternativa al alcance de cualquier hospital. Es una técnica muy sensible y específica para la exploración de todo el intestino delgado, que permite en el mismo acto el diagnóstico y tratamiento endoscópico y/o quirúrgico de los pólipos, reduciendo el número de obstrucciones e intervenciones, y permitiendo resecciones más conservadoras. Esto se traduce en una mejora de la calidad de vida de estos pacientes y en una reducción del número de ingresos y de intervenciones quirúrgicas.

FBP0006 - NEUMATOSIS COLI. UNA ENTIDAD INFRECUENTE

Lozano Maya M, Díaz Sánchez A, Carmen SS, Menchén Fernández-Pacheco P, Pérez de Ayala V

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: La neumatosis quística intestinal (NQI) se caracteriza por la presencia de múltiples quistes de gas en la submucosa y subserosa del intestino. Es una entidad rara y de etiología incierta.

Caso clínico: Varón de 60 años de edad, con antecedentes de hipertrofia benigna prostática y adenocarcinoma de colon estadio II tratado dos años antes con sigmoidectomía y quimioterapia coadyuvante, con revisiones posteriores sin datos de actividad tumoral. En TC toracoabdominal de revisión se observó moderada dilatación de recto-sigma y colon descendente, existiendo en esta última localización signos de aire intraparietal, compatible con neumatosis quística. Dichas imágenes no se observaban en el control TC anterior, seis meses antes. Dados estos hallazgos se realizó colonoscopia visualizándose la anastomosis término-terminal a 20 cm de margen anal cubierta de mucosa normal y proximal a esta se visualizaban múltiples lesiones de aspecto polipoideo, submucoso, menores de 1 cm que a la toma de biopsias se colapsaban, confirmándose el diagnóstico de *Neumatosis coli*. El paciente no refería ninguna sintomatología por lo que se decidió no realizar tratamiento, tan solo control evolutivo.

Discusión: El término *Neumatosis coli* es sinónimo de NQI cuando el proceso está limitado al colon. Se caracteriza por la presencia de múltiples quistes de gas intramurales, siendo su localización más frecuente en intestino delgado, en especial en yeyuno, afectándose el colon tan sólo en el 6% de los casos, existiendo cierta propensión al compromiso del colon izquierdo. Su prevalencia es mayor en el hombre entre los 25-60 años. Con respecto a la clínica, en la mayoría de los casos la NQI es un hallazgo casual. Cuando hay síntomas los más comunes son la diarrea (68%), la secreción de moco (68%), el sangrado rectal (60%) y el estreñimiento (48%). Aproximadamente en el 3% de los pacientes el cuadro comienza con una complicación de la neumatosis como neumoperitoneo, vólvulo, obstrucción intestinal o perforación intestinal. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante la colonoscopia. El diagnóstico diferencial debe realizarse con los tumores intramurales, los pseudopólipos, las poliposis, los linfomas y los lipomas intramurales. Aproximadamente en el 50% de los casos se produce la resolución espontánea, por lo que no es preciso tratar a los pacientes asintomáticos. La administración de oxígeno a alto flujo, el tratamiento con metronidazol y la dieta elemental pobre en hidratos de carbono han demostrado su eficacia.

FBP0007 – CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS DE LOS TUMORES CARCINOIDES

Alberdi Alonso JM, Real Martínez Y, Blanco Coronado A, Pérez Muñoz C, Campos Cantero R
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Torre. Madrid

Objetivos: Describir las características endoscópicas de los tumores carcinoides de colon así como su relación con la pieza quirúrgica y la extensión a distancia en el momento del diagnóstico.

Material y métodos: Desde el año 2001 al año 2006 se recogieron 9 pacientes con el diagnóstico anatomopatológico en la muestra obtenida mediante biopsia endoscópica endoscopia de tumor carcinóide. Se analizaron los datos demográficos, el motivo de prescripción de la colonoscopia, la descripción endoscópica en cuanto a localización, tamaño, morfología, características de mucosa circundante, concordancia entre el diagnóstico endoscópico y el histológico así como la presencia de extensión local o a distancia en el momento del diagnóstico.

Resultados: La edad promedio de presentación fue de 65 años con ligero predominio en mujeres. La alteración del ritmo intestinal fue el motivo de petición más frecuente. El tamaño de las lesiones varió entre 3 mm y las mayores de 1 cm. La morfología de la lesión varía desde las lesiones submucosas típicas hasta las polipoides o masa ulceradas. En el 45% de los casos la mucosa circundante presentaba eritema o petequias y la localización más frecuente fue en la válvula ileocecal. La valoración endoscópica del tamaño de la lesión suele subestimarla al compararla con la pieza quirúrgica. Dos de los pacientes presentaban extensión de la enfermedad, uno de ellos local y el otro a distancia.

Conclusiones: El tumor carcinóide de intestino grueso se presenta con unas características clínicas y endoscópicas variables tanto en la localización como en la morfología de las lesiones que hacen difícil su sospecha y diagnóstico macroscópico.

PÁNCREAS Y VÍA BILIAR

FCP0001 - FACTORES RELACIONADOS CON MAL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSTESFINTEROTOMÍA

Giráldez Jiménez MD, Naranjo Rodríguez A, Hervás Molina AJ, García Sánchez MV, Calero Ayala B, de Dios Vega JF
Unidad Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: La hemorragia es una complicación frecuente (< 1-10%) de la esfinterotomía endoscópica (EE). La terapéutica endoscópica ha demostrado ser eficaz. No se conocen bien los factores relacionados con su control.

Objetivos: Analizar las características del sangrado postesfinterotomía e identificar factores relacionados con su control.

Pacientes y método: Todos los casos de hemorragia postesfinterotomía entre 1992 y 2006. Se clasificaron como inmediatos (durante la CPRE) y diferidos (exteriorización hemorrágica tras la CPRE). Se analizaron variables clínicas, endoscópicas y la evolución clínica.

Resultados: Se registraron 88 hemorragias tras 3.933 EE (2,2%). La edad media fue 71 años (16-95) y 45 (51%) eran mujeres. 53 (60,1%) tenían patología asociada y 36 (40,9%) cirugía previa. La indicación principal fueron síntomas biliares (76,1%) y el hallazgo más común coledocolitiasis (59,1%). En el 59% se realizó alguna otra técnica además de esfinterotomía, principalmente extracción de cálculos (39,8%). Hubo hemorragia inmediata en 51 (58%) (se inyectó adrenalina en 38) y diferida en 48 (54,5%) (se inyectó adrenalina en 18). Sólo 11 de las diferidas (22,8%) habían presentado sangrado inmediato. No se logró control hemorrágico en el 14,8%, siendo intervenidos el 10,2%. La mortalidad fue 5,6%. La cirugía previa se asoció con mal control hemorrágico mientras el sangrado grave se asoció con mal control de la diferida.

Conclusiones: La hemorragia postesfinterotomía es una complicación potencialmente grave. Se produjo en el 2,2% de nuestros pacientes. El sangrado inmediato no predice la hemorragia diferida. La cirugía previa se asocia con mal control de la hemorragia inicial. La gravedad del sangrado se asocia a peor control de la hemorragia diferida.

FCP0002 - HEMOBILIA: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Plaza Santos R, Martín Chavarri S, Castro Carbajo P, Martín Arranz E, Carrión Alonso G, Rey Sanz R, Erdozain Sosa JC, Pérez Robledo JP¹, Suárez de Praga JM
Servicios de Aparato Digestivo y ¹Cirugía General. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: La hemobilia, o hemorragia dentro del árbol biliar, representa una causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta. Su incidencia se ha incrementado debido al mayor número de técnicas diagnósticas y terapéuticas realizadas sobre el hígado y las vías biliares, siendo la etiología iatrogénica la más frecuente en la actualidad.

Caso clínico: Mujer de 75 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, y coledocolitiasis diagnosticada hace 4 meses mediante ecografía por clínica de cólicos biliares recurrentes. La paciente acude a urgencias por dolor epigástrico irradiado

en cinturón a ambos hipocondrios de 48 horas de evolución, vómitos en posos de café y deposición de características melénicas en las horas previas. En la analítica urgente destaca hemoglobina 10,4 g/dl, hematocrito 30,3%, VCM 86, urea 48 mg/dl y creatinina 0,9 mg/dl. Se realiza panendoscopia oral urgente, observando un área protuyente, eritematosa y edematosa en cara posterior de bulbo duodenal con un coágulo adherido con babeo hemático activo que parece provenir de la papila. Ante la sospecha de hemobilia, se introduce el duodenoscopio, que confirma la existencia de un coágulo adherido a la papila, con babeo hemático fresco, y mucosa que se traslucen de color violáceo por ocupación del colédoco con sangre. Con la intención de filiar la causa de la hemobilia, estando la paciente estable hemodinámicamente, se realiza un TAC abdominal. El TAC muestra la existencia de un pseudoaneurisma en la pared medial de la vesícula, probablemente de la arteria cística, con extravasación de contraste, en el contexto de una colecistitis litiasica. La paciente fue colecistectomizada, y la anatomía patológica informó de una colecistitis aguda gangrenosa.

Conclusiones:

1. La hemobilia debe sospecharse ante un paciente que presenta hemorragia digestiva alta en forma de hematemesis o melenas, junto a clínica de cólico biliar o ictericia obstructiva, hallazgos característicos de la triada de Quinke.

2. Realizar una gastroscopia urgente descarta otras causas de HDA, siendo el *gold standard* para el diagnóstico de hemobilia la arteriografía de la arteria hepática.

3. El pseudoaneurisma de la arteria cística es una causa excepcional de hemobilia, casi siempre en relación a coledocolitiasis de gran tamaño.

4. El tratamiento debe ser etiológico cuando se conozca la causa de la hemorragia, aunque muchas veces la inestabilidad hemodinámica del paciente lleva a tomar actitudes terapéuticas más agresivas para controlar el sangrado.

FCP0003 - COLOCACIÓN DE PRÓTESIS EN COLEDOLITIASIS

Quintanilla Lázaro E, Guerra Marina I, Morán Ortiz de Solórzano M, Moral Cebrián I, Rábago Torres LR, Gea Rodríguez F

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid

Introducción: Revisión de nuestra experiencia en la colocación de prótesis biliares plásticas en pacientes con coledocolitiasis, valorando su evolución y complicaciones.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los resultados del tratamiento conservador en ocho pacientes con coledocolitiasis y limpieza coledocal incompleta, a los que se coloca prótesis biliar, durante los años 2000-2006, con posterior seguimiento ambulatorio.

Resultados: *Paciente 1:* FGC, 72 años. Coledocolitiasis en paciente con Bilroth II y divertículo duodenal. Prótesis biliar de 7F, que es retirada una semana después, tras papilotomía; *paciente 2:* JML, 95 años. Extracción parcial de cálculos. Prótesis 8F-10 cm. Se mantiene asintomático a los 8 meses sin complicaciones; *paciente 3:* TIP, 94 años. Colangitis. Coledocolitiasis no extraíble. Prótesis 8,5F-12 cm. Episodio de colangitis 6 meses después de CPRE tratada médicamente, y posteriormente, cólicos biliares aislados en los últimos 2 años; *paciente 4:* BGH, 84 años. Extracción parcial de cálculos. Prótesis 8,5F-7 cm. Tras 2 años, se encuentra asintomático sin haber precisado recambio de prótesis; *paciente 5:* CSH, 88 años. Extracción incompleta de cálculos. Prótesis 8,5F-12 cm, 1 mes después se realiza colecistectomía y coledocoduodenostomía programada, por cólicos biliares de repetición; *paciente 6:* EMFM, 85 años. Extracción incompleta de cálculos y hemorragia post-papilotomía. Prótesis 7F-5 cm. 3 meses después se realiza colecistectomía y coledocoduodenostomía programada; *paciente 7:* JGM, 61 años. CPRE por coledocolitiasis con episodio de colangitis colocándose drenaje nasobiliar. En segunda CPRE, molde de cálculos, litotricia y rotura de la cesta del litotriptor con enclavamiento, precisando cirugía, limpieza coledocal incompleta y extracción de la cesta. Posteriormente, cólicos biliares de repetición, con cálculos no extraíbles en hepático derecho. Prótesis 8,5F-10 cm. Tras 10 meses no ha presentado complicaciones, ni ha precisado recambio de prótesis; *paciente 8:* AMM, 89 años. Coledocolitiasis con cálculo no extraíble. Prótesis 7,5F-5cm. Asintomático 5 años, falleciendo por causa no relacionada.

La edad media de los pacientes fue de 82,66 años. Las prótesis se mantuvieron funcionantes una media de 18,5 meses, no precisando recambio de las prótesis, con permeabilidad de las mismas muy superior a la esperable y sin complicaciones en nuestra serie.

Conclusión: La colocación de prótesis en pacientes con coledocolitiasis es una medida útil de rescate hasta la cirugía, sin las dependencias que supone tener un drenaje nasobiliar. Creemos que puede convertirse en una terapéutica definitiva en pacientes con alto riesgo quirúrgico, en los que la extracción de la coledocolitiasis fracase.

FCP0004 - CPRE EN SITUS INVERSUS TOTALIS

García Fernández FJ, Torres Domínguez Y, Infantes Hernández JM, Mendoza Olivares FJ, Piñar Moreno AL, Alcázar Guijo FJ

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla

Introducción: El *situs inversus totalis* es una anomalía de la organización corporal, los órganos que muestran una simetría en espejo con respecto al plano sagital, que se manifiesta sólo en los órganos impares y asimétricos. Tiene una frecuencia en el hombre del orden de 1:10.000 nacimientos. Estos individuos tienen una frecuencia signifi-

cativamente mayor de ciertas malformaciones orgánicas como las del corazón, grandes vasos y de alteraciones estructurales de los cilios (sd. de Kartagener).

El conocimiento previo de esta anomalía es importante por el hecho de interpretar adecuadamente los síntomas para el correcto diagnóstico. Además implica notable dificultad para cualquier intervencionismo.

La CPRE se realiza con un duodenoscopio que está especialmente diseñado para una disposición duodenal "normal", aumentando la dificultad técnica ante cualquier variación de la anatomía. Se ha descrito en la bibliografía la realización con éxito de CPRE en esta anomalía, pero sin especificar cuál es la sistemática más adecuada de exploración.

Describimos un caso en el que practicamos una CPRE utilizando una alternativa técnica que resultó francamente efectiva.

Caso clínico: Varón de 63 años diagnosticado de *situs inversus totalis* sin patologías asociadas. Ingreso en nuestro hospital por pancreatitis biliar aguda leve con ALT 328, AST 40, GGT 2832, FA 332, lipasa 942, amilasa 114, amilasuria 2409, BT 1,9. Evolucionó favorablemente pero, ante la persistencia de colostasis disociada, sin coledocolitiasis pero con colédoco, en el límite alto de la normalidad, se planteó CPRE previa a la colecistectomía.

Ante la ausencia de unas recomendaciones claras para estos casos, decidimos iniciar la exploración de la manera habitual, la papila era inaccesible tras probar con distintos modos de enfrentamientos endoscópicos. Decidimos colocar el paciente en decúbito lateral derecho y realizar todas las maniobras endoscópicas habituales "en espejo", con lo que conseguimos un adecuado enfrentamiento papilar con fácil canulación. En la CPRE se apreció una ligera ectasia con retraso del vaciamiento del contraste con afilamiento distal compatible con papilitis fibrosa por lo que decidió a realizar esfinterotomía endoscópica sin incidencias con adecuada orientación del esfínterótomo con las maniobras invertidas.

El paciente evolucionó favorablemente, realizándose colecistectomía en un segundo tiempo.

Conclusiones: Dado que esta alteración dispone los órganos de manera invertida, proponemos que, realizando la CPRE totalmente en espejo como variante técnica, se consiguiera revertir las dificultades técnicas de la alteración anatómica, convirtiendo la exploración en "normal".

PRESENTACIÓN EN VÍDEO

PÁNCREAS Y VÍA BILIAR

FCV0001 - CISTOSCOPIA ENDOSCÓPICA TRASNMURAL

Sánchez Yagüe A, Cabral P¹, Soetikno R¹, Binmoeller KF¹

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ¹Interventional Endoscopy Services, California Pacific Medical Center. San Francisco, California, EE.UU.

La pancreatitis aguda se asocia a diversas complicaciones. La necrosis pancreática se define como la presencia de áreas de tejido inviable dentro del páncreas. Estas áreas pueden reabsorberse en los casos de evolución benigna pero en algunos casos pueden permanecer e incluso infectarse, dando lugar a abscesos peripancreáticos. El tratamiento quirúrgico se asocia a una alta morbilidad y mortalidad en estos casos. Actualmente disponemos de técnicas de tratamiento endoscópico consistentes en la formación de una fístula gastroquística a través de la cual se puede drenar el contenido de la colección necrótica o incluso se puede proceder a introducir un endoscopio en la cavidad, llevando a cabo una cistoscopia que puede complementarse con diversas técnicas como la irrigación, el desbridamiento y la posterior colocación de prótesis que aseguren el drenaje de la cavidad. En este vídeo presentamos los diversos elementos técnicos que componen esta técnica ilustrados en varios casos.

OTRAS

FFV0001 - UTILIDADES ADICIONALES DEL CAPUCHÓN DE INOHUE

Sánchez Yagüe A, Binmoeller KF¹, Cabral P¹, Soetikno R¹

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ¹Interventional Endoscopy Services, California Pacific Medical Center. San Francisco, California, EE.UU.

El capuchón de Inohue se diseñó inicialmente para la realización de mucosectomía junto a un asa de diatermia irregular. En los últimos años se han descrito otros usos del capuchón: como herramienta para mejorar la visualización, en el drenaje de colecciones, etc. En este vídeo presentamos tres usos adicionales de capuchón de Inohue: ante la presencia de ciertos cuerpos extraños esofágicos el capuchón aumenta el diámetro esofágico permitiendo una extracción más segura de los mismos; para permitir la colocación de un endoloop en lesiones de gran tamaño; y en un caso de hemorragia postmucosectomía como elemento hemostático para permitir la localización exacta del vaso sangrante.