

Patología funcional y patología péptica

ALTA PREVALENCIA DE TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS EN LAS MUJERES QUE DENUNCIAN UNA SITUACIÓN DE MALTRATO

M. Perona^a, R. Benasayag^b, A. Perelló^a, J. Santos^c, N. Zárate^d, P. Zárate^c y F. Mearin^a

^aInstituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos. Aparato Digestivo Centro Médico Teknon. Barcelona, ^bPsicología Clínica. Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos Centro Médico Teknon. Barcelona, ^cAparato Digestivo Hospital Vall d'Hebron. Barcelona, ^dAparato Digestivo Centro Médico Teknon. Barcelona, ^eServicio de Atención de la mujer Jefatura Superior de Cataluña. Barcelona.

Antecedentes: Mediante estudios retrospectivos se ha evidenciado una fuerte asociación entre los antecedentes de abuso sexual o psicológico y el desarrollo de un trastorno funcional digestivo (TFD). Sin embargo, no existen estudios que examinen esta relación en el momento en que se produce el maltrato.

Objetivo: Investigar la prevalencia de los principales trastornos funcionales digestivos, dispepsia funcional y del síndrome intestino irritable, en 70 mujeres que denuncian una situación de maltrato físico o psicológico, así como explorar el grado de malestar psicológico.

Métodos: Durante una entrevista, entre la mujer denunciante y la asistente social, se recogió mediante un cuestionario estandarizado la información de la sintomatología digestiva, el grado de malestar psicológico y el tipo de maltrato. Los últimos datos fueron cotejados con la ficha policial.

Resultados: El 71% de las mujeres que participaron en el estudio padecían un TFD: el 67% una dispepsia funcional, el 47% un síndrome del intestino irritable y el 43% ambas patologías. En 2/3 de los casos el TFD comenzó simultáneamente o poco tiempo después del inicio del maltrato. El 34% de éstas mujeres consultaron al médico por los síntomas de TFD. Las mujeres denunciantes presentaron grados elevados de ansiedad y depresión, especialmente el primero. El grupo de mujeres con TFD no presentaba diferencias significativas con respecto a aquellas sin TFD en cuanto a la edad, el tipo o tiempo de maltrato o el grado de malestar psicológico.

Conclusión: La mayoría de las mujeres en situación de maltrato presentan dispepsia funcional y/o síndrome del intestino irritable, además de un elevado grado de malestar psicológico, pero sólo 1/3 consultan al médico por estos síntomas. Ello tiene implicaciones tanto en la atención integral a la mujer en situación de maltrato como en la atención médica de mujeres con TFD.

APORTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA ENDOANAL EN EL ESTUDIO DE LA INCONTINENCIA FECAL

F.X. González Argente^a, R. Rull^b, G. Lacima^c, A. Gines^d y A. Lacy^a
^aCirugía Gastrointestinal Hospital Clínic. Barcelona, ^bCirugía Hospital Clínic. Barcelona, ^cMotilidad Digestiva Hospital Clínic. Barcelona, ^dEndoscopia Digestiva Hospital Clínic. Barcelona

Introducción: La ecografía endoanal es una de las exploraciones más utilizada para el estudio de las lesiones esfinterianas en la incontinencia fecal.

Objetivo: Valorar los hallazgos de la ecografía endoanal en la evaluación de los pacientes con incontinencia fecal (IF).

Material y método: Se han realizado 312 ecografías endoanales (291 mujeres / 21 varones) que acudieron por distintos grados de IF. La edad media: 58 ± 12 años. A todos ellos se les realizó una historia clínica detallada, exploración física y ecografía endoanal. El 92% de las mujeres tenían antecedentes obstétricos, 64% episiotomías, 43% desgarro perineal, un 31% cirugía ginecológica por incontinencia urinaria y/o prolapso genital y 29% histerectomía. Un 24% tenían antecedentes quirúrgicos menores anales. El 84% de los pacientes tenían incontinencia de urgencia y el 34% incontinencia pasiva. La severidad de la incontinencia fecal se ha valorado mediante los scores de Wexner: $12,2 \pm 4,2$ y Vaizey: $14,3 \pm 4,4$. Para el estudio ecográfico, se utilizó un ecógrafo B&K Medical (Falcon con transductor giratorio de 360° a 10 MHz). Se valoró la integridad de ambos esfínteres anales, el grosor del esfínter anal interno (EAI) y externo (EAE) así como los grados de separación en caso de que existiera lesión esfinteriana.

Resultados: En 146 pacientes (47%) se encontró algún tipo de alteración esfinteriana. En 42 pacientes (29%) se detectó una lesión aislada del EAI, en 75 pacientes una lesión del EAE (36 lesión completa y 39 defecto parcial o desestructuración) y en 29 pacientes lesión de ambos esfínteres. El grosor medio del EAI fue de $2,58 \pm 0,6$ mm y de $8,18 \pm 1,86$ mm del EAE. En los pacientes con lesión esfinteriana, el grado de separación de los extremos fue de $121^\circ \pm 38$ para el EAI y de $58^\circ \pm 28$ para el EAE. La distancia anovaginal media fue de $9,17 \pm 3,11$ mm. De los 146 pacientes con alteración ecográfica sólo en 35 pacientes (24%) la exploración física hacía sospechar la presencia de una lesión esfinteriana.

Conclusión: La ecografía endoanal detecta algún tipo de lesión esfinteriana en el 47% de los pacientes que consultan por incontinencia fecal. El 76% de las lesiones esfinterianas no fueron sospechadas por la exploración física.

COMPARACIÓN DE CUATRO ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA RECIDIVA HEMORRÁGICA EN LA ÚLCERA PÉPTICA. ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD

E. Gené*, X. Calvet** y M. Güell**

*Servicio Medicina Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Institut Universitari Fundació Parc Taulí. Sabadell,

**Unitat de Malalties Digestives Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Institut Universitari Fundació Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: La erradicación de *Helicobacter pylori* (*Hp*) reduce la recidiva de la hemorragia por úlcera péptica. Sin embargo, no se ha analizado si la erradicación de *Hp* resulta coste-efectiva en nuestro medio en la prevención de la recidiva hemorrágica y en caso de resultarlo cual sería la mejor estrategia para abordar la erradicación de *Hp*.

Objetivo: Evaluar el coste-efectividad de distintas estrategias terapéuticas tras la hemorragia por úlcera péptica teniendo presente el uso de antiinflamatorios y la presencia de *Hp*.

Material y métodos: Se realizó un estudio de coste-efectividad mediante la elaboración de un árbol de decisión en el que se compararon cuatro estrategias para prevenir la recidiva hemorrágica en pacientes con úlcera péptica a) test para determinar la infección por *Hp* y tratamiento erradicador si es positivo; b) Tratamiento de man-

tenimiento con inhibidores de la bomba de protones; c) No hacer ninguna intervención y d) Tratamiento empírico erradicador. El punto de vista del estudio fue el del sistema nacional de salud y el horizonte temporal de dos años.

Resultados: La tasa de recidiva hemorrágica fue menor con las opciones a) (4,9%) y d) (4,9%) que con la b) (7,8%) y c) (17,2%). La estrategia más coste-efectiva fue realizar tratamiento empírico de Hp (d) con un ahorro por paciente respecto a la opción a) de 52 €, b) 269 € y c) 154 €. El análisis de sensibilidad demostró la estabilidad de estos resultados; la variable que más influyó en los resultados fue la prevalencia de Hp en la hemorragia digestiva. Si ésta disminuye por debajo del 46%, la estrategia más coste-efectiva es realizar test del aliento y tratar únicamente a los pacientes positivos para Hp.

Conclusiones: En pacientes con hemorragia digestiva por úlcera péptica la estrategia más coste-efectiva para prevenir la recidiva hemorrágica es el tratamiento empírico de Hp.

COMPARACIÓN DE TERAPIA TRIPLE SEGUIDA DE CUÁDRUPLE VS. CUÁDRUPLE SEGUIDA DE TRIPLE EN LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*. RESULTADOS DE UN ENSAYO CLÍNICO Y ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD

X. Calvet^a, D. Marko^b, J. Ducons^c, J. Guardiola^d, L. Titó^e y F. Bory^f

^aUnitat de Malalties Digestives Hospital de Sabadell. Sabadell,

^bCentre de Recerca d'Economia del Benestar. Parc Científic de Barcelona. Universitat de Barcelona. Barcelona,

^cUnidad de Aparato Digestivo Hospital de San Jorge. Huesca,

^dDepartament de Medicina Hospital de L'Alt Penedès. Vilafranca del Penedès, ^eServei de Medicina Hospital de L'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, ^fServei de Digestiu Hospital del Mar. Barcelona. GRESCA (Group for Eradication Studies from Catalonia and Aragón).

Introducción: La eficacia como tratamiento de primera línea para la erradicación de *Helicobacter pylori* de las terapias triple y cuádruple es similar. La opción más lógica en caso de fracaso es cruzar tratamientos (cuádruple después de triple y triple después de cuádruple). Sin embargo existen muy pocos datos en la literatura comparando ambas estrategias terapéuticas.

Objetivos: Comparar: 1) La utilidad de triple y cuádruple terapia como terapia de segunda línea cuando se realiza tratamiento cruzado; 2) el coste efectividad de ambas estrategias terapéuticas.

Métodos: Se incluyeron 49 pacientes de 344 que participaron en un estudio previo comparando triple – omeprazol, amoxicilina y claritromicina cada 12 horas durante 7 días – versus cuádruple – omeprazol cada 12 horas, tetraciclina, metronidazol y subcitrat de bismuto cada 8 horas durante 7 días- en los que había fracasado el tratamiento inicial. Dichos pacientes recibieron tratamiento cruzado. La curación de la infección se comprobó mediante test del aliento con urea marcada con C¹³. Se realizó un análisis de decisión para comparar ambas estrategias terapéuticas.

Resultados: Las tasas de curación por intención de tratar para el tratamiento de segunda línea fueron 46% –10/22 pacientes–; IC95%: 24%-68% para la terapia triple y 63% –17/27 pacientes–; IC95%: 42%-81% para la cuádruple (p = 0,26). Las tasas respectivas de curación por protocolo fueron 71% y 85% (p = 0,41). Las tasas de curación por intención de tratar fueron del 87%; IC95%: 81%-92% para la estrategia utilizando inicialmente terapia triple y 86%; IC95%: 80%-91% para la utilización inicial de cuádruple (p = 0,87). El análisis de coste –efectividad mostró que la utilización de la terapia cuádruple como tratamiento inicial era más coste-efectiva. La utilización de terapia triple inicial implicaba un coste incremental de 19 euros por paciente.

Conclusiones: La eficacia del tratamiento cruzado parece similar tanto si se utiliza inicialmente tratamiento triple como si se utiliza tratamiento cuádruple. Sin embargo, la estrategia que utiliza primero tratamiento cuádruple resulta ligeramente más coste efectiva.

ELEVADA PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN ÚLCERAS SANGRANTES

E. Artigau Nieto^a, V. Esteve^b, M. Güell^a, F. Junquera^c, E. Musulen^d y X. Calvet^e

^aCirugía Gral. y del Aparato Digestivo H. Sabadell. Sabadell,

^bNefrología H. Sabadell. Sabadell, ^cUnitat de Malalties Digestives H. Sabadell. Sabadell, ^dAnatomía patológica H. Sabadell. Sabadell.

Introducción: Es bien conocido y aceptado que *Helicobacter pylori* (Hp) es la principal causa de úlcera péptica, tanto gástrica como duodenal. Sin embargo, el papel de Hp en la úlcera sangrante resulta más controvertido. En este caso, algunos estudios sugieren que Hp juega un papel limitado, especialmente en úlceras gástricas. Aunque muchos de los estudios toman como única/s prueba/s para confirmar la presencia de infección por Hp las realizadas durante la endoscopia inicial. La sensibilidad de dichas pruebas se reduce notablemente durante la fase aguda de una hemorragia digestiva. Por tanto, la estimación adecuada de la prevalencia de infección requeriría confirmar un primer test negativo para Hp mediante un segundo test.

Objetivos: 1) Determinar la prevalencia de infección por Hp en pacientes con úlcera sangrante mediante un protocolo de diagnóstico estandarizado. 2) Evaluar la fiabilidad del test de la ureasa, la histología o su combinación para diagnosticar Hp durante la endoscopia de emergencia.

Material y métodos: Se revisaron las historias de pacientes con úlcera sangrante de 1995 a 2000. En tales pacientes, se investigó sistemáticamente el estado de Hp confirmando una primera prueba negativa para Hp con una segunda prueba, habitualmente un test del aliento semanas después del episodio de la hemorragia. También se determinó la sensibilidad de la ureasa, histología o su combinación para detectar Hp en la endoscopia inicial.

Resultados: La revisión incluyó 429 pacientes. La prevalencia de infección por Hp fue del 94,7%, en los pacientes con úlcera duodenal y del 87,7% en pacientes con úlcera gástrica. Además, 17 de los 32 pacientes negativos para Hp no completaron el seguimiento y realizaron únicamente una prueba para Hp. La sensibilidad para detectar Hp fue únicamente del 76,3%, 78,4% y 85,9% para el test de la ureasa, la histología y su combinación, respectivamente.

Conclusiones: Independientemente de la ubicación de la úlcera, el seguimiento exhaustivo detecta Hp en la gran mayoría de los pacientes con úlcera sangrante. En dichos pacientes, ni siquiera la combinación de ureasa e histología negativas en la endoscopia inicial es suficientemente fiable como para descartar infección por Hp.

EVALUACIÓN DE LA SUSCEPTIBILIDAD DE *HELICOBACTER PYLORI* A LA RIFAXIMINA

X. Calvet^a, M. Quesada^b, I. Sanfeliu^c, F. Junquera^d y F. Segura^e

^aUnitat de Malalties Digestives Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí, UAB. Sabadell, ^bPrograma de Malalties

Infeccioses Corporació Parc Taulí. Sabadell, ^cLaboratori de Microbiologia Corporació Parc Taulí. Sabadell, ^dUnitat d'Endoscopia. UDIAT Corporació Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* afecta a más de la mitad de la población mundial y está asociada al desarrollo de la gastritis crónica, úlceras pépticas y adenocarcinoma gástrico. La rifaximina es un nuevo antibiótico no absorbible de amplio espectro del grupo de la rifamicina que alcanza altas concentraciones en el tracto gastrointestinal.

Objetivo: Determinar *in vitro* la susceptibilidad de *H. pylori* frente a la rifaximina.

Métodos: Se estudiaron 31 cepas de *H. pylori* por el método de dilución en agar. Como antibiótico control se utilizó la claritromicina. Como cepas control se utilizaron *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pneumoniae*. Se leyeron las placas a los 4 y 7 días de incubación. Se determinó las CMI₅₀ y las CMI₉₀ para cada antibiótico. Se consideraron resistente a la claritromicina, las cepas con CMI > 1mg/ml.

Resultados: Las CMI₅₀ de la claritromicina a los 4 y 7 días fue de 0,125 mg/ml y las CMI₉₀ a los 4 y 7 días fue de 8 y 16 mg/ml res-

pectivamente. Las CMI₅₀ de la rifaximina a los 4 y 7 días fue de 1 y 2 mg/ml respectivamente y las CMI₉₀ a los 4 y 7 días fue de 4 mg/ml. El 20% de las cepas de *H. pylori* fueron resistentes a la claritromicina. En estas cepas, el crecimiento de *H. pylori* fue inhibido a una concentración máxima de rifaximina de 4 mg/ml.

Conclusión: Estos resultados indican que la rifaximina puede ser útil en la erradicación de la infección. Este nuevo antibiótico podría tener una mayor actividad en las cepas resistentes a la claritromicina y así ser útil en las combinaciones con este fármaco o en el tratamiento de los fracasos.

¿LA ERRADICACIÓN DEL *HELICOBACTER PYLORI* PREVIENE LA APARICIÓN DE ULCUS PÉPTICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON AINES?

M. Vergara Gómez*, J. Pérez Gisbert** y X. Calvet Calvo*

*Unitat de Malalties Digestives Consorci Parc Taulí. Sabadell,

**Servicio de Digestivo Hospital de la Princesa. Madrid

La erradicación del *Helicobacter pylori* (*Hp*) y la toma de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son dos factores de riesgo independientes para la aparición de úlcus péptico. Sin embargo, resulta controvertido si, en pacientes que precisan AINE crónico sin antecedentes ulcerosos la erradicación de *Hp* previene la aparición de úlcus péptico.

Objetivo: Evaluar mediante meta-análisis si los pacientes que precisan AINE y son *Hp* positivos se benefician del tratamiento erradicador.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda en MEDLINE y se incluyeron los términos: (NSAID OR non-steroidal anti-inflammatory drugs) AND (*Helicobacter pylori*) limitado a estudios aleatorizados. Los criterios de inclusión de los estudios fueron: 1) Estudios aleatorizados; 2) que incluyeran pacientes *Hp* positivo; 3) Que aleatorizaran los pacientes al menos a dos ramas de tratamiento; 4) erradicación de *Hp* + AINE (E + A) vs no erradicación + AINE (NoE + A) y/o erradicación de *Hp* + AINE + inhibidor de la bomba de protones (IBP) (E+A+IBP) vs No erradicación + AINE + IBP (NoE + A + IBP) y 4) Que los pacientes tuvieran una gastroscopia inicial sin úlcus péptico. Se analizó la tasa de úlcus péptico al final del seguimiento. El análisis estadístico se realizó mediante el programa Review Manager 4.2. Se calculó la Peto Odds Ratio y el intervalo de confianza del 95% para cada una de las comparaciones.

Resultados: Se incluyeron cinco estudios con un total de 938 pacientes que comparaban E+A vs. NoE + A. La tasa de aparición de úlcus péptico en el grupo NoE + A fue de 75/478 (15,7%) vs 42/460 (9,1%) en el grupo E + A por intención de tratar. Peto Odds Ratio 0,52 (IC95%; 0,34-0,79). El análisis por protocolo sólo pudo realizarse en cuatro estudios con un total de 465 pacientes. Los resultados fueron similares con 71/234 (30,3%) en el grupo No E + A vs 46/231 (19,9%) en el grupo E + A: Peto OR: 0,54 (95%CI: 0,35-0,84). Dos estudios con 385 pacientes analizaron E + A +IBP vs NoE + A + IBP. Sólo fue posible evaluar los resultados por intención de tratar. La tasa de úlcus péptico fue 5/196 (2,6%) en el grupo E + A + IBP vs 0/189 (0%) en el grupo NoE + A + IBP. Peto OR 7,43 (1,27-43,64).

Conclusión: En pacientes en tratamiento con AINE e infección por *Helicobacter pylori* la erradicación reduce el riesgo de úlcus péptico. Sin embargo, parece que tras la erradicación, los inhibidores de la bomba de protones podrían ser menos efectivos en la prevención de la úlcera por AINE.

¿LA EXISTENCIA DE LESIÓN O DENERVACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL PREDICE EL RESULTADO DEL BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL?

G. Lacima^a, F.X. González Argente^b, J. Valls^c y C. Ascaso^d

^aMotilitat Digestiva Hospital Clínic. Barcelona, ^bCirugía

Gastrointestinal Hospital Clínic. Barcelona, ^cInstitut Malalties del

Sistema Nervios Hospital Clínic. Barcelona, ^dInstitut d'Investigacions

Biomèdiques August Pi i Sunyer Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: Diversos estudios sitúan en un 70% la eficacia del biofeedback en el tratamiento de la incontinencia fecal (IF). Sin em-

bargo, muy pocos estudios evalúan si los resultados del biofeedback difieren según la causa de la incontinencia.

Objetivos: Valorar de forma prospectiva si los defectos estructurales de los esfínteres anales y/o su denervación influyen en los resultados del biofeedback.

Métodos: Se han estudiado 51 pacientes con IF a heces sólidas que acudieron de forma consecutiva a la Unidad de Motilidad y que completaron el tratamiento con biofeedback. Previo al tratamiento se les realizó a todos ellos una ecografía endoanal (ECO) y una electromiografía anal (EMG). Se cuantificó el número de escapes de heces antes y al año de finalizar el tratamiento. Según los resultados del biofeedback los pacientes se clasificaron en tres grupos: Grupo A pacientes que recuperaron la continencia, grupo B pacientes con una reducción en el número de escapes > 75% y grupo C pacientes con una reducción del número de escapes < 75% respecto al inicio del tratamiento. Se relacionó la eficacia del biofeedback con la presencia de defectos estructurales de los esfínteres y/o la presencia de denervación.

Resultados:

	Grup A		Grup B		Grup C	
ECO anormal (n = 9)	4	44,4%	3	33,3%	2	22,2%
EMG anormal (n = 19)	6	31,6%	10	52,6%	3	15,8%
ECO + EMG anormal (n = 14)	7	50%	6	42,8%	1	7,2%
ECO + EMG normal (n = 9)	3	33,3%	6	66,7%	0	0%
Total (n = 51)	20	39,2%	25	49%	6	11,8%

No se encontraron diferencias significativas al comparar los tres grupos de pacientes según el resultado del biofeedback con la existencia o no de alteración esfinteriana ecográfica (p = 0,43), ni con la presencia de denervación (p = 0,99).

Conclusiones: El tratamiento con biofeedback logra la recuperación o la mejoría de la continencia en un 88% de los pacientes con IF a heces sólidas. La presencia de lesión o denervación del esfínter anal no influye de forma significativa en los resultados del biofeedback.

LA RELAJACIÓN SISTÉMICA MEDIANTE BIOFEEDBACK DISMINUYE EL TONO RECTAL Y AUMENTA EL DÍTEL DE PERCEPCIÓN A LA DISTENSIÓN

A. Perelló Juan*, M. Perona*, E. Barthe**, A. Balboa*, C. Puigdemívol* y F. Mearin*

*Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos. Servicio de Aparato Digestivo Centro Médico Teknon. Barcelona, **Psicología Clínica Centro Médico Teknon. Barcelona.

La hipersensibilidad visceral es un factor clave en la fisiopatología del síndrome del intestino irritable (SII). Los pacientes con SII presentan un aumento de la sensibilidad a la distensión rectal. En estos enfermos la modulación de la percepción visceral constituye un objetivo fundamental de la terapéutica.

Objetivo: Investigar el efecto de una sesión de relajación sistémica asistida mediante técnicas de biofeedback sobre el tono, la complianza y la percepción rectales.

Métodos: Mediante un barostato electrónico se determinó el tono y la complianza rectal así como los umbrales perceptivos antes y durante la relajación general en 10 voluntarios sanos (6 mujeres). El grado de relajación se evaluó de forma continua mediante el registro de la frecuencia cardíaca y la conductancia cutánea.

Resultados: Durante la relajación sistémica, comprobada en todos los participantes por la disminución de la frecuencia cardíaca y la conductancia cutánea, se observó un aumento significativo de los umbrales de urgencia evacuatoria, sensación de molestia y máxima distensión tolerable; el umbral de la primera percepción también aumentó, aunque la diferencia no fue significativa. El tono rectal disminuyó aunque la diferencia no llegó a alcanzar la significación estadística (p = 0,06). La complianza no mostró cambios.

	Pre relajación	Durante relajación	P
Frecuencia cardíaca (ppm)	82,2 ± 17,7	61,5 ± 7,2	< 0,005
Conductancia cutánea (mhos)	7,8 ± 3,3	3,4 ± 2,2	< 0,005
Compliance (ml/mmHg)	6,5 ± 1,3	6,9 ± 1,2	0,33
Tono (ml)	61,0 ± 11,2	75,5 ± 0,3	0,06
Umbral 1ª percepción (mmHg)	9,2 ± 5,3	12,4 ± 2,3	0,09
Umbral de urgencia (mmHg)	24,0 ± 8,6	29,2 ± 8,2	0,03
Umbral de molestia (mmHg)	25,2 ± 7,7	30,4 ± 8,0	0,04
Máximo tolerable (mmHg)	30,0 ± 6,3	36,6 ± 7,6	0,02

Medias ± DE

Conclusión: Con la relajación sistémica asistida mediante biofeedback se consigue disminuir el tono rectal y la percepción a la distensión en voluntarios sanos. Estos resultados, y su posible importancia clínica, deben ser comprobados en pacientes con SH.

RELACIÓN ENTRE LA ECOGRAFÍA ENDOANAL Y LA MANOMETRÍA ANORRECTAL EN EL ESTUDIO DE LA INCONTINENCIA FECAL

F.X. González Argenté*, G. Lacima**, R. Rull*** y A. Lacy*

*Cirugía Gastrointestinal Hospital Clínic. Barcelona, **Motilitat Digestiva Hospital Clínic. Barcelona, ***Cirugía Hospital Clínic. Barcelona

Objetivo: Evaluar la relación entre los parámetros manométricos y los datos ecográficos en los pacientes afectos de incontinencia fecal.

Pacientes y método: Se han estudiado un total de 144 pacientes consecutivos (137 mujeres/ 7 hombres) que consultaron por incontinencia fecal a heces líquidas y/o sólidas. La edad media de 60,2 ± 12 años. En todos los pacientes se realizó una manometría y ecografía endoanal. Se evaluó la presión máxima basal en reposo (PB), presión máxima de contracción voluntaria (PCV) y el incremento presivo (ICP). En la ecografía endoanal se evaluó la integridad del esfínter anal interno (EAI), la integridad y/o desestructuración del esfínter anal externo (EAE), el grosor de ambos esfínteres, los grados de separación en caso de que hubieran defectos esfinterianos y la distancia anovaginal. Para el análisis estadístico se utilizó el test de t de Student y la Correlación de Pearson.

Resultados: En 72 pacientes (50%) se detectó una lesión esfinteriana: 4,2% de los pacientes presentó una lesión aislada del EAI, un 36% lesión aislada del EAE y el 9,7% de ambos esfínteres. El valor medio de la PB fue de 43 ± 24 mmHg, la PCV fue de 99 ± 44 mmHg y el ICP de 57 ± 35 mmHg. Se observó una correlación significativa entre la PB y la presencia de defecto o integridad del EAI (p = 0,001). Sin embargo, no se encontró relación entre la PB y el grosor del EAI, ni con los grados del defecto anatómico hallado por ecografía. Se observó una correlación significativa entre la PCV y el ICP con la presencia de lesión o alteración del EAE pero no con el grosor del mismo. En los pacientes con lesión esfinteriana, se observó una relación directa entre la PCV y los grados del defecto esfinteriano (p = 0,03).

Conclusión: La lesión ecográfica del esfínter interno y del esfínter anal externo se correlaciona con un descenso significativo de la presión anal basal y la presión máxima de contracción respectivamente. El grado de separación muscular en las lesiones del esfínter anal externo se ha mostrado inversamente proporcional con las presiones máximas de contracción.

TONO INTESTINAL Y TRÁNSITO DE GAS EN HUMANOS

J. Serra, F. Tremolaterra, F. Azpiroz y J. Malagelada
Digestivo Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

En condiciones normales el intestino propulsa y evacua grandes volúmenes de gas, pero mediante métodos convencionales no se puede identificar el fenómeno motor responsable de la propulsión de gas. Nuestra hipótesis fue que el tránsito de gas se produce mediante cambios en el tono y la compliance del intestino.

Métodos: En 8 sujetos sanos se midió el tránsito de gas infundido en yeyuno (12 ml/min durante 3 h) en función del gas recogido mediante una cánula rectal. Simultáneamente se midió el tono intestinal proximal al punto de infusión, mediante un barostato duodenal, y distal al punto de recogida de gas, mediante un barostato rectal. 15 minutos antes de comenzar la infusión de gas se inició una perfusión continua de lípidos (Intralipid®, 1 Kcal/min) en duodeno simulando la carga calórica postprandial que se mantuvo durante todo el experimento. La percepción abdominal se midió mediante una escala graduada de 0 a 6 a intervalos de 15 minutos.

Resultados: La infusión conjunta de gas y lípidos se asoció a expulsión del 80 ± 3% del gas infundido (1669 ± 78 ml de gas expulsado) con síntomas abdominales leves (grado de percepción 1,4 ± 0,3). La perfusión de lípidos previo al inicio de la infusión de gas produjo una relajación duodenal (de un 50 ± 27%; p < 0,05 vs tono basal). La infusión subsecuente de gas produjo una contracción inmediata del duodeno que se mantuvo durante la infusión (67 ± 21% de incremento del tono duodenal; p < 0,05 vs tono basal), mientras que el recto experimentó una relajación progresiva (69 ± 57% de disminución del tono rectal al final del estudio).

Conclusión: La propulsión del gas intestinal esta asociada a cambios significativos del tono intestinal, concretamente una contracción proximal y una relajación distal, que podrían producir el flujo caudal y prevenir el reflujo de gas.

TOPOGRAFÍA DE LA INERVACIÓN DEL MÚSCULO PUBORECTAL EN HUMANOS

X.L. Fernández-Fraga*, A. Bottin**, F. Azpiroz*, R. Merletti**, P. Enck*** y J.R. Malagelada*

*Servicio de Digestivo Hospital Vall d'Hebron. Barcelona,

**Departamento de Electrónica Politécnico. Turin,

***Cirugía General Hospital Universitario. Tuebingen.

El músculo puborectal juega un papel importante en la continencia anal (GE 2002; 123: 1441-50), pero no se conoce la topografía de sus vías de inervación. Nuestro objetivo fue determinar los puntos de inervación del músculo puborectal en humanos.

Métodos: En 9 sujetos (3 sanos, 8 constipados, 8 M, 1 V 21-67 años) utilizamos una sonda con 7 electrodos a 1 mm de distancia entre sí para medir la propagación de potenciales de acción de unidades motoras individuales a lo largo de las fibras del músculo puborectal en tres posiciones (fascículos derecho, izquierdo y rafe posterior) durante la contracción voluntaria anal máxima.

Resultados: Se analizaron un total de 260 potenciales de acción (28 ± 3/sujeto), de los cuales 40 ± 2% correspondían al fascículo derecho, 32 ± 1% al fascículo izquierdo y 28 ± 2% al rafe posterior. La propagación de los potenciales de acción fue anteroposterior en ambos fascículos, excepto en un sujeto que se detectó propagación posteroanterior en el fascículo derecho, mientras que la propagación en el rafe posterior fue mixta (derecha a izquierda el 62 ± 15% y de izquierda a derecha el 38 ± 15% de los potenciales analizados).

Conclusión: El registro de la propagación de los potenciales de acción mediante un sistema original no invasivo de electromiografía multicanal de superficie permite identificar los puntos de inervación del músculo puborectal. El músculo puborectal tiene una inervación bilateral con puntos de inervación localizados en la región media/anterior en ambos fascículos y propagación de los potenciales sobre el rafe posterior. Financiado por la CE (QLK6-CT-2001-00218) y el Instituto Carlos III (C03/02).

TRATAMIENTO ERRADICADOR DE HELICOBACTER PYLORI EN LA DISPEPSIA NO ULCEROSA

J. Saló, A. Parcet, A. García-Hinojo, R. Barniol y R. Abad
Digestivo Hospital General de Vic. Vic.

Introducción: No existe una opinión unánime sobre la necesidad de erradicar *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia no ulcerosa con presencia de infección por este germen. Sin embargo, en áreas

de prevalencia alta de infección por *Helicobacter pylori* podría ser útil tratar los pacientes con dispepsia e infección por *helicobacter pylori* antes de efectuar otras medidas terapéuticas o diagnósticas.

Objetivo: Estudiar la repercusión del tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia no ulcerosa.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio 80 pacientes a quienes se efectuó una endoscopia digestiva alta para el estudio de dispepsia y se descartó la existencia de úlceras, erosiones o lesiones neoplásicas, y que presentaban biopsias positivas a *helicobacter pylori*. Estos pacientes conocían previamente a la endoscopia el propósito del estudio. No se incluyeron pacientes con pirosis como síntoma predominante. Los pacientes que efectuaron tratamiento erradicador fueron tratados con omeprazol (20 mg/12 h), claritromicina (500 mg/12 h) y amoxicilina (1 g/12 h) durante 7 días. Los pacientes con tratamiento empírico fueron tratados según su sintomatología un tiempo máximo de 4 semanas. Los pacientes efectuaron control clínico tras el tratamiento y a los 12 meses.

Resultados: De los pacientes incluidos, 69 acudieron al control a los 12 meses (40 mujeres/ 29 hombres) con edades comprendidas entre los 20 y 80 años. Cuarenta pacientes realizaron tratamiento erradicador (grupo 1) y 29 tratamiento empírico (grupo 2). El tratamiento empírico consistió en IBP o antiH2 a dosis estándar en el 90% de los casos. No había diferencias en cuanto a edad, sexo, presencia de patología de base entre ambos grupos. Tampoco se observaron diferencias por lo que se refiere a las características de la dispepsia ni a los hallazgos endoscópicos (normal, presencia de hernia de hiato, anomalías en el aspecto de la mucosa gástrica o duodenal o pliegues engrosados). La tasa de erradicación en el grupo 1 fue del 87%. El tratamiento empírico fue más eficaz que la erradicación para conseguir mejoría de la dispepsia (grupo 1 57,5%, grupo 2 82,7%, $p < 0,05$).

Conclusiones: El tratamiento erradicador en pacientes con dispepsia no ulcerosa e infección por *helicobacter pylori* no ofrece un beneficio clínico frente al tratamiento sintomático en pacientes sometidos previamente a endoscopia.

Neoplasia gastrointestinal

ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA DE UNA COHORTE DE PACIENTES ADULTOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA. FACTORES PRONÓSTICOS RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD A CORTO Y LARGO PLAZO

R. Vega Palomares, D. Polymeros, C. Papadia, R. Hodgson, A. Forbes y S. Gabe

Intestinal Failure & IBD group St. Mark's Hospital. Londres.

La nutrición parenteral domiciliaria (NPD) es una terapia eficaz en pacientes con fallo intestinal. El objetivo del estudio fue analizar la tasa de supervivencia y los factores pronósticos de mortalidad en enfermos con NPD.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente 140 pacientes adultos con NPD controlados en nuestro centro entre 1980 y 2002. Para calcular las tasas de supervivencia se utilizaron curvas de Kaplan-Meier. Los factores pronósticos de la mortalidad se identificaron mediante "log-rank tests" y modelos de regresión Cox.

Resultados: La duración media de NPD fue de 4,6 años (rango: 0,01-22,5 años). La enfermedad de Crohn era la causa de NPD en el 32% de los casos, la pseudo-obstrucción intestinal lo era en el 16%, el infarto mesentérico en el 14% y la neoplasia activa en el 4%. Un 58% de los casos presentaba intestino corto. Se observaron infecciones en el catéter endovenoso central en un 62% de los casos y trombosis del mismo en el 27%. Las tasas de supervivencia a 1, 2, 5, 10, 15 y 20 años fueron del 85%, 79%, 68%, 66%, 48% y 17%, respectivamente. El análisis multivariado identificó los siguientes factores pronósticos significativos de mortalidad, entre paréntesis riesgo relativo (RR) e intervalo de confianza al 95% (IC): neoplasia

activa (RR: 62,0; IC: 18,0-209,0), esclerosis sistémica (RR: 5,1; IC: 2,2-1,1) y enteritis actínica (RR: 3,8; IC: 1,7-8,3). Los factores pronósticos relacionados con la mortalidad al primer año de haber empezado NPD fueron: neoplasia activa (RR: 39,5; IC: 11,9-131,2) y esclerosis sistémica (RR: 3,6; IC: 1,0-13,0). Los factores pronósticos relacionados con la mortalidad a los 2 años fueron: colestasis crónica (RR: 8,8; IC: 1,4-54,1), presencia de fístula entérica (RR: 6,7; IC: 1,0-41,0) y enteritis actínica (RR: 6,1; CI: 1,1-34,1). No se identificó ningún factor pronóstico de mortalidad a largo plazo.

Conclusiones: La curva de supervivencia en pacientes con NPD presenta descensos notables a corto y largo plazo. Los factores pronósticos de mortalidad y mortalidad a 1 año están relacionados con la etiología primaria. Sin embargo, la mortalidad a los 2 años se relaciona además con el desarrollo de colestasis crónica y la presencia de fístulas entéricas. Estas observaciones deberían tenerse en cuenta a la hora de considerar el momento idóneo para indicar el trasplante intestinal.

DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE LA POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR EN CATALUÑA

S. Castellví Bel*, A. Castells Garangou*, V. Piñol Sánchez*, M. Pellisé Urquiza*, J.I. Elizalde Frez*, A. Soriano Izquierdo*, F. Rodríguez Moranta*, M. Milà Recasens** y J.M. Piqué Badia*

*Gastroenterología Hospital Clínic. Barcelona, **Genética Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante debida a la presencia de mutaciones germinales en el gen *APC* (*adenomatous polyposis coli*). La identificación de estas mutaciones permite el diagnóstico molecular de la enfermedad y, consecuentemente, el cribaje familiar de la misma. La distribución de las mutaciones en *APC* es muy heterogénea y con posibles variaciones geográficas. El objetivo del presente estudio fue caracterizar las mutaciones de *APC* en nuestro medio.

Pacientes y métodos: Se han estudiado 10 pacientes no relacionados referidos a nuestro centro para el diagnóstico y tratamiento de PAF. La estrategia utilizada para el diagnóstico molecular incluyó las siguientes técnicas: prueba de la proteína truncada (PTT), técnica de polimorfismos conformacionales de cadena sencilla (SSCP) y secuenciación. Esta aproximación permite el análisis de toda la región codificante del gen *APC* (15 exons).

Resultados: Con la aproximación citada, se han detectado mutaciones patogénicas en el gen *APC* en 6 pacientes. Las mutaciones identificadas son 2934_2935 del AA, 3183_3187 del ACAA, 3329C > A, 3531 del T, y 3927_3931 del AAAGA (en dos pacientes). Este patrón mutacional es similar al observado en otras áreas geográficas.

Conclusiones: El diagnóstico molecular mediante PTT y SSCP permite identificar la causa genética de la PAF en el 60% de los enfermos. Las mutaciones identificadas en el nuestro medio son similares a las observadas en otros países.

EL COCIENTE GANGLIOS AFECTOS/GANGLIOS RESECADOS Y EL GRADO DE CURABILIDAD HISTOLÓGICA PREDICEN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO TRAS LA RESECCIÓN CURATIVA

A. Soriano Izquierdo*, A. Castells Garangou*, M. Pera**, M. Pellisé*, F. Rodríguez-Moranta*, G. Fernández Esparrach*, S. Castellví-Bel*, V. Piñol*, O. Vidal**, J.I. Elizalde* y J.M. Piqué Badia*

*Gastroenterología, IMD Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona. Barcelona, **Cirugía Gastrointestinal, IMD Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona. Barcelona.

Introducción: La incidencia global de cáncer gástrico (CG) está disminuyendo en el mundo, aunque este tumor continúa siendo la segunda causa de muerte relacionada con el cáncer. Pocos estudios han evaluado el pronóstico individual de los pacientes con CG tras una resección curativa (R0).