



XII Reunión de la Asociación Española de Gastroenterología Madrid, 12-14 de marzo de 2009

SESIÓN PÓSTER

Endoscopia

ANÁLISIS MOLECULAR DE EGFR Y KRAS EN MUESTRAS OBTENIDAS POR PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA (USE-PAAF) EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (CPCNP)

O. Sendino^a, V. Alonso-Espinaco^a, M. Pellisé^a, M. Solé^b, J. Muñoz^a, G. Fernández-Esparrach^a, L. Colomo^b, J. Llach^a, A. Castells^a, S. Castellví-Bel^a, A. Ginès^a

^aUnidad de Endoscopia Digestiva, Servicio de Gastroenterología, ICMDM

^bServicio de Anatomía Patológica, CDB. Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERhd, Barcelona

Introducción: La presencia de mutaciones somáticas en los exones 18-21 del gen del receptor del factor de crecimiento epitelial (*EGFR*) es un factor predictivo de respuesta al tratamiento con inhibidores de la tirosinquinasa (TKIs) en pacientes con CPCNP. Por otra parte, la presencia de mutaciones del gen *KRAS* empeora la respuesta a dichos fármacos. La detección de estas mutaciones permitiría seleccionar el grupo de pacientes con mayor probabilidad de respuesta a los TKIs.

Objetivo: Evaluar la viabilidad del análisis molecular de *EGFR* y *KRAS* en muestras de adenopatías mediastínicas obtenidas por USE-PAAF en pacientes con CPCNP.

Metodología: La USE-PAAF se realizó bajo sedación consciente y con la técnica habitual. Las muestras fueron evaluadas por un citopatólogo in situ y se procesaron posteriormente de la manera convencional para estudio citológico. Se aisló el ADN y el ARN, procediéndose al análisis mutacional de *EGFR* (exones 18, 19, 20 y 21) y *KRAS* por secuenciación y a la valoración de la expresión de *EGFR* por RT-PCR a tiempo real.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes con CPCNP y adenopatías mediastínicas remitidos para USE-PAAF. Todas las muestras obtenidas fueron suficientes para realizar las técnicas de laboratorio. Sólo se detectó una mutación de *EGFR* (del E746-A750) en el exón 19 en un paciente con citología positiva. No se identificó ninguna mutación del gen *KRAS*. Se observó una sobreexpresión del

gen *EGFR* en 9 pacientes, 7 de ellos con metástasis ganglionares por USE-PAAF.

Conclusiones: El material obtenido por USE-PAAF de adenopatías mediastínicas en pacientes con CPCNP, permite el análisis molecular de *EGFR* y *KRAS* así como la sobreexpresión de *EGFR*. Esta técnica podría ser útil en la selección de los mejores candidatos al tratamiento con TKIs.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.039

COMPARACIÓN DE CUATRO PREPARACIONES DEL COLON PARA COLOSCOPIA AMBULATORIA REALIZADA EN PROGRAMA DE TARDE

A. Seoane, X. Bessa, L. Barranco, B. Gonzalez, L. Ilzarbe, J.M. Dedeu, A. Panadès, F. Bory, M. Andreu

Secciones de Endoscopia Digestiva y Gastroenterología, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona

Introducción: A pesar de la consolidación de programas endoscópicos de tarde en nuestro medio, los datos publicados en relación con la preparación del colon para éstos programas son muy escasos.

Objetivo: Comparación de cuatro formas de preparación del colon para endoscopias a realizar en programa endoscópico de tarde.

Material y métodos: *Diseño:* Estudio prospectivo, randomizado, aleatorizado, doble ciego (gastroenterólogo o cabecera que randomiza y endoscopista que realiza la exploración). *Inclusión:* pacientes ambulatorios derivados desde un Centro de Atención Primaria. *Preparaciones:* 1) polietilenglicol tarde (PT): preparación el día anterior a la coloscopia, 2) polietilenglicol fraccionado (PF): mitad tarde anterior y mitad mañana del día de prueba, 3) polietilenglicol mañana (PM): mañana del día de prueba, 4) forfato sódico (FS): mitad día anterior y mitad mañana del día de prueba. *Comparación:* tolerancia (cuestionario validado), aceptabilidad (escala visual analógica EVA 1-10 y cuestionario) y eficacia (Aronchick y Ottawa).

Resultados: 282 pacientes: PT59, PF70, PM59 y FS70. Edad: Med61 (p25:47.2, p75:71). Sexo H 55%, M 45%. *Tolerancia:* El 95% completaron la preparación. La ingesta fue más fácil con fosfatos que con cualquiera de los preparados de polietilenglicol (p = 0,04).

Aceptabilidad: EVA global: Med: 7.7 (p25:5, p75: 9,3). EVA grupos (Med): PT: 6,2, PF: 7,7, PM: 7.4, FS: 8. Siendo la media del ayuno (horas): PT (16 h), PF (10 h), PM (7 h), FS (10 h), el 45% consideró largo dicho tiempo, sin diferencias significativas entre preparaciones. El 42% manifestó desear probar otra preparación y el 12% rechazó probar la misma en el futuro (PT: 24%, PF: 24%, PM: 14%, FS: 3%, $p = 0,005$). **Eficacia:** Aronchick: preparación eficaz (excelente o correcta): PT32%, PF73%, PM76%, FS61%, $p = 0,002$. Ottawa: colon derecho eficaz (excelente o correcta): PT22%, PF56%, PM63%, FS41%, $p = 0,05$.

Conclusiones: El polietilenglicol administrado por la mañana aunque con inferior tolerancia y aceptabilidad que el fosfato sódico, aumenta significativamente la eficacia en el colon derecho, por lo que podría ser de elección en las colonoscopias de programas de tarde.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.040

COMPARACIÓN DE DOS ESCALAS PARA EVALUAR LAS INDICACIONES DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

A. Brotons, F. Uceda, J. Sola-Vera, E. Pérez, M.F. García, N. Vázquez, E. Girona, J. Sáez, A. Cuesta, M.D. Picó, C. Sillero

Sección de Medicina Digestiva, HGU de Elche

Introducción: En los últimos años se han desarrollado diferentes escalas para la valoración de la idoneidad de las indicaciones de la endoscopia digestiva en unidades de acceso abierto.

Objetivo: El objetivo de este estudio es valorar las indicaciones de la colonoscopia en nuestro medio, de acuerdo con los criterios propuestos por la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) y por un panel de expertos europeos (EPAGE).

Metodología: Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyó a todos los pacientes remitidos a nuestra Unidad para una colonoscopia entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del 2007. Se recogió en nuestra base de datos el grado de indicación de cada exploración según las escalas ASGE y EPAGE. Tras las colonoscopias se anotaron los hallazgos relevantes encontrados.

Resultados: Se incluyeron 1386 pacientes, de los cuales el 55,8% eran hombres y la edad media fue de $59,9 \pm 16,3$ años. El porcentaje de pacientes en los que la colonoscopia estaba indicada fue 63,6% según ASGE y un 28,4% según EPAGE. No se pudieron aplicar las escalas ASGE y EPAGE en un 30,6% y un 22,4% respectivamente. Se encontraron hallazgos relevantes en el 40,8% de los pacientes. La edad media de los pacientes con hallazgos relevantes fue mayor que en los pacientes sin hallazgos ($65,4 \pm 14,3$ vs $56,8 \pm 16,8$ años; $p < 0,05$). Así mismo presentaron mas hallazgos relevantes los hombres que las mujeres (48,6 vs 31%; $p < 0,05$), los pacientes ingresados vs ambulatorios (60 vs 36,3%; $p < 0,05$) y los pacientes remitidos por especialistas de digestivo frente a los remitidos por médicos de Atención Primaria (45,7 vs 31,5%; $p < 0,05$). También se encontraron más hallazgos relevantes entre los pacientes clasificados como indicados por la ASGE y EPAGE frente a los no indicados (ASGE 45,4 vs 18,1% y EPAGE 50,5 vs 23,1%; $p < 0,05$). Un 18,8% de las colonoscopias no indicadas según la ASGE y un 23,1% según la EPAGE, presentaron hallazgos relevantes. La sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos de las dos escalas para la detección de hallazgos relevantes fue la siguiente:

	S	E	VPP	VPN
ASGE	96,3%	11,9%	45,4%	81,2%
EPAGE	71,8%	57,1%	50,5%	76,9%

Conclusiones: Se encontraron más hallazgos relevantes en pacientes con mayor edad, en los varones, en los ingresados, los remitidos por el Digestivo y en los que las escalas ASGE y EPAGE clasificaron como indicados. No obstante creemos que las escalas son poco útiles para valorar las indicaciones de la colonoscopia, por el elevado porcentaje de pacientes en los que no se pueden aplicar y al significativo número de casos con hallazgos relevantes que dichas escalas clasifican como no indicados.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.041

COMPLICACIONES DE LA COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETROGRADA (CRE) EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

D. Balderrama^a, J.M. Bordas^a, O. Sendino^a, A. Gines^a, A. Mata^a, G. Fernandez-Esparrach^a, M. Pellise^a, M. Navasa^b, J. Llach^a, A. Cárdenas^a

^aServicio de Gastroenterología/Endoscopia, Hospital Clinic, Institut de Malalties Digestives, Universidad de Barcelona, España

^bServicio de Hepatología, Hospital Clinic, Institut de Malalties Digestives, Universidad de Barcelona, España

Introducción: Los problemas biliares después del trasplante hepático (TH) en la mayoría de casos pueden ser manejados con la CRE. Aunque la CRE puede estar asociada a importantes complicaciones después de su realización, los factores de riesgo específicos a estas complicaciones en receptores de TH se desconocen.

Objetivos: Analizar los factores de riesgo específicos post-CRE en receptores de TH.

Métodos: Se realizaron 733 CRE entre 06/2006 – 05/2008 en nuestro centro. Treinta y cuatro receptores de TH con anastomosis colédoco-coleodocal desarrollaron complicaciones biliares requiriendo CRE en este periodo. Un total de 61/733 (8%) CRE se realizaron por: sospecha de estenosis biliar (51%), colestasis/colangitis (23%), coledocolitiasis (15%), y fuga biliar (11%). Se analizaron 45 factores de riesgo en relación a los pacientes y la prueba. Factores de riesgo específicos con respecto a la etiología de la enfermedad hepática, indicación de CRE, tipo de TH (cadavérico vs. donante vivo), presencia de tubo en T, re-trasplante y tipo de inmunosupresión se incluyeron en el análisis.

Resultados: Ocurrieron 9 complicaciones post-CRE (14,8%): pancreatitis 3 casos (4,9%), colangitis 4 casos (6,5%), sangrado post-esfinterotomía 1 caso (1,6%), hematoma hepático subcapsular 1 caso (1,6%). El análisis univariado de CRE con complicaciones vs aquellas sin complicaciones identificó 4 factores de riesgo: bilirrubina pre-CRE ($6,52 \pm 7,84$ mg/dl vs $3,25 \pm 4,13$ mg/dl), gamma-glutamyltransferasa pre-CRE ($262,3 \pm 260,4$ vs $633,5 \pm 498$, 1 U/L), duración desde TH hasta la realización de CRE ($43,1 \pm 35,2$ vs $16,1 \pm 19,1$ meses) y alanino-aminotransferasa pre-CRE ($65,5 \pm 39,5$ vs $136,9 \pm 151,7$ U/L). No se detectaron diferencias en factores asociados a la prueba. En el análisis multivariado el nivel de bilirrubina pre-CRE (OR 1,29; 95% IC 1,02–1,65) y duración desde TH hasta la realización de CRE (OR 1,03, 95% IC 1,01–1,06) se identificaron como factores independientes asociados al desarrollo de complicaciones post-CRE en receptores de TH.

Conclusiones: La CRE después del TH es segura pero está asociada a un mayor riesgo en receptores de TH con niveles elevados de bilirrubina antes de la CRE y con una larga duración desde TH hasta la realización de CRE. Se requieren más estudios para identificar receptores de TH con un bajo riesgo pre-definido de desarrollar complicaciones post-CRE.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.042

CREACIÓN DE GASTROENTEROANASTOMOSIS (GEA) MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSLUMINAL POR ORIFICIOS NATURALES (NOTES) EN UN MODELO PORCINO: ESTUDIO PROSPECTIVO, COMPARATIVO Y ALEATORIZADO DE DOS TÉCNICAS/PROTOTIPOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN

E. Vázquez-Sequeiros^a, J.A. González Martín^a, D. Boixeda de Miquel^a, J.R. Foruny^a, M. García^b, D. Juzgado Lucas^b, M. Pérez-Miranda^c, A. Ortiz^d, C. Correa^d, J.M. Milicua Salamero^e

^aUnidad de Endoscopia, Servicio de Gastroenterología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

^bHospital Quirón Madrid

^cHospital Río Hortega Valladolid

^dUnidad de Experimentación Animal Hospital Ramón y Cajal

^eComité Experimental del Grupo Español de Protocolos en Endoscopia Digestiva (GEPED)

Antecedentes: El NOTES ha revolucionado la endoscopia y la cirugía en estos últimos años al permitir resear vesículas o crear GEA sin cicatrices. La evidencia científica disponible en este campo es todavía limitada (no existen publicaciones al respecto en nuestro medio).

Objetivos: 1) Reproducir las técnicas NOTES de acceso transgástrico y peritoneoscopia; 2) Explorar la viabilidad de una GEA creada por la técnica de NOTES utilizando 2 prototipos de sutura endoscópica NOTES de última generación.

Métodos: Experimento de supervivencia diseñado para un total de 20 cerdos de 25 kg (premedicación con Cefuroxima 1,5 gr/ Metronidazol 500 mgr/Pantoprazol 40 mgr i.v.). Intervención realizada bajo anestesia por un equipo de endoscopistas con experiencia en terapéutica y conocimiento inicial de la técnica de NOTES (gastroscoPIO de doble canal). Se realizaba punción/needle-knife en cara anterior del cuerpo gástrico hasta acceder a la cavidad peritoneal, se dilataba el trayecto creado con balón de dilatación 16–18 mm sobre guía, se realizaba peritoneoscopia (identificación hígado/bazo/colon/asas intestinales), se invaginaba un segmento yeyunal hasta el interior del estómago con un asa de polipectomía y se suturaba a la pared gástrica mediante la colocación de 8 suturas del Prototipo A (Brace Bars Olympus[®]) o Prototipo B (T-tags Cook[®]). La elección de un tipo de sutura u otro se realizaba de forma aleatoria. Por último, se realizaba una sección longitudinal del asa suturada (needle-knife/asa de polipectomía), para dejar expuestos a la cavidad gástrica el orificio del asa aferente y eferente de la GEA creada. Los 2 primeros animales fueron sacrificados al finalizar el NOTES; los siguientes fueron sacrificados a los 7 días (se adelantaba la eutanasia si la situación clínica del animal lo aconsejaba). Se realizó seguimiento clínico y examen necrópsico (documentados en vídeo y fotografías) en todos los casos.

Resultados: Se presentan los resultados obtenidos en los primeros 6 animales del estudio. Punción/acceso transgástrico a cavidad peritoneal: 6/6 = 100%. Peritoneoscopia: 6/6 = 100%. Identificación e invaginación de asa yeyunal a estómago: 6/6 = 100%. Colocación exitosa de suturas: Prototipo A: 3/3 = 100%; Prototipo B: 2/3: 66,6% (p > 0,05). Complicaciones intraoperatorias: 0/6 = 0%. Complicaciones tardías (necropsia): Peritonitis (2/6 = 33%; Prototipo A vs B: 1/3 = 33% vs 1/3 = 33%; p > 0,05). Dehiscencia de sutura: Prototipo A: 0/0 = 0%; Prototipo B: 0/0 = 0% (p > 0,05).

Conclusiones: El NOTES nos permite acceder a la cavidad peritoneal, realizar peritoneoscopia y GEA de forma eficaz (técnicamente) con los dos prototipos de sutura NOTES evaluados. La tasa de dehiscencia de suturas parece ser reducida en ambos Prototipos. La elevada tasa de peritonitis registrada en ambas ramas de tratamiento sugiere que es necesario realizar mejoras en la

técnica (asepsia de los endoscopistas, limpieza de cavidad gástrica, reducción del tiempo de peritoneoscopia, ...).

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.043](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.043)

CRITERIOS DE CALIDAD EN COLONOSCOPIA: ANÁLISIS DEL TIEMPO DE RETIRADA Y DETECCIÓN DE PÓLIPOS

J.M. Ángel Rey, C. Llamaza Torres, A.J. Hervás Molina, A. Naranjo Rodríguez, E. Iglesias Flores, J.F. De Dios Vega

Aparato Digestivo Hospital Universitario Reina Sofía

Introducción: La colonoscopia es un procedimiento explorador dependiente. Se han ideado diferentes criterios de calidad para disminuir su variabilidad, entre los que están la tasa de intubación cecal y de adenomas en mayores de 50 años. El tiempo de retirada es otro criterio que puede contribuir a una mayor detección de lesiones. Pero este puede estar incrementado por el tiempo invertido en la extirpación de lesiones.

Objetivos: Conocer la tasa de colonoscopias completas, pólipos extirpados con estudio histopatológico, detección de adenomas en mayores de 50 años y el tiempo de retirada en nuestra unidad. Determinar si existe relación entre el tiempo de retirada y el número de pólipos encontrados.

Pacientes y métodos: Todas las colonoscopias en régimen ambulatorio realizadas durante los meses de enero a mayo de 2008. Se registraron las siguientes variables: edad y sexo de los pacientes, indicación, tiempo de retirada, toma de biopsias, presencia de pólipos, su cantidad y las características histopatológicas.

Resultados: Se realizaron 1077 colonoscopias. El tiempo de retirada se registró en 369 procedimientos, siendo la media global de 3 minutos y 50 segundos. Sobre el total de colonoscopias el % de ciego fue de 81,5%. Se recuperaron el 77,6% de los pólipos extirpados. Se encontraron adenomas en el 26,8% de los hombres y el 16,2% de las mujeres mayores de 50 años. En el análisis univariante la media del tiempo de retirada fue mayor conforme aumentó el número de pólipos, con la toma de biopsia y con la existencia de pólipos (p < 0,001). En el análisis multivariante el número de pólipos encontrados y el hecho de tomar biopsias (incluidas polipectomías) resultaron ser variables independientes (p < 0,005 y p = 0,001 respectivamente).

Conclusiones: Los tiempos medios de retirada son inferiores a los recomendados en la literatura junto con la de pólipos extirpados y analizados. La tasa de ciego y adenomas en mayores de 50 años están en cifras recomendadas. El número de pólipos encontrados se relaciona con un mayor tiempo de retirada, siendo independiente del hecho de su extirpación.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.044](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.044)

ECOENDOSCOPIA CON PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA (USE-PAAF) VS PUNCIÓN BIOPSIA CON TRUCUT GUIADA POR ECOENDOSCOPIA (USE-PBT) EN EL DIAGNÓSTICO DE TUMORES GÁSTRICOS SUBEPITELIALES. RESULTADOS DEFINITIVOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO Y COMPARATIVOS

G. Fernández-Esparrach^a, A. Ginès^a, O. Sendino^a, M. Solé^b, Ll. Colomo^b, L. Argüello^c, A.Z. Gimeno^a, M. Pellisé^a, A. Cárdenas^a, J.M. Bordas^a, J. Llach^a

^aUnidad de Endoscopia Digestiva. Servicio de Gastroenterología, ICMDM, CIBERehd, Hospital Clínico, Barcelona

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico, Barcelona

^cServicio de Gastroenterología, Hospital Universitario La Fe, Valencia

Introducción: A menudo no es posible realizar el diagnóstico de los tumores subepiteliales por USE-PAAF dado que las muestras citológicas son insuficientes. La inmunohistoquímica es crucial para el diagnóstico de estas lesiones pero es fundamental disponer de muestras adecuadas. La USE-PBT podría mejorar el rendimiento diagnóstico de la USE-PAAF en el diagnóstico de estas lesiones.

Objetivo: Comparar el rendimiento diagnóstico de USE-PAAF y USE-PBT en el diagnóstico de tumores gástricos subepiteliales.

Métodos: Se incluyeron lesiones gástricas >2 cm. Se realizó USE-PAAF (EchoTip EUSN-3 Cook) y USE-PBT (Quick-Core EUSN-19-QC Cook) en todos los tumores con una asignación de orden randomizada para evitar sesgos de elección. Las muestras fueron evaluadas por un citopatólogo in situ (máximo de 3 pases por procedimiento). El diagnóstico final se realizó en base al resultado inmunohistoquímico y al estudio anatómo-patológico cuando se dispuso de pieza quirúrgica.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes de forma consecutiva (24 H/16 M) con una edad media 67 ± 13 años. Los diámetros mayor/menor fueron de 43 ± 33 y 33 ± 18 mm respectivamente. El número de pases $2,1 \pm 0,9$ y $1,9 \pm 0,8$ para PAAF y PBT respectivamente. El diagnóstico final fue posible en 31 pacientes y 27 de ellos fueron GIST. En 6 pacientes el trucut falló por motivos técnicos mientras que la PAAF fue posible en todos los casos. La evaluación morfológica se consiguió en 28/40 mediante USE-PAAF (70%) y en 24/34 mediante USE-PBT (70%) ($p = ns$). En los casos en los que se obtuvo una muestra adecuada, el diagnóstico final se llevó a cabo en 20/27 con USE-PAAF (77%) y en 21/23 de USE-TNB (91%) ($p = 0,025$).

Conclusiones: El rendimiento diagnóstico de la USE-PBT y USE-PAAF en términos de evaluación morfológica de la muestra es similar. Hay razones técnicas que limitan el papel de la USE-PBT para este efecto. Sin embargo, si las muestras son morfológicamente adecuadas, la USE-PBT es mejor para realizar el análisis inmunohistoquímico.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.045

EFICACIA A LARGO PLAZO DE LAS PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL OBSTRUCTIVO

G. Fernández-Esparrach^a, J.M. Bordas^a, M.D. Giraldez^b, M. Camacho^a, L. Zavala^a, A. Ginès^a, M. Pellisé^a, O. Sendino^a, A. Cárdenas^a, A. Castells^b, J. Llach^a

^aUnitat d'Endoscopia

^bServei de Gastroenterologia, Hospital Clínic, Barcelona

Introducción: Las prótesis metálicas autoexpandibles son utilizadas cada vez con más frecuencia en la resolución de la obstrucción colorrectal maligna. Sin embargo, se han comunicado complicaciones hasta en el 50% de los pacientes.

Objetivos: Evaluar retrospectivamente el éxito clínico a largo plazo de las prótesis metálicas autoexpandibles en pacientes con obstrucción colorrectal maligna en un centro terciario e identificar posibles factores predictores de complicaciones.

Pacientes y métodos: Durante un periodo de 5 años se realizaron 47 intentos de colocación de prótesis en 47 pacientes. Las prótesis (de 9 cm de longitud y 22 o 25 mm de diámetro) se colocaron bajo control endoscópico y radiológico. El correcto

posicionamiento de las prótesis se comprobó a las 24 h mediante radiografía abdominal. Todos los pacientes fueron seguidos posteriormente de forma ambulatoria.

Resultados: La colocación de la prótesis se consiguió en 45 casos (96%) y la descompresión colónica inicial fue adecuada en 43 de 47 intentos (91%) y en 43 de los 45 (96%) en los que la prótesis se logró implantar con éxito. La localización de la estenosis fue en recto (7 casos; 15%), sigma (33 casos; 70%), colon izquierdo (4 casos; 9%) y recurrencia anastomótica (3 casos; 6%). La mayoría de los pacientes presentaban un cáncer colorrectal en estadio IV (40 casos; 85%). La prótesis sirvió como puente a la cirugía en 10 de 47 casos (21%) y como tratamiento paliativo definitivo en 33 de 47 (70%). La incidencia de fallo clínico a largo plazo fue del 47% (22 casos) y se debió a complicaciones: perforación (4; 8%), obstrucción (10; 21%) y tenesmo (1; 2%). La perforación ocurrió durante la inserción de la prótesis ($n = 1$) y a los 3, 4 y 34 días post-inserción y todos los casos fallecieron. La tasa de mortalidad acumulada fue del 25% (12 casos) con una mediana de seguimiento de 3 meses. En el grupo de puente a la cirugía, sólo se consiguió la realización de anastomosis primaria en 4/10 pacientes (27%). El fallo clínico a largo plazo no se asoció con ningún factor relacionado con el tumor.

Conclusiones: 1. La eficacia de las prótesis metálicas autoexpandibles se encuentra limitada por las complicaciones. 2. La ausencia de éxito clínico a largo plazo no se asocian con ningún factor relacionado con el tumor. 3. La elevada tasa de complicaciones sugiere que en estos pacientes deberían valorarse otros tratamientos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.046

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA SEDACIÓN CON PROPOFOL EN INFUSIÓN CONTINUA (PBI) VS MIDAZOLAM-PETIDINA (MP) EN PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIA REALIZADA CON IDÉNTICO N° DE PERSONAL EN LA SALA (1 FACULTATIVO, 1 ENF Y 1 AUX)

H. Nuñez, F. Igea, E. Saracibar, R.E. Madrigal, J. Barcenilla, A. Del Moral

Hospital Rio Carrion, Palencia

Introducción: La sedación con propofol no controlado por anestesiista es la mejor opción coste-efectividad para la colonoscopia. Las recomendaciones de las guías sobre la necesidad de tener una persona específicamente dedicada a su administración dificultan su implantación en muchos centros. No existen estudios comparativos propofol vs midazolam petidina en idénticas condiciones de personal facultativo y de enfermería. La administración en bomba y la utilización de capnografía puede permitir disminuir las necesidades de personal en las exploraciones habituales.

Objetivo: Comparar la seguridad y eficiencia de 2 pautas de sedación (PBI vs MP) administradas por el mismo nº de personal de enfermería (1 enfermera y 1 auxiliar).

Pacientes y métodos: Se incluyeron de forma prospectiva 332 colonoscopias realizadas bajo sedación en nuestro centro (192 PBI/139 MP). Las colonoscopias fueron realizadas en todos los casos por 1 facultativo ayudado por 1 enfermera y 1 auxiliar. Los 2 médicos que realizaron las exploraciones son facultativos con sobrada experiencia. Se registro en una hoja de enfermería la sat O2, Frec Cardiaca, TA media, registrados de forma automática cada 3 minutos. Se anotaron también las dosis de medicación recibida. Todo ello fue introducido en una base de datos informatizada para su posterior análisis. Se analizó la tolerancia con una escala analógica

visual de 1ª 5. Se registraron todos los eventos desfavorables. Todos los pacientes del grupo PBI fueron monitorizados además con capnografía.

Resultados: No existieron diferencias con respecto a la edad, Sexo ni Clasificación ASA. Las dosis medias en mg x paciente fueron las siguientes: Propofol 234,52+/-96,8; Midazolam: 3,34+/-1,34 y Petidina 49,10+/-4,6. Los pacientes sedados con PBI presentaron una tolerancia excelente una con frecuencia significativamente mejor que los del grupo MP (96,9% vs 82%) $p < 0,01$. La duración de la exploración fue significativamente menor 18,68 vs 22,76 min $p < 0,01$ en el grupo PBI. En cuanto a la seguridad los pacientes del grupo PBI mostraron una sat de O2 mínima mas elevada que la de los del grupo MP 94% vs 92,9% $p < 0,05$. No hubo diferencias con respecto al nº ni gravedad de los episodios de desaturación. Ningún paciente preciso ambú o intubación.

Conclusiones: 1) La tolerancia es superior en los pacientes sedados con propofol. 2) La duración de las exploraciones fue menor en el grupo PBI. 3) La seguridad de la sedación con propofol en estas condiciones de monitorización es igual ó superior a la realizada con MP.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.047

FACTORES PREDICTIVOS DE RECIDIVA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA DE ORIGEN DIVERTICULAR. ESTUDIO PROSPECTIVO

A. Berrozpe, F. Rodríguez-Moranta, X. Vázquez, J.M. Botargues, A. Soriano-Izquierdo, J. Guardiola

Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat

Introducción: La hemorragia diverticular (HD) es la causa más frecuente de hemorragia digestiva baja (HDB), pero su historia natural es poco conocida.

Objetivo: Conocer la probabilidad de recidiva y mortalidad de la HD y sus factores asociados.

Pacientes y métodos: *Ámbito:* Hospital Universitario de tercer nivel. *Pacientes:* Enfermos ingresados por hemorragia diverticular desde Abril de 2004 hasta Agosto de 2008. *Diseño y análisis:* Estudio de cohortes prospectivo. Evaluación del índice clínico-endoscópico (Rectorragia < 4 horas, presencia de sangre roja en la colonoscopia precoz, ausencia de lesiones mucosas -A. Berrozpe, DDW 2007-) en la predicción de recidiva intrahospitalaria (RI), así como determinar los factores predictivos de reingreso, necesidad de cirugía y mortalidad.

Resultados: Durante el período de estudio ingresaron 126 pacientes con hemorragia diverticular, con un total de 144 episodios hemorrágicos. El diagnóstico de certeza (presencia de sangrado activo, vaso visible o coágulo adherido), se obtuvo en el 12% de los casos. Durante el primer episodio, la RI se produjo en 25 pacientes (20%). 11 pacientes (9%) recibieron tratamiento específico: 7 tratamiento endoscópico, 3 cirugía urgente y 1 embolización por arteriografía. Los factores predictivos independientes de RI fueron: la emisión de sangre roja durante las primeras 4 horas del ingreso (RR 6,06; 95% CI, 1,80-20,03; $p = 0,003$) y la presencia de sangre roja en la colonoscopia diagnóstica (RR 3,76; 95% CI, 1,02-13,92; $p = 0,04$). Si la colonoscopia se realizó durante las primeras 24 horas (55 pacientes), la combinación de ambos factores permitió prever el riesgo de RI (0 factores: 3,4%, 1 factor 10% i 2 factores 66%) con una área bajo la curva ROC de 0,82. El reingreso se produjo en 15 enfermos (12%). Con una mediana de seguimiento de 421 días,

el riesgo acumulado de reingreso por HD fue de 7%, 9% y 12% a los 6, 12 y 24 meses respectivamente. Un paciente requirió cirugía y 3 necesitaron un segundo reingreso. Todos fueron dados de alta. No se identificaron factores predictivos de reingreso.

Conclusión: El índice clínico-endoscópico permite identificar los episodios de HD con un elevado riesgo de RI. Dada la baja probabilidad de reingreso, y la ausencia de mortalidad en nuestra serie, no recomendamos la cirugía electiva en los individuos con un segundo episodio de HD.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.048

IMPACTO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Márquez, B. González, B. Gras, I. Ibáñez, J.M. Dedeu, A. Cañas-Ventura, S. Delgado-Aros, A. Seoane, L. Barranco, X. Bessa, F. Bory, M. Andreu

Servicio de Digestivo, Hospital de Mar, Barcelona

Introducción: La cápsula endoscópica (CE) ha demostrado ser una herramienta útil en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

Objetivo: Analizar el impacto de los resultados de la CE en el diagnóstico, modificación del tratamiento o generación de nuevas exploraciones en pacientes con EII.

Material y métodos: Se incluyeron 45 pacientes (19 hombres/ 26 mujeres, edad 43 ± 16 años): 30 Con enfermedad de Crohn (EC); 10 con diagnóstico de colitis indeterminada y 5 con sospecha diagnóstica de EII. Indicaciones de CE: completar el estudio de extensión (24%), confirmar el diagnóstico (33%); determinar la actividad en pacientes con síntomas menores (28,9%) o con síntomas persistentes a pesar del tratamiento (13,3%). En 37 pacientes (82,2%) se realizó previamente cápsula Patency para descartar estenosis intestinales y, posteriormente, cápsula Pillcam en 36 casos (80%).

Resultados: En 9 casos (20%) no se pudo realizar la CE tras evaluar la cápsula Patency. Se identificaron lesiones compatibles con actividad inflamatoria en 24 de los 36 pacientes estudiados (66%). En un 26,7% de los casos se detectaron lesiones proximales que modificaron el diagnóstico de extensión. En 26,7% de los casos los hallazgos de la cápsula indicaron la realización de nuevas exploraciones (3 enteroscopias; 8 ileoscopias; 1 endoscopia digestiva alta). En 23 pacientes (51%) la CE indujo cambios en el tratamiento: 8 casos (17%) coincidiendo con el diagnóstico inicial (de novo) y 15 casos (33,3%) diagnosticados previamente de EC (3 con clínica persistente a pesar del tratamiento, 9 con síntomas menores y estudio endoscópico negativo, y 3 al confirmar actividad proximal). No se registraron complicaciones derivadas de la CE.

Conclusiones: La cápsula endoscópica es una exploración a incorporar en el manejo de la MII, especialmente en el estudio de extensión y actividad de la enfermedad. Así mismo, ayuda a una mejor indicación de la estrategia terapéutica a seguir hasta en un 50% de los casos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.049

JUICIO CLÍNICO FRENTE MODELOS MATEMÁTICOS EN LA PREDICCIÓN DE RECIDIVA Y MORTALIDAD POR ULCERA PÉPTICA SANGRANTE. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

E. Brullet^a, X. Calvet^a, R. Campo^a, M. Papo^b, M. Planella^c, F. Junquera^a, P. Garcia-Iglesias^a, S. Montoliu^b, A. Pardo^b, Rl. Ballester^c, M. Miquel^a, V. Puig Divi^a, E. Martinez-Bauer^a, A. Villoria^a, M. Gallach^a, M. Casas^a, M. Vergara^a

^aHospital Parc Taulí, Sabadell

^bHospital Joan XXIII, Tarragona

^cHospital Arnau Vilanova, Lleida

Introducción: No existen estudios comparativos entre los diferentes modelos matemáticos para la predicción de recidiva y mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta por úlcera péptica (HDAxUP). Se desconoce también si dichos modelos predictivos son superiores al juicio clínico.

Objetivo: Comparar la precisión de los modelos de Rockall, Baylor, Cedars-Sinai y Blatchford frente al juicio clínico del endoscopista en la predicción de recidiva y mortalidad en pacientes con HDAxUP.

Pacientes y método: Durante un período de 2 años se incluyeron 238 pacientes con HDAxUP en los 3 centros participantes. Todos los pacientes se trataron con IBP i.v. y se realizó endoscopia urgente entre las 12 horas siguientes al ingreso. Se practicó tratamiento endoscópico combinado (inyección de adrenalina más polidocanol o clip) en 136 pacientes con úlcera de alto riesgo. Tras ello, el endoscopista clasificó a los pacientes según su juicio clínico como de riesgo alto-medio-bajo para recidiva y mortalidad, y posteriormente calculó los diferentes modelos matemáticos. Se calcularon las curvas ROC, sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) para recidiva y mortalidad de cada modelo matemático y del juicio clínico del endoscopista.

Resultados: Las tasas de recidiva y mortalidad fueron 14% (19/136) y 5,1% (7/136) respectivamente. Las comparaciones entre el juicio clínico del endoscopista y los diferentes modelos matemáticos se muestran las tablas.

Conclusión: Los resultados del presente estudio sugieren que los modelos matemáticos disponibles no son mejores que el juicio clínico del endoscopista para la predicción de recidiva. Además, tanto el juicio clínico como dichos modelos no identifican entre un 4% y 10% de pacientes que resangran tras tratamiento endoscópico. Parece adecuado el desarrollo de modelos más precisos para predicción de recidiva en pacientes con HDAxUP de alto riesgo.

Predicción Recidiva	Juicio clínico	Rockall	Cedars-Sinai	Baylor	Blatchford
Sensib. (%)	84	79	95	63	79
Especifi. (%)	34	49	21	59	61
VPP (%)	17	20	16	20	25
VPN (%)	93	93	96	91	95
Area bj ROC	0,680	0,665	0,666	0,661	0,695

Predicción Mortalidad	Juicio clínico	Rockall	Cedars-Sinai	Baylor	Blatchford
Sensi. (%)	100	100	100	71	86
Especifi. (%)	71	24	19	57	57
VPP (%)	16	7	6	8	10
VPN (%)	100	100	100	97.5	97
Area ROC	0,866	0,874	0,701	0,735	0,804

LAVADOS POR Sonda NASOGÁSTRICA VERSUS ERITROMICINA ENDOVENOSA PREVIA A LA ENDOSCOPIA URGENTE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO. RESULTADOS PRELIMINARES

J.M. Botargues, R. Ballester, A. Berrozpe, C. Pons, F. Rodriguez-Moranta, A. Soriano-Izquierdo, J. Guardiola

Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat

Introducción: La capacidad diagnóstica y terapéutica de la videogastroscoopia (VGS) urgente en pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) está limitada por la presencia de restos hemáticos. Se han publicado diferentes estudios que sugieren que la administración de un bolus de eritromicina endovenosa previa a la realización de la VGS, mejora la calidad de la visión de la misma en pacientes con HDA. No existe ningún trabajo que compare los lavados por SNG como práctica habitual con la infusión de eritromicina previa a la VGS.

Objetivo: Determinar si la calidad de la visión de la VGS urgente en pacientes con HDA después de la administración de eritromicina endovenosa es comparable con la obtenida tras la realización de lavados por SNG.

Material y métodos: Los pacientes admitidos en el servicio de urgencias por HDA fueron randomizados para recibir lavados por SNG o infusión endovenosa de eritromicina (250 mg en bolus) 30 minutos antes de la realización de la VGS. El endoscopista valoró la calidad visual de la VGS según la escala de puntuación subjetiva y objetiva de Avgerinos modificada por Frossard. La escala subjetiva valora de 0 a 10 el grado de visibilidad global de la endoscopia. La escala objetiva asigna 0, 1 o 2 puntos a cada área explorada (fundus, cuerpo, antro, bulbo y DII) en función del porcentaje de mucosa recubierta de sangre. Como objetivos secundarios se definieron la duración de la endoscopia, la necesidad de una segunda VGS, los requerimientos transfusionales y la estancia hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron un total de 74 pacientes; 37 en el grupo de eritromicina endovenosa y 37 en el grupo de lavados por SNG. Ambos grupos eran similares respecto a variables demográficas, etiología de la HDA, forma de presentación y estado hemodinámico. No se hallaron diferencias en la calidad de la visión de la VGS valorada por la escala subjetiva (eritromicina $8 \pm 2,5$, SNG $7,8 \pm 2,2$, $p = 0,73$) ni por la escala objetiva (eritromicina $8,89 \pm 2,5$, SNG $8,64 \pm 1,98$, $p = 0,65$). Tampoco hubo diferencias en la duración de la endoscopia, la necesidad de una segunda exploración, los requerimientos transfusionales ni en la estancia media hospitalaria.

Conclusión: La infusión de eritromicina endovenosa previa a la endoscopia es comparable con la realización de lavados por SNG para mejorar la calidad visual de la VGS urgente en pacientes con HDA.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.051

NIVEL DE DESINFECCIÓN DE LOS ENDOSCOPIOS COMO INDICADOR DE CALIDAD DE UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

M. Medina, M.J. Rodríguez Bermejo, C. Rodríguez de Miguel, J.M. Bordas, A. Ginès, G. Fernández-Esparrach, S. del Manzano, J. Llach

Unidad de Endoscopia Digestiva, Servicio de Gastroenterología, ICDM, Hospital Clínic, Barcelona

Introducción: El control de la desinfección de los endoscopios es uno de los mejores indicadores de calidad en una Unidad de Endoscopia Digestiva. En nuestra unidad, realizamos controles microbiológicos trimestrales ayudando así a un mejor seguimiento de los niveles de calidad solicitados por el Comité de Control de Calidad de nuestra Institución.

Objetivo: Evaluar el grado de desinfección de los endoscopios en una Unidad de Endoscopia Digestiva de un hospital de tercer nivel.

Material y método: El material utilizado para el control microbiológico de cada endoscopio fue el siguiente: agua destilada estéril, sistema de irrigación, tres jeringas de 10 cc, adaptador para el canal auxiliar y tres tubos de microbiología. En todos los endoscopios testados se siguió el mismo procedimiento: se conecta el sistema de irrigación y el adaptador para el canal auxiliar al endoscopio; se introduce la entrada de aspiración en el agua destilada estéril y se conectan las jeringas en las conexiones para irrigar los canales (aire/agua, aspiración y canal auxiliar); se aspira agua destilada estéril inyectándola para que recorra los diferentes canales del endoscopio, recogiendo la muestra por el extremo distal de cada uno de los canales en tubos de microbiología (nº 1: aire/agua, nº 2: aspiración y nº 3: canal auxiliar).

Resultados: De Enero del 2004 a Junio del 2008 se realizaron 71.381 pruebas, constatándose un incremento anual progresivo. Se testaron en este tiempo 83 endoscopios realizándose un total de 232 cultivos. 19/232 cultivos fueron positivos (8%), de los cuales, 6 provenían del canal de insuflación (3%), 11 del canal de aspiración (5%) y 2 del canal auxiliar (0,9%), ($p = \text{NS}$). Cuando consideramos los endoscopios, los cultivos fueron positivos en 12 (14,5%): 4 gastroscopios (5%), 7 colonoscopios (8%) y 1 duodenoscopia (1%) ($p = \text{NS}$). La desinfección de los endoscopios se realizó semiautomática en 19 endoscopios (23%) y automática en 64 (77%), con 5 y 7 cultivos positivos respectivamente (26% y 11%, $p = \text{NS}$). A partir del año 2007, se realizó sistemáticamente la desinfección de las lavadoras al inicio de la jornada. Los cultivos positivos obtenidos en el periodo 2004-2006 ($n = 17$, 12%) fueron significativamente superiores a los obtenidos a partir del 2007 ($n = 2$, 2%) ($p = 0.008$). Las bacterias predominantes en los cultivos positivos fueron la *Pseudomona Aeruginosa* y la *Klebsiella Pneumoniae*.

Conclusión: 1. Siguiendo nuestro protocolo de desinfección, el aumento del número de exploraciones no repercute en la calidad de desinfección de los endoscopios. 2. El sistema de desinfección (automático o semi-automático) utilizado no influye en los resultados de los cultivos. 3. Realizar la desinfección de la lavadora al inicio de la jornada se asocia de forma significativa a un número menor de cultivos positivos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.052

PLATAFORMA MULTIFUNCIONAL PARA PROCEDIMIENTOS INTRALUMINALES Y NOTES: CURVA DE APRENDIZAJE Y PRECISIÓN EN UN MODELO DE RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA

G. Fernández-Esparrach^a, S.N. Shaikh^b, N.J. Soper^c, E.S. Hungness^c, R.I. Rothstein^d, L.L. Swanstrom^e, C.C. Thompson^b

^aUnitat d'Endoscòpia, Servei de Gastroenterologia, ICMDM, Hospital Clinic, Barcelona

^bDivision of Gastroenterology, Brigham & Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston

^cDepartment of Surgery, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago

^dSection of Gastroenterology and Hepatology, Dartmouth Medical School, Lebanon

^eDivision of Minimally Invasive Surgery, Legacy Health System, Oregon Health Sciences University, Portland, USA

Introducción: Las plataformas multifuncionales son una alternativa a las limitaciones técnicas que tiene la endoscopia flexible en los procedimientos intraluminales complejos y NOTES. Una de estas plataformas es el Direct Drive Endoscopic System (DDES) (Boston Scientific Corporation). Se desconoce el tipo de entrenamiento necesario para su correcto uso y el sistema de evaluación de las habilidades adquiridas.

Objetivos: Desarrollar un plan de entrenamiento que nos permita evaluar la curva de aprendizaje de las plataformas multifuncionales y su precisión en la realización de resección mucosa endoscópica (RME) en un modelo ex vivo.

Material y métodos: El DDES es una plataforma sobre un rail que tiene tres canales que aceptan un endoscopio de 6 mm y dos instrumentos de 4 mm. Los mandos están conectados a largos instrumentos que pasan a través de la guía y les transmiten el movimiento impartido por las manos con un total de 5 grados de libertad (derecha-izquierda, arriba-abajo, dentro-fuera, rotación y efecto de los instrumentos). Utilizamos dos modelos de entrenamiento para desarrollar y evaluar la destreza: la esfera (E), que consiste en un balón hueco con puntos coloreados en su superficie interior, y el mar de puntas (MP) que consiste en unas puntas de goma dispuestas sobre una superficie circular. Los ejercicios que utilizamos para el entrenamiento y evaluación de la curva de aprendizaje fueron dos: tocar una serie de 17 puntos en la E y mover 8 anillos de goma de una punta a otra en el MP. Para evaluar la precisión, realizamos RME en estómagos porcinos ex vivo resiguiendo una plantilla de 42 x 22 mm y utilizamos una cuadrícula para contar los fallos en el área de tejido resecado.

Resultados: *Curva de aprendizaje:* en los 10 operadores que participaron en el MP, observamos una mejoría entre el primer y segundo intento (278 ± 123 , rango 170-457, $p = 0,036$). *Precisión:* 6 operadores realizaron RME utilizando tijeras y pinza, con una media de tiempo de 41 ± 14 minutos (rango 21-60) y de precisión de $126 \pm 106 \text{ mm}^2$ (rango 60-340). Dos operadores repitieron el procedimiento con un needle-hook con una media de tiempo de $5 \pm 2,5$ minutos (rango 8-13) ($p = 0,028$) y de precisión de $70 \pm 37 \text{ mm}^2$ (rango 44-96) ($p = 0,655$). No tuvimos ninguna perforación.

Conclusiones: Los principiantes con el DDES pueden mejorar rápidamente su rendimiento en la realización de tareas estandarizadas. El DDES permite la RME de una forma eficiente y precisa en un modelo ex vivo y parece tener una corta curva de aprendizaje. Además, estas tareas podrían ser útiles para evaluar otras plataformas multifuncionales.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.053

SEGURIDAD DE LA SEDACIÓN PROFUNDA CON PROPOFOL CONTROLADA POR EL ENDOSCOPISTA EN POBLACIÓN ANCIANA

J. Martínez, J.R. Aparicio, L. Compañy, L. Gómez-Escolar, I. Mozas, F. Ruiz, J.A. Casellas

Unidad de Endoscopia Digestiva, Hospital General Universitario de Alicante

La utilización de propofol en la sedación controlada por el personal de Endoscopia Digestiva es una práctica cada vez más frecuente. No existen datos de su seguridad en pacientes ancianos.

Objetivos: Evaluar la seguridad de la administración de propofol en pacientes mayores de 80 años sometidos a exploraciones endoscópicas; Investigar la influencia de la patología previa de los

pacientes y la realización de terapéutica endoscópica en el desarrollo de complicaciones atribuibles a la sedación.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente exploraciones endoscópicas realizadas bajo sedación profunda (MOAAS = 1) mediante propofol iv bajo la supervisión del propio endoscopista. Los pacientes se dividieron en dos grupos: Grupo I > 80 años; Grupo II < 80 años. Se tuvo en cuenta la clasificación ASA, los antecedentes del paciente, la dosis total de propofol, la realización de terapéutica y las complicaciones atribuibles a la sedación. Resultados: Se incluyeron 1295 exploraciones (Gastroscoopia: 464, Colonoscopia: 523, Gastro+colonoscopia: 126, Ecoendoscopia: 182) en 1076 pacientes (53,8% hombres; edad: 59,9+16,5 años). La dosis media de propofol fue: 183,6+102,1 mg. Se realizó endoscopia terapéutica en 245 (18,9%) casos. Se produjeron complicaciones atribuibles a la sedación en 184 (14,2%) exploraciones [graves en 43 (3,3%)]. El Grupo I no desarrolló más complicaciones en general (15,4% vs 14%) ni graves (5,4% vs 3,1%) p: n.s. La dosis en el Grupo II (171 vs 108 mg; p < 0,001) y en las exploraciones que se complicaron (172 mg vs 156 mg, p = 0,045) fue superior. Los pacientes con un ASA III, cardiopatas o neumopatas se complicaron con mayor frecuencia [(ASA III: 18,2%; p = 0,008) (cardiopatía: 21,2%; p < 0,001) (neumopatía: 21,5%; p = 0,024)]. Un 18% de las exploraciones terapéuticas se complicaron (p = 0,06).

Conclusiones: La sedación profunda bajo la supervisión por el endoscopista es una práctica segura incluso en pacientes ancianos. Los antecedentes de cardiopatía y neumopatía, la dosis de propofol utilizada y la realización de terapéutica endoscópica son factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones relativas a la sedación.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.054

TRATAMIENTO DE FÍSTULAS Y PERFORACIONES ESOFÁGICAS BENIGNAS MEDIANTE PRÓTESIS METÁLICAS

M.T. Bravo, A.B. Díaz, L. Hijona, J. Ortiz de Zarate, P. Ruiz, A. Baranda, A. Merino, S. Basterra, V.M. Orive

Servicio de Gastroenterología del Hospital Basurto (Bilbao)

Introducción: Las fístulas y perforaciones benignas de esófago, bien post-quirúrgicas, espontáneas o iatrogénicas, representan una patología con una notable morbi-mortalidad que conlleva frecuentemente reintervenciones y largas estancias hospitalarias. Su tratamiento con prótesis autoexpandibles recubiertas puede constituir una opción razonable.

Métodos: Se realizó una revisión de la casuística en nuestro servicio desde octubre 2004 hasta octubre 2008 encontrándose 27 casos. 22 de ellos debidos a fístulas/dehiscencias post-quirúrgicas, 3 casos tras perforación iatrogénica, uno tras perforación espontánea y otro por aparición de un trayecto fistuloso sobre una esofagitis péptica cardial. Se colocaron prótesis autoexpandibles metálicas recubiertas, Hanaro-, Choo-stent™ (M.I. Tech, Seoul, Korea), de 18 o 22 mm de diámetro y longitud variable. Se utilizaron 34 prótesis en total, con un tiempo medio de permanencia de 62 días.

Resultados: Cierre de las fístulas en 21 casos (77,7%), un caso perdido, otro aún en evolución y en 4 casos el tratamiento fracasó (14,8%). La complicación más frecuente observada ha sido la migración de la prótesis en 9 casos (33%). En uno de los casos el proceso de recuperación endoscópica produjo una perforación en ileon terminal que requirió cirugía. Otras complicaciones fueron la dificultad en la extracción de la prótesis en 2 casos (7%) y en 1 caso (4%) tras el procedimiento endoscópico se produjo un neumotorax a tensión.

Conclusión: El tratamiento endoscópico de las fístulas-perforaciones esofágicas benignas mediante la inserción de prótesis

metálicas temporales es un tratamiento eficaz, poco invasivo y con escasa morbi-mortalidad. Su tiempo de permanencia no debe ser superior a 60-70 días. La complicación observada con mayor frecuencia ha sido la migración-desplazamiento de la prótesis. La pérdida del cardias en los casos quirúrgicos se presenta como un factor de riesgo para la misma. Un cambio en el diseño de las prótesis podría ser de utilidad.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.055

UTILIDAD DE LA CÁPSULA AGILE PATENCY® EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ESTENOSIS INTESTINAL

Cañas-Ventura, B. Gonzalez-Suárez, J.M. Dedeu Cuscó, I.A. Ibáñez Zafón, L. Marquez, S. Delgado-Aros, A. Seoane, L. Barranco, F. Bory Ros, M. Andreu García

Unidad de Endoscopia Digestiva, Hospital del Mar, Barcelona

Introducción: La cápsula endoscópica Pillcam constituye el gold estándar en el estudio del intestino delgado. Su principal complicación es la retención intestinal y ocurre entre 1-5% de los casos. La cápsula Agile Patency (CAP) es una cápsula reabsorbible que se utiliza para asegurar la permeabilidad intestinal y, nos permite detectar aquellos pacientes con estenosis en los que estaría contraindicada la cápsula endoscópica.

Objetivos: Demostrar la utilidad de la CAP en la reducción del riesgo de retención de la cápsula Pillcam.

Pacientes y métodos: Pacientes referidos a nuestro hospital para cápsula endoscópica desde abril 2007 hasta septiembre 2008.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes. De estos, 71 eran candidatos a recibir CAP previa a la cápsula Pillcam (33 hombres y 38 mujeres, con edad media de 46+/-18 años). Las indicaciones fueron: enfermedad inflamatoria intestinal (n = 35), dolor abdominal (n = 21), estenosis radiológicas conocidas (n = 6), tratamiento previo con AINES (n = 6), cirugía intestinal previa (n = 2) y poliposis intestinal (n = 1). La media de tiempo de expulsión de la cápsula Patency fue de 34+/-25 h. 10 de las 71 (14%) CAP administradas se expulsaron con retraso y deformadas, lo que contraindicó la cápsula Pillcam. 5 de estos pacientes presentaron clínica de dolor abdominal y suboclusión intestinal que se autolimitaron. El 50% de las cápsulas que se expulsaron deformadas correspondían a pacientes con tránsito intestinal radiológico previo normal. Unicamente 1 de los 129 (0.7%) pacientes considerados no candidatos a CAP sufrió retención de la cápsula Pillcam. Se trataba de un estudio de anemia y no cumplía ningún criterio para CAP. La retención se resolvió favorablemente con cirugía. La tasa de retención en nuestro hospital es del 0.5% (1/190) con el uso de la CAP, sin ella hubiera sido del 5.5% (11/200).

Conclusiones: La cápsula Agile Patency es útil para disminuir la tasa de retención de la cápsula endoscópica Pillcam en pacientes con sospecha de estenosis intestinal.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.056

UTILIDAD DE LA CÁPSULA PATENCY EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN CONOCIDA O SOSPECHADA

V. Martínez Escapa, V. Pons Beltrán, I. Bradley Ferrer, L. Argüello Viudez, V. Pertejo Pastor, T. Sala Felis

Unidad de Endoscopia Digestiva, Servicio de Medicina Digestiva, Hospital La Fe, Valencia

Introducción: La cápsula Patency (CP) puede prevenir la retención de la cápsula endoscópica (CE) en pacientes de alto riesgo: síntomas obstructivos, enfermedad de Crohn conocida (ECC), cirugía intestinal o radioterapia previa o uso crónico de AINE. Se ha descrito un mayor porcentaje de retención de cápsula endoscópica en pacientes con enfermedad de Crohn sospechada (ECS). Sin embargo, se desconoce la utilidad de la CP en este grupo de pacientes con ECS y sin evidencia clínica-radiológica de estenosis intestinal.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la CP en pacientes con ECC o ECS candidatos a la realización de una CE y sin evidencia clínica-radiológica de estenosis intestinal.

Material y métodos: Desde Enero-2003 a Junio-2008 se administró la CP a 112 pacientes. En 91 de ellos se administró por tratarse de pacientes con ECC o ECS. Ninguno presentaba clínica o evidencia radiológica de estenosis intestinal. Se evaluó: cirugía intestinal previa, existencia de estenosis radiológica, síntomas obstructivos, tolerancia a CP, tiempo de tránsito de CP, grado de degradación, localización en caso de retención y tránsito de la CE cuando se administró. Se consideró retención de la CP cuando no se constató su expulsión íntegra antes de las 30-40 h y la radiología simple abdominal demostraba su permanencia en intestino delgado.

Resultados: De los 91 pacientes (53% varones, media de edad 38 ± 13 años) a los que se les administró la CP (52 ECC y 39 ECS), ésta quedó retenida en 7 con ECC (13,5%) y en 6 pacientes con ECS (15%). La CP fue deglutida por todos los pacientes sin dificultad. De los 13 pacientes con retención de CP, en 6 existía cirugía intestinal previa por su EC; en 2 se había realizado tránsito gastrointestinal previo sin evidencia de estenosis. Sólo un paciente presentó dolor abdominal, que cedió con tratamiento sintomático y sin ingreso. Se observó disfunción de CP en un caso (degradación completa antes de las 30 horas). En todos los pacientes que se demostró tránsito adecuado para la CP, la CE se expulsó con normalidad.

Conclusión: La CP es una técnica eficaz y segura en constatar la permeabilidad del tránsito intestinal en pacientes con ECC o ECS.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.057](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.057)

UTILIDAD DE LA ENDOSCOPIA CONFOCAL PARA LA CARACTERIZACIÓN DE PÓLIPOS COLÓNICOS EN MANOS DE UN ENDOSCOPISTA Y UN PATÓLOGO INEXPERTOS: ESTUDIO PILOTO

M. López-Cerón^a, M. Zabalza^a, M. Jimeno^b, C. Rodríguez de Miguel^a, O. Sendino^a, G. Fernández-Esparrach^a, A. Ginès^a, A. Cárdenas^a, J.M. Bordas^a, A. Castells^a, J. Llach^a, M. Pellisé^a

^a*Servicio de Gastroenterología, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, CIBERehd*

^b*Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínic, Barcelona*

Introducción: La endoscopia confocal (EC) es una técnica novedosa que permite la obtención de secciones tisulares de 150mm, por lo que es posible disponer de imágenes histológicas *in vivo* con un aumento de 1000 durante la realización de una endoscopia convencional. Los primeros resultados obtenidos con esta técnica son muy prometedores. Sin embargo no existen datos en nuestro medio sobre su aplicación.

Objetivos: Evaluar el rendimiento de la endoscopia confocal en manos de un endoscopista y un patólogo inexpertos para la caracterización de pólipos colónicos.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 23 pacientes con pólipos en colon izquierdo que acudían para polipectomía. Se utilizó el colonoscopio de alta resolución (Olympus H180), obteniendo imágenes de todos los pólipos con narrow band imaging (NBI) y con cromoendoscopia (CE) con índigo carmín al 0,5%. Los pólipos se clasificaron siguiendo el patrón mucoso de Kudo con NBI y CE, así como el patrón de intensidad vascular (leve-moderado-intenso) con NBI.

Seguidamente se estudiaron los pólipos con el endoscopio confocal (Pentax EPK-1000) tras inyección endovenosa de 10 ml de fluoresceína al 10%, clasificándolos en función de las siguientes variables: número de células caliciformes, polaridad de las células de las criptas y grado de captación de fluoresceína. El endoscopista y el patólogo emitieron un diagnóstico de presunción de forma ciega. Se realizó polipectomía según técnica convencional y se obtuvo un diagnóstico histológico (patrón oro). En función de ello se clasificaron los pólipos en adenoma no avanzado (ANA) (displasia de bajo grado y/o tubular) y adenoma avanzado (AA) (displasia de alto grado y/o componente vellosos). Se excluyeron los pólipos no neoplásicos.

Resultados: Se incluyeron 28 adenomas (tamaño medio de $18,9 \pm 7,7$ mm) pediculados (n = 20) y sésiles (n = 8). Los resultados anatomopatológicos mostraron ANA en 12 (42,9%) y AA en 16 (57,1%). El diagnóstico de presunción del endoscopista fue de ANA en 16 y AA en 12 casos. El diagnóstico de presunción del patólogo fue de ANA en 20 y AA en 8 casos. El rendimiento de ambos exploradores se muestra en la tabla.

Conclusiones: La endoscopia confocal puede ser una técnica de utilidad para la caracterización de pólipos colónicos aún en manos de un endoscopista inexperto.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.058](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.058)

	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Valor predictivo positivo (%)	Valor predictivo negativo (%)	Rendimiento (%)
Diagnóstico endoscopista	11/16 (68,7)	11/12 (91,7)	11/12 (91,7)	11/16 (68,7)	22/28 (78,6)
Diagnóstico patólogo	5/16 (31,2)	9/12 (75)	5/8 (62,5)	9/20 (45)	14/28 (50)
Diagnóstico endoscopista vs patólogo (p)*	(0,11)	(0,62)	NV	NV	(0,43)

*Test Mc Nemar para datos apareados; NV = no valorable.

UTILIDAD E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN DIFERENTES ESCENARIOS

A. Álvarez Marco^{a,b}, M. Mañosa^a, N. Relaño^a, F. Porta^a, J. Badosa^a, A. Bargalló^a, P. Sort^a, F. Vida^a, M. Cremades^b

^aHospital Sant Joan de Deu, Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa

^bHospital Dos de Maig, Barcelona

Introducción: La accesibilidad a las unidades de endoscopia han mejorado en la últimas décadas, pero la idoneidad de las indicaciones y el rendimiento diagnóstico de la gastroscopia a los sistemas de acceso abierto ha estado cuestionado en estudios previos de otras áreas geográficas.

Objetivos y métodos: Evaluar el rendimiento diagnóstico y la idoneidad de las indicaciones de la gastroscopia. Se recogieron prospectivamente datos de los pacientes derivados a dos unidades de endoscopia para practicarse una gastroscopia. Se registraron datos demográficos, procedencia, médico solicitante, información relevante para calcular la escala EPAGE y los hallazgos endoscópicos. Se analizaron las variables relacionadas con la indicación y los hallazgos.

Resultados: De febrero a abril 2008 se recogieron 524 pacientes. Se practicaron 346 endoscopias en una Unidad de endoscopias derivadas de centros de primaria del área urbana de Barcelona y otras 148 en un hospital comarcal derivadas de los servicios de medicina, cirugía y de primaria. La mediana de tiempo de espera fue de 30 días (3-94). 57% mujeres, edad mediana de 51 años (14-94), 24% eran inmigrantes. El 90% provenientes de un centro de primaria, 66.5% del médico de familia y el 24% del digestólogo de zona. El 10% restante provenían de la consulta externa hospitalaria de cirugía, medicina interna o digestología. Las indicaciones más frecuentes fueron dispepsia (49%), pirosis (21%) y anemia ferropénica (9.4%). Según la escala EPAGE un 53% se consideraron apropiadas, 15% inciertas y 27% inadecuadas. El 55% de los pacientes seguían tratamiento con IBP y un 18% con AINEs en el momento de la endoscopia. Los hallazgos más frecuentes fueron hernia de hiato (12%), antritis (10%), esofagitis (9%), y úlcera péptica (4%). Las variables relacionadas independientemente con un diagnóstico relevante fueron ser nativo y una indicación apropiada según la escala EPAGE.

Conclusiones: Un porcentaje elevado de gastroscopias no están bien indicadas. La barrera idiomática y las diferencias culturales pueden ser una causa del elevado número de pruebas con indicaciones no adecuadas.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.059

VALORACIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA EN EL MODELO PORCINO: CUANTAS SON NECESARIAS REALIZAR ANTES DE PASAR AL PACIENTE?

A. Ono^a, E. Torrella^b, F. Alberca^a, R. Latorre^c, I. Ayala^c, M. Lozano^d, M. Alajarin^a, P. Esteban^b, F. Soria^e, E. Pérez Cuadrado^b, F. Carballo^a

^aHospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

^bHospital Universitario Morales Meseguer, Murcia

^cFacultad de Veterinaria, Universidad de Murcia

^dEndoscopias Murcia

^eCentro de Cirugía Minimamente Invasiva Jesús Uson, Cáceres

Introducción: La Disección endoscópica submucosa (DES) es una técnica desarrollada recientemente que permite la resección "en bloc" de lesiones neoplásicas superficiales. La gran ventaja frente a la mucosectomía endoscópica convencional es que permite la resección de lesiones mayores a 20 mm en un solo fragmento, disminuyendo así la posibilidad de recidiva local (1). Sin embargo, es una técnica prolongada en tiempo y dada la alta incidencia de complicaciones que se han observado, requiere mucha experiencia así como gran habilidad por parte del endoscopista (2). La posibilidad de evaluar la curva de aprendizaje en esta difícil técnica requiere de un entrenamiento inicial sea por supervisión de un experto en el área o mediante el uso de un modelo animal, concretamente, el estómago del cerdo, dada la similitud con el estómago humano. Gotoda y cols han reportado que, de su experiencia utilizando tanto estómagos de cerdos como cerdos vivos, permite al endoscopista mejorar su técnica en esta compleja resección en un periodo relativamente corto de tiempo con un experto (3).

La curva de aprendizaje para esta técnica mediante el uso del modelo porcino no ha sido definida hasta el momento actual.

Objetivos: Evaluar el procedimiento de DES mediante las siguientes variables: duración en minutos, tamaño de lesión resecada (en mm) y presencia o/no de complicaciones en una serie de 27 casos de DES en estómago y esófago de cerdo vivo y modelo de estómago ex-vivo.

Métodos: Se realizó la DES en cerdos vivos y modelos ex vivo. Dicho procedimiento consta de varias etapas: elaboración de una lesión artificial en la mucosa mediante el marcaje, elevación de la submucosa, precorte del área de resección, corte y disección de la lesión y finalmente recuperación de la lesión para medición de la misma. El tiempo se midió desde el inicio del marcaje hasta completar la disección. Dicho procedimiento fue realizado por 6 endoscopistas expertos en resecciones endoscópicas.

Resultados: El tiempo medio de duración del procedimiento fue de $37,3 \pm 9,04$ minutos, el tamaño medio de la lesión resecada fue de $21,37 \pm 15,91$ mm. La perforación se constató en 3 casos siendo todas transmurales, de las cuales dos ocurrieron durante la DES de endoscopistas con menos de 4 casos realizados.

Conclusiones: Si bien las lesiones resecadas han sido de un tamaño considerable, el tiempo prolongado que requiere la técnica y las dificultades que dicho procedimiento conlleva, determinan la necesidad de realizar un mayor número de DES en el modelo animal antes de poder iniciar el procedimiento en el paciente, con el objetivo de estandarizar dicha técnica.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.060

VARIABILIDAD EN EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES Y ESTÁNDARES DE CALIDAD EN COLONOSCOPIA

A. Sánchez del Río^a, J.R. Aparicio Tormo^b, J.S. Baudet Arteaga^c, R. Campo Fernández de los Ríos^d, J. Llach^e, A. Naranjo Rodríguez^f, A. Parra Blanco^g, D. Sánchez Muñoz^h, I. Salces Francoⁱ

^aClínica Hospiten Rambla, Tenerife

^bHospital General Universitario de Alicante

^cHospital Universitario N S La Candelaria, Tenerife

^dCorporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell

^eHospital Clinic i Provincial, Barcelona

^fHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

^gHospital Universitario de Canarias, Tenerife

^hHospital Valme, Sevilla

ⁱHospital 12 de Octubre, Madrid

Introducción y objetivos: Para iniciar programas de cribado de cáncer colorectal es necesario evaluar la calidad de la colonoscopia. Nuestros objetivos fueron desarrollar y validar un grupo de indicadores y estándares de calidad en colonoscopia fácilmente aplicables y determinar la variabilidad en el cumplimiento de dichos indicadores y sus estándares.

Pacientes y métodos: A partir de 21 indicadores potenciales de calidad se seleccionaron seis (consentimiento informado, medicación administrada, colonoscopia completa, complicaciones, pólipos extirpados y recuperados, detección de adenomas de colon en mayores de 50 años) mediante un proceso en el que se determinó su validez facial, de contenido, fiabilidad y viabilidad de su medición. Se estimaron la variabilidad del cumplimiento de los indicadores mediante el coeficiente de variación (CV) y de estándares mediante χ^2 .

Resultados: Se incluyeron un total de 1928 colonoscopias procedentes de ocho centros hospitalarios. Cada centro incluyó el mismo número de colonoscopias seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple con sustitución. Existía una importante variabilidad en el cumplimiento de algunos indicadores y estándares: medicación administrada (CV 43%, $p < 0,01$), registro de complicaciones (CV 37%, $p < 0,01$), todos los pólipos extirpados y recuperados (CV 12%, $p < 0,01$) y detección de adenomas en pacientes de más de 50 años (CV 2%, $p < 0,01$).

Conclusiones: Disponemos de seis indicadores de calidad en colonoscopia válidos, fiables y fácilmente aplicables. Existe una importante variabilidad en el cumplimiento de algunos indicadores y estándares, lo que aconseja el desarrollo de programas de mejora de la calidad en colonoscopia antes de la implantación del cribado de cáncer colorectal.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.061

Inflamación intestinal

ANÁLISIS DE LAS PREFERENCIAS DE PACIENTES RESPECTO AL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN EN BROTE Y EN MANTENIMIENTO

J. Sabater

Schering-Plough. España

Objetivo: Analizar las preferencias declaradas por los pacientes respecto al tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC).

Métodos: La técnica utilizada para la elicitación de las preferencias fue el análisis de conjunto (AC), técnica que permite establecer la importancia relativa de diferentes atributos en la provisión de un servicio. El AC consistía en dos cuestionarios (uno para el tratamiento de la EC activa y otro cuestionario para el mantenimiento). Los pacientes debían elegir entre dos tratamientos hipotéticos distintos que diferían en uno o varios de los siguientes atributos: tipo de administración, control de la enfermedad, producción de efectos adversos leves, efectos estéticos, efectos graves e incidencia de aparición de tumores. A estos atributos se les añadió otro respecto al coste del tratamiento para analizar la disponibilidad a pagar (DAP) de los pacientes a cambio de mejoras en los atributos. Cada cuestionario contenía una explicación detallada de los atributos y 18 elecciones entre dos pares de tratamientos. Los resultados fueron analizados utilizando una regresión probit de efectos aleatorios.

Resultados: 168 pacientes con EC completaron el cuestionario para brote y 208 el de mantenimiento. Todos los atributos tuvieron la polaridad esperada y contribuyeron de forma significativa a la elección de los pacientes, excepto para el atributo de efectos adversos leves que fue excluido del análisis. Respecto al brote, los pacientes presentaron una DAP de 144,4 €/mes por una reducción de un 1% en la probabilidad de experimentar un efecto adverso grave. La DAP por una reducción del 1% en la probabilidad de experimentar efectos adversos estéticos fue de 5,5 €/mes y de 13,5 €/mes por un aumento del 1% en la probabilidad de obtener respuesta clínica. En mantenimiento, los pacientes estuvieron DAP 1.112,4 €/mes por una disminución de un 1% en la incidencia de aparición de tumores, 22,7 €/mes por una reducción de un 1% en la probabilidad de experimentar un efecto adverso grave y 22,1 €/mes por un aumento de un 1% en la probabilidad de obtener respuesta clínica.

Conclusión: Los pacientes con EC tienen claras preferencias por los atributos. En el brote, los pacientes están dispuestos a aceptar elevadas probabilidades de aparición de efectos adversos estéticos y un aumento moderado en la probabilidad de aparición de efectos adversos graves a cambio de un aumento en la respuesta. Respecto al mantenimiento, los pacientes están dispuestos a aceptar la probabilidad de aparición de efectos adversos graves a cambio de un aumento en la probabilidad de respuesta pero no aceptarían aumentos en la incidencia de aparición de tumores. Los pacientes presentan una marcada aversión al riesgo de neoplasia. Esta actitud debe ser considerada a la hora de planificar el tratamiento, pero denota la necesidad de intervenciones formativas que capaciten a los pacientes para evaluar objetivamente el impacto real de los riesgos del tratamiento.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.062

ANÁLISIS MOLECULAR DE LA MICROBIOTA CÓLICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

J.R. Foruny^a, J.M. Sánchez-Calvo^b, A. López-San Román^a, R. del Campo^b, B. Peñas^a, D. Boixeda^a

^aGastroenterología

^bMicrobiología Clínica, Hospital "Ramón y Cajal", Madrid

Introducción: La búsqueda de un agente causal de la colitis ulcerosa (CU) se ve dificultada, pues los métodos de cultivo de heces o tejido no son representativos de la microbiota intestinal real.

Objetivo: Analizar los grupos bacterianos principales de la microbiota cólica en muestras de heces y de tejido de pacientes con CU, empleando métodos moleculares independientes de cultivo.

Métodos: 37 pacientes con CU (27 varones) y 33 voluntarios control (VC, 17 varones, colonoscopia como cribado de cáncer colorrectal, sin síntomas digestivos). Se recogieron heces y muestras de mucosa. Se extrajo ADN total con método manual con fenol-cloroformo. Se usó PCR cuantitativa (7300 Applied-Biosystem) para conocer el número de copias de 16SrADN de los grupos *Fusobacterium*, *Bacteroides-Prevotella-Porphyromonas*, y de las Bacterias Ácido Lácticas (BAL).

Resultados: En heces, no había diferencias significativas entre pacientes con CU y VC, aunque en los primeros hubo densidades más altas de *Bacteroides* y de *Fusobacterium*. Sin embargo, en mucosa, el número de copias del gen 16S rADN para *Bacteroides* y para *Fusobacterium* fue significativamente mayor en pacientes con CU que en VC ($p = 0,016$ y $p = 0,025$, respectivamente). No encontramos variaciones significativas en BAL, pero su densidad fue menor en la CU. La densidad bacteriana en heces y en mucosa no tuvo correlación, con valores generalmente más altos en la segunda.

Conclusión: Los pacientes con CU presentaron en mucosa densidades más altas de los anaerobios *Bacteroides* y *Fusobacterium*, comparados con voluntarios control. Se detectan densidades mayores de bacterias en la mucosa que en las heces, con escasa correlación entre uno y otro tipo de muestra.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.063

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN REMISIÓN

M. Iglesias^b, M. Barreiro^{a,b}, A. Figueiras^c, I. Vázquez^d, L. Nieto^b, R. Gómez^b, A. Lorenzo^a, J.E. Domínguez Muñoz^{a,b}

^aServ. Aparato Digestivo, HCU

^bFundación para la Investigación en Enfermedades del Aparato Digestivo

^cServ. Epidemiología, HCU

^dFacultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela

El papel de la ansiedad y depresión en pacientes con EC en remisión es incierto. Nuestra hipótesis es que a pesar de estar en remisión, los síntomas ansiosos y depresivos son frecuentes en EC.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con EC en remisión y potenciales factores que pueden influir en el desarrollo de esos síntomas.

Métodos: Se incluyeron pacientes con EC mayores de 18 años, que estuviesen en remisión durante al menos 6 meses. La remisión se definió como un Crohn's Disease Activity Index (CDAI) < 150 junto con una Proteína C-reactiva < 5 mg/l. Se recogieron datos socio-demográficos que incluían la edad, sexo, nivel de estudios completados, estado civil y hábito tabáquico. Los pacientes fueron clasificados según los distintos fenotipos de la Clasificación de Montreal, manifestaciones extraintestinales (ME), cirugía previa y desarrollo previo de corticodependencia y corticorresistencia. Asimismo también se evaluó el tratamiento empleado para el mantenimiento de la remisión. Los síntomas ansiosos y depresivos se evaluaron a través de la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Los resultados fueron analizados mediante regresión logística y se muestran como Odds Ratio con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes (48 hombres, edad media 37, rango 18 a 71 años). Un paciente no completó correctamente el cuestionario. Se encontraron síntomas ansiosos y depresivos en 36 (39%) y 22 (24%) pacientes respectivamente. El tratamiento con Infliximab de mantenimiento fue el único factor asociado con ansiedad (OR = 3,11; 95%IC: 1,03–9,43; p < 0,05). Por el contrario, la presencia de síntomas depresivos es menos frecuente en pacientes en tratamiento de mantenimiento con infliximab (OR = 0,16; 95%IC: 0,02–0,97; p < 0,05). Los pacientes con antecedentes de cirugía previa (OR = 13,01; 95%IC: 1,89–89,51; p < 0,01) y enfermedad ileal (OR = 8,26; 95%IC: 1,24–55,04; p < 0,05) desarrollan más síntomas depresivos.

Conclusiones: A pesar de estar en remisión clínica, un importante número de pacientes con EC presentan síntomas ansiosos o depresivos. El tratamiento con Infliximab parece asociarse con más ansiedad pero menos síntomas depresivos. Probablemente algunos de estos pacientes serían susceptibles de tratamiento psicológico.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.064

ANTAGONISMO IL-10-TNF α EN LA LAMINA PROPIA (LP) DEL INTESTINO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII). RELACIÓN CON LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ESTEROIDES

R. Santaolalla^a, J. Mañé^b, E. Pedrosa^b, V. Lorén^b, J. Mallolas^a, A. Carrasco^a, A. Salas^a, F. Fernández-Bañares^a, M. Rosinach^a, M. Forné^a, J.C. Espínós^a, M. Mañosa^a, C. Loras^a, M.A. Gassull^b, J.M. Viver^a, M. Esteve^a

^aServicios de Aparato Digestivo, Anatomía Patológica y Laboratorio de Investigación, Hospital Mútua de Terrassa, Fundació per la Recerca Mútua de Terrassa

^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol, CIBERehd

Introducción: En la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC) se produce un desequilibrio entre mediadores pro- y anti-inflamatorios. Existe poca información acerca de los cambios moleculares de los pacientes refractarios y sobre si estos predicen la respuesta.

Métodos: Se incluyeron 24 EC [10 h, 14 m; 38 \pm 3 años], 31 CU [17 h, 14 m; 45 \pm 3 años] clasificados en sensibles, dependientes y refractarios a esteroides y 23 controles [11 h, 12 m; 54 \pm 3,5 años]. Se tomaron 6 biopsias antes del tratamiento con esteroides y 7–10 días después. Se cuantificó la expresión de TNF α , IFN γ , IL-1 α , IL-12p40, IL-4, IL-10 por PCR a tiempo real como "fold increase" de los controles. TRAF-2 i TNF α se evaluaron mediante inmunohistoquímica. Los datos obtenidos se analizaron mediante tests no paramétricos y se calculó la capacidad predictiva de respuesta de IL-10.

Resultados: En la EC se detectó un incremento de IFN γ (respuesta Th1) respecto de la CU (p < 0,001), mientras que en la CU se detectaron valores más elevados de IL-1 α (p < 0,001), IL-10 (p = 0,03) e IL-4 (respuesta Th2, p = 0,07). IL-10 mostró la mayor relación con buena respuesta (Tabla; EC sensibilidad: 88%, especificidad: 66%). TNF α mostró una tendencia inversa no significativa (aumento en los pacientes refractarios), produciéndose una disminución de TNF α en la muestra post-tratamiento en las CU sensibles (p = 0,02). Se detectó una mayor expresión de TRAF2 en las CU respecto de la EC y los controles (p < 0,001). En la EC, sólo los pacientes dependientes y refractarios muestran un aumento de TRAF-2 respecto a los sensibles (p = 0,04).

	Sensibles	Dependientes	Refractarios	p
CU	40,0 (8,90–1355,9)	11,4 (0,24–989,17)	2,4 (0,23–26,82)	0,089
EC	4,6 (1,66–7,03)	0,4 (0,18–1,99)	0,3 (0,10–22,90)	0,006

Conclusiones: Aunque la expresión de IL-10 se relaciona con una buena resolución de la inflamación, la capacidad predictiva de respuesta es baja. La EII corticodependiente presenta un desequilibrio entre moléculas pro/antiinflamatorias similar a la refractaria, confirmando que constituye una forma menor de corticorefractariedad.

Estudio financiado por la Fundació la Marató de TV3 (Id.031730)

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.065

APOPTOSIS DE CÉLULAS INFLAMATORIAS DE LA LAMINA PROPIA (LP) DEL INTESTINO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN (EC). RELACIÓN CON LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ESTEROIDES

R. Santaolalla^a, J. Mañé^b, E. Pedrosa^b, V. Lorén^b, J. Mallolas^a, A. Carrasco^a, A. Salas^a, F. Fernández-Bañares^a, M. Rosinach^a, M. Forné^a, J.C. Espinós^a, M. Mañosa^b, C. Loras^a, M.A. Gassull^b, J.M. Viver^a, M. Esteve^a

^aServicios de Aparato Digestivo, Anatomía Patológica y Laboratorio de Investigación. Hospital Mútua de Terrassa. Fundació Mútua de Terrassa

^bServicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol, CIBERehd

Se ha afirmado, con datos muy limitados, que la resistencia a la apoptosis de los linfocitos es un mecanismo fisiopatológico intrínseco de inflamación de la EC, pero no de la colitis ulcerosa (CU).

Objetivo: Evaluar el fenotipo y la apoptosis de células inflamatorias de la LP de pacientes con EC activa.

Métodos: Se han incluido 22 EC [10 h, 12 m; 36 ± 2 años], 27 CU [14 h, 13 m; 44 ± 3 años], (clasificados en sensibles, dependientes y refractarios) y 10 controles [5 h, 5 m; 51 ± 3.5 años]. Se tomaron 10 biopsias antes del inicio de los esteroides y 7-10 días después. La tasa de apoptosis de células de la LP se evaluó por citometría de flujo [doble marcaje con CD3 (linfocitos T), CD38 (plasmáticas), CD19 (linfocitos B) y 7-AAD y anexina-V (apoptosis)] y por inmunohistoquímica (caspasa-3).

Resultados: En la muestra basal no se encontraron diferencias de CD3, CD19 y CD38 apoptóticos entre EC, CU y control. En los pacientes con EC sensible se detectó un incremento de CD19 apoptóticos respecto a dependientes y refractarios ($p = 0,03$), aumentando en la muestra post-tratamiento respecto a la basal ($p = 0,03$) sólo en pacientes sensibles. Los CD3 apoptóticos muestran una tendencia similar. En la muestra post-tratamiento (tabla) se detecta un % de CD3 y de CD19 apoptóticos y de expresión de caspasa-3 menor en pacientes dependientes y refractarios respecto de los sensibles. Estas alteraciones no se detectan en la CU.

Marcadores	Sensibles	Dependientes	Refractarios	p
%CD3 apop	$37,27 \pm 9,57$	$13,52 \pm 4,13$	$14,37 \pm 2,18$	0,032
% CD19 apop	$58,03 \pm 6,96$	$35,25 \pm 9,29$	$18,42 \pm 3,92$	0,004
% CD38 apop	$4,59 \pm 0,97$	$8,41 \pm 2,00$	$10,57 \pm 3,43$	0,186
caspasa 3	2,00 (1,00-3,00)	1,00 (1,00-2,00)	1,00 (1,00-2,00)	0,177

Conclusiones: 1. La resistencia a la apoptosis de los linfocitos T y B de la LP no es un defecto específico de la EC, sino de la EC con inflamación descontrolada. 2. En pacientes corticodependientes a pesar de la aparente buena respuesta inmediata, se detectan alteraciones celulares similares a las de los pacientes refractarios, demostrando que la corticodependencia es una forma menor de corticorefractariedad.

Estudio financiado por la Fundació la Marató de TV3 (Id.031730).

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.066

CÉLULAS T REGULADORAS FOXP3+ EN LA COLITIS MICROSCÓPICA

F. Fernández-Bañares^a, J. Casaltó^b, A. Salas^b, M. Esteve^a, M. Rosinach^a, M. Forné^a, J.C. Espinós^a, C. Loras^a, J.M. Viver^a

^aServicios de Digestivo y A

^bServicios de Patológica, Hospital Universitario Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona

La patogénesis de la colitis microscópica es desconocida, pero se ha sugerido la existencia de una base autoinmune y de alteraciones en la respuesta inmune a diversos antígenos. Las células T reguladoras (Treg) ejercen un control sobre los fenómenos de autoinmunidad y la respuesta inmune. Estas células Treg son CD25+ y se identifican específicamente por la expresión de Foxp3.

Objetivo: Evaluar la existencia de células Treg en la mucosa del colon pacientes con colitis colágena (CC), colitis linfocítica (CL) y colitis linfocítica paucicelular (CLP).

Métodos: Se incluyen 60 pacientes con colitis microscópica (20 CC, 20 CL, 20 CLP) y 10 sujetos control sin diarrea (CN). Se practicó inmunohistoquímica de cortes histológicos en parafina para CD3 (linfocitos intraepiteliales; n° por 100 células epiteliales), CD25 en lámina propia (score: 0 a 3), y FOXP3 en lámina propia. Los resultados se expresan como media \pm EEM o mediana (IQ) y se comparan mediante el análisis de varianza de Kruskal-Wallis, y la extensión Freeman-Halton del test de Fisher para una tabla de 2×3 .

Resultados:

	CC	CL	CLP	CN	p
CD3 (%)	$30,7 \pm 2,4$	$63,7 \pm 3,8$	$19,5 \pm 1,9$	$5,4 \pm 0,4$	$<0,0005$
CD25 (score)	1 (0 a 1)	1,5 (1 a 2)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	$<0,0005$

Un sujeto control expresó células CD25. En los grupos con colitis se apreció expresión de CD25 en 1/20 CLP, 19/20 CL y 14/20 CC ($p < 0,0001$), con predominio subepitelial. Por otro lado, se apreció inmunoreactividad para FOXP3 con localización de predominio subepitelial en 0/20 CLP, 12/19 CL (todos CD25+), y 14/20 CC (12 CD25+) ($p < 0,0001$). El sujeto control CD25+ fue FOXP3+. El paciente con CLP y CD25+ tuvo CC en el seguimiento.

Conclusión: Las células Treg CD25+/FoxP3+ se encuentran aumentadas en la lámina propia de los pacientes con CC y CL, sugiriendo que pueden jugar un papel en la patogénesis de estas enfermedades. La ausencia en pacientes con CLP sugiere que esta entidad no es una forma menor de CLP. La expresión de CD25+FOXP3+ puede ser útil en el diagnóstico diferencial de casos difíciles (Ajuda a la Investigació de la "Fundació La Marató TV3" n° 03-1810).

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.067

CIRUGÍAS NO PROGRAMADAS DEBIDAS A FRACASOS EN LA COLECTOMÍA POR COLITIS ULCEROSA

C. Taxonera^a, X. Calvet^{b,c}, J.P. Gisbert^{b,d}, L. Rodrigo^e, L. Bujanda^{b,f}, F. Muñoz^g, M. Ponce^{b,h}, F. Gomez-Camachoⁱ, I. Oyagüez^j, F.J. Sabater^k, M. Diaz-Rubio^a

^aH. Clínico San Carlos

^bCIBEREHD, Instituto de Salud Carlos III

^cH. Parc Taulí

^dH. La Princesa

^eH. Central de Asturias

^fH. de Donosita

^gH. Virgen Blanca

^hH. La Fe

ⁱH. Reina Sofía

^jPharmacoeconomics & Outcomes Research

^kSchering-Plough

Objetivo: Este estudio, parte del estudio COSCOL, tuvo como objetivo determinar la tasa de fracasos en la colectomía planificada y el número de cirugías no programadas que se requirieron para completar el procedimiento en pacientes en los que se practicó una colectomía total debido a colitis ulcerosa (CU).

Métodos: Se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes con CU que habían sufrido una colectomía completa en 35 centros. Los pacientes fueron seguidos durante un periodo mínimo de 24 meses desde la colectomía inicial recogiendo los fracasos producidos de la cirugía planificada y el número y el tipo de las cirugías no previstas en esta población.

Resultados: 209 pacientes con colectomía completa debida a la CU fueron incluidos en el estudio (44,5% mujeres, edad media $41,6 \pm 13,2$ años en el momento de la primera colectomía). Duración media de la enfermedad $5,0 \pm 6,3$ años, 19,6% con extensión izquierda y 80,4% extensa. 143 (68,4%) pacientes recibieron inmunosupresores. En un 46,9% de los pacientes la colectomía inicial fue realizada de urgencia. La cirugía planificada fracasó en 29 (13,9%) pacientes, no encontrándose diferencias significativas en las características basales de los pacientes con fracasos y los que no. La tabla muestra los fracasos de la colectomía planificada y el tipo de colectomía realizada finalmente. En la población con fracasos se realizaron 21 cirugías no programadas en 20 pacientes (13 resecciones del muñón rectal, 4 reileostomías, 3 proctectomías con ileostomía, 2 proctectomías, 1 proctectomía con anastomosis ileoanal y 1 cierre del muñón rectal con ileostomía).

Conclusiones: Hasta un 14% de las cirugías programadas fracasan. Solamente un 15% de las panproctocolectomías con anastomosis ileoanal desarrollan fracaso del reservorio que precisa resección de éste u ostomía permanente. La anastomosis ileorectal, considerada como un procedimiento inadecuado en los pacientes

con UC, fracasó en un 40% de los pacientes. El 69% de los pacientes con fracasos en la colectomía planificada se requirió al menos una cirugía no programada. (Véase tabla a pie de página)

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.068

COLECTOMÍA DEBIDA A COLITIS ULCEROSA: CIRUGÍAS FINALES Y TIEMPOS

C. Taxonera^a, X. Calvet^{b,c}, J.P. Gisbert^{b,d}, L. Rodrigo^e, L. Bujanda^{b,f}, F. Muñoz^g, M. Ponce^{b,h}, F. Gomez-Camachoⁱ, J.L. Mendoza^a, I. Oyagüez^j, F.J. Sabater^k

^aH. Clínico San Carlos

^bCIBEREHD, Instituto de Salud Carlos III

^cH. Parc Taulí

^dH. La Princesa

^eH. Central de Asturias

^fH. de Donosita

^gH. Virgen Blanca

^hH. La Fe

ⁱH. Reina Sofía

^jPharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia

^kSchering-Plough S.A.

Objetivo: En estudio, parte del estudio COSCOL, se describen los tipos de colectomías y el número de tiempos en los que se realizan en una población con colitis ulcerosa (CU) y con un elevado uso previo de inmunomoduladores.

Métodos: Se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes con CU que habían sufrido una colectomía completa entre 2000 y 2005 en 35 centros. Los pacientes fueron seguidos durante un periodo mínimo de 24 meses desde la colectomía inicial recogiendo los datos de todas las cirugías realizadas, programadas o no, hasta completar el procedimiento.

Resultados: 209 pacientes con colectomía total debida a la CU fueron incluidos en el estudio (44,5% mujeres, edad media $41,6 \pm 13,2$ años en el momento de la primera colectomía). Duración media de la enfermedad $5,0 \pm 6,3$ años, 19,6% con extensión izquierda y 80,4% extensa. 77 pacientes (36,8%) precisan cirugía temprana, definida como aquella que se realizó en menos de dos años desde el diagnóstico de la CU. 143 (68,4%) pacientes recibieron inmunosupresores (30,8% azatioprina y/o mercaptopurina y/o metotrexato sólo, 28% ciclosporina sólo, y 41,2% ambos). En un 46,9% de los pacientes la colectomía inicial fue realizada mediante un procedimiento de urgencia. La tabla I muestra los tipos de cirugía realizados y los tiempos necesarios para completar el proceso.

Conclusiones: Aunque la panproctocolectomía con anastomosis ileoanal es reconocida como la cirugía "gold standard" para la

Colectomía programada (nº)	% de fracaso		Colectomía realizada (nº)	
Panproctocolectomía+anastomosis ileoanal	132	15%	Panproctocolectomía+anastomosis ileoanal	112
			Proctocolectomía+ileostomía	13
			Proctocolectomía+anastomosis ileoanal+ileostomía	7
Proctocolectomía+ileostomía	48	4%	Proctocolectomía+ileostomía	46
			Colectomía+muñón rectal	2
Colectomía+anastomosis ileorectal	18	39%	Colectomía+anastomosis ileorectal (no fracaso)	11
			Proctocolectomía+ileostomía	5
			Proctocolectomía+anastomosis ileoanal	1
			Colectomía+muñón rectal	1
Colectomía+muñón rectal	11	0%	Colectomía+muñón rectal	11
TOTAL	209			209

Tabla: Tasa de fracasos en la colectomía programada y tipo de colectomía realizada

CU, solamente se realizó en un 54% de los pacientes. La colectomía debida a la CU supone una grave carga para los pacientes: el 75% de los pacientes requirieron al menos 2 cirugías y un 25% al menos 3 cirugías para completar el procedimiento y un 41% de los pacientes portan una ileostomía permanente.

Tabla I: Tipos de cirugía realizada y tiempos necesarios para completar el proceso

Tipo de colectomía	Número de tiempos			
	Nº	%	Nº de tiempos	Nº de pacientes
Panproctocolectomía+ anastomosis ileoanal	113	54%	1	3
			2	66
			3	43
			4	1
Proctocolectomía+ ileostomía	64	31%	1	28
			2	25
			3	6
			4	3
Proctocolectomía+ anastomosis ileoanal+ ileostomía	7	3%	5	2
			1	3
			2	1
			3	2
Colectomía+anastomosis ileorectal	11	5%	4	1
			1	6
			2	5
Colectomía+muñón rectal	14	7%	1	13
			2	1
TOTAL	209	100%		209

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.069

COLECTOMÍA EN COLITIS ULCEROSA: TASA Y TÉCNICAS EN UNA COHORTE HISTÓRICA

C. Saro Gismera^a, A. López San Román^b, C. de la Caba Ortiz^a, R. Tojo^a, R. García López^a, A. Palacio Galán^a, C.A. Navascués^a, A. Álvarez Álvarez^a, F.J. Román Llorente^a, J.M. Pérez-Pariente^a, M. Alvarez Posadilla^a

^aHospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, S. Ap. Digestivo

^bHospital Ramón y Cajal, Madrid, S. Ap. Digestivo

La colectomía en la colitis ulcerosa (CU), es una decisión terapéutica que se asocia con distintos aspectos de su evolución y no exenta de morbilidad.

Objetivo: Describir la causa, tipo de intervención y mortalidad asociada de 33 ptes que han sufrido colectomía en nuestra cohorte histórica de 636 CU, desde el diag hasta el 31 de Dic 2006 o la muerte.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo, poblacional, prospectivo. Incluimos 33 ptes (48,48% mujeres) intervenidos, de la cohorte de 636 ptes con CU, en el Área Sanitaria V de Gijón. Media de seguimiento de 12,90 años (en ptes vivos 15,68 años y muertos de 4,25 años). La Colectomía se clasifica como colectomía con ileostomía (CT+I), o con anastomosis ileo-rectal (CT-AIR), panproctocolectomía con ileostomía (PTC+I), panproctocolectomía con reservorio (PTC+R), y Colectomía parcial+colostomía(CP+C). Definimos cirugía precoz como intervención realizada en los primeros 2 años de enfermedad y cirugía urgente como la realizada

24 horas después de la decisión de operar. Mortalidad perioperatoria, la que se produce durante el año siguiente a la cirugía. Causas de Intervención: enf Aguda Grave, Crónica refractaria, Hemorragia Masiva y otras.

Resultados: Se han realizado 60 cirugías en 33 ptes (media: 1,81 cirugías /ptes; rango: 1 a 6). Causas de intervención: enf Aguda Grave, 18 (54,54%), Crónica refractaria, 9 (27,27%), Hemorragia Masiva, 5 (15,15%) y displasia, 1(3,03%). Tipo de Intervención: CT+I, 4 (12,12%); CT-AIR, 3 (9,09%); PTC+I, 18 (54,54%); PTC+R, 3 (9,09%) y CP+C, 5 (15,15%). Cirugía precoz, 19(57,57%). Cirugía urgente 24 (72,72%). Ningún cáncer colorectal. Mueren 8 ptes (24,24%); Mortalidad peri-operatoria, 7 (87,5%). La mortalidad se asocia con extensión (7 pancolitis 87,5%), negativamente con el hab de fumar (6 no fum y 1 ex-fumador) y cirugía precoz (6 pacientes 75%) y cirugía urgente (6 casos 25%). 2 de 13 (15,38%) pacientes operados mueren antes de 1990 y 6 de 20 (30%) después de 1991.

Conclusiones: Destacamos que la mayoría de los ptes se intervienen por complicación aguda grave con cirugía urgente. La tasa de mortalidad es alta, asociada a intervención urgente y precoz.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.070

¿CUÁN FRECUENTE ES LA PÉRDIDA DE RESPUESTA AL INFLIXIMAB Y LA NECESIDAD DE “INTENSIFICAR” EL TRATAMIENTO?

J.P. Gisbert^a, J. Panés^b

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clinic, Barcelona

Introducción: La información sobre la eficacia del infliximab en la enfermedad de Crohn a largo plazo (más allá de los 12 meses) es todavía muy limitada. En los pacientes con pérdida de respuesta al infliximab se ha recomendado “intensificar” el tratamiento (aumentando la dosis o disminuyendo el intervalo de administración).

Objetivo: Revisar cuán frecuente es la pérdida de respuesta al infliximab y la necesidad de “intensificar” el tratamiento.

Métodos: Se llevó a cabo una búsqueda en MEDLINE empleando los siguientes términos: infliximab AND “Crohn’s disease” AND (lose OR lost OR loss OR “dose escalation” OR intensification). Asimismo, se efectuó una búsqueda manual de los abstracts presentados en el congreso europeo (ECCO) y americano (DDW). Criterios de inclusión: estudios que evaluaran la pérdida de respuesta al infliximab y el requerimiento de intensificar dicho tratamiento (definido como un incremento de la dosis-generalmente de 5 a 10mg/kg- o un acortamiento del intervalo de administración-hasta cada 4 semanas) en pacientes con enfermedad de Crohn.

Resultados: Se identificaron 16 estudios en los que se evaluaba la incidencia de pérdida de respuesta al infliximab en pacientes con enfermedad de Crohn. Se incluyeron 2.236 pacientes, lo que supone un seguimiento total de 6.284 pacientes-año. La mayoría de los pacientes recibían el régimen de inducción habitual con 3 dosis (0, 2, y 6 semanas) seguido de tratamiento de mantenimiento cada 8 semanas. La pérdida de respuesta al infliximab se identificó, como media, en el 37% de los pacientes. Dado que la duración del seguimiento oscilaba notablemente entre los diversos estudios, se tuvo en cuenta el período de seguimiento de cada uno y se calculó la incidencia de pérdida de respuesta *anual* respectiva (por paciente y año de seguimiento). Así, el riesgo anual de pérdida de respuesta al infliximab calculado fue del 13% por paciente y año de tratamiento.

Conclusión: Una proporción variable pero relevante de pacientes con enfermedad de Crohn que reciben tratamiento con infliximab pierden respuesta a este fármaco. Estos hallazgos pueden interpretarse de dos maneras diferentes, pero compatibles. La perspectiva positiva destacaría que la eficacia del infliximab es relativamente duradera, ya que la mayoría de los pacientes que responden inicialmente continuarán haciéndolo al cabo de un año de haber iniciado el tratamiento. La interpretación negativa, por su parte, señalaría que una proporción significativa de pacientes con enfermedad de Crohn –más del 10% por paciente y año de tratamiento– perderá la respuesta al infliximab a largo plazo y requerirá un incremento de la dosis o una disminución del intervalo de administración.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.071

DÉFICIT DE VITAMINA B12 Y FOLATO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

F. Bermejo, A. Algaba, J.A. Carneros, B. Piqueras, M.P. Valer, S. Sánchez-Prudencio, F. García-Durán, E. Tomás, I. Guerra, S. García-Garzón, J.C. Villa, J.L. Rodríguez-Agulló

Servicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

Objetivo: La enfermedad de Crohn (EC) afecta con frecuencia el intestino delgado, lugar donde se absorbe el ácido fólico y la vitamina B12. El déficit de estas vitaminas puede asociarse a la aparición de alteraciones hematológicas y al incremento de los niveles de homocisteína, factor de riesgo de trombosis. Nuestro objetivo fue conocer la incidencia del déficit de estas vitaminas en pacientes con enfermedad de Crohn, y los posibles factores predictivos de aparición de dicho déficit.

Métodos: Estudio prospectivo durante 1 año en 96 pacientes con EC seguidos en consulta. Se consideró déficit de vitamina B12 y de folato los valores en sangre <200 pg/ml y <3 ng/ml, respectivamente. Se analizó la prevalencia y los posibles factores predictivos de aparición del déficit: resección de intestino delgado, localización de la EC, actividad de la enfermedad (índice de Harvey-Bradshaw), duración de la EC, sexo, edad, tabaco y necesidad de tratamiento de mantenimiento. Así mismo, se investigó la frecuencia de aparición de anemia macrocítica en los pacientes con déficit de vitamina B12 y/o folato, descartadas otras causas. Se utilizó como grupo control pacientes diagnosticados de Colitis Ulcerosa (CU) seguidos en nuestro centro ($n = 61$). Se excluyeron los pacientes que estaban en tratamiento con vitamina B12 y/o ácido fólico, y aquellos que tenían otras causas potenciales del déficit distintas a la EC.

Resultados: La edad media fue de $36,6 \pm 12$ años, 57% mujeres. Fumaban el 53%. La prevalencia del déficit de vitamina B12 en pacientes con EC fue del 17,7% (IC 95% 10,6–26,8%) comparado con el 3,3% (IC 95% 0,4–11,5%) en pacientes con CU ($p = 0,007$). Con respecto al déficit de folato, la tasa de incidencia en EC fue del 15,6% (IC 95% 9–24%) comparado con el 4,9% (IC 95% 1–13%) en CU ($p = 0,04$). El 17,6% (IC 95% 3,8–43%) de los pacientes con déficit de vitamina B12 y/o folatos presentaba anemia macrocítica. En el análisis univariado los únicos factores que se asociaron al déficit de vitamina B12 fueron la afectación del ileon (L1 o L3 de Montreal; $p = 0,006$), la existencia de actividad de la EC (índice Harvey-Bradshaw >2 ; $p = 0,001$) y la duración (EC de larga evolución; $p = 0,004$). En el estudio multivariante, los factores de riesgo para

el déficit de vitamina B12 fueron la existencia de afectación ileal (OR 9,86; IC 95% 1,2–80,8; $p = 0,03$) y de actividad de la EC (OR 5,37; IC 95% 1,6–17,7; $p = 0,006$). El único factor que se asoció al déficit de folato fue la existencia de actividad de la EC (OR 3,1; IC 95% 1,1–9,8; $p = 0,03$).

Conclusiones: El déficit de vitamina B12 y el de folato aparecen en una proporción significativa de pacientes con EC y pueden asociarse a anemia. Estos hallazgos refuerzan la actitud de controlar estas vitaminas en los análisis que se realizan periódicamente a los pacientes. Los pacientes con mayor riesgo de déficit de estas vitaminas son aquellos con enfermedad activa, así como los que tienen afectación ileal en el caso del déficit de vitamina B12.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.072

EFFECTO DEL TABAQUISMO SOBRE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA A MEDIO PLAZO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN DE DIAGNÓSTICO RECIENTE

Y. Zabana^a, E. García-Planella^b, M. Van Domselaar^c, M. Mañosa^a, J. Gordillo^b, A. López Sanromán^c, E. Cabré^a, E. Domènech^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

^bHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

^cHospital Ramón y Cajal, Madrid

Introducción: El tabaquismo aumenta el riesgo de desarrollar enfermedad de Crohn (EC). En pacientes con EC, el tabaquismo se ha asociado a un patrón más agresivo de la enfermedad, especialmente cuando existe afectación ileal y en mujeres, pero los datos disponibles son todavía contradictorios.

Objetivos: Evaluar el efecto del tabaquismo activo y su abandono sobre el desarrollo de complicaciones propias de la EC y sobre los requerimientos terapéuticos en los primeros años de la enfermedad.

Pacientes y métodos: Se identificaron pacientes con EC diagnosticados entre enero 1994 y diciembre 2003 de las bases de datos de 3 centros terciarios. Sólo se incluyeron aquellos pacientes diagnosticados, tratados y seguidos en un mismo centro. Los pacientes sometidos a cirugía resecciva en los 3 primeros meses desde el diagnóstico fueron excluidos. Se registraron los datos demográficos, epidemiológicos y clínicos (incluyendo tratamiento con esteroides, inmunomoduladores –IMM–, agentes antiTNF o cirugía, así como cambios en la clasificación de Montreal durante el seguimiento). Se recogió una historia detallada del hábito tabáquico mediante revisión del historial médico y, en caso necesario, mediante contacto telefónico.

Resultados: Se incluyeron 236 pacientes (56% varones), seguidos una media de 102 ± 38 meses. En el momento diagnóstico, 9% presentaban patrón penetrante y 12% estenosante, un 12% tenían enfermedad perianal y el 52% eran fumadores activos. Durante el seguimiento, 32% cambiaron su clasificación de Montreal (principalmente por desarrollo de complicaciones penetrantes, estenosantes–20%; o perianales–11%).

Los requerimientos terapéuticos fueron: 64% IMM, 19% antiTNF y 29% resección intestinal. Sólo un 14% de los fumadores abandonaron el tabaco (tiempo medio desde el diagnóstico 44 ± 32 meses). El tabaquismo activo no se asoció a un mayor riesgo de desarrollar complicaciones de la EC, a mayores requerimientos de IMM o cirugía. Sin embargo, los fumadores requirieron un mayor número de cursos de esteroides ($p = 0,005$) y hospitalizaciones ($p = 0,025$), y una clara tendencia a mayores requerimientos de antiTNF ($p = 0,055$). Cuando se excluyeron aquellos pacientes con EC

exclusiva de colon, el tabaquismo se asoció a mayores requerimientos de esteroides ($p = 0,018$), antiTNF ($p = 0,043$) y a un mayor riesgo de desarrollar enfermedad perianal ($p = 0,04$) durante el seguimiento. El abandono del tabaco no se correlacionó con una evolución clínica mejor, si bien la mayoría de pacientes que abandonaron el tabaco lo hicieron tras el desarrollo de complicaciones.

Conclusiones: El tabaquismo activo se asocia a unos mayores requerimientos terapéuticos y un mayor riesgo de enfermedad perianal a medio plazo en pacientes con EC recién diagnosticada, especialmente en pacientes con afectación ileal.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.073

EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DE FACTORES SOLUBLES ANGIOGÉNICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Algaba^a, P.M. Linares^b, I. Domínguez^b, I.D. Pousa^b, F. Bermejo^a, J.P. Gisbert^b, P. Nos^c, J.L. Rodríguez-Agulló^a

^aServicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

^bServicio de Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

^cServicio de Digestivo, Hospital La Fe, Valencia

Antecedentes y objetivos: IFX es un anticuerpo monoclonal quimérico frente a TNF α , eficaz en el tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). La eficacia de dicho tratamiento podría estar relacionada con la modificación de distintas proteínas angiogénicas, como son algunos miembros de la familia génica del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF y PlGF), las angiopoyetinas (Ang1 y Ang2) y su receptor (Tie2). Diversos estudios revelan un aumento de las concentraciones séricas de VEGF en pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) en comparación con controles sanos, y únicamente existe un trabajo en el que se ha observado un decremento de las concentraciones séricas de VEGF en los pacientes con EC tras la infusión de IFX. Nuestro objetivo fue comparar las concentraciones de estas proteínas angiogénicas en pacientes con EII y en controles sanos y analizar su modificación durante el tratamiento con IFX.

Métodos: Estudio prospectivo y caso-control en 30 individuos sanos y 12 pacientes con EII que inician tratamiento con IFX en pauta de inducción+mantenimiento. Se obtuvo una muestra sérica de los individuos sanos y 4 de los pacientes con EII coincidiendo con los momentos previos a las 4 primeras dosis de IFX (semana 0, 2, 6, y 14). Las concentraciones de VEGF, PlGF, Ang1, Ang2 y Tie2 se determinaron mediante ELISA.

Resultados: Edad media de los controles 43 ± 13 años, 50% varones. De los 12 pacientes con EII, 11 presentaban EC y 1 Colitis Ulcerosa; su edad media fue de $35,4 \pm 8$ años, 75% mujeres, 50% fumadores y 50% en tratamiento concomitante con corticoides y azatioprina. En todos los casos hubo respuesta al tratamiento con IFX (CDAI/Truelove-Witts). Los pacientes con EII tuvieron concentraciones significativamente más altas de Ang-2 ($p = 0,001$) y su receptor Tie-2 ($p = 0,000$) que los controles. No se encontraron diferencias significativas para el resto de proteínas. En los pacientes con EII, se observó una tendencia a presentar valores más bajos de Ang1 que los controles. Las concentraciones de VEGF, PlGF, Ang1, Ang2 y Tie2, no se modificaron significativamente durante el tratamiento con IFX.

	VEGF (pg/ml)	PlGF (ng/ml)	Ang-1 (ng/ml)	Ang-2 (ng/ml)	Tie-2 (ng/ml)
Controles Sanos	335 ± 118	23 ± 9	67 ± 23	4 ± 2	22 ± 7
Pre tratamiento	333 ± 206	21 ± 10	56 ± 17	$9 \pm 6^*$	$80 \pm 46^*$
Semana 2	231 ± 159	19 ± 7	55 ± 19	8 ± 7	73 ± 47
Semana 6	284 ± 206	17 ± 6	49 ± 19	8 ± 5	74 ± 47
Semana 14	321 ± 221	18 ± 6	$45 \pm 17^*$	8 ± 4	70 ± 41

*Valores significativos ($p < 0,05$) respecto a los controles sanos.

Conclusiones: 1. Existen diferencias significativas entre las concentraciones séricas de Ang2 y Tie2 de los pacientes con EII y las de los controles sanos. 2. La eficacia del tratamiento con IFX no parece estar relacionada con modificaciones en las concentraciones de los factores angiogénicos, VEGF, PlGF, Ang1, Ang2 y Tie2, aunque es posible que se requiera un mayor tamaño muestral para confirmarlo.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.074

EFICACIA DE LA AZATIOPRINA Y LA MERCAPTOPURINA EN LA COLITIS ULCEROSA. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

J.P. Gisbert^a, P.M. Linares^a, A.G. McNicholl^a, J. Maté^a, F. Gomollón^b

^aServicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

^bServicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario, Zaragoza

Objetivo: 1) Revisar sistemáticamente la eficacia de la azatioprina (AZA) y la mercaptopurina (MP) en la colitis ulcerosa (CU); y 2) realizar un metaanálisis de los ensayos clínicos aleatorizados que evalúan la eficacia de la AZA o la MP en la inducción o el mantenimiento de la remisión clínica de la CU.

Métodos: Selección de estudios: que evaluaran el tratamiento con AZA o MP oral para la inducción o el mantenimiento de la remisión clínica de la CU. En el metaanálisis se incluyeron los ensayos clínicos aleatorizados que compararan AZA/MP frente a placebo o 5-aminosalicilatos. Estrategia de búsqueda: electrónica y manual. Evaluación de la calidad de los estudios: independientemente por dos revisores. Síntesis de los datos: por "intención de tratar".

Resultados: Se incluyeron 30 estudios no controlados (con un total de 1.632 pacientes) en la revisión sistemática. La eficacia media de la AZA/MP fue del 65% (IC 95% = 62–67%): 65% en la inducción y 76% en el mantenimiento de la remisión. Se incluyeron 7 estudios controlados en el metaanálisis (uno evaluó la AZA/MP únicamente en la inducción, 3 en el mantenimiento de la remisión, y 3 tanto en inducción como en mantenimiento). Tres estudios incluyeron un grupo control con placebo, y en 4 la mesalazina/sulfasalazina se empleó como control. 1) Inducción de la remisión: Cuatro estudios (incluyendo 89 pacientes tratados con AZA/MP) demostraron una eficacia media del 73%, frente al 64% en el grupo control (OR = 1,59; IC 95% = 0,59–4,29). 2) Mantenimiento de la remisión: Seis estudios (incluyendo 124 pacientes tratados con AZA/MP) demostraron una eficacia media del 60%, frente al 37% en el grupo control (OR = 2,56; IC 95% = 1,51–4,34). Cuando únicamente

se consideraron los 3 estudios que comparaban AZA/MP frente a placebo, la OR fue de 2,59 (IC 95% = 1,26–5,3), la reducción absoluta del riesgo fue del 23%, y el “número necesario a tratar” (NNT) para prevenir una recidiva fue de 5. Los resultados de los 3 estudios que comparaban AZA/MP frente a 5-aminosalicilatos fueron heterogéneos, por lo que no pudieron ser combinados.

Conclusión: Los fármacos tiopurínicos son eficaces tanto para la inducción como, sobre todo, para el mantenimiento de la remisión clínica de la CU. El presente metaanálisis confirma que la AZA/MP es más efectiva que el placebo para prevenir la recidiva de la CU, con un NNT de 5 y una reducción absoluta del riesgo del 23%.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.075

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL METOTREXATO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA DEL GRUPO DE MADRID

Y. González-Lama^{a,b}, C. Taxonera^c, A. López-Sanromán^d, J.L. Pérez-Calle^e, F. Bermejo^f, R. Pajares^g, A.G. McNicholl^a, V. Opio^b, J.L. Mendoza^c, P. López^e, A. Algaba^f, J. Estellés^c, A. Barbero^a, J. Mendoza^a, J. Maté^a, J.P. Gisbert^a

^aServicios de Aparato Digestivo de HU La Princesa

^bServicios de Aparato Digestivo de HU de Getafe

^cServicios de Aparato Digestivo de H Clínico San Carlos

^dServicios de Aparato Digestivo de Ramón y Cajal

^eServicios de Aparato Digestivo de FH Alcocón

^fServicios de Aparato Digestivo de HU de Fuenlabrada

^gServicios de Aparato Digestivo de HU La Paz, En representación del Grupo para el Estudio de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal de Madrid (ENICMAD)

Introducción: Existe evidencia de la utilidad del metotrexato (MTX) en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero su papel en la actualidad es secundario, principalmente por una falta de experiencia en su uso y un supuesto perfil desfavorable de efectos adversos.

Objetivos y métodos: Presentar una serie retrospectiva de pacientes con EII tratados con MTX en diferentes hospitales de la Comunidad de Madrid.

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes: 80% enfermedad de Crohn (EC), 37% varones, 41 años de edad media (rango 20–60). Las características de los pacientes según la clasificación de Montreal fueron, para la EC: 5%A1, 75%A2, 19%A3; 39%L1, 12%L2, 42%L3, 7%L4; 54%B1, 19%B2, 26%B3; y 21%p; y para la colitis ulcerosa (CU): 43%E2, 57%E3. El 94% de los pacientes recibieron MTX por corticodependencia y el resto por corticoresistencia. El MTX se inició a una dosis media de 21 (rango 13–28) mg/semana; el 82% de los pacientes respondió (remisión clínica 28%). El 88% de los pacientes siguieron tratamiento de mantenimiento, a una dosis media de 15 mg/semana (rango 8–25) durante una media de 17 meses (rango 1–108), ya fuera por vía oral (33%), intramuscular (22%) o subcutánea (44%). En este periodo, el 39% de los pacientes perdió respuesta, una media de 57 semanas después de iniciar el tratamiento, y sólo un 2% mejoraron el resultado obtenido durante la fase de inducción. Esto obligó a cambiar de tratamiento en la mayoría de los casos, salvo en 5 pacientes, en los que se aumentó la dosis (consiguiéndose la respuesta en 3). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la obtención de respuesta clínica en función del tipo de enfermedad, la vía de administración o la clasificación de Montreal. La dosis media acumulada de MTX a lo largo del seguimiento fue de 1.108 mg (rango 25–6.480). Se detectó hepatotoxicidad en 10 pacientes (15%)

y sólo en 1 caso (2,4%) se encontraron datos ecográficos de hepatopatía crónica. Hubo 4 casos de mielotoxicidad (5%), 1 (1,5%) de enterocolitis, alopecia, estomatitis o rash cutáneo, y 10 (13%) de síntomas gastrointestinales. No se detectó ningún caso de neumonitis. Fue necesario suspender el tratamiento en 4 (5%) pacientes. El riesgo de sufrir hepatotoxicidad no se relacionó con la dosis acumulada de MTX. Se realizó elastografía hepática (FibroScan) a 47 pacientes. En los pacientes con hepatotoxicidad la elasticidad media fue de 6.2 KPa (rango 3,5–15,3); la prueba fue normal o con fibrosis leve (F0 o F1) en el 86%, y avanzada en 1 caso, sin encontrarse diferencias en la elasticidad ni en el grado de fibrosis frente a los pacientes sin hepatotoxicidad por MTX.

Conclusiones: El MTX es un tratamiento eficaz en la inducción de la remisión de la EII, aunque su eficacia disminuye frecuentemente a lo largo del seguimiento. Es seguro a largo plazo, con una frecuencia baja de efectos secundarios. La hepatotoxicidad por MTX es poco frecuente y rara vez supone un problema clínicamente relevante.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.076

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

L. Vida Pérez, V. García Sánchez, E. Iglesias Flores, F. Gómez Camacho, L. Castillo Molina, J.M. Gallardo Valverde, G. Castro Triguero, C. Gálvez Calderón, J.F. de Dios Vega

Unidad Clínica de Aparato Digestivo del Hospital Reina Sofía, Córdoba

Introducción: Adalimumab se ha aprobado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC). Su eficacia y seguridad ha sido demostrada en ensayos clínicos. Sin embargo, estos resultados pueden no ser un claro reflejo de su efecto en la práctica clínica ya que tratan a pacientes en condiciones ideales pero, probablemente, irreales.

Objetivos: Valorar la eficacia y seguridad de adalimumab en la EC luminal activa y enfermedad perianal (EP) en la práctica clínica habitual.

Pacientes y método: Estudio observacional con 47 pacientes con EC que comenzaron tratamiento con adalimumab a dosis de 160 mg/ 80 mg a las 2 semanas. Los pacientes que experimentaron mejoría clínica o no respondieron (condiciones clínicas aceptables) continuaron tratamiento con 40 mg/2 semanas. Todos fueron valorados cada 2 semanas durante los primeros 3 primeros meses y posteriormente cada 3 meses, así como si presentaban alguna sintomatología. La pauta de tratamiento se modificó para mejorar respuesta, por pérdida de eficacia o por aparición de efectos secundarios. Se definió remisión: CDAI < 150 y/o cierre completo de fistulas y, respuesta: descenso del CDAI por debajo de 100 con respecto al basal y/o un drenaje > 50% de las fistulas perianales. Se recogieron los efectos adversos experimentados durante el seguimiento.

Resultados: La indicación tratamiento fue por enfermedad luminal en 34 (72%) y en 13 (28%) por EP. Habían recibido tratamiento con infliximab 21 pacientes (45%) y el 72% (34) estaban en tratamiento inmunomodulador. En la EC luminal: 32 cumplieron 4 semanas de tratamiento: 17 (53%) presentaron respuesta y 9 (28%) remisión. Veinte y siete continuaron hasta la semana 12 aumentando el porcentaje de remisión a 13 pacientes (48%). Durante el seguimiento se modificó el tratamiento en 9: 4 (16%) para mejorar respuesta, 3 (12%) por pérdida de eficacia y 2 (8%) por efectos

secundarios. La respuesta mejoró y/o se recuperó en más de la mitad de los pacientes. De los 12 con EP, 7 (58%) respondieron y 5 (42%) presentaron un cierre completo de las fístulas a las 4 semanas. Once llegaron a las 12 semanas, manteniendo similar porcentaje de respuesta/remisión. Durante el seguimiento, se modificó el tratamiento en 3 (27%): 2 para mejorar respuesta y 1 por pérdida de eficacia (consiguiendo el objetivo terapéutico). La dosis de 40 mg/2 semanas fue la más frecuente utilizada (72%). La duración media del tratamiento fue 73 ± 125 semanas. Seis pacientes (14%) presentaron efectos secundarios: 4 de tipo infeccioso, una insuficiencia cardíaca y otro, edemas. Ni el tratamiento con infliximab previo ni el uso de inmunomoduladores se asoció a la respuesta con adalimumab.

Conclusiones: En la práctica clínica, adalimumab es un tratamiento eficaz para inducir y mantener la respuesta de la EC activa y EP. Su empleo hasta la 12 semana puede mejorar la respuesta en pacientes que no alcanzan la remisión a corto plazo. Adalimumab es un fármaco bien tolerado a largo plazo.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.077

EL TABAQUISMO ACTIVO NO INFLUYE EN LA RESPUESTA A AZATIOPRINA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CORTICODEPENDIENTE

S. Carrión^a, E. García-Planella^b, M. Mañosa^a, J. Gordillo^b, E. Cabré^a, M. Poca^b, E. Domènech^a, C. Guarnier^b

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

^bHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducción: La influencia del tabaquismo sobre el riesgo de desarrollar enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU) y sobre su curso clínico es bien conocido. Algunos estudios han sugerido, además, que podría influir en la respuesta a determinados fármacos como infliximab. Sin embargo, este aspecto no se ha evaluado adecuadamente en relación a azatioprina (AZA).

Objetivos: Evaluar la respuesta a AZA en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) según el hábito tabáquico al inicio del tratamiento y en su seguimiento.

Pacientes y métodos: Se revisaron todos los pacientes con EII que iniciaron AZA por corticodependencia en 2 centros terciarios. Se definió *respuesta* como la remisión libre de esteroides durante al menos 6 meses evaluada a los 12 meses de iniciado el tratamiento. Se registraron datos clínicos al diagnóstico, al inicio de AZA y durante el seguimiento. Sólo se incluyeron aquellos pacientes de los que se disponía de información detallada del hábito tabáquico en distintos momentos (diagnóstico EII, inicio AZA, seguimiento posterior), ya fuera a partir del historial médico o, en caso necesario, por contacto telefónico.

Resultados: Se incluyeron 163 pacientes (103 EC, 60 CU). El 55% de pacientes con EC y 16% con CU eran fumadores activos en el momento de iniciar AZA. En el 15% de pacientes (20% de EC, 6% de CU) tuvo que retirarse AZA por intolerancia. El 72% de pacientes con EC y el 61% de CU presentaron respuesta clínica. El hábito tabáquico no influyó en el intervalo entre diagnóstico de EII e inicio de AZA, la tasa de respuesta a AZA, la necesidad de tratamientos de rescate, ni en el desarrollo de complicaciones penetrantes/estenotantes (EC) o progresión proximal (CU) de la EII. Sin embargo, los pacientes con EC que siguieron fumando requirieron un mayor número de cursos de esteroides durante el seguimiento. El tabaquismo tampoco influyó en ninguna de estas variables cuando se evaluaron según tipo de EII, localización (colon exclusivo o no) o sexo.

Conclusiones: El tabaquismo activo no influye en la respuesta a AZA en la EII corticodependiente.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.078

EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON INFLIXIMAB REDUCE LA PÉRDIDA DE PRODUCTIVIDAD Y EL CONSUMO DE RECURSOS DIRECTOS EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

M.I. Vera^a, C. Taxonera^b, B. Álvarez^a, R. García^b, J. de la Revilla^a, J.L. Mendoza^b, C. Rubio^c, L. Abreu^a

^aHospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

^bHospital Clínico San Carlos, Madrid

^cHealth Value, Madrid

Objetivo: Evaluar el efecto del tratamiento de mantenimiento con Infliximab (IFX) durante un año sobre la pérdida de productividad y los recursos sanitarios en pacientes con E. de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU).

Material y método: Estudio retrospectivo de dos centros de la Comunidad de Madrid en pacientes con EC y CU tratados con IFX (5 mg/kg, 0, 2, 6 y cada 8 semanas durante un año). Se evaluaron la pérdida de productividad y los recursos directos durante un año antes y después del inicio de IFX. Los resultados fueron comparados con el test de McNemar para las variables categóricas y el test de Wilcoxon para las variables continuas. Se consideró significativa la $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes con EC y CU (72% EC, 69% mujeres). Edad media $51,4 \pm 17,5$ años, duración media de la enfermedad $10,5 \pm 7,2$ años y la edad media al diagnóstico $44,9 \pm 18,9$ años. 22% eran fumadores activos y 31% eran ex-fumadores. 38% manifestaciones extraintestinales. La localización en la EC: 72% ileocolica, 12% ileal y 16% colonica. El 85,7% de las CU eran universales y el 14,3% distales. El 64% de la EC luminal y el 36% fistulizante. Los pacientes recibieron una media de 8 infusiones al año con una dosis media de 321 mg por infusión y paciente. La tabla muestra los resultados del estudio.

Conclusiones: El tratamiento de mantenimiento con IFX en pacientes con EC y CU reduce la pérdida de productividad y los recursos directos utilizados.

Tabla: Recursos sanitarios por paciente y año antes (pre-IFX) y después (post-IFX) del tratamiento con IFX

Recursos sanitarios por paciente	Todos los pacientes		
	pre-IFX	post-IFX	P
Pérdida de productividad (días)	96,4	25,7	0,01
% de pacientes hospitalizados	50%	19%	0,00
Nº medio hospitalizaciones	0,69	0,22	0,00
Estancia media en hospitalizados (días/año)	8,66	1,13	0,00
% pacientes intervenidos	19%	9%	NS
Nº medio cirugías	0,23	0,13	NS
Nº medio visitas a urgencias	0,7	0,47	NS
Nº medio consultas	6,5	5,16	0,00
Nº medio de exploraciones radiológicas	1,44	0,38	0,00
Nº medio endoscopias	0,88	0,38	0,00

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.079

ELABORACIÓN DE UN ÍNDICE OBJETIVO PARA PREDECIR LA DISCAPACIDAD EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

X. Calvet^{a,c}, M. Vergara^{a,c}, A. Montserrat^{a,c}, F. Casellas^{b,c},
O. Gallardo^a, M. Miquel^{a,c}, M. Casas^a, D. Suarez^d

^aServicio de Digestivo, Universidad Autónoma de Barcelona, Corporació Sanitària Parc Tauli, Sabadell

^bServicio de Digestivo, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona

^cCIBERehd, Instituto de Salud Carlos III

^dUnidad de Epidemiología, Fundació Parc Tauli

Existen muy pocos datos sobre la evaluación de la discapacidad en la enfermedad de Crohn (EC). Recientemente nuestro grupo ha elaborado y validado un cuestionario que evalúa la percepción de la discapacidad en la enfermedad de Crohn (CPDEC). Sin embargo, no hay ningún índice para medir de forma objetiva esta discapacidad.

Objetivo: Elaborar un índice objetivo para cuantificar la discapacidad en la EC.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con EC laboralmente activos o de baja laboral temporal. Se recogieron los datos demográficos y clínicos de la EC. La actividad de la EC se cuantificó según el índice de Harvey. Asimismo los pacientes rellenaron el CPDEC que consta de 16 preguntas. Cada pregunta presenta una escala de Likert que oscila de 1 a 4 según la gravedad (rango de puntuación de 16-64). Con los datos obtenidos se realizó una regresión lineal normal multivariable y se elaboró un índice predictivo de discapacidad.

Resultados: Se incluyeron 108 pacientes con EC, (52 hombres y 56 mujeres; edad de inicio $26,5 \pm 9,5$), de localización en ileon en el 43,5%, en colon en el 22,2% e ileocólica en el 34,3%. El 64,8% de los pacientes estaban inactivos de la EC (índice de Harvey ≤ 2) y un 35,2% presentaban actividad de la EC. El 33% de los pacientes habían sido intervenidos quirúrgicamente en alguna ocasión. El número de visitas médicas al año era de $5,9 \pm 5,8$ y los días de baja laboral en el último año de $27,7 \pm 67$. La regresión lineal mostró que la actividad de la EC, los días de baja laboral al año, el antecedente de intervenciones quirúrgicas previas y el número de visitas médicas al año se correlacionaban con el CPDEC ($R^2 = 0,49$). Con los datos obtenidos de la regresión lineal se elaboró un modelo predictivo y objetivo de la discapacidad con la siguiente ecuación: $27,5 + 3,94(\text{si baja laboral}) + 0,26 \times (\text{nº visitas}) + 2,37(\text{si intervenciones quirúrgicas}) + 1,2 \times (\text{índice de Harvey})$.

Conclusión: El índice de discapacidad podría predecir con datos objetivos la discapacidad en la EC. Es necesario en un futuro la validación prospectiva de este índice preliminar para evaluar su aplicabilidad.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.080

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS BK EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

I. Marín-Jiménez^a, V. Flores^a, J. Ledesma^b, E. Bouza^b, P. Muñoz^b,
M. González-Nicolás^b, L. Menchén^a, S. San Pedro^a

^aServicio de Digestivo, Hospital General Universitario Gregorio Marañón

^bServicio de Microbiología-Enfermedades infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERES-GESITRA

Introducción: El poliovirus BK (VBK) es un virus de pequeño tamaño que infecta ampliamente a la población mundial. Tras la infección primaria, que ocurre durante la niñez, el virus permanece latente principalmente en el riñón. En estados de inmunosupresión (IS) el VBK es capaz de reactivarse causando enfermedad. En pacientes trasplantados y con SIDA, el virus BK ha causado nefritis intersticial aguda, meningoencefalitis, neumonitis y retinitis. Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen un estado basal de IS, que puede incrementarse por los diferentes tratamientos con efecto IS utilizados en este tipo de pacientes. Ningún trabajo ha valorado la prevalencia de la infección por el virus BK en pacientes con EII.

Objetivo: Determinar la prevalencia de infección por el VBK en pacientes con EII tratados en nuestro hospital.

Materiales y métodos: Se analizaron prospectivamente muestras de sangre y orina de pacientes con EII, durante el período comprendido entre abril de 2008 y noviembre de 2008. Se utilizó un grupo control de voluntarios sanos, pareados por edad y sexo con nuestra población a estudio. Las muestras se analizaron mediante *nested* PCR de una región del gen del antígeno T. Las muestras positivas fueron cuantificadas mediante PCR a tiempo real con sondas Taqman homólogas con una región del gen VP1.

Resultados: Se analizaron 52 muestras de orina y plasma de 26 pacientes (14 mujeres, 12 hombres, edad media $46,5 \pm 18,1$ años; 34,6% colitis ulcerosa (CU), 61,5% enfermedad de Crohn (EC), y 3,85% colitis indeterminada). Estos pacientes estaban recibiendo los siguientes tratamientos inmunosupresores: corticoides sistémicos (30,8%), azatioprina/6-mercaptopurina (30,8%), metotrexato (3,8%), infliximab (7,7%), adalimumab (15,4%). Ninguno de estos pacientes presentaba insuficiencia renal. El grupo control consistía en 25 voluntarios sanos (14 mujeres, 11 hombres, edad media $44,8 \pm 14,0$ años). Se detectó viruria en 16 muestras (61,5%) de los pacientes con EII, aunque ninguno de los pacientes virúricos presentaba deterioro de la función renal. La carga viral media de virus BK en orina fue baja; sólo 4 pacientes tuvieron cargas virales altas (3 EC, 1 CU; todos ellos tomaban tratamiento inmunosupresor: 2 corticoides sistémicos y azatioprina, 1 infliximab y azatioprina, y 1 infliximab). No se detectó viremia por BKV en el grupo de pacientes con EII. En el grupo control 5 voluntarios tuvieron viruria positiva (21,7%) y se detectó viremia en una paciente.

Conclusiones: La eliminación del VBK en orina de pacientes con EII es más frecuente (61,5%) que en voluntarios sanos (21,7%) ($p = 0,003$). Los pacientes con cargas virales en orina más altas estaban tomando uno (25%) o dos (75%) tratamientos inmunosupresores. No se detectó viremia del virus BK en los pacientes con EII. Son necesarios más estudios para valorar el verdadero significado de la infección por el virus BK en pacientes con EII.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.081

EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LA COLITIS ULCEROSA EN PACIENTES RESPONDEDORES A UN PRIMER CURSO DE ESTEROIDES

E. García-Planella^a, M. Mañosa^b, M. Van Domselaar^c, J. Gordillo^a,
Y. Zabana^b, E. Cabré^b, C. Guarner^a, A. López San Román^c,
E. Domènech^b

^aHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

^cHospital Ramón y Cajal, Madrid

Introducción: Aunque es conocida la respuesta a un primer curso de corticosteroides (CS) a corto y medio plazo en pacientes

con colitis ulcerosa (CU), la evolución a largo plazo de aquéllos que han requerido CS y han presentado buena respuesta inicial ha sido poco evaluada.

Objetivos: Evaluar la evolución clínica a largo plazo e identificar factores predictivos mala evolución en pacientes con CU respondedores a un primer curso de CS.

Pacientes y métodos: Pacientes con CU (no proctitis) diagnosticados desde enero de 1995 y seguidos en alguno de los 3 centros participantes al menos desde la prescripción del primer curso de CS para el tratamiento de un brote moderado o grave de CU. Sólo se incluyeron los pacientes que respondieron a CS y que no siguieron tratamiento de mantenimiento con inmunomoduladores o anti-TNF. Se registraron datos clínicos al diagnóstico, en el momento de prescribir el primer curso de CS y durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes (59% varones; media de edad $35,5 \pm 13,4$ años). El brote índice fue de actividad moderada en 80% y grave en 20%; en ese momento, 51% de los pacientes presentaban una CU extensa y 49% izquierda, y el 9% eran fumadores activos. El 98% de los pacientes siguieron tratamiento de mantenimiento tras los CS con mesalazina (dosis media: $2,5 \pm 0,7$ g/día). La media de seguimiento fue de $83,5 \pm 44,7$ meses. Durante el seguimiento, 7% de los pacientes con CU izquierda presentaron progresión proximal de la enfermedad, y el 70% del total presentó recidiva. El 63% de pacientes requirió reintroducción de CS (probabilidad acumulada: 37%, 61%, 65% a 1, 3, y 5 años). El 55% de pacientes iniciaron inmunomoduladores durante el seguimiento (probabilidad acumulada: 31%, 46%, 52% a 1, 3, y 5 años), e infliximab un 22%. Sólo el 11% de pacientes fueron colectomizados. La probabilidad acumulada de corticodependencia resultó del 26%, 35%, y 38%, a 1, 3, y 5 años, y la de corticorretractariedad en nuevos brotes del 9%, 17%, y 20%, respectivamente. Sexo, edad, extensión de la CU y gravedad del primer brote tratado con CS no se asociaron a una peor evolución. Sin embargo, el tiempo entre diagnóstico y primer brote tratado con CS se correlacionó de forma inversa con la probabilidad de desarrollar un brote corticorretractario en el seguimiento.

Conclusiones: La evolución a largo plazo en pacientes con CU que responden a un primer curso de CS es buena y con una baja probabilidad de colectomía, aunque casi la mitad de ellos van a requerir tratamiento con inmunomoduladores principalmente por desarrollo de corticodependencia.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.082

FACTORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA A INFLIXIMAB EN LA COLITIS ULCEROSA MODERADA Y GRAVE

O. García-Bosch, M. Aceituno, I. Ordás, J. Etchevers, M. Sans, F. Feu, E. Ricart, J. Panés

Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Clínico de Barcelona

Introducción: La eficacia de infliximab en el tratamiento del brote moderado y grave de la colitis ulcerosa ha sido demostrada en diversos estudios, si bien la proporción de pacientes que obtienen la remisión ha sido inferior al 50%. La identificación de factores predictivos de respuesta al tratamiento sería útil para seleccionar a los pacientes.

Objetivos: Evaluar la eficacia clínica de infliximab en la práctica clínica y determinar los factores predictivos de respuesta.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo a partir de los datos clínicos obtenidos de un registro local de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Se incluyeron todos los

pacientes con el diagnóstico de colitis ulcerosa tratados con infliximab con un tiempo de seguimiento mínimo de 3 meses. Se registraron las características demográficas, los datos de la enfermedad y los tratamientos previos y concomitantes. Se evaluó la respuesta en las semanas 4, 8, 30 y 54 según el índice de Mayo completo o parcial y los requerimientos de cirugía.

Resultados: Se incluyeron un total de 52 enfermos con colitis ulcerosa tratados con infliximab con una mediana de seguimiento de 16,3 meses. El porcentaje de remisión clínica en las semanas 8, 30 y 54 fue del 56,8%, 51,1% y el 40,5% respectivamente. El porcentaje de colectomía durante estos periodos fue del 9,6%, 19,2% y 23,1% respectivamente. Al analizar los factores predictivos de remisión en la semana 4 el único factor predictivo independiente fue el índice de Mayo pre-infliximab ($-0,82$, $p = 0,01$), mientras que en la semana 8 el índice de Mayo pre-infliximab ($-0,62$, $p = 0,04$) y el tratamiento concomitante con azatioprina (2.007, $p = 0,04$) fueron factores predictivos independientes de remisión. Para colectomía el tratamiento previo con ciclosporina (en el mismo brote o en un brote previo) se relaciona con un incremento estadísticamente significativo del porcentaje de colectomía (16% vs. 45%; $p = 0,02$).

Conclusiones: La gravedad de un brote de colitis ulcerosa y el tratamiento combinado con inmunomoduladores afectan a la capacidad de infliximab para inducir la remisión en la colitis ulcerosa moderada y grave, mientras que el tratamiento previo con ciclosporina se asocia a un mayor requerimiento de cirugía.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.083

INCIDENCIA DE COLITIS MICROSCÓPICA: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE BASE POBLACIONAL 2004-2006

F. Fernández-Bañares^a, A. Salas^b, M. Esteve^a, J. Casals^b, J.C. Espinós^a, C. Loras^a, M. Rosinach^a, M. Forné^a, J.M. Viver^a

^aServicios de Digestivo

^bA Patológica, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona

Diversos estudios han descrito un aumento de la incidencia de colitis colágena (CC) y colitis linfocítica (CL) en los últimos años. Por otro lado, la incidencia de colitis linfocítica paucicelular (CLP) no se ha estudiado nunca.

Objetivo: Evaluar la incidencia de CC y CL en el período 2004-06, y compararla con la observada en el período 1993-97. Describir la incidencia de CLP en el mismo período.

Métodos: Se practicaron biopsias múltiples escalonadas de todo el colon en los pacientes remitidos para estudio de diarrea crónica acuosa de > 1 mes de evolución, en los que la colonoscopia fue normal. Se identificaron los pacientes con CC, CL y CLP diagnosticados según criterios histológicos objetivos, con residencia en el área de salud. En el hospital se hallan los únicos servicios de endoscopia y de anatomía patológica del área de salud, tanto para el ámbito público como privado. Se calculó la tasa de incidencia por 100.000 habitantes año, asumiendo que la población total estaba a riesgo. Se calculó la Razón de tasas (RT) (IC95%), ajustada para edad y sexo, para comparar las tasas de incidencia de los dos períodos de tiempo.

Resultados: En el período 2004-06 se hicieron 537 colonoscopias con biopsias múltiples para estudiar diarrea crónica acuosa. Se identificaron 19 CC, 19 CL y 26 CLP que residían en el área. La tasa mujer:hombre fue: CC, 3:1; CL, 5:1; CLP, 0,7:1 ($p = 0,01$). No hubo diferencias en la edad al diagnóstico ($p = 0,81$). La tasa de incidencia media anual de CLP fue $3,24/10^5$ habitantes (IC95%,

2-4,48) y la de CC y CL de 2,37/10⁵ habitantes (IC95%, 1,3-3,43). La incidencia de CC fue el doble que la observada en el período 93-97 (RT, 2,15; IC95% 1,02-4,52). Se observó una tasa de colitis microscópica por colonoscopia normal en pacientes con diarrea crónica acuosa del 12% (IC95%, 9,4-15%).

Conclusiones: La incidencia de CC ha aumentado significativamente en la última década. Se describe por primera vez la incidencia de CLP que es más elevada que la de las formas clásicas de colitis microscópica, y no muestra diferencias entre sexos. (Ayuda a la Investigación de la 'Fundació La Marató TV3' nº 03-1810)

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.084

INHIBICIÓN PERMANENTE DE LA CATALASA (CAT) POR MENOR EXPRESIÓN PROTEICA EN CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA (CMS) EN LA E. DE CROHN (EC) NAÍVE Y TRATADA

B. Beltrán^a, M. Iborra^b, I. Moret^b, J.L. García^c, F. Rausell^d, F. Pallardó^e, J. Ponce^a, P. Nos^a

^aHospital La Fe Medicina Digestiva

^bHospital La Fe Fundación

^cHospital La Fe Ciberer

^dHospital La Fe Ciberehd

^eHospital La Fe Dep Fisiología F. Medicina, Valencia

Introducción: Los pacientes con EC activa presentan un daño oxidativo en CMS que depende de una sobreproducción de H₂O₂.

Objetivos: I) Analizar la actividad de la enzima antioxidante CAT en pacientes con EC activa e inactiva, con objeto de clarificar el origen del daño oxidativo. II) Estudiar la correlación entre la actividad y la concentración de la enzima CAT.

Métodos: Sujetos control (n = 20) y pacientes con EC al debut (n = 20) y los experimentos se repitieron al alcanzar remisión clínica. La actividad se midió con Harvey-Bradshaw (HB). Se aislaron las CMS mediante sedimentación sobre columna de Ficoll-Histopaque. La actividad CAT se midió en los lisados celulares usando el kit de Bioxitech CAT 520, por espectrofotometría. El análisis estadístico se realizó con el test Mann-Whitney. La expresión de la CAT fue estudiada en pacientes con EC activa, inactiva y sujetos controles sanos por western blot (WB) usando el anticuerpo anti-CAT.

Resultados: HB: EC activa 8,72 ± 2,22, inactiva 1 ± 1,2 (8,7 ± 3 meses en remisión). La actividad CAT en las CMS de pacientes con EC activa e inactiva fue inferior que en sujetos sanos; 17,22 ± 9,44 (p = 0,0016 vs control) en EC activa and 10,38 ± 4,47 (p = 0,0003 vs control) en EC inactiva y 33,51 ± 15,9 U/mg en controles. WB: EC activa e inactiva los niveles de CAT eran inferiores respecto a los controles sanos.

Conclusiones: La inhibición mantenida de la CAT y la correlación entre su actividad y niveles de proteína abren nuevas posibilidades exploratorias etiopatogénicas y terapéuticas en la EC.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.085

“INTENSIFICACIÓN” DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB (IFX) EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: EFICACIA Y SEGURIDAD

M. Chaparro^a, P. Martínez-Montiel^b, M. Van-Domselaar^c, F. Bermejo^d, J.L. Pérez-Calle^e, B. Casis^b, A. López-SanRomán^c, A. Algaba^d, J. Maté^a, J.P. Gisbert^a

^aUnidades de Gastroenterología de los Hospitales La Princesa

^bUnidades de Gastroenterología de los Hospitales 12 de Octubre

^cUnidades de Gastroenterología de los Hospitales Ramón y Cajal

^dUnidades de Gastroenterología de los Hospitales Fuenlabrada

^eUnidades de Gastroenterología de los Alcorcón, Madrid

Antecedentes: La respuesta al tratamiento con IFX es inicialmente elevada, aunque con el paso del tiempo se ha observado, con cierta frecuencia, una pérdida de eficacia. En estos pacientes con pérdida de respuesta se ha recomendado “intensificar” el tratamiento con IFX. No obstante, se desconoce si el efecto beneficioso de esta estrategia se mantiene en el tiempo o es sólo transitorio.

Objetivos: 1) Estudiar la respuesta (tanto a corto como a largo plazo) de los pacientes que precisan intensificar el tratamiento con IFX (aumentando la dosis o disminuyendo el intervalo). 2) Evaluar los efectos adversos asociados a la intensificación del tratamiento.

Métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo. Se incluyeron pacientes con enfermedad de Crohn que hubieran recibido al menos las 3 dosis de inducción del tratamiento estándar con IFX (5 mg/kg) y que después precisaran intensificación del tratamiento (10 mg/kg cada 8 semanas o 5 mg/kg cada 4 semanas) por pérdida de respuesta. Se analizó la eficacia del tratamiento intensificado en el momento inicial (tras la 1ª infusión de la dosis intensificada) y final (en la última revisión). Se utilizó el índice de Harvey-Bradshaw en el caso de enfermedad de Crohn no fistulizante. En la enfermedad fistulizante, la respuesta completa se definió como el cese del drenaje de todas las fistulas y la respuesta parcial como la reducción en al menos un 50% del número o del débito fistuloso. Se valoró la seguridad del tratamiento con la dosis intensificada.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes (edad media, 43 años; 50% varones; 31% fumadores; 64% con afectación ileocólica; 47% con patrón fistulizante; 60% con enfermedad perianal). La mayoría (72%) recibía tratamiento concomitante con inmunomoduladores. El tiempo medio de seguimiento con el tratamiento intensificado fue de 56 semanas (rango: 4-169 semanas). El tiempo medio de tratamiento con IFX antes de la intensificación de la dosis fue de 15 meses (rango: 3-43 meses). Con la primera dosis de tratamiento intensificado respondió el 78% de los pacientes (32% respuesta completa y 46% parcial). Mientras que con la última dosis de tratamiento intensificado sólo un 61% de los pacientes presentaban respuesta (22% respuesta completa y 39% respuesta parcial). Un paciente sufrió una reacción infusional tras 36 dosis de tratamiento intensificado, que se solucionó con el enlentecimiento de la infusión. Otro paciente presentó infección por virus del herpes zoster, no precisando suspensión del tratamiento.

Conclusiones: En ocasiones se requiere la intensificación del tratamiento con IFX, una media de 15 meses después del inicio del tratamiento con este fármaco. Un alto porcentaje de pacientes responden inicialmente al tratamiento intensificado, aunque éste pierde de nuevo su eficacia en más de un 10% de los casos. La intensificación del tratamiento presenta un buen perfil de seguridad, sin observarse reacciones adversas graves.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.086

LA CALPROTECTINA FECAL, ¿PREDICE LA RECIDIVA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA?

V. García Sánchez^a, E. Iglesias Flores^a, R. González Ojeda^b, F. Gómez Camacho^a, J.P. Gisbert^c, J.M. Ángel Rey^a, A. Naranjo Rodríguez^a, J. Muntané Relat^b, J.F. de Dios Vega^a

^aUnidad Clínica de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

^bUnidad de Investigación del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

^cServicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) cursa con recidivas periódicas e imprevisibles. Estas recidivas son el resultado de una inflamación progresiva y continua. La detección de este grado de inflamación subclínica mediante marcadores biológicos cuantitativos nos proporcionaría una medida útil para predecirla y actuar más precozmente mejorando, finalmente, el pronóstico de los pacientes. La calprotectina fecal está aportando resultados prometedores. Sin embargo, hacen falta estudios con mayor número de pacientes que evalúen su utilidad real en la práctica clínica.

Objetivos: Determinar el valor de la calprotectina fecal para predecir la recidiva de los pacientes con EII en remisión. Investigar las posibles diferencias en su poder predictivo entre la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) así como, en los diferentes fenotipos de la enfermedad.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio prospectivo que incluye a 135 pacientes diagnosticados de EII en remisión clínica, de al menos, un mes de evolución. En el momento de la inclusión, se realizó una extracción de sangre venosa para la determinación de parámetros convencionales de laboratorio. Los pacientes recogieron una muestra de heces que entregaron en las siguientes 24 h de la visita inicial para medir la calprotectina fecal. Todos los pacientes se siguieron durante un año y fueron revisados cada 2 meses en consulta así como, si presentaban alguna sintomatología.

Resultados: 66 pacientes tenían una EC y 69, una CU. Treinta y nueve (30%) sufrieron una recidiva. La concentración de calprotectina fecal fue más alta en los pacientes que recidivaron en comparación con aquellos que se mantuvieron en remisión ($454 \pm 301 \mu\text{g/g}$ vs $252 \pm 292 \mu\text{g/g}$; $p < 0,01$). Estas diferencias se encontraron tanto en la EC como en la CU. Los pacientes con EC y una calprotectina mayor de $200 \mu\text{g/g}$ recidivaron 4 veces más que aquellos con concentraciones inferiores. En la CU, una calprotectina superior a $120 \mu\text{g/g}$ aumentaba en 6 la probabilidad de aparición de un brote de actividad. El valor predictivo de la calprotectina fue similar entre los pacientes con CU y EC con afectación del colon y patrón inflamatorio. En este grupo, una concentración mayor de $120 \mu\text{g/g}$ predecía el riesgo de recidiva con una sensibilidad del 80% y una especificidad del 60%. La predicción de la recidiva fue menor en los pacientes con enfermedad ileal. Ningún parámetro de laboratorio convencional se asoció al riesgo de recidiva.

Conclusión: La calprotectina fecal puede ser un marcador útil para predecir la recidiva de los pacientes con EII en remisión. Su valor predictivo es mayor en la CU y EC con afectación del colon y patrón inflamatorio en comparación con la EC de ileon terminal.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.087

LA DETERMINACIÓN DE LA TPMT EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ¿ES UNA ESTRATEGIA COSTE-EFECTIVA EN PACIENTES QUE COMIENZAN TRATAMIENTO CON TIOPURINAS?

M.P. Soto Escribano, M.L. Rodríguez Peálvarez, V. García Sánchez, E. Iglesias Flores, F. Gómez Camacho, C. Llamaza Torres, J.M. Benítez Cantero, J. Jurado García, J.F. de Dios Vega

Unidad Clínica de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Introducción: La azatioprina (AZA) y la 6-mercaptopurina (6-MP) se emplean en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y la TPMT es la enzima encargada de metabolizarlos. Los pacientes con baja actividad pueden presentar mayor incidencia de efectos secundarios, pero un valor normal o alto no descarta su aparición. La incidencia de complicaciones no es elevada y no conlleva, en la mayoría de los casos, actuaciones terapéuticas agresivas. Por ello se cuestiona la relación coste-efectividad de su determinación antes de iniciar el tratamiento.

Objetivos: Describir la distribución de la actividad de la TPMT en pacientes con EII en nuestra población, la prevalencia de efectos secundarios tras la toma de AZA/6-MP y su relación con la actividad enzimática. Valorar la utilidad clínica de la determinación de la TPMT previa al tratamiento.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo con 210 pacientes con EII en los que se determinó la actividad de la TPMT durante Abril 2005 y Junio 2007. El 87.6% iniciaron tratamiento con AZA/6-MP tras la determinación. Todos los pacientes fueron revisados a la 2 y 4 semana de comenzar el tratamiento y cada 3 meses durante el seguimiento mediante valoración clínico-analítica. Se recogieron variables clínicas (edad, sexo, otras enfermedades, características de la EII, medicación concomitante) y se le extrajo una muestra de sangre venosa para la determinación enzimática. Se describió la indicación del fármaco y su eficacia.

Resultados: El valor medio de la TPMT fue de $20,9 \text{ U/ml}$ ($\pm 4,7$) y su distribución: 0,5% con actividad baja ($< 5 \text{ U/ml}$), 9% con actividad intermedia ($5-13,7 \text{ U/ml}$) y 90,5% actividad alta ($\geq 13,8 \text{ U/ml}$). La eficacia se alcanzó en el 64,8%, sin relación con la actividad enzimática. En un 34,5% (61) aparecieron efectos secundarios, siendo los más frecuentes los gastrointestinales en un 39,3% (24) y la mielotoxicidad en un 26,2% (16: 11 leucopenias y 5, aplasia medular). No se encontró relación entre el valor de la TPMT y la aparición de efectos secundarios, aunque una de las aplasias medulares se presentó con un valor de $0,82 \text{ U/ml}$. Tampoco se encontró relación con otras variables clínicas, tan solo, los pacientes en tratamiento con biológicos tuvieron un valor más bajo de actividad (de 16 tratados con biológicos 12 tuvieron actividad baja/intermedia, $p < 0,05$).

Conclusiones: No se ha encontrado relación entre la aparición de efectos secundarios y la actividad baja de la TPMT, salvo en uno de los pacientes con aplasia medular ($0,82 \text{ U/ml}$). Es posible que la determinación de la TPMT no sea una estrategia coste-efectiva en la práctica clínica, pero el hecho de poder evitar un caso de aplasia medular hace que, desde el punto de vista ético, deba estar disponible.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.088

LA DETERMINACIÓN SISTEMÁTICA DE LOS METABOLITOS DE LA AZATIOPRINA DURANTE EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) TRATADOS CON TIOPURÍNICOS NO ES ÚTIL: RESULTADOS FINALES DEL ESTUDIO METAZA

Y. González-Lama^{a,b}, A.G. McNicholl^a, F. Bermejo^c, A. López-Sanromán^d, M.V. García^e, M. Esteve^f, J.L. Cabriada^g, R. Pajares^h, F. Casellasⁱ, O. Merino^j, D. Carpio^k, M. Calvo^l, C. Muñoz^m, M. Calvoⁿ, L.M. Benito^o, L. Bufanda^p, F.J. García-Hernández^q, E. Ricart^r, D. Ginard^s, M. Velasco^a, J.A. Carneros^c, N. Manceño^h, M.I. Vera^l, A. Algaba^c, C. Froilan^h, L. Abreu^l, J. Maté^a, C. Cara^t, J.P. Gisbert^a

^aServicio de Ap. Digestivo, La Princesa, Madrid

^bServicio de Ap. Digestivo, Getafe, Madrid

^cServicio de Ap. Digestivo, Fuenlabrada, Madrid

^dServicio de Ap. Digestivo, Ramón y Cajal, Madrid

^eServicio de Ap. Digestivo, Reina Sofía, Córdoba

^fServicio de Ap. Digestivo, Mutua de Terrasa, Barcelona

^gServicio de Ap. Digestivo, Galdakao, Vizcaya

^hServicio de Ap. Digestivo, La Paz, Madrid

ⁱServicio de Ap. Digestivo, Vall d'Hebron, Barcelona

^jServicio de Ap. Digestivo, Cruces, Bilbao

^kServicio de Ap. Digestivo, Montecelo, Pontevedra

^lServicio de Ap. Digestivo, Puerta de Hierro, Madrid

^mServicio de Ap. Digestivo, San Eloy, Vizcaya

ⁿServicio de Ap. Digestivo, Alto Deba, Guipúzcoa

^oServicio de Ap. Digestivo, Virgen del Toro, Menorca

^pServicio de Ap. Digestivo, Donostia, San Sebastián

^qServicio de Ap. Digestivo, San Juan de Dios, Sevilla

^rServicio de Ap. Digestivo, Clínic, Barcelona

^sServicio de Ap. Digestivo, Son Dureta, Mallorca

^tServicio de Ap. Digestivo, UCB Pharma, Madrid

Introducción: La elevación de los niveles séricos de los nucleótidos de la 6-tioguanina (6TGN) en los pacientes tratados con tiopurinas se ha relacionado con una mayor probabilidad de alcanzar la remisión, pero la traducción clínica de este hallazgo es dudosa.

Objetivos y métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico para establecer la utilidad de la determinación sistemática de 6TGN como predictor o marcador de la eficacia de la azatioprina (AZA) o mercaptopurina (MP) en los pacientes con EII. Se determinaron los niveles séricos de 6TGN y 6-metilmercaptopurina-ribonucleótidos (6MMPR) en pacientes que comenzaban tratamiento con AZA/MP por corticoreistencia o corticodependencia. Esta determinación se realizó periódicamente durante el descenso de los esteroides y, una vez suspendidos éstos, hasta la aparición de un nuevo brote (persistencia de la corticoreistencia o dependencia) o durante 6 meses en los casos en los que se mantenía la respuesta clínica. Sólo se incluyeron pacientes cuya actividad de la tiopurina-metiltransferasa (TPMT) era mayor de 5 U/ml.

Resultados: Se incluyeron inicialmente 153 pacientes y 140 finalizaron el estudio (edad media 36 años, 50% varones, 72% con enfermedad de Crohn. No se encontraron diferencias significativas en los niveles medios de 6TGN (o en las razones 6TGN/6MMPR o 6TGN/TPMT) a las 2, 4, 6 semanas y 2, 4 o 6 meses tras abandonar los esteroides, entre aquellos pacientes que en cada momento estaban o no en remisión clínica. El área bajo la curva ROC que evalúa la fiabilidad de los niveles de 6TGN en el diagnóstico de respuesta clínica en cada punto fue menor de 0,7 en todos los casos. Entre los niveles de 6TGN, no se encontró ningún punto de corte con una sensibilidad y especificidad útil, incluidos los valores de 230 o 250 pmol/8 × 10⁸ (que son los habitualmente propuestos en la literatura). El área bajo la curva ROC que evalúa la fiabilidad de la determinación de 6TGN a las 2 semanas, 1, 2 o 4 meses tras iniciar

AZA/MP para predecir la respuesta al final del seguimiento fue también menor de 0,7 en todos los casos. Una vez más, no se encontró ningún punto de corte útil. Se describió toxicidad relacionada con AZA/MP en 9 casos (6,4%), incluyendo sólo 3 casos de mielotoxicidad y ninguno de hepatotoxicidad. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de 6TGN de aquellos pacientes que sufrieron toxicidad relacionada con tiopurínicos. Específicamente, los niveles de 6TGN no se correlacionaron con el riesgo de sufrir mielotoxicidad.

Conclusión: La determinación sistemática de los metabolitos de la AZA en los pacientes con EII que reciben tratamiento con tiopurinas, con el objetivo de predecir o valorar la respuesta al tratamiento o su seguridad, no puede ser recomendada.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.089

LA EMIGRACIÓN A PAÍSES MÁS INDUSTRIALIZADOS ES UN FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

M. Barreiro^{a,b}, A. Álvarez^{a,b}, R. Souto^{a,b}, M. Iglesias^b, A. Lorenzo^a, R. Ferreira^{a,b}, J.E. Domínguez Muñoz^{a,b}

^aServ. Aparato Digestivo, Hospital Clínico de Santiago

^bFundación para la Investigación en Enfermedades del Aparato Digestivo

Introducción: Junto con la genética, es sabido que los factores ambientales influyen en el riesgo a desarrollar EII. Está ampliamente aceptado que existe una mayor incidencia de EII en las áreas más industrializadas, sin embargo en algunas áreas específicas la predisposición genética puede actuar como elemento de confusión. Excluyendo el potencial papel de la genética, nuestra hipótesis es que la gente que emigra a países más industrializados tiene un mayor riesgo de desarrollar EII.

Objetivo: Del estudio es evaluar el riesgo de desarrollar EII en los sujetos que vuelven a Galicia tras haber emigrado a otros países con distintos grados de desarrollo e industrialización.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron de manera consecutiva a pacientes mayores de 18 años diagnosticados en los últimos 8 años de enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU). Como controles fueron incluidos sujetos sanos pareados en edad y sexo y sin historia familiar de EII. Todos los pacientes y controles eran gallegos. A todos los pacientes y controles se les realizó una entrevista específica sobre emigración a otros países. Se definió emigración como haber vivido durante al menos un año en un país extranjero. Los resultados se muestran en OR y 95%IC, y fueron analizados utilizando un Chi-cuadrado o un test exacto de Fisher cuando se requirió.

Resultados: Se incluyeron de forma consecutiva 242 pacientes con EII (105 EC y 137 CU; 119 hombres, edad media 38 años, rango 18-76) y 242 controles pareados por edad y sexo. 52 (21,4%) pacientes con EII habían vivido previamente en el extranjero. De ellos, 34 (14%) habían emigrado a países de Europa occidental (principalmente Alemania y Suiza) y 16 (7%) a Sudamérica (básicamente a Argentina y Venezuela). El riesgo de desarrollar EII fue significativamente más alto en los sujetos que habían emigrado (OR = 1,93; 95%IC: 1,19-3,15; p < 0,01). Este riesgo es específico en los sujetos con una historia de emigración a los países industrializados de Europa (OR = 1,91; 95%IC: 1,07-3,47; p = 0,02), y no en los que emigraron a Sudamérica (OR = 1,48; 95%IC: 0,67-3,27; n.s.). No se observaron diferencias entre la EC y la CU y el potencial riesgo de la emigración.

Conclusiones: La gente que emigró desde Galicia a los países más industrializados tiene un riesgo más alto de padecer EII, tanto EC como CU. Los factores ambientales relacionados con la industrialización parece que juegan un papel importante en la etiopatogénesis de la EII.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.090

MOTIVOS PARA LA COLECTOMÍA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA EN LA ERA DE LOS INMUNOMODULADORES

C. Taxonera^a, X. Calvet^{b,c}, J.P. Gisbert^{b,d}, L. Rodrigo^e, L. Bufanda^{b,f}, F. Muñoz^g, M. Ponce^{b,h}, F. Gomez-Camachoⁱ, J.L. Mendoza^a, I. Oyagüez^j, F.J. Sabater^k

^aH. Clínico San Carlos

^bCIBEREHD, Instituto de Salud Carlos III

^cH. Parc Taulí

^dH. La Princesa

^eH. Central de Asturias

^fH. de Donosita

^gH. Virgen Blanca

^hH. La Fe

ⁱH. Reina Sofía

^jPharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia

^kSchering-Plough S.A.

Objetivo: Este estudio, parte del estudio COSCOL, tuvo como objetivo identificar las razones para la colectomía en pacientes con colitis ulcerosa (CU) con un elevado uso previo de inmunomoduladores (IMM).

Métodos: Se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes con CU que habían sufrido una colectomía completa entre 2000 y 2005 en 35 centros. Los pacientes fueron seguidos durante un periodo mínimo de 24 meses desde la colectomía inicial recogiendo los datos de todas las cirugías realizadas, ya fueran programadas o no, para completar el procedimiento.

Resultados: 209 pacientes con colectomía total debida a la CU fueron incluidos en el estudio (44,5% mujeres, edad media $41,6 \pm 13,2$ años en el momento de la primera colectomía). Duración media de la enfermedad $5,0 \pm 6,3$ años, 19,6% con extensión izquierda y 80,4% extensa. 143 (68,4%) pacientes recibieron IMM (30,8% azatioprina y/o mercaptopurina y/o metotrexato sólo, 28% ciclosporina sólo, y 41,2% ambos). En un 46,9% de los pacientes la colectomía inicial fue realizada mediante un procedimiento de urgencia. Los motivos para la colectomía fueron: respuesta inadecuada al tratamiento médico en 131 pacientes (28 corticorrefractarios y 103 corticodependientes; con o sin uso concomitante de IMM), complicaciones graves en 61 pacientes (32 megacolon, 12 perforaciones y 17 hemorragias masivas) y otras razones en 17 pacientes (8 displasia, 6 estenosis colónica y 3 otras causas). En los pacientes con respuesta inadecuada al tratamiento la colectomía se realizó como un procedimiento de urgencia en un 11% de los pacientes. En un 61% de los pacientes la cirugía realizada fue la panproctocolectomía con anastomosis ileoanal y en un 34% se realizó una colectomía con ileostomía permanente. Cuando la colectomía se realizó debido a complicaciones graves (97% como procedimiento de urgencia), solamente se realizó la proctocolectomía con anastomosis ileoanal en un 39% de los pacientes; y hasta un 56% son portadores de una ileostomía permanente. En el grupo de respuesta inadecuada al tratamiento, hasta un 84% de los pacientes recibieron IMM, 58% ciclosporina (sola o en combinación con otros

IMM). En el grupo con complicaciones graves solamente un 42% de los pacientes recibieron IMM (35% ciclosporina sola o en combinación).

Conclusiones: En esta población de pacientes con CU y un elevado uso de IMM: 1) La principal causa para la realización de la colectomía es la respuesta inadecuada al tratamiento, realizándose una panproctocolectomía con anastomosis ileoanal (cirugía "gold estándar") en un 61% de los pacientes. 2) Cuando la colectomía fue debida a complicaciones graves la panproctocolectomía con anastomosis ileoanal solamente se realiza en un 39% de los pacientes, portando el 56% de los pacientes una ileostomía permanente. 3) No se realizó ninguna colectomía por proctitis aislada.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.091

PAPEL DE LA TPMT Y OTRAS VARIABLES CLÍNICAS EN EL DESARROLLO DE INTOLERANCIA GASTROINTESTINAL A AZATIOPRINA

G. Bastida^{a,b}, P. Nos^{a,b}, M. Aguas^a, B. Beltrán^{a,b}, M. Iborra^a, A. Nevárez^a, J. Ponce^{a,b}

^aHospital Universitario La Fe, Valencia

^bCIBEREHD

Introducción: Azatioprina (AZA) y 6-mercaptopurina (6MP) son efectivas en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Su mayor inconveniente es el desarrollo de efectos adversos que obligan a su retirada. Uno de los efectos secundarios más frecuentes es el desarrollo de intolerancia gastrointestinal.

Objetivos: Valorar la incidencia de intolerancia gastrointestinal en pacientes tratados con AZA, valorar variables clínicas asociadas a su aparición y evaluar prospectivamente la utilidad de la 6MP en esta situación.

Materiales y métodos: Se incluyeron prospectiva y consecutivamente todos los pacientes con EII que iniciaron tratamiento con AZA y se siguieron durante 12 meses. Se determinó la actividad de la tiopurina metiltransferasa (TPMT) antes del inicio. Todos recibieron AZA según el mismo protocolo: inicio con 50 mg/día y a los 15 días en caso de tolerancia aumento a dosis plenas (2.5 mg/Kg). En caso de intolerancia gastrointestinal se intentó una reintroducción de AZA más lenta. En caso de nueva toxicidad gastrointestinal se retiró la AZA y se inició 6MP (1,5 mg/Kg). Se recogió el motivo de retirada de AZA, el tiempo de aparición, la medicación concomitante en ese momento y la tolerancia a 6MP.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes (68 enfermedad de Crohn y 24 Colitis Ulcerosa), edad media 36,8 (DE 10,97) años. Valor medio de TPMT 19,65 (DE 4,6) U/mL (rango 6,6–35,7). Se dieron efectos secundarios en 58 pacientes (63%) tras 3,42 meses de media, los más frecuentes fueron la intolerancia gastrointestinal 30 (33%) y la leucopenia 8 (9%). Abandonaron el tratamiento por efectos secundarios 25 (27%) pacientes tras 1,5 meses de media, rango 0,36 a 6,51. La intolerancia gastrointestinal apareció tras 2,1 meses de media, rango 0,4–12. Los factores asociados a su aparición fueron el sexo femenino, OR 2,83, IC_{95%} (1,29–6,2), valores de TPMT ($P = 0,04$) y el tratamiento con infliximab OR 5,8, IC_{95%} (1,1–32). Quince (50%) de los 30 pacientes toleraron la reintroducción de AZA más lentamente, en el resto de suspendió la AZA. Las variables asociadas a la retirada de AZA fueron los niveles de TPMT ($P = 0,04$) y el tratamiento concomitante con 5-ASA, OR 1,4, IC_{95%} (1,01–1,9). El área bajo la curva para predecir la retirada de AZA en función de los niveles de TPMT fue de 0,7 CI_{95%} (0,5–0,9) con una sensibilidad del 73% y una especificidad del 67%. Se le ofreció cambio a 6MP a todos los pacientes intolerantes a AZA, aceptaron 14 de 15. Cinco,

(38%) por protocolo y 36% por intención de tratar toleraron el tratamiento con 6MP. La tolerancia a 6MP no se asoció a ninguna de las variables estudiadas.

Conclusiones: La incidencia de intolerancia gastrointestinal es un hecho relevante durante el tratamiento con AZA. En caso de intolerancia se debe contemplar el tratamiento con 6MP. La asociación con los niveles de TPMT podría reflejar el papel de los nucleótidos de 6-metilmercaptipurina en su patogénesis.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.092](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.092)

¿PODEMOS IDENTIFICAR PACIENTES CON EII CON ALTO RIESGO DE RECIDIVA EN FUNCIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PARÁMETROS DE LABORATORIO CONVENCIONAL?

M.L. Rodríguez Perálvarez, V. García Sánchez, E. Iglesias Flores, P. Soto Escribano, J.M. Angel Rey, L. Vida Perez, A.J. Hervás Molina, J.F. De Dios Vega, F. Gomez Camacho

Unidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son enfermedades crónicas con un curso recidivante. En la mayoría de los casos la recidiva es imprevisible. Hasta el momento, no disponemos de marcadores clínicos ni analíticos capaces de seleccionar grupos con mayor susceptibilidad de padecer una recidiva.

Objetivos: Determinar si las características clínicas del paciente y de la enfermedad se asocian al riesgo de aparición de un brote de actividad y valorar el papel de los parámetros convencionales de laboratorio en la predicción de la recidiva de la EII.

Pacientes y método: Se incluyeron 135 pacientes con EII en remisión clínica durante al menos 3 meses de evolución. En el momento de su inclusión se recogieron datos clínicos y se extrajo una muestra de sangre venosa para la determinación de parámetros analíticos. Todos los pacientes fueron revisados en consulta cada 2 meses hasta completar un año. La recidiva clínica se definió como un índice de TW ≥ 11 puntos o CDAI ≥ 150 puntos. Durante el seguimiento, todos los pacientes mantuvieron una dosis estable de la medicación. Al final del estudio, los pacientes fueron clasificados en dos grupos en función de si sufrieron o no una recidiva clínica. Se realizó un estudio descriptivo y analítico con el fin de identificar aquellas variables capaces de predecir la recidiva de la enfermedad.

Resultados: Sesenta y nueve tenían una CU (51%) y 66, una EC (49%). En el grupo de pacientes con CU la recidiva se produjo en 21 (31%) y en EC, en 18 (27%). El tiempo medio desde la última remisión fue de 15 ± 6 y 17 ± 12 meses, respectivamente. La recidiva clínica fue mayor en pacientes con EC que fumaban (39% vs 6%, $p = 0,05$), en aquellos con enfermedad ileal (60% vs 10 y 15%; $p < 0,01$) y en los pacientes con CU y una menor duración de la última remisión (7 ± 11 vs 19 ± 20 meses; $p < 0,01$). El valor de la $\alpha 1$ -antitripsina basal fue mayor en el grupo de pacientes que sufrieron una recidiva (122 vs 138 mg/mL; $p = 0,04$). El mejor punto de corte fue 117 mg/dL, el área bajo la curva ROC fue 0,69 y la proporción de pacientes que recidivaron a lo largo del tiempo fue mayor en aquellos con niveles más altos de 117 mg/dL ($p = 0,03$). En el análisis de regresión logística, la única variable capaz de predecir la recidiva clínica fue la localización ileal de la EC (OR 5,95; IC 1,14–16,58; $p < 0,01$).

Conclusión: En este estudio, los pacientes con EC ileal tuvieron 6 veces más riesgo de recidivar durante el seguimiento. Hacen falta estudios que evalúen la capacidad de otros parámetros de laboratorio tales como la $\alpha 1$ -antitripsina así como el efecto del tabaco y la duración de la última remisión en el riesgo de aparición de un brote de actividad.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.093](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.093)

PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE DEBUT Y FACTORES ASOCIADOS

T. Ortiz^a, Y. Zabana^a, M. Mañosa^a, S. Holgado^b, E. Cabré^a, E. Domènech^a

^aServicio de Aparato Digestivo

^bReumatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

La incidencia de alteraciones de la densitometría ósea (ADMO) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se encuentra incrementada, con resultados muy variables probablemente por la heterogeneidad de las características de los pacientes.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de ADMO en el debut de la EII e identificar factores de riesgo asociados.

Pacientes y métodos: Se identificaron todos los pacientes con EII a los que se les había realizado una densitometría ósea en los primeros 12 meses desde el diagnóstico. Se obtuvieron datos sobre factores de riesgo de osteoporosis en la población general y datos relacionados con la EII, a partir de la historia clínica o por contacto telefónico.

Resultados: 103 pacientes (52 Crohn, 51 colitis ulcerosa), 52% mujeres, mediana de edad de 34 años (IIQ: 23-42), 53% fumadores. La actividad inflamatoria de la EII en el diagnóstico era moderada o grave en el 70% de los pacientes. En el momento de la densitometría, el 52% habían recibido esteroides (mediana de 20 días). Ningún paciente había recibido agentes antiTNF. Sólo el 8% no tomaba lácteos habitualmente y el 83% realizaba ejercicio físico de algún tipo. Sólo 3 pacientes eran menopáusicas y el 12% de las mujeres tomaba anticonceptivos. La prevalencia de ADMO fue del 37% (33% osteopenia y 4% osteoporosis). Las gestaciones previas, el índice de masa corporal, la albúmina sérica, la falta de ejercicio físico y la edad se asociaron a ADMO. El grado de actividad, tipo, localización o extensión de la EII no se correlacionaron con ADMO. En el análisis multivariado, la albúmina sérica baja, la edad y la falta de ejercicio físico fueron factores predictivos independientes de ADMO.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes con EII presentan ADMO en el debut de la enfermedad. Como en la población general, la edad es determinante para el desarrollo de ADMO, pero no constituye un criterio para la decisión de realizar estudio densitométrico.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.094](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.094)

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ANEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

F. de la Morena^a, J.P. Gisbert^b

^aServicios de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Cristina

^bServicios de Aparato Digestivo, Hospital de la Princesa, Madrid

Objetivo: Evaluar las características epidemiológicas y las principales alteraciones analíticas de la anemia en pacientes con EII.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, en pacientes con colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC) en seguimiento entre los años 2002 al 2004 en nuestro hospital. Criterios de exclusión: 1) Diagnóstico realizado durante el periodo de estudio o seis meses previo al inicio del mismo; 2) Enfermedad hepática, renal, hematológica o neoplásica en fase avanzada; 3) Embarazo; 4) Colectomía total en pacientes con CU; 5) Anemia hemolítica o perniciosa previamente diagnosticada; y 6) Seguimiento defectuoso (menos de 4 revisiones en 2 años con analítica en cada una de ellas). Definición de anemia: hemoglobina (Hgb) < 13 g/dl en varones y < 12 en mujeres; ferropenia: hierro sérico < 59 µg/dl, ferritina < 30 ng/ml y/o índice de saturación de transferrina < 12% y/o transferrina > 400 mg/dl. Se recogieron y analizaron los datos epidemiológicos, clínicos y analíticos.

Resultados: Se incluyeron 253 pacientes, descartándose 7 pacientes según los criterios de exclusión previamente descritos. La edad media fue de 46 años, el 54% varones, 53% con EC y 47% con CU. Se identificó anemia en el 30% de los pacientes, un 67% con criterios de ferropenia asociada. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con EC y CU en los siguientes aspectos: 1) Menor edad media en EC (43 vs. 49 años; $p < 0,01$). 2) Mayor prevalencia de anemia en EC que en CU (39 vs. 19% ($p < 0,01$); Hgb media 13,7 vs. 14,6 g/dl ($p < 0,05$)). 3) Mayores incrementos de reactantes de fase aguda (orosomucoide, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación) en EC (115 vs. 95 mg/dl ($p < 0,01$), 1,3 vs. 0,8 mg/dl ($p < 0,05$) y 20,1 vs. 14,3 ($p < 0,01$), respectivamente). 4) Menores concentraciones de hierro sérico y saturación de transferrina en EC (73 vs. 87 µg/dl ($p < 0,01$) y 23,3 vs. 28,5 ($p < 0,05$)). Por otro lado, la presencia de anemia se asoció al tratamiento esteroideo, a la necesidad de ingreso hospitalario y al aumento de orosomucoide y velocidad de sedimentación. La respuesta al hierro oral (sulfato ferroso) en pacientes con anemia ferropénica fue completa (incremento de Hgb > 2 g/dl en seis meses) en el 33% de los pacientes, parcial (Hgb 1–1,9 g/dl) en el 30%, y ausente (Hgb < 1 g/dl) en el 37% de los casos.

Conclusión: La anemia es frecuente en los pacientes con EII, con una mayor prevalencia en la EC que en la CU. La presencia de anemia se asoció a una mayor actividad de la EII (reactantes de fase aguda elevados), una mayor necesidad de ingreso hospitalario y un mayor requerimiento de tratamiento esteroideo. La respuesta a la ferroterapia oral en este estudio retrospectivo fue menor que el descrito en estudios previos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.095

PROGRESIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES TRATADOS CON METOTREXATO (MTX): UTILIDAD DE LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA (FIBROSCAN)

A. Barbero-Villares^a, J. Mendoza-Jiménez^a, C. Esteban^a, E. Gómez-Domínguez^b, J.A. Moreno-Monteagudo^a, L. García-Buey^a, R. Gómez-Gil^c, T. Sanz^d, E. Daudén^d, J. Maté^a, J.P. Gisbert^a, R. Moreno-Otero^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital de la Princesa

^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital 12 de Octubre

^cServicio de Reumatología, Hospital de la Princesa

^dServicio de Dermatología, Hospital de la Princesa, Madrid

Introducción: El MTX es un fármaco muy utilizado en el tratamiento de diversas enfermedades autoinmunes. Su uso durante largos periodos se ha asociado al desarrollo de fibrosis hepática. La elastografía hepática (FibroScan) es una técnica que permite evaluar la fibrosis hepática de forma no invasiva.

Objetivos: 1. Evaluar la fibrosis hepática mediante FibroScan en pacientes tratados con MTX. 2. Estudiar la progresión a fibrosis significativa ($F > 2$) en función del tiempo de tratamiento. 3. Evidenciar las diferencias en el estadio de fibrosis entre diferentes enfermedades que precisan tratamiento con MTX.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico, que incluye pacientes con artritis reumatoide (AR), psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tratados con MTX. Se recogió información clínica y analítica. La elasticidad hepática fue evaluada mediante FibroScan por un gastroenterólogo que desconocía el resto de datos del paciente. Los puntos de corte elegidos (según METAVIR) fueron: $F \geq 2$: 7,1 KPa; $F \geq 3$: 9,5 KPa; y $F4$: 14,5 KPa.

Resultados: Se estudiaron un total de 66 pacientes (fallo de determinación en 13 pacientes, 20%), 22 (42%) varones, edad media 55 ± 15 años. 32% tenían AR, 34% EII y 34% psoriasis. La dosis acumulada media de MTX fue de 1.805 ± 1.560 mg, y la duración media del tratamiento fue de 178 semanas. La elasticidad hepática media fue de $6,19 \pm 2,43$ KPa. En función de la escala METAVIR, 49 pacientes (92,5%) tenían valores compatibles con $F \leq 2$ y 4 pacientes (7,5%) $F \geq 3$. Las curvas de supervivencia (Kaplan-Meier) y el análisis multivariante (Log-Rank) no demostraron diferencias significativas en la progresión hacia fibrosis significativa en función de las diversas variables estudiadas, como la dosis acumulada de MTX o la enfermedad de base.

Conclusión: 1. El tratamiento con MTX, a las dosis utilizadas habitualmente, sólo excepcionalmente induce el desarrollo de fibrosis hepática. 2. No se encontraron diferencias en los valores de elasticidad hepática entre pacientes con EII, AR o psoriasis tratados con MTX. 3. La elastografía hepática (FibroScan) es una prueba efectiva y exenta de efectos secundarios, que podría permitir la evaluación y el seguimiento de la fibrosis hepática en los pacientes tratados con MTX.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.096

¿PUEDEN LAS CITOQUINAS SISTÉMICAS PREDECIR LA RECIDIVA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

V. García Sánchez, E. Iglesias Flores, P. Soto Escribano, R. González Ojeda, L. Castillo Molina, C. Llamaza Torres, A. González Galilea, J. Muntané Relat, J.F. de Dios Vega, F. Gómez Camacho

Unidad Clínica de Aparato Digestivo y Unidad de Investigación del Hospital Reina Sofía de Córdoba

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) cursa con recidivas periódicas e imprevisibles. Estas recidivas son el

resultado de una inflamación progresiva y continua. Se ha demostrado que en el proceso de inflamación local de la pared intestinal, la activación de células inflamatorias producen citoquinas que pasan a la vía sistémica y pueden actuar como marcadores biológicos cuantitativos del grado de inflamación subclínica. Su detección en sangre, en fase presintomática, podría ser de utilidad para predecir la aparición de un brote de actividad.

Objetivos: Determinar el valor de las citoquinas sistémicas para predecir la recidiva de los pacientes con EII en remisión.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio prospectivo que incluye a 135 pacientes diagnosticados de EII en remisión clínica, de al menos, 3 meses de evolución. En el momento de la inclusión, se realizó una extracción de sangre venosa para la determinación, mediante un test de ELISA, de las siguientes citoquinas: TNF α , TNF α -R1 y R2, IL-1 β , IL-1R, IL-2, IL-R2, IL-6, IL-10 e IFN γ . Todos los pacientes se siguieron durante un año y fueron revisados cada 2 meses en consulta así como, si presentaban alguna sintomatología.

Resultados: 66 pacientes tenían una enfermedad de Crohn (EC) y 69, una colitis ulcerosa (CU). Treinta y nueve (30%) sufrieron una recidiva. Un 44% recibía tratamiento inmunomodulador en el momento de su inclusión. No se encontraron diferencias en la detección y concentración basal de las diferentes citoquinas entre los pacientes con EC y CU ni entre los pacientes sin tratamiento inmunomodulador y aquellos con consumo habitual de estos fármacos. La detección y concentración de las citoquinas no se asoció al riesgo de recidiva de la EII.

Conclusión: Las citoquinas sistémicas tienen un escaso valor para predecir la recidiva de la EII.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.097

¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

F. Bermejo^a, A. López-Sanromán^b, A. Algaba^a, J.A. Carneros^a, M.P. Valer^a, S. García-Garzón^a, I. Guerra^a, S. Sánchez-Prudencio^a, B. Piqueras^a, F. García-Durán^a, E. Tomás^a, J.C. Villa^a, J.L. Rodríguez-Agulló^a

^aServicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

^bServicio de Digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Objetivos: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) constituye una entidad clínica en la que existe un riesgo elevado de baja adhesión al tratamiento. Nuestros objetivos fueron conocer el grado de adhesión al tratamiento en una consulta monográfica para pacientes con EII, y estudiar qué factores influyen en la misma.

Métodos: Se incluyeron 107 pacientes consecutivos durante 3 meses. Previo consentimiento verbal, los pacientes rellenaron en otra sala una encuesta anónima con datos demográficos (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, situación personal), datos referidos a la enfermedad (tipo de EII, año del diagnóstico, número de ingresos hospitalarios y de intervenciones quirúrgicas por su EII), datos referidos al tratamiento (medicación, dosis e intervalo de administración), declaración autoaplicada de adhesión (Sewitch MJ et al. Am J Gastroenterol 2003) y automedicación. El médico recogió en hoja aparte tratamiento prescrito e índice de actividad (Harvey-Bradshaw/Truelove).

Resultados: Edad media 41,3 \pm 11 años, 60% mujeres, años de evolución con EII 7,9 \pm 7. Padecían enfermedad de Crohn 64% (71% inactiva), colitis ulcerosa 36% (70% inactiva). El 66% tomaba aminosalicilatos, 51% inmunosupresores, 8% esteroides. El 66% de

enfermos había precisado por su EII algún ingreso hospitalario y el 17% alguna cirugía. Globalmente el 69% (IC95%: 60–77%) mostraba algún tipo de no-adhesión al tratamiento. El 66% (IC95%: 57–75%) reconocía algún grado de no-adhesión involuntaria: olvidaron alguna vez tomar la medicación (63%) y/o se descuidaron en cuanto a si debían tomarla (27%). El 16% (IC95%: 9–22%) reconocía algún grado de no-adhesión voluntaria: la habían dejado alguna vez por sentirse mejor (13%) y/o peor (6%) al tomarla. El 25% (IC95%: 17–33%) olvidaban al menos una toma a la semana (media 1,6 tomas olvidadas/semana, causa más frecuente: estar fuera de casa), más frecuentemente con mesalazina (30%) que con azatioprina (17%) ($p = n.s.$). En el análisis multivariante, los factores de riesgo de una peor adhesión fueron la dosificación de la medicación en 3 o más tomas al día (OR 3; IC95% 1,1–8,4; $p = 0,03$) y los pacientes poco informados sobre su EII (OR 4,9; IC95% 1,1–23,8; $p = 0,04$); por el contrario, la terapia con inmunomoduladores fue un factor predictivo de mejor adhesión (OR 0,29; IC95% 0,11–0,74; $p = 0,01$). La concordancia médico-paciente en la medicación administrada fue completa en 86%, en 10,3% hubo diferencias en la dosis y en 3,7% diferencias en la medicación. Un 9% de enfermos reconoció haberse automedicado en alguna ocasión debido a presentar brote.

Conclusiones: En nuestro medio, la adhesión al tratamiento en enfermos con EII es insuficiente. Los pacientes en tratamiento con inmunosupresores presentan una mejor adhesión al tratamiento. Debemos intentar optimizar la información que proporcionamos al paciente sobre su EII y administrar la medicación en una o dos tomas al día para conseguir mejorar el cumplimiento terapéutico.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.098

REMISIÓN SOSTENIDA AL AÑO, LIBRE DE CORTICOIDES, EN CU CORTICODEPENDIENTE MEDIANTE LEUCOCITOAFÉRESIS. IMPORTANCIA DE LA REMISIÓN ENDOSCÓPICA

J. Cabriada^a, N. Ibargoyen^a, A. Hernández^a, A. Castiella^b, J.A. Arévalo^a, A. Bernal^a

^aSo Ap Digestivo, Hospital Galdakao, Galdakao, Vizcaya

^bSc Ap. Digestivo, Hospital Mendaro, Guipúzcoa

Introducción: Se dispone de pocos datos sobre la duración de la respuesta de la leucocitoaféresis en CU, con vistas a establecer la necesidad o no de mantenimiento

Objetivo: Evaluar la eficacia al año de la leucocitoaféresis en CU corticodependiente y la importancia de la respuesta clínica y endoscópica inicial.

Material y métodos: Estudio prospectivo, abierto en 18 pacientes (12V/6M) con CU corticodependiente tratados con leucocitoaféresis. En 17, tras fracaso o intolerancia a inmunomoduladores tiopurínicos; en 2 tras fracaso a metotrexate y en 3 a infliximab. Se realizaron sesiones semanales de aféresis por vía periférica en 16 casos y central en 2. Cuatro pacientes se trataron con 10 sesiones, dos con 6 y doce con 5 sesiones. Se realizó una evaluación clínica, analítica y endoscópica (índice de la Clínica Mayo) al mes de la última aféresis, a los 6 y 12 meses. Se consideró remisión clínica un índice ≤ 2 asociado a retirada completa de corticoides; respuesta el descenso ≥ 3 puntos sobre el basal y remisión endoscópica un subíndice de 0 ó 1 sin corticoides. Se analizó la eficacia en todos los pacientes al año

Resultados: Remisión inicial: clínica 10 casos (55%) y endoscópica 9 (50%); objetivándose una significativa correlación entre remisión clínica y endoscópica ($r_s = 0,894$; $p < ,001$). A largo

plazo, dos casos con respuesta parcial inicial entraron en remisión tardía. Sobre 12 pacientes en remisión clínica, en 9 ésta se mantuvo al año sin necesidad de reintroducir corticoides sistémicos. En conjunto el tratamiento fracasó en el 33%; en un 17% hubo remisión y recidiva antes del año y en el 50% remisión clínica sostenida al año, libre de corticoides. Se objetivó una tendencia a la remisión sostenida al año caso de lograr la curación endoscópica inicial, dado que 8 de los 9 casos (89%) con remisión endoscópica inicial, mostraron remisión clínica al año ($p = 0,002$).

Conclusiones: 1) La leucocitoaféresis es una alternativa terapéutica en CU corticodependiente. En la mitad de los casos su eficacia se mantiene al año sin necesidad de reintroducir corticoides u otros tratamientos. 2) La respuesta parcial inicial se sigue de pobres resultados a largo plazo. 3) La remisión clínica completa y la curación endoscópica parecen importantes para lograr una respuesta duradera. 4) Son necesarios estudios que evalúen factores de respuesta duradera con vistas a seleccionar candidatos a tratamiento de mantenimiento.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.099

RESCATE CON MERCAPTOPURINA EN PACIENTES CON HEPATOTOXICIDAD POR AZATIOPRINA

F. Bermejo^a, A. López-Sanromán^b, A. Algaba^a, M. Van Domselaar^b, J.P. Gisbert^c, J.A. Carneros^a, E. Garrido^b, M.P. Valer^a, M. Rodríguez-Gandía^b, B. Piqueras^a

^aHospital Universitario de Fuenlabrada

^bHospital Universitario Ramón y Cajal

^cHospital Universitario de La Princesa, Madrid

Objetivo: Los inmunomoduladores tiopurínicos son medicamentos de amplio uso en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Entre sus efectos adversos, la toxicidad hepática aparece en aproximadamente el 3% de los pacientes y puede originar la retirada del tratamiento. La sustitución de azatioprina (AZA) por mercaptopurina (MP) en caso de toxicidad hepática ha sido sugerida por algunos autores, aunque sólo disponemos de datos sobre casos anecdóticos. La reacción no enzimática que convierte AZA en MP produce derivados imidazólicos que podrían ser parcialmente responsables de la hepatotoxicidad por AZA. Por ello, nuestro objetivo fue conocer la tolerancia a la administración de MP en pacientes que han precisado suspender el tratamiento con AZA por aparición de hepatotoxicidad.

Métodos: Estudio retrospectivo en 30 pacientes con EII (14 con enfermedad de Crohn, 16 con colitis ulcerosa) en los que por aparición de hepatotoxicidad fue preciso suspender la administración de AZA y tras la normalización de los parámetros hepáticos se administró MP a dosis de 1-1,5 mg/kg. Se descartaron otras causas de toxicidad hepática mediante estudio serológico.

Resultados: La edad media fue 50 ± 15 años; 63% varones; 20% fumadores. La indicación para la administración de tiopurínicos fue: 63,3% corticodependencia, 16,7% corticorrefractoriedad tras ciclosporina/infliximab, 13,3% enfermedad fistulosa y 6,7% profilaxis postcirugía. La dosis media de AZA fue de $2,2 \pm 0,4$ mg/kg/día. El tiempo medio que llevaban los pacientes con AZA cuando apareció la toxicidad fue de 3 meses (rango 0,5-11 meses). Con respecto al tipo de toxicidad secundario a AZA, el 33% presentó citolisis predominante, el 40% colestasis y un 27% hepatotoxicidad mixta. El valor medio de GPT en los pacientes con citolisis predominante fue de 175 U/ml (normal <40); los valores medios de GGT y fosfatasa alcalina en pacientes con colestasis predominante fueron de 194 U/l para fosfatasa alcalina (normal <135) y 301 U/l para GGT (normal <85). Con el fin de intentar normalizar las pruebas hepáticas en

el 40% de los pacientes se había reducido la dosis de AZA y en el 50% se había administrado N-acetilcisteína. El tiempo entre la aparición de la hepatotoxicidad y el cambio de AZA a MP fue de 2,5 meses (rango 0-11 meses). La dosis media de MP fue de $1,3 \pm 0,3$ mg/kg/día. El 86,7% (IC95%: 69-96%) de los pacientes toleró la administración de mercaptopurina sin reaparición de toxicidad hepática: 76,7% (IC95%: 57-90%) toleró dosis completas de MP y 10% (IC95%: 2-26%) toleró dosis inferiores. En el 13,3% (IC95%: 3-30%) restante se produjo nuevamente hepatotoxicidad (colestasis en 2 casos, mixta en 1) que apareció entre 1 y 3 meses tras el inicio del tratamiento con MP.

Conclusiones: La administración de MP es una excelente alternativa terapéutica en los pacientes con EII que presentan toxicidad hepática por AZA, antes de descartar definitivamente el uso de inmunomoduladores tiopurínicos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.100

RESISTENCIA A LA APOPTOSIS EN LINFOCITOS T EN SANGRE PERIFÉRICA EN PACIENTES CON E. DE CROHN (EC)

B. Beltrán, I. Moret, M. Iborra, G. Bastida, F. Rausell, J. Ponce, P. Nos

M. Digestiva, H. La Fe, Ciberehd

En la EC existe una resistencia a la apoptosis en lamina propia intestinal, no existen estudios homogéneos en células mononucleares en sangre periférica.

Objetivo: Estudiar la susceptibilidad a la apoptosis de los linfocitos no activados de sangre periférica de pacientes EC, después de activar la células *in vitro* y añadirles un estímulo apoptótico externo (anticuerpo (Ac) agonista Fas).

Métodos: Se obtuvo sangre heparinizada de sujetos control ($n = 11$) y de EC al debut y sin medicación ($n = 8$). Los pacientes fueron diagnosticados siguiendo los criterios Leonard-Jones y la actividad según el Harvey-Bradshaw. Los linfocitos fueron aislados mediante centrifugación en gradiente con Histopaque[®], seguido de una purificación en negativo de los linfocitos T no activados (Depletion Dynabeads[®]). Las células así aisladas, fueron cultivadas durante 5 días en presencia (o ausencia) de Ac CD3 unido a la placa y Ac CD28 diluido en medio X Vivo-15 (Lonza). Transcurrido este tiempo necesario para activar las células, se añadió Ac Fas (1 µg/mL) y transcurridas las incubaciones de 5 y 24h, se detectó la apoptosis mediante citometría de flujo (Annexin-V).

Resultados: La activación de los linfocitos T mediada por la exposición a los Ac CD3/CD28 resultó en un incremento de la apoptosis, tanto en los controles ($52,37 \pm 5,2$) como en la EC ($36,54 \pm 3,9$) $p = 0,052$. Al añadir el Ac Fas, se incrementó el porcentaje de células apoptóticas (controles $66,09 \pm 3,2$ vs EC $53,37 \pm 6,2$); pero fue necesaria una exposición de 24h para que este efecto fuera significativo: controles $69,05 \pm 3,7$ vs EC $53,35 \pm 5,6$ ($p = 0,033$).

Conclusiones: La resistencia a la apoptosis, puede ser una característica que presenten los linfocitos T de sangre periférica antes de alcanzar la mucosa intestinal. Esta alteración intrínseca en la capacidad apoptótica ayuda a clarificar la relación entre, respuesta inmune innata y adquirida en la EC y la fisiopatología de la enfermedad.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.101

TASA DE COLECTOMÍA EN UNA COHORTE HISTÓRICA DE COLITIS ULCEROSA

C. Saro Gismera^a, A. López San Román^b, C. de la Coba Ortiz^a, M. Álvarez Posadilla^a, R. García López^a, R. Tojo^a, A. Palacio Galán^a, González Bernal^a, A. Álvarez Álvarez^a, F.J. Román Llorente^a, J.M. Pérez-Pariente^a, C.A. Navascués^a

^aHospital de Cabueñes, Gijón, Asturias. S. Ap. Digestivo

^bHospital Ramón y Cajal, Madrid, S. Ap. Digestivo

La morbilidad en la colitis ulcerosa (CU) y el tratamiento médico elegido para su control se relaciona directamente con la necesidad de cirugía en el curso de la enfermedad.

Objetivo: Determinar el riesgo de colectomía en nuestra cohorte histórica de pacientes con CU, desde el diagnóstico hasta el 31 de Dic 2006 o la muerte. Identificar los factores asociados a cirugía y compararlos con los ptes no intervenidos. Averiguar los cambios de la tasa quirúrgica sufridos en el tiempo.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo, poblacional, prospectivo. Incluimos 636 (49,25% mujeres) ptes, diagnosticados de CU, en el Área Sanitaria V de Gijón, población 225.798 hab > 14 años. Media de seguimiento en ptes vivos de 12.11 años y en los 74 ptes muertos de 10.84 años. Se realiza Test X², exacto de Fisher, Mann-Whitney U, y Kruskal-Wallis para diferencias de sexo, edad, extensión, uso de tabaco y otros parámetros, entre ptes que requieren cirugía y los que no.

Resultados: Se intervienen 33 ptes (48,48% mujeres), riesgo acumulado de colectomía: 5,18% (media de seguimiento de ptes operados de 12,90 años). Entre ptes operados y no operados, no había ninguna diferencia significativa en la edad al diagnóstico (44,66 vs 44,40 años), tiempo sintomático previo al diagnóstico (11,39 vs 11,66 meses), sexo, Panca+ y ASCA+. El % de ptes no fumadores en el grupo operado vs no operado es de 59,4% vs 51,8%, los ex-fumadores en el grupo operado vs no op es de 25,0% vs 34,1% (p = ns). La duración de la enfermedad es superior en ptes no op. (3,31 años vs 11,97 años) (p < 0,000). La t. de mortalidad (24,24% vs 10,94%) es superior en ptes op (p = 0,038). La enfermedad es más extensa en el grupo de ptes intervenidos (c. extensa 84,84% vs 26,86%) (p < 0,000). Aunque la tasa quirúrgica es superior en ptes diagnosticados antes de 1991 (n = 14), en relación a los diagnosticados después de esta fecha (n = 19), no tiene significación estadística (6,60% vs 4,48%) (p = ns).

Conclusiones: Nuestro riesgo de colectomía en CU, es intermedio al descrito para Europa del norte y del sur. La colectomía, solo se asocia con la duración de la enfermedad, c. extensa y t. de mortalidad. La t. quirúrgica no se ha modificado en el tiempo.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.102

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA CON HIERRO (FE) ORAL E INTRAVENOSO (IV) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

J.P. Gisbert^a, F. Bermejo^b, R. Pajares^c, J.L. Pérez-Calle^d, M. Rodríguez^a, A. Algaba^b, N. Mancenido^c, F. de la Morena^a, J.A. Carneros^b, A.G. McNicholl^a, Y. González-Lama^a, J. Maté^a

^aServicio de Aparato Digestivo, La Princesa

^bServicio de Aparato Digestivo, Fuenlabrada, Madrid

^cServicio de Aparato Digestivo, La Paz, Madrid

^dServicio de Aparato Digestivo, Alcorcón, Madrid

Objetivo: Evaluar la eficacia (sobre parámetros analíticos y calidad de vida) y la tolerancia del tratamiento con Fe oral e iv en los pacientes con EII.

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico, en pacientes con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn con anemia (hemoglobina (Hgb) < 13 g/dL en varones y < 12 en mujeres) ferropénica. Criterios de exclusión: a) enfermedad grave asociada; b) vitamina B₁₂ o ácido fólico bajos; c) administración en los últimos 3 meses de Fe, eritropoyetina o hemoderivados; d) inicio de azatioprina en los últimos tres meses; e) ingreso hospitalario reciente (tres meses). En los pacientes con Hgb > 10 g/dL se prescribió sulfato ferroso vía oral (Ferrogradumet[®] 1 comp/día). Si la Hgb era < 10 g/dL se administraba Fe sacarosa intravenoso (Venofer[®], 200 mg 2 días/semana). En los pacientes intolerantes al Fe oral se cambiaba a la vía iv. En el momento basal, a los 3 y a los 6 meses tras el comienzo del tratamiento con Fe se realizó una analítica, se evaluaron los efectos adversos y se cumplimentó el cuestionario de calidad de vida reducido CCVEII-9 (puntuación de 0 a 100). Se consideró como respuesta al tratamiento la consecución de cifras normales de Hgb.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes con EII (59 con enfermedad de Crohn y 41 con colitis ulcerosa). Las cifras medias de Hgb basal fueron de 10,8 ± 1,3 g/dL (rango, 6,6–12,9). Sesenta y ocho pacientes recibieron tratamiento con Fe oral, mientras que 22 fueron tratados con Fe iv. Se comprobó una respuesta (normalización de Hgb) al tratamiento con Fe en el 86% de los pacientes (89% con Fe oral y 77% con Fe iv). No se demostró un incremento de la actividad de la EII en ningún paciente. Cuatro pacientes (5,1%) presentaron intolerancia al Fe oral, lo que obligó a suspender el tratamiento. No se describieron efectos adversos al Fe iv. Se demostró una correlación significativa entre las cifras de Hgb y la puntuación del CCVEII-9 (p < 0,001). En los respondedores a los 3 meses, la puntuación del CCVEII-9 ascendió de 58 a 73 puntos (p < 0,001), mientras que el incremento en los que precisaron 6 meses de tratamiento fue más lento (54, 68 y 74 puntos a los 0, 3 y 6 meses; p < 0,001). Por su parte, el CCVEII-9 no se modificó en los no respondedores.

Conclusión: En los pacientes con EII el tratamiento de la anemia con Fe oral es eficaz y bien tolerado, no exacerbando los síntomas de la enfermedad intestinal subyacente. La formulación iv de Fe ("sacarosa") es también una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de los casos más graves o con intolerancia al Fe oral. La corrección de la anemia con ambos tratamientos, oral e iv, se asocia con una mejoría en la calidad de vida.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.103

UTILIDAD DE LA CALPROTECTINA Y LACTOFERRINA FECAL EN LA PREDICCIÓN DE LA RECIDIVA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

J.P. Gisbert^a, F. Bermejo^b, J.L. Pérez-Calle^c, C. Taxonera^d, I. Vera^e, A.G. McNicholl^a, A. Algaba^b, P. López^c, N. López-Palacios^d, M. Calvo^e, Y. González-Lama^a, J.A. Carneros^b, M. Velasco^a, J. Maté^a

^aServicios de Aparato Digestivo de los Hospitales de La Princesa, Madrid

^bFuenlabrada, Madrid

^cAlcorcón, Madrid

^dClínico San Carlos, Madrid

^ePuerta de Hierro, Madrid

Antecedentes: Los brotes de actividad de la EII son habitualmente impredecibles. Si dispusiéramos de un marcador que

permitiera estimar con fiabilidad el riesgo de sufrir una recidiva, podríamos administrar precozmente fármacos con intención preventiva o terapéutica. Puesto que la inflamación es un proceso continuo, la estimación del nivel de ésta mediante un marcador biológico podría proporcionarnos una medida cuantitativa presintomática del riesgo de sufrir una recidiva clínica inminente.

Objetivo: Determinar la utilidad de la calprotectina y lactoferrina fecales para predecir la recidiva de la EII.

Métodos: Estudio multicéntrico en el que se incluyeron prospectivamente pacientes con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU) en remisión clínica (según CDAl y Truelove) al menos durante los 6 meses previos. Se determinaron basalmente las concentraciones fecales de calprotectina y lactoferrina, momento en que se recogieron datos relativos a la enfermedad y al tratamiento. Los pacientes fueron seguidos hasta que presentaron un brote de actividad o hasta completar un año de seguimiento sin recidiva.

Resultados: Se incluyeron 163 pacientes, 89 con EC y 74 con CU. Veintiséis pacientes (16%) recidivaron durante el seguimiento. Los valores medios de calprotectina fueron de $153 \pm 161 \mu\text{g/g}$ (rango, 6–1.217). Las concentraciones de calprotectina en los pacientes con EII que recidivaron fueron superiores a las de aquellos que permanecieron en remisión (239 ± 150 vs. $136 \pm 158 \mu\text{g/g}$; $p < 0,001$). El riesgo de sufrir una recidiva fue mayor en los pacientes con concentraciones fecales elevadas de calprotectina ($> 150 \mu\text{g/g}$) (30% vs. 7,8%; $p < 0,001$) o de lactoferrina (25% vs. 10%; $p < 0,05$). La sensibilidad y la especificidad de la calprotectina fecal ($> 150 \mu\text{g/g}$) para predecir la recidiva de la EII fue del 62% y del 62%. Las cifras correspondientes para la lactoferrina fueron del 62% y 65%. El área bajo la curva ROC para la predicción de la recidiva mediante la determinación de calprotectina fue de 0,73 (0,69 para la UC y 0,77 para la EC). Los resultados fueron mejores cuando se incluyeron exclusivamente pacientes con EC o cuando únicamente se consideró la predicción de la recidiva ocurrida durante los primeros 3 meses (sensibilidad del 100%). En el análisis de supervivencia (curvas de Kaplan-Meier) unas concentraciones elevadas de calprotectina o lactoferrina fecal se asociaron con la recidiva clínica, y ambos marcadores fecales se asociaron con ésta en el estudio multivariante.

Conclusión: La determinación de las concentraciones de calprotectina y lactoferrina fecal puede ser útil para predecir la recidiva clínica inminente –fundamentalmente en los siguientes 3 meses– tanto en la EC como en la CU.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.104

VALORACIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA MEDIANTE ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA (FIBROSCAN) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) TRATADOS CON METOTREXATO (MTX)

A. Barbero-Villares^a, J. Mendoza^a, C. Taxonera^b, A. López-Sanromán^c, R. Pajares^d, F. Bermejo^e, J.L. Pérez-Calle^f, R. Moreno-Otero^a, J.L. Mendoza^b, J. Maté^a, J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo La Princesa, Madrid

^bClínico San Carlos, Madrid

^cRamón y Cajal, Madrid

^dLa Paz, Madrid

^eFuenlabrada, Madrid

^fAlcorcón, Madrid

Introducción: El MTX es un tratamiento eficaz de la EII. Su uso durante largos periodos se ha asociado al desarrollo de fibrosis

hepática. El FibroScan es una técnica novedosa, segura y efectiva para la valoración de la fibrosis hepática.

Objetivo: Evaluar la presencia de fibrosis hepática mediante elastografía hepática (FibroScan) en pacientes con EII tratados con MTX.

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo que incluye pacientes con EII tratados con MTX. Se recogieron datos clínicos, demográficos, duración del tratamiento y dosis acumulada de MTX. Se obtuvieron los valores de elastografía hepática mediante FibroScan realizado por un gastroenterólogo que desconocía el resto de datos de los pacientes. Los puntos de corte para los diferentes estadios de fibrosis (según METAVIR) fueron: $F \geq 2$: 7,1 y $F \geq 3$: 9,5 KPa.

Resultados: Se incluyeron un total de 46 pacientes, 30 mujeres (65%), edad media 42 ± 10 años, IMC $26 \pm 6 \text{ Kg/m}^2$. 31 pacientes tenían enfermedad de Crohn (68%), 13 colitis ulcerosa (28%) y 2 pacientes colitis indeterminada (4%). La dosis acumulada media de MTX fue de $1,242 \pm 1,349 \text{ mg}$, con un tiempo medio de tratamiento de 21 ± 24 meses. La elasticidad hepática media fue de $4,7 \pm 6,9 \text{ KPa}$ (IQR medio: $0,8 \pm 0,6$), con una tasa de éxito media del 82%. En función del punto de corte de 7,1 KPa, 38 pacientes (83%) presentaron $F < 2$ y 8 pacientes (17%) $F \geq 2$; tres pacientes (6,5%) mostraron valores compatibles con $F \geq 3$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de elasticidad hepática en función del sexo, edad, tipo de EII o dosis acumulada de MTX. Las curvas de supervivencia (Kaplan-Meier) y el análisis multivariante (Log-Rank) no demostraron diferencias significativas en la progresión hacia fibrosis avanzada en función de la dosis acumulada de MTX o del tipo de EII.

Conclusiones: 1. El desarrollo de fibrosis hepática en pacientes con EII tratados con MTX es excepcional. 2. No existen diferencias en los valores de elasticidad hepática en función del tipo de EII o de la dosis acumulada de MTX. 3. La elastografía hepática (FibroScan) es una técnica novedosa y segura que puede ser potencialmente útil en la evaluación y el seguimiento de la fibrosis hepática en pacientes con EII tratados con MTX.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.105

Oncología

ALTA PREVALENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN UNA POBLACIÓN ESPAÑOLA CON NEOPLASIA DE ESÓFAGO

F. Junquera^a, S. Videla^b, M.P. Cañadas^c, L. Darwich^d, X. Calvet^a, E. Brullet^a, E. Martínez-Bauer^a, G. Sirera^b, B. Clotet^b, R. Campo^a

^a(CIBER-ehd). Corporacion Parc Tauli. Sabadell

^bLluita Contra La SIDA Foundation. University Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona)

^cMSC, General Lab, Barcelona

^dDepartment of Sanitat i Anatomia Animals, Universidad Autònoma de Barcelona (U.A.B.)

El virus del papiloma humano (VPH) es una agente etiológico implicado en la neoplasia de esófago. Sin embargo su prevalencia es muy variable dependiendo de la localización geográfica y de los diferentes test utilizados en su detección como la hibridación in situ, southern blot, y reacción de la polimerasa en cadena (PCR).

Objetivo: Determinar la prevalencia del VPH en una población seleccionada con neoplasia de esófago de Cataluña.

Pacientes y métodos: Pacientes consecutivos diagnosticados de neoplasia de esófago fueron seleccionados para el estudio entre Febrero 2007 y Septiembre del 2008. Se realizaron biopsias endoscópicas pareadas de mucosa normal y tumoral, y se recogieron en RNA later. Se extrajo el DNA y fue amplificado utilizando el kit F-VPH typingTM PCR (Molgentix, España)

Resultados: Veinte pacientes (edad media: 62 ± 11 , 16V/4M) con neoplasia de esófago participaron en el estudio: 11 diagnosticados de carcinoma escamoso de esófago y 9 con adenocarcinoma. VPH se detectó en 6 de 11 pacientes (54,5%) con carcinoma escamoso de esófago y en 1 de 9 pacientes (11,1%) con adenocarcinoma de esófago. Los VPH del riesgo medio tipos (53, 70, 73) se detectaron en 5 de 7 pacientes tanto en el tumor como en la mucosa normal adyacente. Se detectó mult infección con varios VPH del riesgo medio en 4 (57%) de ellos. El VPH de bajo riesgo tipo 42 también se detectó en 5/7 (71%) de muestras de pacientes con cáncer de esófago, tres en combinación con varios VPH de riesgo medio, uno aislado y el restante era portador VPH 73 de riesgo medio en la mucosa normal adyacente.

Conclusión: El VPH está presente en el 54% de los casos de carcinoma escamoso de nuestra serie. La mult infección con varios VPH es común tanto en el tumor como en la mucosa normal del esófago de estos pacientes.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.106

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF) EN ESPAÑA. RESULTADOS INICIALES DEL REGISTRO ESPAÑOL DE POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR (REPAF)

T. Ocaña, I. Alfaro, A. Castells, en representación del REPAF

Hospital Clinic de Barcelona

Introducción: La PAF es una enfermedad hereditaria caracterizada por la presencia de más de 100-1000 adenomas en el colon y recto en la forma clásica, y menos de 100 en la atenuada. El riesgo de cáncer colorrectal es prácticamente del 100% si no se identifica y se trata a tiempo. Para favorecer la identificación y el tratamiento de estos pacientes en nuestro medio, en el año 2007 se instauró el REPAF.

Objetivo: Evaluar las características de los pacientes con PAF en España.

Pacientes y métodos: Se han evaluado todos los pacientes del REPAF (noviembre'07-octubre'08) en relación a sus características demográficas, clínicas y genéticas.

Resultados: En el período del estudio se han registrado 229 pacientes pertenecientes a 150 familias no relacionadas, atendidos en 15 centros. De estos, 122 (53%) eran hombres y 107 (47%) mujeres, con una media de edad de 40 ± 16 años. En relación a su presentación, 116 (50%) corresponden a la forma clásica y 113 a la atenuada. En 62 pacientes (27%) se identificó algún adenoma colorrectal con displasia de alto grado, y en 37 (16%) CCR invasivo. Las manifestaciones extracolónicas fueron: afectación duodenal (n = 43), gástrica (n = 40), tumores desmoides (n = 23), tiroideos (n = 8), cerebrales (n = 1) y osteomas (n = 6). Se ha realizado el análisis del gen APC en 182 de los 224 (81%) pacientes en los que estaba indicado, identificando la mutación causal en 127 de ellos (70%), y del gen MYH en 60 pacientes de los 125 (48%) en los que estaba indicado, confirmando la mutación en 5 de ellos (8%).

Conclusiones: En el primer año de funcionamiento del REPAF, se han registrado un elevado número de pacientes. El elevado número de individuos sometidos a estudio genético, y la reducida prevalencia de CCR sugieren un nivel excelente de atención a estos pacientes en nuestro medio.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.107

CONSUMO DE TABACO Y FRECUENCIA DE LESIONES NEOPLÁSICAS METACRÓNICAS EN EL CÁNCER COLO-RECTAL RESECADO

A. Borda^a, F. Borda^b, M. Muñoz-Navas^a, F.J. Jiménez^b, C. Carretero^a, J.M^a. Martínez-Peñuela^c

^aDpto. de Digestivo Clínica Universitaria, Hospital de Navarra, Pamplona, España

^bServicio de Digestivo, Hospital de Navarra, Pamplona, España

^cAnatomía Patológica, Hospital de Navarra, Pamplona, España

Introducción: Se ha relacionado el consumo de tabaco con una mayor incidencia de cáncer colo-rectal (CCR), pero no disponemos de estudios sobre la posible influencia del tabaco en la frecuencia de lesiones metacrónicas tras la resección de las neoplasias iniciales.

Objetivos: Analizar la posible influencia del tabaco en pacientes con CCR sobre la frecuencia de aparición de lesiones neoplásicas metacrónicas. Determinar el punto de corte, en cuanto al consumo de cigarrillos/día, a partir del cual se incrementa la frecuencia de lesiones metacrónicas.

Pacientes y métodos: Revisamos 355 CCR, resecados con intención curativa y con seguimiento controlado mediante colonoscopias completas. Clasificamos a los pacientes en no fumadores, ex-fumadores (≥ 1 año sin consumir tabaco) y fumadores (≥ 7 cigarrillos/semana). Comparamos la frecuencia de lesiones metacrónicas (adenomas y CCR), en relación con el consumo previo de tabaco, estableciendo puntos de corte para ≥ 5 , ≥ 10 , ≥ 15 y ≥ 20 cigarrillos/día. Empleamos los tests de Chi-cuadrado y Fisher, determinando la odds ratio (OR) con su índice de confianza al 95% (IC). Consideramos estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: Registramos 180 casos de pacientes no fumadores (50,7%), 107 de ex-fumadores (30,1%) y 68 (19,2%) de fumadores. La mediana del seguimiento endoscópico fue de 49 meses (12-112), con una media de $2,8 \pm 1,5$ colonoscopias/paciente. Diagnosticamos 7 CCR metacrónicos (2%), todos ellos con adenomas asociados y 151 casos con adenomas metacrónicos (42,5%). Los no fumadores presentaron una frecuencia de lesiones metacrónicas del 33,9% frente al 47,7% de los ex-fumadores: $p = 0,021$; OR = 1,78 (1,06-2,99) y al 57,4% de los fumadores: $p = 0,0008$; OR = 2,62 (1,43-4,82). Entre los fumadores, los que consumían < 10 cigarrillos/día presentaron un 50% de lesiones metacrónicas, no significativamente superior a los no fumadores: $p = 0,12$. A partir de ≥ 10 cigarrillos/día la mayor incidencia de lesiones metacrónicas alcanza significación estadística: $p = 0,0008$; OR = 3,10 (1,49-6,48).

Conclusiones: 1. En nuestra serie, los pacientes no fumadores presentaron una frecuencia de lesiones neoplásicas metacrónicas significativamente inferior a la de los ex-fumadores y fumadores activos. 2. La mayor incidencia de lesiones metacrónicas alcanza significación estadística a partir de 10 cigarrillos/día. 3. Estos resultados sugieren un seguimiento post-quirúrgico más estricto en los pacientes fumadores de ≥ 10 cigarrillos/día.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.108

¿DEMASIADAS COLONOSCOPIAS DE SEGUIMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL?

M. Domínguez^{a,c}, A. Ferrández^{a,c}, P. Roncalés^b, Polo-Tomas^c, S. Sopena^{a,c}, R. Sáinz^{a,c}, A. Lanas^{a,c}

^aHCU Lozano Blesa, Zaragoza

^bInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud

^cCIBERehd

Introducción: La colonoscopia es considerada la prueba diagnóstico-terapéutica de elección en el cribado y seguimiento de familiares de primer grado (FPG) de pacientes con cáncer colorrectal (CCR). De acuerdo con las guías, los intervalos de seguimiento deben adecuarse a los hallazgos de la colonoscopia. Sin embargo, en la práctica clínica dichos intervalos suelen acortarse en población de riesgo intermedio (Bohlchand et al. Ann Intern Med 2006). Se desconoce el grado de adecuación práctica diaria-guías respecto a los intervalos de seguimiento en individuos de alto riesgo

Objetivo: Evaluar la adecuación a las guías de práctica clínica respecto a los intervalos de seguimiento en FPG de pacientes con CCR.

Métodos: Estudio descriptivo de los intervalos de seguimiento en FPG de pacientes con CCR incluidos en el Programa de Prevención de CCR de Aragón. Consideramos intervalos adecuados: (1) 36 ± 6 meses en FPG con adenoma avanzado o ≥ 3 adenomas, (2) 60 ± 6 meses en FPG con adenomas no avanzados y (3) 60–120 meses en FPG con colonoscopia normal. También se ha calculado los índices “Performing and Reporting Calculation” propuestos recientemente por la AMA.

Resultados: Se incluyeron un total de 770 FPG (1185 colonoscopias). En 265 (34,4%) se realizó colonoscopia de seguimiento (en 145 se realizaron 3 o más). Globalmente, el intervalo medio de seguimiento entre dos colonoscopias sucesivas fue de $29,3 \pm 20,5$ meses. En 359 (88%) dicho intervalo fue inadecuado, la mayor parte (341: 94,9%) por acortamiento de dicho intervalo. En FPG con AA o ≥ 3 adenomas la media de tiempo de seguimiento fue de $16,4 \pm 11,1$ meses, siendo inadecuada en el 84% de los procedimientos. De hecho, el 92,4% de las exploraciones se realizaron antes de los 36 meses. En pacientes con 1-2 adenomas no avanzados el 94% de las colonoscopias de seguimiento se realizaron en un intervalo de tiempo no adecuado (media de $25,7 \pm 15$ meses). En FPG con colonoscopia normal, el seguimiento se realizó en una media de $35,6 \pm 22$ meses, siendo el 84% de ellas inadecuadas y el 91,3% se realizaron antes de los 60 meses. Con estos datos se obtuvo un “Performing Calculation” de 0,825 y un “Reporting Calculation” de 0,87.

Conclusiones: En nuestra serie, la mayoría de las colonoscopias de seguimiento en FPG de pacientes con CCR se hacen a intervalos no adecuados a las GPC y fundamentalmente acortando dichos intervalos. Este hecho parece incluso más evidente en FPG con adenomas no avanzados. Una correcta utilización de las guías podría reducir potenciales complicaciones y evitaría el uso inadecuado de los recursos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.109

DETECCIÓN DE NEOPLASIA AVANZADA EN UN PROGRAMA DE CRIBADO DIRIGIDO A FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

J.J. Puente, M.A. Marín, P. Bueno, J.L. Domínguez, E. Bernal, J. Torralbo, E. Pelado, R. Copado

Servicio Aparato Digestivo, Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir, Andújar (Jaén)

Los individuos con antecedentes familiares de cáncer colorrectal (CCR) presentan un riesgo incrementado de padecer esta neoplasia y son tributarios de programas de cribado específicos. En nuestro hospital hemos puesto en marcha un programa de prevención secundaria dirigido a familiares basado en la búsqueda activa, información y cribado mediante colonoscopia, en función del riesgo familiar e individual.

Objetivos: Analizar la rentabilidad diagnóstica del cribado de CCR mediante colonoscopia en familiares de primer grado (FPG). Identificar características de los familiares incluidos en el programa. Analizar factores asociados a la presencia de lesiones en la colonoscopia.

Pacientes y método: Se incluyeron 148 FPG de pacientes con CCR que aceptaron la realización de colonoscopia, desde 2/2007 hasta 11/2008, sobre un total de 371 a los que se les propuso cribado. Recogida de datos prospectiva de características individuales, árbol genealógico familiar y hallazgos de la colonoscopia. Se definió neoplasia avanzada (NA) como cáncer/adenoma de tamaño ≥ 10 mm y/o componente vellosa y/o displasia de alto grado.

Resultados: Se realizaron 148 colonoscopias, 89 mujeres y 59 hombres, con edad $48,6 \pm 11,3$ años (rango 25-77). El 62,1% eran menores de 50 años. La indicación de cribado fue “más de 1 FPG ó 1 FPG menor de 60 años” en 73 (49,3%), “un sólo FPG mayor de 60 años” en 69 (46,7%) y CCHNP en 6 casos (4,0%). La edad de diagnóstico del caso índice fue $62,3 \pm 12,4$ años (rango 37-86), siendo menor de 60 en el 39,4%. El parentesco más próximo fue padre/madre en 88 (59,5%), hermano/a en 57 (38,5%) y otros en 3 (2,0%). El 43,9% tenían más de un familiar con neoplasia asociada a CCHNP. Se detectaron ≥ 2 generaciones afectas en el 25,8% de los casos.

La colonoscopia se completó hasta ciego en 91,2%. Fue normal en 93 casos (62,8%). El hallazgo más relevante fue NA en 35 casos (23,6%), adenoma/s de bajo riesgo en 11 (7,4%) y pólipo hiperplásico en 9 (6,0%). El 91,4% de las NA eran adenomas con histología vellosa (15 tubulovellosa y 17 vellosa), encontrándose en 5 displasia de alto grado y en 3 carcinoma invasor. Morfológicamente, las lesiones con histología de NA fueron 3 pólipos menores de 5 mm, 12 pólipos entre 5–9 mm, 19 pólipos ≥ 10 mm y un tumor excrecente. La localización de la NA fue colon izquierdo en 24 casos, recto en 5, colon derecho en 4 y pancolónica en 2.

La proporción de NA fue mayor en los familiares con edad ≥ 50 (36,0% vs 18,3%; $p = 0,037$), en los varones (40,4% vs 15,0%; $p = 0,003$) y si el parentesco era hermano (39,2% vs 14,8%; $p = 0,011$). Fueron variables independientes predictoras de NA el sexo masculino (OR 4,12; VPP 63,1%; NNT 4; $p = 0,001$) y el parentesco hermano (OR 3,95; VPP 63,6%; NNT 5; $p = 0,002$).

Conclusiones: Aunque la tasa de cobertura del programa de cribado es mejorable, se detectó NA en un considerable número de casos. La probabilidad de encontrar NA fue significativamente mayor en varones y en familiares de la misma generación que el caso índice.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.110

EL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES INMUNOLÓGICO ES MÁS COSTE-EFECTIVO QUE EL GUAYACO. COMPARACIÓN ENTRE DOS PROGRAMAS DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL

R. Jover^a, F.L. Carballo^b, M. Ponce^c, F. Pérez-Riquelme^d, D. Salas^e, J. Cruzado-Quevedo^d, T. Sala^c, E. Torrella^f, P. Zapater^a,

Grupo de Cribado de Cáncer Colorrectal de la Región de Murcia,
Grupo de Cribado de Cáncer Colorrectal de la Comunidad Valenciana

^aHospital General Universitario de Alicante

^bHospital Virgen de la Arrixaca de Murcia

^cHospital La Fe de Valencia

^dDepartamento de Salud Pública Región de Murcia

^eDepartamento de Salud Pública Generalitat Valenciana

^fHospital Morales Meseguer de Murcia

El test de sangre oculta en heces (TSOH) seguido de colonoscopia en casos positivos es la estrategia de elección para el cribado poblacional del cáncer colorrectal (CCR) en la mayoría de países europeos. Estudios recientes han mostrado la superioridad del TSOH inmunológico frente al test clásico de guayaco. Nuestro objetivo es comparar dos programas de cribado poblacional de CCR que han utilizado TSOH inmunológico y guayaco respectivamente.

Métodos: Se han comparado los resultados de la primera ronda de los programas de cribado de la Región de Murcia y de la Comunidad Valenciana. El programa de cribado de CCR de la Región de Murcia incluyó a 35.741 personas, utilizando modelo de invitación postal, para la realización de TSOH inmunológico (FOB-GOLD[®]), con 2 muestras y un punto de corte de 100 ng/mL. El programa de la Comunidad Valenciana invitó a una población de 98.569 personas, con un modelo de invitación postal similar, utilizando un TSOH bioquímico basado en la reacción del guayaco (Hemoccult[®]), con 2 muestras de 3 deposiciones consecutivas.

Resultados: El programa basado en el TSOH inmunológico consiguió una mayor tasa de adherencia (42,3% vs 35,6%; $p = 0,00001$), una mayor tasa de positividad (9,5% vs 1,6%; $p = 0,00001$), una mejor tasa de detección de adenoma de alto riesgo o CCR (34,17% vs 5,35%; $p > 0,00001$), con un valor predictivo positivo (VPP) similar (35,8% vs 35,9%; $p < 0,05$). No hubieron diferencias en los indicadores de calidad de la colonoscopia (Tasa de intubación cecal 92,0% vs 88,1%; $p < 0,05$). El coste del programa basado en TSOH inmunológico fue mayor, con un incremento de 310€ por persona cribada. Sin embargo, las estimaciones de la efectividad incremental son mejores para el programa basado en TSOH inmunológico, con una ganancia de 12 adenomas de alto riesgo o CCR más detectados por cada 1.000 participantes. El coste-efectividad fue claramente superior en el programa basado en TSOH inmunológico (3,282€/adenoma de alto riesgo o CCR detectado vs 4,130€/adenoma de alto riesgo o CCR detectado).

Conclusión: Con el uso de una estrategia de invitación similar en dos poblaciones de estructura social muy semejante, un programa de cribado poblacional de CCR basado en TSOH inmunológico consigue una mejor adherencia, mayor tasa de positividad y una mejor tasa de detección de lesiones significativas sin que haya diferencias en el VPP de ambos TSOH. Pese a un mayor coste por persona cribada, el coste-efectividad del programa basado en TSOH inmunológico es claramente superior.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.111

ESTADIO TNM PATOLÓGICO EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR CÁNCER COLORRECTAL: EL VIAJE A NINGUNA PARTE

A. Soriano-Izquierdo, F. Rodríguez-Moranta, J.M. Botargues, M. Peñalva, A. Berrozpe, M. de la Hera, E. Sánchez, J. Guardiola, en representación de la Unidad Funcional de Cáncer Colorrectal del Hospital Universitario de Bellvitge- Hospital Duran i Reynals

Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario de Bellvitge, IDIBELL, Universidad de Barcelona, Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda neoplasia más frecuente en ambos sexos en los países occidentales y constituye la segunda causa de muerte por cáncer en España.

Hipótesis: El aumento de los recursos sanitarios debería haber conducido a una mejora en el diagnóstico precoz de los pacientes con CCR y, consecuentemente, intervenirlos en fases más precoces de su enfermedad.

Objetivo: Analizar si se han producido cambios en la estadificación patológica de los pacientes intervenidos por CCR en los últimos 20 años.

Métodos: Se han evaluado 2948 pacientes con CCR operados en nuestra Unidad entre los años 1989 y 2008. Esta población ha sido dividida en 2 grupos de 1474 pacientes, antes (grupo antiguo) y después (grupo moderno) de junio de 2000. La comparación de las variables cualitativas se ha realizado mediante el cálculo de la chi-cuadrado.

Resultados: El 62% eran hombres. El 35% de los pacientes tenía cáncer de recto, 10% eran tumores de alto grado y 13% fueron operados de urgencia. La distribución por estadios TNM patológicos (pTNM) fue: estadio 0 el 3%, estadio I el 13%, estadio II el 31%, estadio III el 31% y estadio IV el 18%. Los pacientes del grupo "moderno" presentaron un pTNM más avanzado que los pacientes del grupo "antiguo" (estadios 0-I-II: 44,3% vs. 54,5% y estadios III-IV: 55,7% vs. 45,5%; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes intervenidos por CCR en los últimos años presentan un estadio pTNM más avanzado. Es fundamental la puesta en marcha de políticas públicas sanitarias encaminadas al diagnóstico precoz de esta neoplasia.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.112

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA NEOPLASIA AVANZADA DE COLON EN LA POBLACION GENERAL Y EN LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER COLORRECTAL SEGUN INTERVALOS DE EDAD

M.E. Tomás Moros^a, F. García Durán^a, J.A. Carneros Martín^a, S. Sánchez Prudencio^a, J.C. Villa Poza^a, C. Ciriza de los Ríos^b, J.L. Rodríguez Agulló^a

^aServicio de Gastroenterología, Hospital de Fuenlabrada, Madrid

^bServicio de Gastroenterología, Hospital 12 de Octubre, Madrid

Introducción: Los familiares de pacientes diagnosticados de CCR presentan un riesgo aumentado para esta neoplasia. En estos pacientes la colonoscopia debiera practicarse a partir de los 40 años.

Material y métodos: Se analizan los enfermos que acuden al Servicio de Endoscopias del Hospital de Fuenlabrada para la práctica de colonoscopia entre el 1 de enero del 2006 y el 31 de Octubre del 2007. Se estudian los pacientes a los que se extirpan adenomas y se distribuyen según edades: ≤ 40 ; 41-50; 51-60; 61-70; > 71 y según refieran antecedentes familiares de CCR: **grupo 1** o no: **grupo 2**. Se excluyen los enfermos diagnosticados previamente de enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos o CCR o aquéllos con síndrome de Lynch y poliposis adenomatosa familiar. Se define neoplasia avanzada (NA) como los adenomas vellosos (AV), los adenomas de ≥ 10 mm, los adenomas con displasia de alto grado (DAG) y el cáncer intramucoso (CIM). El colon izquierdo se considera cuando se alcanza la flexura esplénica.

Objetivos: Comparar las características de los adenomas y las NA en ambos grupos y según intervalos de edad.

Resultados: El grupo 1 está formado por 123 pacientes (76 varones y 47 mujeres) y el grupo 2 por 298 (183 varones y 115 mujeres) con edad media de 53.48 ± 9.30 y 63.20 ± 13.54 ($p < 0,001$) respectivamente. La tabla siguiente muestra los resultados endoscópicos por edades en los grupos 1 y 2.

	≤ 40 años	41-50	51-60	61-70	> 70	P
Total enfemos	11/11	36/42	49/83	21/60	6/102	$< 0,001$
Sexo (V/ M), grupo 1	6/5	23/13	33/16	12/9	2/4	NS
Sexo (V/ M), grupo 2	6/5	24/18	58/25	34/26	61/41	NS
Total adenomas	14/13	65/58	83/149	28/94	13/178	NS
A < 10 mm	9/9	*28/38	42/69	18/51	4/77	*0,01
A ≥ 10 mm	2/3	12/11	17/30	5/16	*3/42	*0,09
A Tubular	10/10	*30/40	45/72	20/50	5/90	*0,04
AV	1/2	*10/2	9/19	2/14	**2/24	*0,01, **0,009
DAG	0	1/0	1/3	0/2	*1/5	* $< 0,001$
CIM	0	0	*2/0	0/1	0/6	*0,06
NA	2/3	14/12	18/33	5/20	3/46	NS
Total NA	3/4	19/15	23/38	6/24	*7/58	*0,002
Dcha, izda, ambas, grupo 1	2/0/0	11/1/2	14/4/0	3/2/0	2/0/0	NS
Dcha, izda, ambas, grupo 2	3/0/0	9/2/1	28/3/2	16/3/1	29/15/2	NS

En el grupo 1, 42 (34,14%) pacientes presentan NA frente a 114 (38,25%) en el grupo 2. Si diferenciamos los enfermos en relación a si tienen < 60 o ≥ 60 años obtenemos los siguientes resultados: en el grupo 1, 81% de los pacientes con NA eran < 60 años, frente a 42% en el grupo 2.

Conclusiones: Consideramos que no hay diferencias en cuanto al número de pacientes diagnosticados de NA en los grupos estudiados. Sin embargo, la NA se detecta a una edad más temprana en los pacientes con antecedentes familiares de CCR. Esto debe hacernos reflexionar sobre cómo conseguir una selección adecuada de los pacientes con antecedentes familiares a una edad temprana, a partir de los 40 años, para conseguir que el cribado resulte eficaz.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.113

ESTUDIO COMPARATIVO DE 2 TESTS DE SANGRE OCULTA EN HECES EN LA DETECCIÓN DE NEOPLASIA COLORRECTAL. TEST DEL GUAYACO Y TEST INMUNOLÓGICO CUANTITATIVO. RESULTADOS PRELIMINARES

X. Ariza-Solé^a, F. Rodríguez-Moranta^a, A. Berrozpe^a, X. Vázquez^a, G. Binefa^b, M. Navarro^b, E. Sánchez^a, M. De la Hera^a, C. Muñoz^c, N. Gonzalo^c, A. Clopés^c, M. Peris^b, J. Guardiola^a

^aServicio de Gastroenterología Hospital Universitario de Bellvitge

^bServicio de Prevención y Control del Cáncer ICO

^cServicio de Farmacia Hospital Durán i Reynals

Introducción: La baja sensibilidad de los test de sangre oculta en heces (TSOH) basados en el guayaco, ha hecho desarrollar nuevos tests inmunológicos con una eficacia para detectar neoplasia avanzada (adenoma avanzado y cáncer colorrectal) todavía no bien establecida.

Objetivo: Determinar la sensibilidad y especificidad de un TSOH basado en el guayaco (TSOHg) de alta sensibilidad con un TSOH inmunológico cuantitativo (TSOHi) para detectar neoplasia avanzada.

Material y métodos: Población: individuos con una colonoscopia programada por cualquier motivo (cribado, vigilancia o síntomas). Se excluyeron los individuos con enfermedad inflamatoria intestinal conocida y los pacientes con antecedentes de CCR intervenido. En los días previos a la exploración, se completaron 3 TSOHg (Hema-Screen) y 2 TSOHi (OC Sensor, test positivo ≥ 100 ng/ml). Se calculó el tamaño de la muestra para demostrar la superioridad del TSOHi de un 15% de sensibilidad, con un tamaño final de 700 individuos.

Resultados: Se evalúan los resultados de los primeros 140 individuos. Al 66% se les realizó la colonoscopia por síntomas y al resto por riesgo familiar o personal de CCR. La colonoscopia detectó 16 individuos (11%) con una neoplasia avanzada (2 carcinomas infiltrantes y 14 adenomas avanzados). El resto de lesiones encontradas fueron: 20 individuos con adenomas no avanzados, 11 con pólipos no adenomatosos y 4 colitis inflamatorias. La colonoscopia fue normal en 88 (63%) individuos.

El porcentaje de tests positivos fue de 3,5% (5/140) y 16,5% (23/140) para el TSOHg y TSOHi respectivamente. La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para detectar neoplasia avanzada fue de 12%, 97%, 40% y 89% para el TSOHg y de 62,5%, 89%, 60,8% y 81% para el TSOHi. En caso de considerar únicamente el primer test inmunológico, la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN fue de 43,7%, 92%, 43,7% y 92,7% respectivamente.

Conclusión: El TSOHi es muy superior al TSOHg para detectar neoplasia avanzada, aunque el elevado número de falsos positivos podría limitar su uso.

La utilización de uno o dos TSOHi debería evaluarse en función de los recursos endoscópicos disponibles.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.114

ESTUDIO DEL INTERVALO DIAGNÓSTICO DE LAS SUCEVAS GENERACIONES DE ADENOMAS METACRÓNICOS EN EL CARCINOMA DE COLON Y RECTO

A. Borda^a, J.M. Martínez-Peñuela^c, F. Borda^b, M. Muñoz-Navas^a, C. Carretero^a, F.J. Jiménez^b

^aDpto. de Digestivo Clínica Universitaria de Navarra

^bSº. de Digestivo

^cAnatomía Patológica del Hospital de Navarra, Pamplona, España

Introducción: Un elevado porcentaje de cánceres colo-rectales (CCR) desarrollan adenomas metacrónicos. Son escasos los trabajos que analizan el periodo de tiempo transcurrido entre la resección del tumor y el diagnóstico de las sucesivas generaciones de adenomas metacrónicos.

Objetivos: Estudiar la evolución del tiempo hasta el diagnóstico en las sucesivas generaciones de adenomas metacrónicos. Comparar la latencia diagnóstica de la primera lesión metacrónica entre los pacientes con y sin lesiones sincrónicas previas.

Material y métodos: Analizamos 382 CCR, seguidos mediante colonoscopias completas. Determinamos el tiempo transcurrido entre la resección del cáncer inicial y el diagnóstico de la 1ª, 2ª y 3ª generación de adenomas metacrónicos. Comparamos las posibles diferencias en cuanto a tiempo hasta el diagnóstico del primer adenoma metacrónico entre los casos con y sin lesiones sincrónicas iniciales. Para el estudio estadístico empleamos el test de Mann-Whitney, considerando significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: 208/382 pacientes (54,5%) presentaron adenomas sincrónicos y 162 (42,4%) desarrollaron adenomas metacrónicos. La media de colonoscopias de control ha sido de $2,74 \pm 1,75$ por paciente. La mediana del tiempo (meses) de las sucesivas colonoscopias fue 1ª = 15; 2ª = 32; 3ª = 46; 4ª = 63; 5ª = 72; 6ª = 85; 7ª = 93 y 8ª = 100 meses. Las medianas del tiempo hasta el diagnóstico para la 1ª generación de adenomas metacrónicos fueron de 21 meses, reduciéndose a 16 para la 2ª generación y 14 meses para la 3ª. En los pacientes con adenomas sincrónicos, la primera lesión metacrónica se diagnosticó significativamente antes: mediana = 19 meses con respecto a los que no tenían lesiones sincrónicas: mediana = 30 meses ($p = 0,011$).

Conclusiones: 1. El intervalo hasta el diagnóstico de las lesiones metacrónicas se va reduciendo progresivamente en las sucesivas generaciones de adenomas. 2. El tiempo transcurrido hasta el diagnóstico del primer adenoma metacrónico es significativamente menor en los cánceres colo-rectales con adenomas sincrónicos iniciales. 3. Nuestros resultados aconsejan efectuar el primer control endoscópico de forma más precoz en los pacientes que hubieran presentado previamente adenomas sincrónicos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.115

EVOLUCIÓN DEL PRONÓSTICO DEL CÁNCER DE COLON EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

L. Bujanda^a, C. Sarasqueta^b, M. Beraza^a, L. Hijona^a, A. Cosme^a, J.L. Elorza^c, R. Jover^d, F. Balaguer^e, X. Llor^f, M. Andreu^g, X. Bessa^g, A. Paya^d, A. Castells^e, Grupo de Oncología de Asociación Española de Gastroenterología

^aServicio de Digestivo, Hospital Donostia, CIBERehd, Universidad del País Vasco, San Sebastián

^bServicio de Epidemiología, Hospital Donostia, CIBERESP, San Sebastián

^cServicio de Cirugía General, Hospital Donostia, San Sebastián

^dServicio de Digestivo, Hospital General, Alicante

^eServicio de Digestivo, Hospital Clinic, CIBERehd, IDIBAPS, Barcelona

^fDepartment of Medicine, University of Illinois, Chicago, IL 60612, USA

^gServicio de Digestivo, Hospital Del Mar, Barcelona

El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa de muerte por cáncer en la mayoría de países desarrollados. Nuestro objetivo era valorar los cambios de mortalidad del CCR en estos últimos 20 años.

Material y métodos: Se estudian retrospectivamente 1990 pacientes diagnosticados de CCR de manera consecutiva. Los años de inclusión de los pacientes fueron de 1980 a 1994 y 2001. Los pacientes se clasificaron en 2 grupos. El grupo I (1119) eran los pacientes incluidos entre los años 1980 y 1994. El grupo 2 (871) estaba formado por los pacientes diagnosticados durante el año 2001 (grupo EPICOLON).

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 21 meses para el grupo I y de 50 para el grupo II. En los pacientes que fallecieron las medianas fueron de 12 y 16 meses, respectivamente, y entre los pacientes vivos, 67 y 60 meses respectivamente. La supervivencia media era mayor en el grupo II que en el grupo I (73 meses vs. 25 meses; $P < 0,001$). La supervivencia fue mayor en el grupo II que en el grupo I para todos los estadios tumorales. La mortalidad peroperatoria (hasta 30 días después de la cirugía) en el grupo I fue del 8%, mientras que en el grupo II fue del 2% ($P < 0,001$). Un 17% del grupo I recibían quimioterapia frente a un 50% del grupo II ($P < 0,001$).

Conclusiones: La supervivencia de los pacientes con CCR se ha duplicado. Este aumento se debe, en parte, a la generalización de la quimioterapia y a la disminución de la mortalidad peroperatoria.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.116

EXPRESIÓN DE MOLÉCULAS MICA EN TEJIDO GÁSTRICO TUMORAL Y NO TUMORAL EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO

L. Barranco^a, F. Bory^a, M. Jimeno^b, M. Borchers^c, A. Ramírez-Sarmiento^e, X. Bessa^a, J.M. de Deu^a, A. Seoane^a, B. González^a, M. Pera^d, M. Orozco-Levi^{e,f}

^aServicio de Digestivo, Hospital del Mar Barcelona

^bServicio de Anatomía patológica, Hospital de Mar, Barcelona

^cDepartment of Environmental Health, Division of Environmental Genetics and Molecular Toxicology, Department of Internal Medicine, Division of Pulmonary and Critical Care, University of Cincinnati, College of Medicine, Cincinnati, USA

^dServicio de Cirugía, Hospital del Mar, Barcelona

^eGroup of Research in Injury and Immune response (FIRE), IMIM, Servicio de Neumología Hospital del Mar, Barcelona

^fCXES-Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

Introducción: El MICA (acrónimo de MHC class I chain related antigen), son antígenos que se expresan por las células epiteliales sometidas a estrés (patógenos intracelulares o transformación neoplásica) y los cuales precipitan una respuesta inmune. La unión MICA-receptor (MICA-NKG2D) activa la función citotóxica de las células NK y T, que representan la primera línea de inmunovigilancia, desencadenando lisis por apoptosis de las células tumorales o infectadas por patógenos. Hay evidencia de la expresión de MICA en diversas neoplasias epiteliales. En condiciones de homeostasis, el MICA no se expresa a excepción del epitelio intestinal, posiblemente traduciendo estrés celular debido a la colonización bacteriana (expresión aberrante).

Objetivos: Evaluar en pacientes con cáncer gástrico, (1) si las células tumorales expresan MICA, (2) si la expresión es exclusiva de células transformadas y (3) si la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) se asocia a esta expresión.

Material y métodos: En el estudio se incluyeron todos los pacientes afectos de cáncer gástrico referidos para cirugía radical en el periodo de mayo 04-noviembre 05 ($n = 34$). Se evaluó la expresión de MICA tanto en tejido tumoral como no tumoral

(intrasujetos) mediante técnicas específicas de inmunohistoquímica.

Resultados: El 23% de los tumores mostró expresión de MICA. Las variables demográficas o tipo histológico no mostraron asociación con la expresión de MICA. En cambio, en el tejido no-tumoral la expresión de MICA fue significativamente mayor (77%, $p < 0,001$; OR 1,3). A pesar de que en el 64% de los pacientes tenían infección por HP, ésta no se asoció con la expresión de MICA.

Conclusiones: El presente estudio demuestra la existencia de expresión aberrante de MICA en el tejido gástrico no tumoral de pacientes con cáncer gástrico, independientemente de la infección por HP. No obstante, las células tumorales (análisis pareado), muestran menor expresión de MICA. Estos hallazgos sugieren la existencia de un mecanismo de inmunoevasión (inmunoedición) en las células tumorales gástricas que pueden modificar el curso de la enfermedad.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.117

FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO POLIPOSIS (CCHNP) Y OTROS CÁNCERES COLORRECTALES NO SINDRÓMICOS EN ESPAÑA. DATOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO POBLACIONAL, PROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO (EPICOLON-II)

X. Bessa^a, D. Gonzalez^b, E. Roman^b, L. Bujanda^c, J.M. Enriquez-Navascués^c, J. Reñe^d, V. Gonzalo^e, R. Jover^f, R.M. Xicolà^g, X. Llor^g, E. Peña^h, M. Latorreⁱ, L. De Castro^j, A. Carracedo^k, A. Castells^e, M. Andreu^a, en representación del Grupo de Oncología Digestiva de la Asociación Española de Oncología

^aServicio Gastroenterología, Hospital del Mar de Barcelona

^bServicio Gastroenterología, Hospital Sant Pau de Barcelona

^cServicio Gastroenterología y Cirugía, Hospital de Donostia de San Sebastián

^dHospital Universitari Aranau de Vilanova de Lleida

^eServicio Gastroenterología, Hospital Arnau de Vilanova de Lleida

^fServicio Gastroenterología, Hospital General de Alicante

^gSección of Digestive Disease and Nutrition, University of Illinois, Chicago

^hServicio Gastroenterología, Hospital Royo de Zaragoza

ⁱServicio Gastroenterología, Hospital General de Valencia

^jServicio Gastroenterología, Hospital Meixoeiro de Vigo

^kGrupo de Medicina Xenómica, Santiago de Compostela

En un estudio poblacional previo en España (Eur J Gastroenterol Hepatol 2004; 16:39-45), el diagnóstico clínico de CCHNP y otras formas familiares de CCR se observó en un 2,5% y 27%, respectivamente. Mientras el CCHNP es una enfermedad bien caracterizada, existen pocos datos sobre las características de los pacientes con CCR familiar no sindrómico.

Objetivo: Comparar las características epidemiológicas del CCHNP respecto a otras formas familiares de CCR en nuestro medio.

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico de ámbito nacional (EPICOLON-II). Se registraron todos los pacientes con CCR diagnosticado de novo atendidos en el período de Junio 2006 a Diciembre 2007 en hospitales de ámbito nacional. Se recogieron de forma sistemática las características demográficas, clínicas, relativas al tumor del probando, así como una detallada historia familiar.

Resultados: Los resultados corresponden a los primeros 699 casos de CCR de 10 hospitales con una historia familiar completa. El diagnóstico clínico de CCHNP se estableció en 9 (1,3%) pacientes en

base a los criterios de Amsterdam II. La comparación entre los pacientes que cumplían los criterios de Amsterdam I o II no mostró diferencia alguna en relación a las características demográficas, clínicas o en relación al tumor. Un total de 189 (26,8%) pacientes cumplían los criterios revisados de Bethesda. Todos los CCHNP cumplían al menos uno de los criterios de Bethesda. Del total de pacientes, 145 (20,7%) presentaban una historia familiar de CCR y 543 (78%) pacientes no presentaban ninguna historia familiar de CCR, representando el grupo de CCR esporádico. Estos grupos se diferenciaban en la localización colon derecho del tumor ($p < 0,06$), la presencia de adenomas sincrónicos ($P < 0,05$) y la presencia de adenomas sincrónicos en el colon derecho ($p < 0,02$).

Conclusión: Estos datos clínico-epidemiológicos aportan información adicional en la caracterización del CCHNP y otras formas de CCR familiar en España. De forma peculiar, la localización del CCR y de lesiones sincrónicas adenomatosas pueden sugerir la existencia de una forma familiar de CCR.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.118

IMPORTANCIA DE LOS POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE LAS ISOFORMAS GSTM1, GSTT1 Y GSTP1 DE LA GLUTATION S-TRANSFERASA EN EL DESARROLLO DEL CÁNCER GÁSTRICO

M.A. García-González^{a,b}, E. Quintero^c, R. Benito^{d,b}, M. Strunk^{a,b}, D. Nicolás^c, A. Parra-Blanco^c, S. Santolaria^e, F. Sopena^{f,b}, E. Piazuelo^{a,b}, P. Jiménez^b, J. Espinel^g, R. Campo^h, M. Manzanoⁱ, F. Geijo^j, M. Badía^f, M. Pellisé^{k,b}, F. González-Huix^l, M. Nieto^m, J. Espinósⁿ, L. Titó^o, L. Bujanda^{p,b}, M. Zaballa^q, M.A. Pérez-Aisa^r, I.M. Méndez-Sánchez^r, A. Lanas^{f,b}

^aInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza

^bCIBERehd

^cH. Universitario de Canarias, Tenerife

^dFacultad de Medicina y H. Clínico Universitario, Zaragoza

^eH. San Jorge, Huesca

^fH. Clínico Universitario, Zaragoza

^gComplejo Hospitalario, León

^hH. Parc Taulí, Barcelona

ⁱH. 12 de Octubre, Madrid

^jH. Clínico Universitario, Salamanca

^kH. Clinic i Provincial, Barcelona

^lH. Josep Trueta, Gerona

^mH. del Mar, Barcelona

ⁿMutua de Tarrasa

^oH. L'Espirit Sant, Santa Coloma de Gramenet

^pH. Donostia, San Sebastián

^qH. San Eloy, Baracaldo

^rH. del Sol, Marbella

Las glutation S-transferasas son una familia de enzimas involucradas en mecanismos de detoxificación celular, eliminando xenobióticos y sustancias nocivas para las células. Los genes que codifican la síntesis de las isoformas GSTM(mu)1, GSTT(theta)1 y GSTP(pi) son altamente polimórficos. Existen 2 polimorfismos caracterizados por una delección de los genes GSTM1 y GST1 que conllevan una pérdida total de la actividad enzimática correspondiente y cuya presencia se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer. Además, el gen GSTP1 presenta dos polimorfismos relativamente frecuentes (Ile105Val y Val114Ala) relacionados con una disminución de la actividad enzimática. Puesto que el status GST de un individuo podría ser determinante en el proceso de carcinogénesis, el objetivo de nuestro estudio fue analizar el papel de dichos polimorfismos en el desarrollo del cáncer gástrico (CG).

Métodos: ADN genómico procedente de 515 pacientes con CG y 515 individuos sanos fue tipado mediante RFL-PCR para el análisis de los polimorfismos *GSTP1* Val105Ile (rs1695) y *GSTP1* Val114Ala (rs1138272) y mediante PCR múltiple para el estudio de las deleciones de los genes *GSTM1* y *GSTT1*. El estatus de infección por *H. pylori* y de anticuerpos CagA/VacA se realizó mediante Western blot.

Resultados: La infección por cepas cagA de *H. pylori* (OR: 2,33; 95% IC: 1,78–3,06), el tabaco (OR: 2,26; 95% IC: 1,39–3,08) y la existencia de antecedentes familiares de CG (OR: 3,1; 95% IC: 1,83–5,14) fueron factores de riesgo asociados al desarrollo de CG. El porcentaje de individuos homocigotos para la delección de los genes *GSTM1* y *GSTT1* fue similar en pacientes y controles (52% vs 49%, OR: 1,57; 95% IC: 0,89–1,49 para *GSTM1* y 22% vs 21%, OR: 1,07; 95% IC: 0,78–1,46 para *GSTT1*). Igualmente, el porcentaje de individuos homocigotos para ambas deleciones fue casi idéntico en ambos grupos (10,8% en CG vs 10,7% en controles; OR: 1,14; 95% IC: 0,73–1,78). Tampoco se observaron diferencias significativas en la distribución de genotipos y frecuencias alélicas de los polimorfismos *GSTP1* Val105Ile y *GSTP1* Val114Ala entre pacientes y controles. Por último, no se encontraron diferencias significativas en los genotipos cuando los pacientes fueron clasificados en función del sexo, edad, tabaquismo, status de infección por *H. pylori*, presencia de anticuerpos anti CagA/VacA, tipo histológico tumoral, localizaron del tumor o antecedentes familiares de cáncer gástrico.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que los polimorfismos genéticos de *GSTM1*, *GTST1* y *GTSP1* analizados en nuestro estudio no están implicados en la susceptibilidad al desarrollo de CG.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.119

NEOPLASIA AVANZADA DE COLON. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER COLORRECTAL Y LA POBLACION GENERAL

M.E. Tomás Moros^a, F. García Durán^a, J.A. Carneros Martín^a, S. Sánchez Prudencio^a, J.C. Villa Poza^a, C. Ciriza de los Ríos^b, J.L. Rodríguez Agulló^a

^aServicio de Gastroenterología, Hospital de Fuenlabrada

^bHospital 12 de Octubre, Madrid

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) constituye la segunda causa de muerte por cáncer en España. La mayoría de los CCR se desarrollan desde adenomas.

Material y métodos: Se analizan los pacientes que acuden al Servicio de Endoscopias del Hospital de Fuenlabrada para la práctica de colonoscopia entre el 1 de enero del 2006 y el 31 de Octubre del 2007. Se seleccionan aquéllos a los que se extirpan adenomas y se distribuyen en dos grupos: **grupo 1**, pacientes con antecedentes familiares de CCR y, **grupo 2**: sin antecedentes. Se excluyen los enfermos diagnosticados previamente de enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos o CCR o aquéllos con síndrome de Lynch y poliposis adenomatosa familiar. Se define neoplasia avanzada (NA) como los adenomas vellosos (AV), los adenomas de ≥ 10 mm, los adenomas con displasia de alto grado (DAG) y el cáncer intramucoso (CIM). El colon izquierdo se considera cuando se alcanza la flexura esplénica. A algunos de los pacientes estudiados se les practica colonoscopias a los 6 y/o 12 meses.

Objetivos: Comparar las características de los adenomas y las NA en ambos grupos.

Resultados: Se practican 3009 colonoscopias en 2598 pacientes. 519 (20%) pacientes refieren antecedentes familiares de CCR y, de éstos, 123 presentan adenomas. La tabla siguiente compara los resultados endoscópicos de la primera colonoscopia en ambos grupos.

	Grupo 1 (n = 123)	Grupo 2 (n = 298)	p
Edad media	53,48 \pm 9,30	63,20 \pm 13,54	<0,001
varón/mujer	76/47	183/115	NS
Total adenomas	203	492	NS
Adenoma tubular	172	415	NS
AV	31	77	NS
Adenomas < 10 mm	151	375	NS
Adenomas ≥ 10 mm	52	117	NS
DAG	4	10	NS
CIM	2	7	NS
NA	42	114	NS
Total NA	58	139	0,044
Izquierdo/derecho/ ambos	32/7/3	85/23/6	NS

68 pacientes se someten a una segunda colonoscopia y 46 a una tercera. En la segunda colonoscopia se diagnostican 1 NA (1 AV) en el grupo 1 y 6 (1 adenoma > 10 mm, 3 AV, 1 DAG y 1 CIM) en el grupo 2 (p = NS). En la tercera colonoscopia, 2 NA (2 AV) en el grupo 1 y 1 (1 DAG) en el 2 (p = NS). Por otra parte, 11 pacientes en el grupo 1 y 5 en el 2 tuvieron adenomas < 10 mm (15 y 9 respectivamente) (p < 0,001). 14 adenomas tubulares en el grupo 1 y 9 en el 2 fueron extirpados (p = 0,002).

Conclusiones: El cribado del CCR constituye la indicación de colonoscopia en 1:5 pacientes. Los adenomas y/o NA se diagnostican a una edad más temprana en el grupo de pacientes con antecedentes familiares de CCR. Se diagnostica un mayor número de NA en la población general. La NA es más frecuente en el colon izquierdo en los dos grupos. Tras 12 meses de seguimiento, se extirpan más adenomas < 10 mm y más adenomas tubulares en los pacientes con antecedentes familiares. Esto puede implicar que en seguimientos más largos puedan detectarse más NA en este grupo de pacientes.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.120

PILOTAJE SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA. RESULTADOS ENDOSCÓPICOS Y ANÁLISIS DE CARGA ASISTENCIAL

E. Torrella^a, P. Esteban^a, S. Morán^c, J. Cruzado^b, F. Pérez Riquelme^b, M.C. Cavas^b, E. Muñoz Bertran^a, J.L. Rodrigo^a, S. Chacón^a, E. Pérez Cuadrado^a, F. Carballo^d

^aHosp. Morales Meseguer (Murcia)

^bDto Salud Pública CARM

^cHosp. N.S. Rosell (Cartagena)

^dHosp. V. Arrixaca (Murcia)

Introducción y objetivo: La Región de Murcia realizó en el bienio 2006–2007 un estudio piloto para evaluar eficacia, coste y aplicabilidad de un programa de Cribado de Cáncer Colorrectal que fuera extensible en el futuro al resto de la Región.

Método: El estudio se aplicó a la totalidad de la población de entre 50 y 69 años (riesgo medio) del área sanitaria dependiente del Hospital Morales Meseguer (29726 personas) a las que se invitó a la

realización de un test de SOHi cuantitativo y posterior colonoscopia como prueba de confirmación diagnóstica. Se definieron diferentes parámetros de control de calidad para la colonoscopia: porcentaje de intubaciones a ciego, tiempos de endoscopia, pólipos recuperados, cumplimiento en sedoanalgesia y grado de satisfacción.

Resultados: Se realizó el test de SOHi el 42,3% de la población diana. Fueron positivos el 9,47%. La tasa de aceptación de la colonoscopia fue del 93,3%. Se realizaron 1369 colonoscopias con los siguientes resultados en (%): Lesiones 80,9, adenomas 61,1, Adenomas de alto riesgo 38,4, Pacientes de alto riesgo por adenomas: 22,7, Carcinoma in situ o intramucoso 8,1, Carcinoma infiltrante 4,67. Valor predictivo positivo del test de SOHi fue: Adenoma alto riesgo: 46,5%; Adenoma bajo riesgo: 21,5%; Carcinoma: 3,6%.

159 (11,5%) pacientes precisaron sucesivas colonoscopias (224 pruebas) por los siguientes motivos: dolor 35 (2,52%), mala preparación limpieza 13 (0,94%), anticoagulación-antiagregación 12 (0,87%), complicaciones 8 (0,58%), control endoscópico de carcinoma invasivo 18 (1,31%), pólipos múltiples 16 (1,16%), lesiones complejas 58 (4,23%). 59 del total precisaron 72 colonoscopia bajo sedación profunda para su resolución. Se predijeron 15 (1,09%) complicaciones (12 hemorragias, 1 perforación y 3 serositis); 8 de ellas requirieron ingreso hospitalario para tratamiento.

90 pacientes fueron derivados a una Consulta de Alto Riesgo por presencia de lesiones múltiples (>10). 58 pacientes están en seguimiento por pólipos adenomatosos múltiples en sus distintas calificaciones y han sido detectadas 5 PAF atenuadas.

Conclusiones: El método ha demostrado su eficacia para la detección y tratamiento de lesiones si bien al coste por colonoscopia hay que sumar las cargas de trabajo derivado de la necesidad de tratamiento de los problemas hallados en dichos pacientes. La aplicabilidad del programa dependerá de la capacidad de las unidades para dimensionar adecuadamente su actividad.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.121

POLIMORFISMOS DEL GEN PTGS2 Y RIESGO DE NEOPLASIA DE COLON EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL. ESTUDIO PRELIMINAR

V. Sostres^{a,c}, A. Ferrández^{a,c}, M. Strunk^b, P. Roncalés^b, M. Polo-Tomás^c, J. Nerín^{a,c}, R. Sainz^{a,c}, A. Lanás^{a,c}

^aServicio de Aparato Digestivo HCU Lozano Blesa Zaragoza

^bInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud

^cCIBERehd

Introducción: Existe evidencia de que las prostaglandinas intervienen en la carcinogénesis del cáncer colorrectal (CCR). En la mayor parte de los CCR se encuentra un aumento de la expresión de la COX 2. Los polimorfismos del gen PTGS2 tienen relevancia en patologías extradigestivas (p.e. cáncer de pulmón, infarto de miocardio). Hoy en día no se conoce el papel del gen PTGS2, responsable de la síntesis de COX2, y sus polimorfismos, en el desarrollo de lesiones preneoplásicas en familiares de primer grado (FPG) de pacientes con CCR.

Objetivo: Estudiar si los FPG de pacientes con CCR que expresan el polimorfismo 8743C > T (variante alélica CC) o el 765G > C (variante alélica CC) tienen mayor riesgo de desarrollar adenomas colorrectales.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo que incluyó FPG de pacientes con CCR a los que se les realizó una colonoscopia de cribado. Todos los pacientes formaban parte del Programa de

Prevención del CCR en pacientes de alto riesgo de la Comunidad de Aragón. El genotipado para los polimorfismos 765G > C y 8473C > T en el gen PTGS2 se realizó a partir de muestras de sangre periférica utilizando TaqMan assays en un secuenciador ABI Prism 7000 (Applied Biosystems). Se realizaron tablas de contingencia para la comparación de porcentajes entre los grupos a estudio y los resultados se expresaron como OR y con 95% de IC.

Resultados: Se incluyeron un total de 142 FPG (53,89 ± 8,06 años), 30 con al menos un adenoma avanzado (AA), 50 con adenoma no avanzado y 59 con colonoscopia normal. Un 6,3% (5/80) de los FPG con adenoma presentaban el polimorfismo 765C > G frente a ninguno de los FPG con colonoscopia normal OR: 1,067 (95% IC: 1.008–1.129) p = 0,049. De los pacientes con adenoma, el 10% de los que presentaban AA expresaban el polimorfismo frente al 4% de los pacientes con adenomas no avanzados OR: 2.67 (95% IC: 0,42–16,95). El 15% (12/80) de los FPG con algún adenoma presentaban el polimorfismo 8473C > T frente al 6.5% de los pacientes con colonoscopia normal OR: 2,56 (95% IC: 0,78–8,33). De los pacientes con adenoma el 23,3% con AA presentaban el polimorfismo 8473C > T frente al 10% de los pacientes con adenomas no avanzados OR: 2,56 (0,78–9,61). No se observaron diferencias en la distribución de los polimorfismos en dependencia del tipo de agregación familiar (1FPG > 60 años vs el resto).

Conclusiones: Nuestro estudio preliminar sugiere que los FPG de pacientes con CCR que presentan el polimorfismo 756G > C (variante alélica CC) tienen mayor riesgo de desarrollar adenomas colorrectales. La presencia del polimorfismo 8473C > T no parece aumentar dicho riesgo, aunque, esto podría ser debido al pequeño tamaño de la muestra. Si nuestros resultados se confirman en posteriores estudios, los polimorfismos del gen PTGS2 podrían seleccionar un subgrupo de mayor riesgo entre los FPG de pacientes con CCR para un seguimiento más exhaustivo.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.122

RECIDIVA DE ADENOMAS EN PACIENTES CON HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER DE COLON. ¿NECESITAN ESTOS PACIENTES UN SEGUIMIENTO MÁS INTENSIVO?

M. Badía^{a,b}, A. Ferrández^{a,b}, P. Roncalés^c, M. Polo-Tomas^b, F. Sopena^{a,b}, R. Sainz^{a,b}, A. Lanás^{a,b}

^aServicio Aparato Digestivo, HCU Lozano Blesa

^bCIBERehd

^cIACS

Introducción: De acuerdo con las últimas guías (Winawer S et al. CA Cancer J Clin 2006), el seguimiento de los adenomas en familiares de primer grado (FPG) de pacientes con cáncer colorrectal (CCR), debe ser similar que en los pacientes de riesgo intermedio. Sin embargo, el intervalo de seguimiento se basa principalmente en tasas de recurrencia observadas en pacientes de riesgo intermedio o en subanálisis derivados de estudios no diseñados específicamente para pacientes de alto riesgo. La evidencia disponible sobre la tasa de recurrencia de adenomas en FPG de pacientes con CCR es escasa.

Objetivo: Investigar la tasa de recurrencia de adenomas en familiares de primer grado de pacientes con cáncer colorrectal.

Métodos: Realizamos un análisis de las colonoscopias y las biopsias de adenomas en pacientes con historia familiar de CCR de nuestro centro e incluidos dentro del programa de prevención de cáncer de colon de Aragón. Se analizó la tasa de recurrencia de adenomas en pacientes con adenomas avanzados (≥10mm, o

displasia grave, o vellosa) y no avanzados con una o más colonoscopias de seguimiento. Pacientes con al menos un adenoma avanzado (AA) o ≥ 3 adenomas fueron considerados de alto riesgo (AR) y el resto de bajo riesgo (BR).

Resultados: Un total de 771 FPG tuvieron un seguimiento a largo plazo. De ellos, 253 (32,8%) presentaron al menos un adenoma en la primera colonoscopia y 145 (57,2%) tuvieron una segunda colonoscopia de seguimiento en el periodo de estudio (2000–2006). Ochenta (10,5%) pacientes fueron clasificados como pacientes de alto riesgo (AR) de acuerdo con los hallazgos de la primera colonoscopia. De estos, en la segunda colonoscopia (intervalo de $16,4 \pm 11,1$ meses), 41 (53,3%) tuvieron una colonoscopia normal o con pólipos hiperplásicos, 30 (37,5%) tuvieron AA o ≥ 3 adenomas y 10 (12,2%) tuvieron adenomas no avanzados. De los 145 pacientes con colonoscopias de seguimiento, 65 tuvieron un adenoma no avanzado en la primera colonoscopia y ($25,7 \pm 15$ meses), 9 (13,8%) pacientes tuvieron un AA en la colonoscopia de seguimiento, 14 (21,5%) tuvieron un adenoma no avanzado y en 62 (64,7%) pacientes la colonoscopia fue normal. No se encontró ningún cáncer colorrectal. De los 39 pacientes clasificados en total como de AR de acuerdo con los hallazgos de la segunda colonoscopia, 12 (30,8%) tuvieron un AA en la tercera colonoscopia de seguimiento.

Conclusiones: En nuestro estudio, la tasa de recurrencia de AA en familiares de primer grado de pacientes cáncer colorrectal, parece ser más elevada que la publicada en pacientes con riesgo intermedio con además, un intervalo de seguimiento más corto. Nuestros resultados podrían sugerir un seguimiento más intensivo en estos pacientes a pesar de que no se haya diagnosticado ningún caso de cáncer. Se necesitan más estudios que confirmen nuestros resultados y analicen el impacto económico que conllevaría modificar los intervalos de seguimiento en estos pacientes.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.123

RELEVANCIA DE LA CARGA FAMILIAR EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL OFERTADO A FAMILIARES DE PRIMER GRADO

L. Castillo Molina, L. Vida Pérez, A.J. Hervás Molina, A. Naranjo Rodríguez, A. Reyes López, V. García Sánchez, E. Pérez Rodríguez, B. Agüera Arroyo, M. Vignote Alguacil, E. Iglesias Flores, J.F. De Dios Vega

Hospital Reina Sofía, Córdoba

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es la 2ª neoplasia más frecuente en España y gracias al cribado es posible disminuir la mortalidad por esta causa. Las enfermedades hereditarias confieren un riesgo muy elevado a las familias que las presentan, existiendo dos bien definidas: la poliposis adenomatosa familiar y el cáncer colorrectal hereditario sin poliposis (CCRHSP).

Objetivo: Identificar las características de la población que accede al programa de prevención de CCR por antecedentes familiares de primer grado. Analizar los hallazgos relevantes en la colonoscopia y verificar la adecuación de la indicación de la colonoscopia de cribado.

Pacientes y método: Inclusión prospectiva de pacientes que inician o siguen un programa de prevención de CCR por antecedentes familiares entre el 05-06-2001 y el 11-11-2008. Recopilación de las colonoscopias de cada paciente en base de datos informatizada desde Abril de 2001. Se define edad de comienzo adecuada cuando la primera colonoscopia se realiza a la edad indicada por las guías de práctica clínica o con +5 años.

Resultados: Se han realizado en nuestro centro un total de 508 colonoscopias en 385 pacientes dentro del programa de prevención

de CCR por antecedentes familiares de primer grado. La edad media fue de $51,3 \pm 12$ años, siendo 205 hombres (58,1%) y 148 mujeres (41,9%). La media de familiares afectos fue de $1 \pm 1,8$ (rango 1–8). Doscientos cincuenta y cuatro pacientes (72%) tenían en su historia familiar una generación afectada y 99 (28%) más de una generación. La edad media del familiar diagnosticado a una edad más joven fue de $60 \pm 14,4$ años (rango 13–90 años). Sesenta pacientes (17%) cumplían los criterios de Ámsterdam y 99 (28%) tenían antecedentes de pólipos. La edad media de realización de la colonoscopia de cribado fue de $48,4 \pm 10$ años (rango 19–81 años) y 93 pacientes (26,3%) se realizaron más de una. Del total de colonoscopias se completaron hasta ciego 312 (88,4%). Doscientos cincuenta y tres exploraciones fueron normales (71,7%), se hallaron adenomas en 63 casos (17,8%), 28 adenomas avanzados (8%) y nueve CCR (2,5%). El hallazgo patológico en la colonoscopia se asocia, con significación estadística con la edad del familiar afectado más joven, los antecedentes de pólipos y la edad adecuada de realización de la primera colonoscopia. El 47,6% (168) de las colonoscopias cumplían adecuación en cuanto a la edad de realización, pero sólo 35 (9,9%) se ajustaban a los intervalos de tiempo establecidos.

Conclusiones: El 10,4% de la población estudiada presenta lesiones avanzadas o CCR asintomáticos. El hallazgo de pólipos adenomatosos incrementa el riesgo personal de nuevos pólipos en el futuro. Es necesario concienciar a la población para comenzar con colonoscopias de cribado a una edad adecuada.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.124

UTILIDAD DE LA CLÍNICA DE ALTO RIESGO DE CÁNCER DIGESTIVO COMO INSTRUMENTO ASISTENCIAL

C. Sánchez-Fortún, R. Jover

Unidad de Gastroenterología Hospital General Universitario de Alicante

Objetivo: Evaluar y clasificar la población atendida en una Clínica de Alto Riesgo (CAR) de cáncer digestivo.

Método: Revisión de historias clínicas de los pacientes atendidos en la CAR del HGUA en el periodo comprendido entre enero de 2006 y octubre de 2008.

Resultados: Un total de 563 individuos han sido atendidos en nuestra CAR. De ellos, 83 casos de cáncer colorrectal (CCR) familiar han sido diagnosticados. Los casos de CCR familiar se distribuyen en: 21 familias (25,3%) con síndrome de Lynch, 7 (8,4%) con poliposis adenomatosa familiar con mutación detectada en el gen APC, 6 (7,2%) con síndrome de poliposis hiperplásica, 4 (4,8%) con CCR hereditario tipo X, 4 (4,8%) con poliposis asociada a MYH, 3 casos (3,6%) de cáncer gástrico familiar y 1 caso (1,2%) de síndrome de Cowden. Las 37 familias restantes (44,7%) corresponden a casos de CCR familiar no sindrómico. De las 21 familias con síndrome de Lynch, 3 tenían mutación en MLH1, 3 en el gen MSH2 y 2 en MSH6, en el resto de casos no se detectó mutación. Treinta y nueve (84,8%) de los 46 casos de cáncer digestivo sindrómico fueron diagnosticados a partir de un caso de cáncer. Se detectaron 2 nuevos casos de cáncer durante el seguimiento de estas 46 familias con síndrome de cáncer digestivo, siendo en ambos casos, un CCR en estadio I en el seno de un síndrome de Lynch. Por otro lado, se ha estudiado a 35 pacientes con poliposis colónica atenuada. Hubo 17 casos (48,5%) de poliposis atenuada adenomatosa, de los cuales 3 tenían mutación en el gen APC, y 1 presentaba mutación bialélica en el gen MYH. Hubo 6 casos (17,2%) de poliposis que cumplían criterios de síndrome de poliposis

hiperplásica, en uno de los cuales había historia familiar con patrón de herencia autosómico dominante. En 12 de los casos (34,3%) las poliposis fueron mixtas, con presencia de pólipos adenomatosos e hiperplásicos. De los pacientes con poliposis atenuadas, 16 (55,2%) presentaban antecedentes familiares de CCR, 14 (48,3%) precisaron tratamiento quirúrgico y en 12 de los casos (41,4%) la poliposis fue diagnosticada al mismo tiempo que un CCR sincrónico. Ninguno de los pacientes con poliposis atenuada presentó CCR durante el seguimiento. Uno de los casos de poliposis atenuada con presencia de mutación en el gen APC ha podido ser controlado endoscópicamente sin necesidad de cirugía.

Conclusión: La asistencia a individuos con alto riesgo de cáncer digestivo en una Clínica de Alto Riesgo permite un adecuado manejo y seguimiento en casos de síndromes de cáncer familiar y poliposis colónica.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.125](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.125)

UTILIDAD DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX, LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA Y LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA EN EL ESTADIAJE DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

L. Bujanda^a, I. Gil^a, C. Sarasqueta^b, E. Hijona^a, M. Beraza^a, A. Cosme^a, J.L. Elorza^c, J.I. Asensio^c, S. Larburu^c, S. Arévalo^d, J. Mínguez^e

^aServicio de Digestivo, Hospital Donostia, Universidad del País Vasco, CIBERehd, Instituto Carlos III, San Sebastián

^bServicio de Epidemiología, Hospital Donostia, CIBERESP, San Sebastián

^cServicio de Cirugía General, Hospital Donostia, San Sebastián

^dServicio de Oncología Médica, Hospital Donostia, San Sebastián

^eServicio de Oncología Radioterápica, Hospital Donostia, San Sebastián

El cáncer de esófago (CE) es un tumor frecuente en el tracto gastrointestinal. El pronóstico depende del estadio tumoral. Nuestro objetivo fue describir los hallazgos de la radiografía de tórax, la tomografía computerizada (TC) y la ultrasonografía endoscópica (USE) en el estadiaje del CE tras la creación de un comité específico para el tratamiento de estos pacientes.

Material y métodos: Se estudiaron retrospectivamente todos los pacientes diagnosticados y/o tratados de CE y la unión esofagogastrica en nuestro Hospital entre el año 2003 y 2007. En total fueron 200 pacientes con una edad media de $63,3 \pm 11,2$ años. En todos los pacientes se realizó una radiografía de tórax y una TC. En 77 pacientes se realizó USE.

Resultados: El estadio fue 0 (Tis) en un 1%, estadio I (T1N0M0) en el 3%, estadio IIA (T2-3N0M0) en el 37% de los casos, estadio IIB (T1-2N1M0) en el 1%, estadio III (T3N1M0/T4NxM0) en el 45% y estadio IV (TxNxM1) en el 12%.

En un 7,5% (15) de los pacientes la radiografía de tórax mostró alteraciones relacionadas con el tumor (4 metástasis a distancia). En 22 (11%) pacientes, la TC mostró metástasis a distancia, de ellos en 4 casos se habían objetivado en la radiografía de tórax. De los 77 pacientes que fueron estudiados con USE y TC, hubo concordancia en el estadio en 49 casos (64%). En un 30% (23 pacientes) la USE dio un estadio superior al TC mientras que esto ocurrió a favor del TC en el 6% (5 pacientes). En 9 pacientes (12%) de 77 a los que se realizó la USE se cambió la estrategia terapéutica, no indicando en estos casos la cirugía tras tratamiento neoadyuvante o como opción directa. En

estos casos, la USE observó un estadio T4N1 o T3N1 y la TC un T2-T3N0M0.

Conclusiones: La radiografía y la TC de tórax, confirmaron un estadio avanzado en un 38% de los casos. La EUS aportó el diagnóstico de tumor avanzado en un 30% más de pacientes. La EUS cambió el tipo de tratamiento, al menos, en un 12% de los casos.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.126](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.126)

Páncreas y vías biliares

ECOENDOSCOPIA CON PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA O CON CEPILLADO EN LA OBTENCIÓN DE CÉLULAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES QUÍSTICAS DEL PÁNCREAS. RESULTADOS DEFINITIVOS DE UN ESTUDIO COMPARATIVO Y PROSPECTIVO

O. Sendino^a, G. Fernández-Esparrach^a, M. Solé^b, Ll. Colomo^b, A. Pardo^a, C. Guarner^a, M. Pellisé^a, J. Llach^a, A. Cárdenas^a, J.M. Bordas^a, A. Ginès^a

^aEndoscopia Digestiva, Gastroenterología, ICMDM, Hospital Clínic, CIBERehd, Barcelona

^bAnatomía Patológica, Hospital Clínic, Barcelona

Introducción: La precisión de las técnicas de imagen en el diagnóstico de las lesiones quísticas pancreáticas no es alta y la rentabilidad de la PAAF limitada. Se ha sugerido que el cepillado guiado por USE podría ser eficaz en el diagnóstico de estas lesiones.

Objetivo: Comparar la USE-PAAF con el cepillado-USE en la obtención de células de lesiones quísticas pancreáticas y evaluar las complicaciones.

Método: Se incluyeron los pacientes con una lesión quística pancreática de diámetro > 15 mm. Se practicó PAAF con aguja de 19 G (EchoTip 3. Cook, Winston-Salem, NC) aspirándose el líquido intraquístico que se procesó para estudio citológico. Posteriormente se introdujo el cepillo a través de la misma aguja (Echobrush, Cook) para cepillado de las paredes del quiste. Las muestras fueron evaluadas por un anatómopatólogo a ciegas para evitar sesgos. Se registraron las complicaciones durante las primeras 24 horas y se contactó telefónicamente el día 7 post-procedimiento.

Resultados: Se han incluido 30 pacientes. En 8 pacientes no fue posible por razones técnicas. La USE-PAAF consiguió celularidad para el diagnóstico en 6 (27%) y el cepillado en 16 (73%) ($p = 0,035$). El diagnóstico de neoplasia mucinosa probable se obtuvo en 5 (23%) pacientes con el estudio citológico convencional y en 11 (50%) pacientes con el cepillado ($p = 0,016$). 8 paciente fueron operados. En 5 de ellos la pieza quirúrgica fue compatible con el resultado de la PAAF y del cepillado y en 3, en los que la PAAF fue acelular, el diagnóstico fue consistente con el obtenido mediante el cepillado. Se han registrado 2 casos de hemorragia post-punción; 1 caso de hemomucos pancreático que se resolvió de forma conservadora y otro grave de hemorragia retroperitoneal en una paciente en tratamiento con anticoagulantes orales que requirió intervención quirúrgica.

Conclusiones: El cepillado-USE es más eficaz que la USE-PAAF en la obtención de celularidad para el diagnóstico de las lesiones quísticas del páncreas. Sin embargo, son necesarios más estudios que evalúen la seguridad de este procedimiento.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.127](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.127)

EDAD Y COMORBILIDAD COMO FACTORES PRONÓSTICOS EN PANCREATITIS AGUDA BILIAR

G. Pacheco, I. Pascual, J. Lizarraga, J. Tosca, A. G^a-Bolós, A. Añón, A. Benages

Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínic Universitari de Valencia

Antecedentes: La identificación precoz de los factores pronósticos de gravedad en la pancreatitis aguda (PA), es un determinante fundamental para detectar aquellos pacientes con más riesgo de presentar una mala evolución.

Objetivos: Determinar la influencia de factores intrínsecos del paciente (edad y comorbilidad) en la evolución de la PAbiliar, valorando como parámetros respuesta la gravedad, la mortalidad y el ingreso en UCI.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes ingresados en el Servicio de Gastroenterología o UCI con un primer episodio de PA biliar entre Enero de 2000 y Diciembre de 2007. La gravedad de la PA se definió utilizando los criterios de Atlanta. No se consideró factor determinante de gravedad de la PA la presencia de fallo orgánico transitorio (<48 h). Los datos analizados fueron: edad, sexo, presencia de complicaciones locales y fallo orgánico, ingreso en UCI, tiempo de hospitalización y mortalidad. La co-morbilidad fue definida de acuerdo con el índice de Charlson ajustado por la edad.

Resultados: En el periodo de estudio, ingresaron 482 pacientes con un primer episodio de PA biliar (mediana de edad 71 años), 118 (24,5%) presentaron una PA biliar grave. La mortalidad total fue de 2,7% (13 pacientes).

La edad avanzada (OR 1,04, CI 95% 1,02–1,07, $p = 0,000$) y la comorbilidad (OR 1,39, CI 95% 1,21–1,63, $p = 0,000$) influyeron en el desarrollo de fallo orgánico; 89 pacientes presentaron fallo de uno o más órganos, 79% de éstos tenían algún grado de comorbilidad y 70% eran mayores de 71 años. No pudimos establecer relación significativa entre la edad y/o la comorbilidad con la aparición de complicaciones locales. La gravedad de la PAbiliar fue influenciada por la edad (OR 1,02, CI 95% 1,01–1,04, $p = 0,001$) y el índice de Charlson (OR 1,2, CI 95% 1,09–1,41, $p = 0,001$). La mortalidad no se relacionó de modo significativo con la edad ni con la comorbilidad, aunque 61,5% de los pacientes fallecidos eran mayores de 71 años y el 54% presentaron algún grado de comorbilidad asociada. No hubo asociación entre el ingreso en UCI y la edad o la comorbilidad de los pacientes.

Conclusiones: La edad avanzada y la presencia de comorbilidad determinan una mayor gravedad de la PA biliar, pero no influye en la mortalidad de los pacientes.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.128

INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS TUMORES QUÍSTICOS DE PÁNCREAS

A.C. Adet Caldelari^a, R. Miquel^b, J.A. Bombi^b, A. Ginés^c, G. Fernández-Esparrach^c, C. De Juan^d, J.R. Ayuso^d, J. Maurel^e, L. Fernández-Cruz^f, S. Navarro^a

^aServicio de Gastroenterología, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

^cSección de Endoscopia, Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

^dInstitut de Diagnòstic per imatge, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

^eServicio de Oncología Médica, Institut de Malalties Hematològiques i Oncològiques, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

^fServicio de Cirugía Digestiva, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Los tumores quísticos pancreáticos son relativamente de reciente descripción, en especial el tumor papilar mucinoso intraductal (TPMI) (1996) por lo que se tiene un reducido conocimiento de ellos. Existen escasas series publicadas especialmente en nuestro país.

Objetivo: Evaluar la incidencia y características de los pacientes con tumores quísticos del páncreas atendidos en nuestro hospital en un periodo de 12 años.

Pacientes y método: Se realizó un análisis retrospectivo de una serie de 98 pacientes estudiados en nuestro hospital por tumor quístico del páncreas mediante TAC, RNM o USE desde enero de 1996 a octubre de 2008.

Resultados: Se han analizado 98 pacientes con una edad media de 63 años, el 58% fueron mujeres. El diagnóstico fue de TPMI 75, cistoadenoma seroso 17 y mucinoso 6. El 59% fueron diagnosticados en los últimos 4 años. El 48% fueron diagnosticados por hallazgo casual y 19% presentaron episodios de pancreatitis aguda previa. La localización más frecuente fue en la cabeza 37%, seguida de la cola 10%, cuerpo 9%, uncinado 8%, cabeza-cuerpo 8%, cuerpo-cola 5% y difuso 9%. El tamaño medio por técnica de imagen fue de 31,8 mm. Fueron intervenidos quirúrgicamente el 64% de los pacientes. El 17% fueron tumores malignos y de éstos 6% presentaron carcinoma "in situ" y 11% fueron invasivos. De los tumores invasivos fallecieron el 72%.

Conclusión: En los últimos 4 años se ha observado un aumento en la incidencia. Los tumores quísticos son mayoritariamente hallazgos casuales, aunque deben tenerse en cuenta como causa de pancreatitis aguda. El tratamiento quirúrgico en el momento oportuno puede evitar la evolución hacia carcinoma pancreático.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.129

¿MEJORA REALMENTE LA DETERMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA TELOMERASA LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA CITOLOGÍA EN EL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS?

J. Martínez^a, R. Francés^b, J.R. Aparicio^a, A. Cabezas^c, L. Gómez-Escobar^a, F. Ruiz^a, I. Mozas^a, J.A. Casellas^a

^aUnidad de Endoscopia Digestiva, HGU, Alicante

^bCIBERehd, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: El diagnóstico anatómo-patológico previo a la cirugía en pacientes con adenocarcinoma de páncreas (ACP) es habitualmente difícil de obtener dada la escasa sensibilidad de la citología. La telomerasa es una enzima que compensa el acortamiento de los telómeros que se produce en cada ciclo normal de replicación. Un incremento en su actividad (AT) se asocia al desarrollo de determinados tumores.

Objetivos: 1. Determinar la precisión diagnóstica de la citología en la punción de masas pancreáticas. 2. Evaluar si la determinación de la AT en tejido pancreático mejora la sensibilidad de la citología para el diagnóstico de ACP.

Métodos: Se incluyeron consecutivamente pacientes remitidos para punción diagnóstica de lesiones pancreáticas. Se procedió a la obtención de material mediante USE-PAAF. La presencia de citólogo

en la sala permitió la inmediata visualización microscópica del material obtenido. La AT se determinó mediante Telo TAGGG Telomerase PCR ELISA^{PLUS} (Roche). El diagnóstico final se definió por cirugía si el paciente era intervenido o por datos evolutivos.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes (21 hombres; edad: $62,1 \pm 13,8$ años). El diagnóstico definitivo fue: ACP 17, masa inflamatoria 6, TPMI 2, otros 6. La precisión de la citología para el diagnóstico de ACP fue: S 82,4%; E 100%; VPP; 100%; VPN: 82,4%; mientras que la de la AT fue: S 52,9%; E 64,3%; VPP 64,3%; VPN 52,9%. De los tres pacientes con ACP en los que la citología fue negativa, la AT fue positiva en dos. Sin embargo, la AT fue positiva en cinco casos con citología negativa y que finalmente no eran ACP.

Conclusiones: La precisión diagnóstica para el diagnóstico de ACP de la citología es elevada en nuestro medio. Su combinación con la determinación de AT no mejora el diagnóstico pese a que incrementa el VPN.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.130

NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL PANCREÁTICA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

E. de-Madaria^a, J.R. Aparicio^a, G. Soler^a, J. Martínez^a, L. Sempere^a, F. Carnicer^a, I. López-Font^a, F. Lluís^b, M. Pérez-Mateo^a

^aUnidad de Gastroenterología

^bServicio de Cirugía General, Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: La neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) es un tumor pancreático productor de mucina que crece en el sistema ductal.

Objetivos: Describir las características clínicas de los casos de NMPI diagnosticados en nuestro centro.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de NMPI en el Hospital General Universitario de Alicante entre 2005 y 2008.

Resultados: Se diagnosticaron 9 pacientes, 6 (66,7%) varones. La edad al diagnóstico fue 70 ± 10 años (rango 55-81). En 8 (88,9%) pacientes se sospechó la neoplasia por imagen típica en TAC, en 1 (11,1%) paciente se sospechó por ecoendoscopia (moco en papila). En 5 (55,6%) de los casos la NMPI era de rama periférica y en 4 (44,4%) de ducto principal. La clínica de presentación más frecuente fue pancreatitis aguda: 5 (55,6%) pacientes, seguida de dolor abdominal en 2 (22,2%), diagnóstico casual en prueba de imagen en 1 (11,1%) y síndrome constitucional en 1 (11,1%) paciente. En 2 (22,2%) casos la NMPI se asociaba a calcificaciones pancreáticas por pancreatitis crónica obstructiva. El diagnóstico definitivo en 8 (88,9%) pacientes se realizó por ecoendoscopia (citología positiva en 5, en el resto con citología negativa: presencia de moco en 2 pacientes y CEA elevado con lesión típica en 1). En 1 (11,1%) paciente se diagnosticó por moco en PAAF percutánea. En total se objetivó moco en la punción o en papila en 5 (55,6%) pacientes. La histología fue adenoma en 5 (55,6%) casos, borderline en 3 (33,3%, todos ellos de ducto principal) y desconocida en 1 (11,1%). El tratamiento fue quirúrgico en 4 (44,4%) pacientes (duodenopancreatectomía cefálica en todos ellos). En 3 (33,3%) de ellos la indicación fue NMPI sintomática (pancreatitis aguda o dolor abdominal) y en 1 (11,1%) por NMPI de ducto principal. En 2 casos con NMPI borderline no se realizó cirugía por rechazo del paciente asociado a edad elevada. No hubo casos de neoplasia invasiva ni mortalidad.

Conclusiones: La presentación más frecuente de la NMPI es la pancreatitis aguda. El TAC es la prueba que suele sugerir el

diagnóstico y la ecoendoscopia la técnica que lo confirma. El análisis del líquido es eficaz en el diagnóstico. La histología más frecuente es adenoma. La NMPI de ducto principal es más agresiva histológicamente.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.131

PRONÓSTICO AL INGRESO POR PANCREATITIS AGUDA MEDIANTE UN SISTEMA CLÍNICO DE FÁCIL CÁLCULO: BISAP

G. Soler, E. de-Madaria, I. López-Font, L. Sempere, C. Sánchez-Fortún, J. Martínez, M. Pérez-Mateo

Unidad de Patología Pancreática, Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: El sistema BISAP se ha descrito y validado recientemente como predictor de mortalidad al ingreso por pancreatitis aguda (PA) en un estudio poblacional. Consta de 5 elementos de fácil determinación, cada uno de los cuales tiene el valor de 1 punto: nitrógeno ureico en sangre > 25 mg/dl, alteración de estado mental, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, edad mayor de 60 años y presencia de derrame pleural. Su principal ventaja es que su cálculo es sencillo, en contraposición al sistema APACHE II que también ha mostrado valor pronóstico en el momento del ingreso hospitalario.

Objetivos: Comprobar la utilidad del sistema BISAP al ingreso en la predicción de complicaciones locales, sistémicas, mortalidad y gravedad de PA según criterios de Atlanta y compararlo con APACHE II.

Pacientes y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se analizó una base de datos completada de forma prospectiva que incluía todo paciente con pancreatitis aguda ingresado en nuestro servicio desde enero a noviembre de 2008.

Resultados: Se analizaron 98 pacientes, 23% con PA grave. La mortalidad fue 5,1%. La etiología fue biliar en 46,9%, alcohol 14,3%, idiopática 16,3% y otras causas en 22,5%. De los 5 pacientes que fallecieron 2 mostraron en BISAP 1 punto, 2 de ellos 2 puntos y en 1 caso 3 puntos. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre BISAP y presencia de colecciones agudas, pseudoquistes, necrosis, fallo orgánico, gravedad ni mortalidad. APACHE II al ingreso se asoció a mortalidad ($9,2 \pm 5,6$ vs $6,1 \pm 3$, $p < 0,05$), fallo orgánico ($9,2 \pm 4,6$ vs 6 ± 3 , $p < 0,01$) y gravedad ($7,5 \pm 3,9$ vs $5,9 \pm 3$, $p < 0,05$). En el análisis COR el sistema BISAP mostró un área bajo la curva para mortalidad de 0,68 mientras que el sistema APACHE II fue 0,63.

Conclusiones: En nuestra muestra el sistema BISAP al ingreso no identifica eficazmente los casos fatales, ni predice las complicaciones locales o el fallo orgánico en la pancreatitis aguda. El APACHE II al ingreso se asoció de forma significativa a mortalidad, fallo orgánico y gravedad.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.132

UTILIDAD DEL CONTRASTE ECOGRÁFICO (SONOVUE[®]) EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES FOCALES PANCREÁTICAS

J.R. Aparicio^a, J. Martínez^a, A. Cabezas^b, J.A. Casellas^a

^aUnidad de Endoscopia Digestiva

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: La distinción entre cáncer de páncreas (CP) y masa inflamatoria puede ser difícil ya que la citología puede

presentar falsos negativos. El CP presenta un aumento de presión dentro del tejido neoplásico debido a la fibrosis que lo rodea. Esto explica su menor vascularización en comparación al tejido inflamatorio. Dicha vascularización se puede evaluar tras la administración de un agente de contraste ecográfico que realza el flujo vascular.

Métodos: Se incluyó de forma prospectiva a los pacientes remitidos para USE-PAAF de lesión focal pancreática. Se excluyeron a los pacientes con lesiones predominantemente quísticas o con sospecha clínica de tumor neuroendocrino. Tras identificar la lesión se observó la vascularización con power-doppler durante 3 min tras la administración de 2.5 ml de Sonovue® iv. Se consideró una lesión focal como benigna cuando se observaba un aumento de la vascularización tras la administración del contraste ecográfico (patrón hipervascular) o se identificaban tanto arterias como venas. Se definió una lesión focal como maligna ante la ausencia de vascularización tras la administración de contraste (patrón hipovascular) o cuando se identificaban únicamente arterias.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes (20 hombres y 12 mujeres) con una edad media (SD) de 61,9 (14,1) años. Siete pacientes presentaban pancreatitis crónica (4 pacientes con calcificaciones pancreáticas y 3 con 5 o más criterios USE). La localización de la lesión fue: cabeza de páncreas en 21 pacientes, cuello en 5, cuerpo en 4 y cola en 2. El diagnóstico histológico definitivo de la lesión fue neoplasia maligna en 23 (72%) pacientes (19 adenocarcinomas, 1 pancreatoblastoma, 1 carcinoma papilar intraductal, 1 carcinoma indiferenciado y 1 tumor sólido-quístico pseudopapilar) y benigno en 9 (28%) (8 masa inflamatoria, 1 cistoadenoma mucinoso). La edad media de los pacientes con neoplasia fue significativamente mayor: 64,2 (13,4) vs 49,9 (10,5), $p = 0,008$. El diámetro medio de la lesión era de 2,7 (0,8) cm (rango 1,2–4,5 cm). Utilizando el criterio hipo/hipervascular, el 100% de los pacientes con neoplasia presentaban un patrón hipovascular tras la administración de Sonovue frente al 33,3% de los pacientes con lesiones benignas, $p < 0,0001$. La S, E, VPP, VPN, LR+ y LR- del patrón hipovascular para el diagnóstico de CP fue del 100%, 66,7%, 88,5%, 100%, 3 y 0 respectivamente. Estos resultados mejoran ligeramente cuando se utilizan ambos criterios conjuntamente (patrón hipervascular y/o presencia de arterias y venas): S 100%, E 77,8%, VPP 92%, VPN 100%, LR+ 4.5 y LR- 0. En nuestra serie la S de la PAAF guiada por USE para el diagnóstico de neoplasia fue del 91% con un VPN del 81,8%, LR- 0,09 (0,02–0,34) y una precisión diagnóstica del 93,6%.

Conclusiones: El hallazgo de una lesión focal que se muestra hipervascular o que presenta vasos venosos tras la administración de Sonovue orienta hacia una patología benigna.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.133

VALOR DIAGNÓSTICO DE LA ADIPONECTINA EN MASAS SÓLIDAS PÁNCREÁTICA

L. Gómez-Escolar, J. Martínez, J.R. Aparicio, I. Mozas, G. Soler, E. De Madaria, F. Ruiz, J.A. Casellas, M. Pérez-Mateo

Unidad de Gastroenterología, Hospital General Universitario de Alicante

El diagnóstico precoz del cáncer de páncreas es difícil y no existen marcadores adecuados para la detección temprana. La adiponectina sérica se ha postulado como marcador tumoral para el cáncer de páncreas.

Objetivo: Evaluar el valor diagnóstico de la tasa sérica de adiponectina en el cáncer de páncreas, comparándolo con marcadores tumorales habitualmente utilizados.

Material y métodos: Se incluyeron de forma prospectiva los pacientes remitidos a la Unidad de Endoscopias para Eco-PAAF diagnosticados de “masa sólida pancreática” por técnica de imagen (ecografía, TAC, RM). Se determinaron la adiponectina sérica, CEA y Ca19.9 séricos y anotaron factores que pueden modificar la adiponectina (IMC, HTA, DM tipo 2 y enfermedades cardiovasculares). El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante histología o seguimiento.

Resultados: Se han incluido 25 pacientes, 17 hombres y 8 mujeres, con una edad media de $60,76 \pm 14,71$. El diagnóstico definitivo fue 13 adenocarcinomas pancreáticos, 6 pancreatitis crónica, 1 tumor mucinoso, 1 tumor seroso, 1 pseudoquiste, 1 coledococoele, 1 tumor sólido pseudopapilar, 1 TPML. Al comparar ambos grupos, adenocarcinoma y patología pancreática no maligna, no se han visto diferencias en cuanto a la adiponectina (12,15 vs 12,87 $\mu\text{g/mL}$; $p = 0,57$). En cambio, los pacientes con adenocarcinoma presentaron niveles superiores de CEA (6,6 vs 1,3 ng/mL; $p = 0,005$) y Ca 19.9 (816,2 vs 6,6 UI/mL $p > 0,0001$). Los niveles de adiponectina fueron superiores en pacientes con enfermedades cardiovasculares (12,87 vs 11,93 $\mu\text{g/mL}$; $p = 0,01$). El IMC, la HTA y la DM no modificaron dichos niveles.

Conclusión: La adiponectina no se comporta de manera diferente en los pacientes con lesiones pancreáticas maligna y benigna, con lo que no se puede considerar marcador tumoral con valor diagnóstico.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.134

Patología esófago-estómago-duodeno

BIOPSIAS ESOFÁGICAS EN PACIENTES CON DISFAGIA Y/O IMPACTACIÓN ALIMENTARIA. UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA SENCILLA PARA UNA ENFERMEDAD INFRADIAGNOSTICADA: LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

M. Da Costa, A. Mata, V. Vila, J. Roca, J. Turró, J.C. Espinós

Servicio de Endoscopia Digestiva, Centro Médico Teknon, Barcelona

La Esfagitis eosinofílica (EE) es una enfermedad inflamatoria crónica emergente caracterizada por una infiltración de la mucosa esofágica por eosinófilos. Los principales síntomas en adultos son la disfagia recurrente y los episodios frecuentes de impactación alimentaria esofágica. Las biopsias de la mucosa esofágica confirmarán el diagnóstico (más de 15 eosinófilos por campo de gran aumento).

Los objetivos de nuestro estudio fueron: Estudiar la incidencia de la EE en nuestro medio en el último año. Valorar la necesidad de realizar biopsias esofágicas de forma rutinaria a todo paciente que acuda por disfagia y/o impactación alimentaria esofágica.

Método: A todos los pacientes con disfagia y/o impactación alimentaria esofágica que no presentaban en la fibrogastroscopia una causa evidente de dichos síntomas se les practicaba biopsias esofágicas proximales y distales. Se registraban los hallazgos endoscópicos. Además se realizaba un pequeño cuestionario acerca del tiempo de evolución de los síntomas, antecedentes de otros episodios de impactación alimentaria, síntomas de ERGE y antecedentes de enfermedades alérgicas.

Resultados: De enero a noviembre de 2008, 92 pacientes acudieron por disfagia y/o impactación alimentaria esofágica. Se realizaron biopsias esofágicas en 48 pacientes que no presentaban causa etiológica de la disfagia y/o impactación alimentaria en la endoscopia. Fueron diagnosticados de EE, 18 pacientes (37,5%), de

ellos 15 (83%) eran hombres. La media de edad era de 44 años (16-80). El tiempo medio de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 4,3 años (3 meses- 15 años).

Seis de los 18 pacientes habían acudido a urgencias por impactación esofágica de bolo alimentario que requirió extracción endoscópica. Diez acudieron por disfagia. Los otros dos restantes acudieron, uno por vómitos y otro por dispepsia. Catorce de los 18 pacientes (77%) presentaban antecedentes de enfermedades alérgicas. Cinco tenían síntomas de ERGE.

En cuanto a los signos endoscópicos hallados: Tres pacientes presentaban una fibrogastroscoopia normal. Los 15 pacientes restantes presentaban signos endoscópicos sugestivos de EE.

Conclusiones: 1. Los pacientes diagnosticados de EE en nuestro centro representan un 19,5% de todos los pacientes que acuden por disfagia y/o impactación alimentaria. 2. Creemos que estaría justificado realizar de forma rutinaria biopsias esofágicas a todos los pacientes que acuden por disfagia y/o impactación alimentaria de etiología no aclarada en la endoscopia.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.135

CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE TRANSGLUTAMINASA SÉRICA CON EL TIPO DE LESIÓN DUODENAL PRESENTE AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO EN LA ENFERMEDAD CELÍACA DEL ADULTO

L. Rodrigo^a, S. Vivas^b, N. Alvarez^a, D. Fuentes^a, S. Calleja^b, S. Riestra^a, P. Niño^a, J.M. Ruiz de Morales^b, J. Casqueiro^c

^aHospital Universitario Central de Asturias (Servicio de Aparato Digestivo)

^bHospital de León (Secciones de Aparato Digestivo e Inmunología)

^cÁrea de Microbiología, Facultad de Biología y Ciencias Ambientales, Universidad de León

Antecedentes: Actualmente los anticuerpos antitransglutaminasa (anti-TGt) son utilizados de forma rutinaria como cribado de EC en adultos. Su relación con diferentes grados de atrofia vellositaria y su valor para discriminar pacientes sin atrofia, no ha sido suficientemente evaluada, en adultos.

Objetivos: Evaluar la correlación de los títulos de anti-TGt con el tipo de lesión histológica en pacientes celíacos adultos, al momento del diagnóstico.

Pacientes y métodos: La determinación de los anti-TGt se realizó por técnica de Elisa comercial, utilizando el Ag recombinante humano (Pharmacia). Las biopsias duodenales fueron obtenidas a través de fibroendoscopia de 2^a-3^a porción, con un mínimo de 4 muestras. La lesión histológica se clasificó según los estadios de Marsh. Se separaron en dos grupos: Uno con atrofia leve y/o cambios inflamatorios (Marsh 1, 2 y 3a) y otro con atrofia importante (Marsh 3b y 3c). Todos los pacientes eran HLA DQ-2 o DQ-8 positivos.

Resultados: Fueron incluidos 227 pacientes con una mediana de 39 años de edad (15-85). El 72% eran mujeres y la forma de presentación clínica fue oligosintomática o atípica, en el 64% de los casos. El 31% no presentaban atrofia en las vellosidades (Marsh 1 y 2) y un 26% mostraban atrofia importante (Marsh 3b y 3c). Los niveles de anti-TGt presentando niveles más elevados, en función del estadio de Marsh ($r = 0,437$; $p < 0,0001$). La media del título de anti-TGt fue significativamente superior en los pacientes con atrofia importante, frente a los de atrofia leve (92 vs 12 U/ml; $p < 0,001$). El análisis mediante regresión logística, mostró que únicamente los niveles de anti-TGt al diagnóstico, presentan un valor predictivo independiente para atrofia vellositaria y no con la edad, sexo o presencia de clínica clásica.

Valores elevados de anti-TGt predicen con mayor probabilidad, la presencia de atrofia importante, como demuestra el área bajo la

curva (0,854; IC 95% = 0,8-0,9). Valores de anti-TGt > 30 U/ml, presentan una especificidad del 95%, para diagnosticar una atrofia importante. Sin embargo, en casos de atrofia leve, un 30%, presentaban valores normales de anti-TGt.

Conclusiones: En la enfermedad celíaca del adulto, existe una correlación al diagnóstico, entre los niveles de anti-TGt y el grado de lesión histológica y permitiría predecir la presencia de atrofia vellositaria importante. Sin embargo, las formas leves, muestran frecuentemente valores negativos de anti-TGt, lo que junto con la clínica oligosintomática, que es la forma predominante en los adultos, obliga a elevar el umbral de sospecha y ampliar los criterios diagnósticos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.136

DATOS CLÍNICOS NO INVASIVOS RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON INGESTA DE CÁUSTICOS

J. Tosca^a, B. Herreros^b, R. Antón^a, M. Boscá^a, G. Pacheco^a, J. Lizarraga^a, A. García Bolos^a, M. Bañuls^a, A. Rodríguez^a, J. Santiago^a, A. Benages^a

^aServicio de Gastroenterología, H. Clínico Universitario, Universitat de València

^bSección Digestivo, Hospital Marina Baixa, Vila Joiosa

Introducción: La mortalidad inmediata en la ingesta cáusticos se relaciona con la intensidad de las lesiones esofagagástricas; ocasionalmente no es factible realizar endoscopia por malas condiciones clínicas del paciente/negativa de éste/no disponibilidad de la técnica; en esta situación la valoración de la gravedad del paciente y posible evolución fatal se debe realizar mediante datos clínicos y analíticos.

Objetivos: Identificar los datos clínicos relacionados con la mortalidad de pacientes con ingesta de cáusticos.

Material y métodos: Estudio prospectivo protocolizado (1995-2008) incluyendo datos demográficos, clínicos, analíticos, endoscópicos y evolutivos sobre 242 pacientes (107 hombres y 135 mujeres), edad $49,4 \pm 19,7$ años, con ingesta de álcalis (176), ácidos (50) y otros (16). Endoscopia no realizada en 21 pacientes (11 contraindicación, 10 negativa paciente); la ingesta fue voluntaria en 126 pacientes (52,1%). La mortalidad inmediata fue de 14 pacientes (5,78%) y sus datos se han contrastado versus pacientes no fallecidos. Las variables cualitativas se ha analizado mediante chi-cuadrado; las variables con $p < 0,1$ se han sometido a regresión logística (Wald). Límite de significatividad estadística $p < 0,05$.

Resultados: Los 14 pacientes fallecidos han ingerido ácidos de forma voluntaria; en 8/14 pacientes fallecidos se ha realizado endoscopia que mostraba lesiones graves (grado III de Zargar). Las variables con significatividad estadística ($p < 0,05$) entre ambos grupos de estudio han sido: edad > 65 años, voluntariedad, ingesta de ácidos, síntomas digestivos (disfagia, hipersalivación, vómitos, dolor torácico y abdominal), síntomas respiratorios (disnea, ronquera, estridor), signos de exploración física (peritonismo y auscultación respiratoria patológica), signos patológicos en los estudios radiológicos simples de tórax y abdomen, lesiones ORL, leucocitosis superior a 15000 con desviación izquierda y acidosis metabólica. Las variables asociadas a resultado de muerte (regresión logística Wald) con significatividad estadística, analizadas según tipo de síntomas/signos son: edad > 65 años (OR 4,84, IC95% 1,60-14,62), hipersalivación (OR 3,96, IC95% 1,24-12,65), dolor abdominal (OR 3,56, IC95% 1,09-11,58), estridor (OR 17,39, IC95% 2,07-145,99), dolor torácico (OR 12,28, IC95% 2,94-51,28), lesiones laringe (OR 6,43, IC95% 1,26-32,67), ronquera (OR 6,40, IC95% 1,73-23,61), aire ectópico en abdomen (OR 65,29, IC95%

3,42–1245,39), peritonismo (OR 65,29, IC95% 3,42–1245,39), auscultación respiratoria patológica (OR 25,34, IC95% 4,98–128,81) y acidosis metabólica ($\text{pH} < 7.30$) (OR 109,37, IC95% 23,79–502,79).

Conclusiones: Ciertos síntomas digestivos y respiratorios, así como datos de la exploración física, ORL, radiológica no invasiva y acidosis metabólica se asocian al resultado de muerte en la ingesta de cáusticos. Esta asociación puede tener aplicación clínica si no se realiza, por cualquier motivo, endoscopia precoz.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.137

DIFERENCIAS CLÍNICAS, ANALÍTICAS, SEROLÓGICAS, GENÉTICAS E HISTOLÓGICAS, ENTRE LA ENFERMEDAD CELÍACA INFANTIL Y DEL ADULTO

L. Rodrigo, D. Fuentes, R. Alonso, N. Alvarez, P. Niño, C. Bousoño, E. Ramos, S. Riestra, A. López-Vázquez, C. López-Larrea

Servicios de Digestivo, Pediatría e Inmunología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Objetivos: Analizar las diferencias existentes entre la enfermedad celíaca en el niño y en el adulto desde la mayor parte de aspectos clínicos y diagnósticos.

Pacientes y métodos: Incluimos de forma prospectiva los pacientes ambulatorios estudiados en una consulta monográfica de enfermedad celíaca (EC) del adulto en los últimos ocho años y los comparamos con una serie de niños. Comparamos los resultados obtenidos entre ambos grupos, mediante el valor de p , el cálculo de la OR, y del IC-95%.

Resultados: Se incluyeron un total de 187 pacientes celíacos al diagnóstico de su enfermedad, que fueron seguidos ambulatoriamente cada 6 meses. De ellos eran adultos 144 (77%) y niños 43 (23%). Entre los adultos 56 casos (39%) fueron diagnosticados por estudio familiar y solo 7 niños (16%) ($p < 0,05$; OR = 3,3). La relación por sexos (hembra/varón) fue menor en los niños (1/1,3) que en los adultos (2,4/1) ($p < 0,05$; OR = 2,2). El retraso diagnóstico fue mayor en los adultos ($11 \pm 0,6$ años) que en los niños ($1,1 \pm 1,4$ años) ($p < 0,001$). Las formas de presentación clásicas predominaron en los niños 34 (79%) y fueron raras en los adultos 20 (14%) ($p < 0,001$; OR = 23,4). La diarrea fue el síntoma predominante en niños 28 (65%), frente a los adultos 38 (26%) ($p < 0,001$; OR = 5,2). Por el contrario, la anemia ferropénica predominó en los adultos 61 (42%) frente a 8 (19%) en los niños ($p < 0,01$; OR = 3,2). La TgT fue positiva en 39 (90%) niños y en 50 (35%) adultos ($p < 0,001$; OR = 18,3) mostrando un cierto paralelismo con la presencia de atrofia de vellosidades que fue de 41 casos (93%) en los niños frente a 53 casos (37%) en adultos ($p < 0,001$; OR = 35,2). El tipaje DQ2 (+) fue más frecuentemente encontrado en niños 42 (97%), que en adultos 117 (81%) y por el contrario el DQ8 (+) fue más frecuente en adultos con 13 casos (9%), que en niños con 1 caso (2%) ($p < 0,01$; OR = 9,5). La presencia de alteración de las pruebas hepáticas fue más frecuente en adultos con 29 casos (19,4%) que en niños con 1 caso (2%) ($p < 0,01$; OR = 9,5). La presencia de disfunción tiroidea fue igualmente más prevalente en los adultos, con 29 casos (19%) frente a los niños con 1 caso (2%) ($p < 0,05$; OR = 7,6). Finalmente la presencia de enfermedades autoinmunes asociadas fue claramente más frecuente en los adultos con 35 casos (24%) frente a los niños con 4 casos (9%) ($p < 0,05$; OR = 3,1).

Conclusiones: La EC en el niño muestra un patrón clínico, serológico, histológico y genético más uniforme, correspondiente con las formas clásicas. En los adultos predominan las formas

atípicas, encontradas frecuentemente en estudios familiares, con mayor predominio femenino, retraso diagnóstico prolongado, baja positividad serológica e histológica (1/3 de los casos), mayor porcentaje de DQ8 y mayor frecuencia de alteraciones hepáticas, tiroideas y de enfermedades autoinmunes asociadas.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.138

EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON ASPIRINA EN LA PREVENCIÓN DE ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO EN UN MODELO DE ESÓFAGO DE BARRETT Y ADENOCARCINOMA EN RATA

P. Esquivias^{a,d}, S. Santander^{a,d}, A. Escartin^{a,d}, C. Pastor^{a,d}, A. Morandeira^{a,d}, C. Cebrian^{c,d}, J. Ortego^{c,d}, M.A. Garcia-Gonzalez^{a,d}, P. Jimenez^d, A. Lanas^{b,d}, E. Piazuelo^{a,d}

^aInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

^bServicio de Digestivo, Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", Zaragoza, España

^cAnatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", Zaragoza, España

^dCIBEREHD, Zaragoza, España

Antecedentes: durante las últimas décadas, la incidencia del adenocarcinoma de esófago (ACE) ha aumentado drásticamente en el mundo occidental. Estudios epidemiológicos han mostrado que el uso regular de ácido acetilsalicílico (AAS) se asocia con una reducción del riesgo de desarrollar ACE. Sin embargo, no existen evidencias directas de que el AAS prevenga el ACE.

Objetivo: Establecer si el tratamiento con AAS afecta al desarrollo de ACE en un modelo experimental en rata.

Métodos: modelo de ACE inducido por reflujo gastroduodenoesofágico (esofagoyeyunostomía con preservación gástrica) en rata Wistar. Tras la operación, las ratas se aleatorizaron en 3 grupos ($n = 8-10$): 1) no tratamiento; 2) tratamiento con AAS a dosis baja (5 mg/Kg/día), 3) tratamiento con AAS a dosis alta (50 mg/Kg/día). El AAS se administró en el agua de bebida. Los animales se sacrificaron a los 4 meses y se extrajo el esófago en toda su longitud para su evaluación tanto macroscópica como microscópica. En todos los animales se analizaron los niveles de AAS y ácido salicílico (AS) en plasma por HPLC. Para el análisis de los resultados se utilizaron los test de Kruskal-Wallis y Fisher.

Resultados: todas las ratas desarrollaron en el esófago inflamación, ulceración y metaplasia intestinal en continuidad con la anastomosis. La administración de AAS no modificó el grado de inflamación: 75% de los animales sin tratar presentaron inflamación severa frente al 72,7% de las ratas tratadas con AAS 50 ($p = 1,0$), y un 50% de ratas que habían recibido AAS 5 ($p = 0,6$), ni la extensión de superficie esofágica ulcerada: $35,0 \pm 25,1\%$ en el grupo control vs $37,5 \pm 27,3\%$ en el grupo de AAS 5 ($p = 0,9$), y $38,2 \pm 20,2\%$ en el grupo de AAS 50 ($p = 0,5$), ni tampoco la longitud de la metaplasia en continuidad: $3,9 \pm 2,2$ mm (control), $3,4 \pm 1,8$ mm (AAS 5), $p = 0,5$; y $4,6 \pm 2,5$ mm (AAS 50), $p = 0,7$. El 62,5% de las ratas del grupo control desarrolló además metaplasia alejada de la anastomosis. Esta también se encontró en las ratas tratadas con AAS a dosis baja (75%), $p = 1,0$ o alta (45,5%), $p = 0,6$. Todos los animales desarrollaron displasia sobre la metaplasia en continuidad, que fue de alto grado en el 75% de las ratas sin tratar, 62,5% de las ratas que habían recibido AAS 5 ($p = 1,0$) o en el 100% de las ratas tratadas con AAS 50 ($p = 0,2$). A pesar de que el número de ratas que desarrollaron neoplasia en el grupo tratado con AAS 5 (37,5%)

fue menor que en el grupo control (62,5%) o en el grupo tratado con AAS 50 (63,6%), estas diferencias no fueron significativas ($p = 0,6$) y ($p = 1,0$), respectivamente. Todos los animales que habían recibido AAS presentaban niveles detectables de ASA y/o AS en plasma, siendo de $0,2 \pm 0,4 \mu\text{g/ml}$ (ASA) y $2,5 \pm 1,6 \mu\text{g/ml}$ (AS) en el grupo tratado con AAS a dosis baja, y de $0,06 \pm 0,12 \mu\text{g/ml}$ (ASA) y $38,01 \pm 17,03 \mu\text{g/ml}$ (AS) en el grupo de AAS a dosis alta.

Conclusión: El tratamiento con AAS tanto a dosis alta como baja no previene el desarrollo de ACE inducido por reflujo gastroduodenoesofágico en la rata.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.139

EFICACIA DEL ANGIOTAC ABDOMINAL EN LA DETECCIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA

C. Bayarri^a, S. Quiroga^b, A. Alvarez-Castells^b, M. Pérez-Lafuente^b, E. Saperas^a

^aServicio de Gastroenterología

^bRadiología, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

El diagnóstico de certeza del origen de la hemorragia digestiva aguda, esencial para la intervención terapéutica apropiada, es a menudo difícil.

Evidencias recientes sugieren que el angioTAC abdominal puede ser útil en la detección del sangrado activo o lesiones potencialmente sangrantes.

Objetivo: Analizar el papel del angioTAC en la localización y etiología de la hemorragia gastrointestinal y determinar su impacto terapéutico.

Pacientes y métodos: Estudio unicéntrico de una cohorte de pacientes consecutivos admitidos por hemorragia digestiva aguda a los que se les realizó angioTAC durante el período comprendido entre enero del 2005 y julio del 2008.

El diagnóstico de sangrado activo mediante angioTAC se estableció por la presencia de extravasación de contraste intraluminal no detectado en la exploración basal sin contraste previa. La variable principal fue el porcentaje de diagnóstico definitivo definido por la evidencia de sangrado activo.

Resultados: Se han analizado 26 pacientes (15 hombres y 11 mujeres; edad media 68 ± 16 años, (5 con hemorragia digestiva alta y 21 baja) a los que se practicó angioTAC (16 detectores) con estudio en fase arterial y venosa portal.

El angioTAC mostró alteraciones relacionadas con la hemorragia en 21 de los 26 pacientes (85%). En 13 pacientes (50%) mostró extravasación de contraste. Como resultado de este hallazgo del TAC en 9 de los 13 (69%) pacientes se realizó una intervención terapéutica eficaz. (4 cirugía, 4 embolización angiográfica, 1 tratamiento endoscópico. Un paciente con extravasación ileal por angioTAC no se confirmó en la cirugía (falso positivo del TAC).

Además, el TAC identificó lesiones potencialmente sangrantes sin extravasación de contraste en 9 de 26 pacientes (35%) que posteriormente se confirmaron por endoscopia o arteriografía.

Finalmente, el TAC no mostró extravasación de contraste ni lesiones potencialmente sangrantes en los 4 (15%) pacientes restantes. En uno de estos 4 pacientes (25%) la colonoscopia identificó una angiodisplasia de colon mientras que en los otros 3 también fue negativa y la hemorragia quedó autolimitada.

Conclusión: El angioTAC permite la detección y localización del sangrado activo en el 50% de los pacientes con hemorragia digestiva aguda y ello conduce a una intervención terapéutica apropiada en 2/3 de ellos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.140

ENTEROPATÍA SENSIBLE AL GLUTEN EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA O DÉFICIT DE HIERRO DE ORIGEN INCIERTO. PAPEL DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

H. Monzón^a, F. Fernández-Bañares^a, M. Forné^a, M. Esteve^a, C. González^b, J.M. Martí^c, M. Rosinach^a, M. Mariné^a, C. Loras^a, J.C. Espinós^a, A. Salas^b, J.M. Viver^a

^aServicios de Digestivo

^bServicios de Anatomía Patológica

^cServicios de Hematología, Hospital Universitario y Fundación de Investigación Mutua de Terrassa, Terrassa, Barcelona

La anemia ferropénica (AF) de origen incierto es un problema frecuente. En estos pacientes se recomienda descartar celiaquía mediante serología. No obstante, en muchas ocasiones, la serología es negativa en formas leves de enteropatía sensible al gluten (ESG).

Objetivos: Evaluar prospectivamente la presencia de ESG en pacientes con AF o déficit de hierro aislado de origen incierto y serología de celiaquía negativa y evaluar el papel de la infección por *H. pylori* (HP) en pacientes con enteritis linfocítica (Marsh I) y ausencia de respuesta a la dieta sin gluten (DSG).

Métodos: Se incluyeron 55 pacientes consecutivos con AF o déficit de hierro aislado de origen incierto. Criterios de inclusión: Edad > 18 años, Hb < 12 g/dL ♀ y < 14 g/dL ♂ y ferritina sérica < 13 g/dL, serología de celiaquía negativa, sangre oculta en heces negativa, gastroscopia y colonoscopia normales, no otras causas de sangrado, no ingesta de AINEs, no enfermedades crónicas. Se realizó a todos ellos estudio genético de celiaquía (HLA-DQ2 y DQ8), biopsias de duodeno distal (estudio histológico según la clasificación de Marsh), y biopsia antral o test del aliento 13C-urea para valorar infección para HP. Se inició DSG en los Marsh III, en los Marsh I con estudio genético positivo, y en los Marsh I con estudio genético negativo a criterio del facultativo responsable. Se valoró la respuesta (desaparición de la AF y mejoría histológica) tras 12 m con DSG. Si había infección concomitante por HP se hizo tratamiento erradicador en los pacientes sin respuesta a la DSG o cuando el estudio genético era negativo y la celiaquía altamente improbable.

Resultados: 64% pacientes fueron DQ2/DQ8 positivo y 71% pacientes tenían alteraciones histológicas en la biopsia duodenal: 1- Grupo con estudio genético positivo (12 normal, 21 Marsh I, 2 Marsh IIIA); 2- Grupo con estudio genético negativo (16 Marsh I y 4 normal). Respuesta a la DSG (12 m): 2/2 Marsh IIIA, 9/26 Marsh I. Se evaluó la presencia de HP en 22 pacientes con Marsh I (17 sin respuesta a la DSG), 11 tenían infección y se erradicaron (con éxito en 10). Respuesta a la erradicación (12 m): 5/10 Marsh I. El diagnóstico final de los pacientes con enteropatía fue (8 perdidos de seguimiento): ESG, 39%; Infección por HP, 16%; Desconocido, 26%; Otros, 19%.

Conclusiones: La enteritis linfocítica secundaria a ESG o a infección por HP es una causa frecuente previamente no descrita de AF. (Ayuda a la Investigación 'Fundación Banc de Sabadell').

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.141

¿ES DIFERENTE LA EVOLUCIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA EN PACIENTES ANTICOAGULADOS?

M. Rodríguez-Soler^a, V. Ortiz^b, J. Ortuño^a, M. Iborra^a, V. Garrigues^b, J. Ponce^b

^aServicio de Gastroenterología, Hospital La Fe, Valencia

^bCIBERehd

Objetivo: Evaluar la influencia del tratamiento anticoagulante en el curso clínico de la hemorragia digestiva alta (HDA) no varicosa.

Métodos: Estudio observacional de cohortes prospectivas. Se incluyeron de modo consecutivo los pacientes que ingresaron por HDA no varicosa, manifestada por hematemesis y/o melenas. Se realizó endoscopia digestiva alta en las 12 primeras horas tras la consulta. Se definieron 3 cohortes de pacientes: pacientes que estaban recibiendo tratamiento con anticoagulante (AC), pacientes que recibían antiagregantes plaquetarios (AP), y pacientes que no recibían ningún tipo de tratamiento antitrombótico (noACAP). La cohorte AC se categorizó en función del exceso de anticoagulación (INR > 0 < 3). La evolución se evaluó mediante: a) días de estancia hospitalaria, b) tasa de mortalidad, c) resangrado y d) necesidad de cirugía urgente. La asociación entre el tratamiento antitrombótico y la evolución de la HDA se ajustó para los posibles factores de confusión: edad, sexo, comorbilidad, tratamiento con AINE o IBP en el momento de la HDA. Otros parámetros evaluados fueron: causa de la HDA, gravedad hemodinámica inicial, hemoglobina al ingreso, transfusiones.

Resultados: Se incluyeron un total de 392 pacientes (64% hombres) con una media de edad de 64±19 años. De ellos, 42 recibían tratamiento AC, 107 AP y 242 noACAP. En la cohorte de AC, 25 pacientes (58%) presentaban un exceso de anticoagulación (INR > 3) en el momento de la HDA. Los pacientes AC tuvieron una mayor edad y comorbilidad. La causa de más frecuente de la HDA en los AC fueron las lesiones pépticas, igual que en las otras dos cohortes. La hemoglobina al ingreso fue menor en los pacientes AC. No hubo diferencias en género, uso previo de IBP, inestabilidad hemodinámica, número de unidades de concentrado de hematíes transfundidas. La evolución fue similar en las 3 cohortes (tabla, datos en porcentaje).

	Resangrado	Cirugía	Mortalidad
AC	11,6	2,3	4,7
AG	7,5	1,9	5,6
NoACAG	9,1	1,2	5,8

Tampoco se observó una peor evolución ni diferente etiología de la HDA en los pacientes con exceso de anticoagulación. La estancia hospitalaria fue superior en el grupo de pacientes AC (4,81 días más; p<0,001; IC 95%: 2,83–6,79). Tras ajustar para la edad y la comorbilidad como factores de confusión el incremento de la estancia hospitalaria se redujo a 3,24 días (IC 95%: 1,22–5,26).

Conclusión: Los pacientes anticoagulados, incluidos aquellos con exceso de anticoagulación, no presentan una peor evolución de la HDA no varicosa. Su estancia hospitalaria es mayor, debido a su mayor edad y comorbilidad.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.142

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. UNA PATOLOGÍA PREVALENTE

E. Pérez Arellano^a, G. Sosa^d, M. Revenga^b, J.A. Jiménez Heffernan^c, E. Tomas^a, M.J. Robles^c, Y. González Lama^a, E. Tejerina^c, A. Albillos^a, E. De la Morena^a

^aServicios Aparato Digestivo

^bServicios Pediatría

^cServicios Anatomía Patológica

^dServicios Alergología. Hospital de la Zarzuela. Madrid

Fundamento: La esofagitis eosinofílica (EE) es la causa más frecuente de disfagia crónica e impactación alimentaria en menores de 50 años, asociándose en muchos casos a patologías alérgicas. El diagnóstico exige biopsia y cuantificación de eosinófilos por campo (ExC) en la mucosa esofágica ya que los hallazgos endoscópicos son heterogéneos y poco específicos. Su manejo está todavía en discusión.

Pacientes y método: Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados en nuestro centro de EE en base a criterios clínicos, endoscópicos e histológicos. Se analiza la asociación de enfermedades alérgicas, los hallazgos endoscópicos y la respuesta terapéutica a esteroides y a la dilatación endoscópica.

Resultados: Entre enero de 2004 y noviembre de 2008 practicamos 7101 gastroscopias diagnosticando 38 EE (0,53%). Veintiocho (70%) fueron varones. La edad media fue 32 años [1-48] con 5 menores de 14 años. El intervalo medio entre el inicio sintomático y el diagnóstico fue de 6 años [2 meses-22 años]. Los síntomas fueron: disfagia (92%), impactación alimentaria (58%), pirosis (21%) y otros (13%). A 31 se les realizó estudio alergológico. Veinticinco (80%) tenía algún tipo de alergia, 18 (58%) alimentarias. Los hallazgos endoscópicos fueron: esófago normal (10%, todos con más de 40 ExC), cambios mínimos (29%), microexudados (18%), anillos traqueiformes (37%) y estenosis (42%). Histológicamente todos tenían más de 20 ExC (el 32% más de 40 ExC) y el 34% tenía microabscesos eosinofílicos. De los 38 pacientes disponemos de seguimiento tras la endoscopia diagnóstica en 23. De ellos 18 fueron tratados con esteroides tópicos (250ug/12h de fluticasona tópica), 3 con esteroides orales y 4 con dilataciones endoscópicas (2 tras el tratamiento esteroideo). Disponemos de seguimiento mayor de un año en 15 casos. Doce (80%) presentaron respuesta completa (ausencia de impactaciones y/o disfagia). Un paciente recidivó a los 6 meses con respuesta a un segundo tratamiento tópico. Otro está asintomático con esteroides orales por patología asociada. Diez están asintomáticos sin tratamiento. De los 3 no respondedores (1 con esteroide oral), 2 fueron a sometidos a dilataciones endoscópicas seriadas con buena respuesta. Una dilatación presentó dolor torácico severo sin demostrarse perforación. Los 2 pacientes tratados sólo con dilataciones endoscópicas tuvieron buena respuesta clínica sin complicaciones.

Conclusión: La EE es una enfermedad prevalente con unas características clínicas bien definidas que debe de descartarse en todo paciente menor de 50 años con impactación alimentaria y/o disfagia, para lo que se requiere la realización de biopsias seriadas del esófago proximal. El tratamiento establecido son los esteroides tópicos, precisando todavía determinar la dosis y el tiempo de administración y los criterios de refractariedad. El tratamiento de rescate en pacientes con estenosis y clínica severa debe ser la dilatación endoscópica.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.143

ESPECTRO DE LA ENTEROPATÍA SENSIBLE AL GLUTEN: EXPLORANDO EL FONDO DEL ICEBERG

L. Rodrigo^a, S. Riestra^a, S. Calleja^b, D. Fuentes^a, J.M. Ruiz de Morales^b, N. Alvarez^a, J. Casqueiro^b, S. Vivas^b

^aDigestivo Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

^bDigestivo Hospital de León

Antecedentes: La enfermedad celiaca clásica ha sido sustituida por una forma de presentación paucisintomática con mayor frecuencia. Además el gluten podría originar una respuesta inmune local en el huésped capaz de desencadenar una clínica no ligada al HLA-DQ y con ausencia de anticuerpos o lesión histológica marcada.

Objetivos: Evaluar las características de los pacientes con clínica digestiva que manifiestan una respuesta clínica a la retirada del gluten en la dieta.

Pacientes y métodos: Se han incluido pacientes procedentes de la consulta de Gastroenterología de adultos en dos centros de tercer nivel. El criterio principal de inclusión fue la sospecha de enfermedad celiaca por la clínica, antecedentes, o manifestaciones posiblemente asociadas. Fueron excluidos aquellos pacientes que rechazaron la realización de biopsia duodenal o que no aceptaron una dieta exenta de gluten durante al menos 3 meses. La evaluación a la respuesta clínica fue medida de forma subjetiva, en función de los síntomas del paciente u objetiva, con la respuesta a las alteraciones analíticas. Los pacientes fueron divididos en 4 grupos: 1. Pacientes con serología, biopsia duodenal y HLA-DQ compatible con enfermedad celiaca (Celiaca Típica). 2. Aquellos con cualquier grado de atrofia vellositaria, junto con HLA compatible, pero serología negativa (Celiaca Silente). 3. Los que presentaban solamente un HLA compatible, sin expresión serológica, ni histológica (Celiaca Latente y Potencial). 4. Aquellos sin HLA, biopsia ni serología compatibles, pero con respuesta clínica la retirada de gluten (Posible sensibilidad al gluten).

Resultados: Fueron incluidos un total de 513 pacientes repartidos en los 4 grupos. El 74% eran mujeres y un 64% presentaban clínica oligosintomática de celiaquía. No se apreciaron diferencias significativas entre los cuatro grupos en el sexo, edad, tiempo de evolución de la clínica, ni en la forma clínica de presentación, clásica u oligosintomática (Tabla).

Conclusiones: El gluten podría influir en sujetos sintomáticos sin expresión de los "marcadores" clásicos de enfermedad celiaca. Es necesario investigar factores asociados a una posible "toxicidad" del gluten en sujetos no clásicamente celíacos para ampliar el espectro de la actual enteropatía sensible al gluten.

	Grupo 1 Celiaca Típica n = 88	Grupo 2 Celiaca Silente n = 107	Grupo 3 Celiaca Latente n = 120	Grupo 4 Sensibilidad al gluten n = 198
Mujeres (%)	74	71	68	74
Edad: años (DE)	38 (15)	41 (16)	41 (15)	41 (17)
Oligosintomático (%)	70	59	68	67
Tiempo evolución: años (DE)	14 (9)	13 (10)	15 (11)	15 (12)
Marsh > 2* (%)	92	49	0	0

*p<0,001. Resto de análisis no significativo entre grupos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.144

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA INCIDENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA POST HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. VALORACIÓN DE FACTORES PREDICTIVOS. RESULTADOS PRELIMINARES

R. Ballester^a, M. Planella^a, M. Teixidó^b, N. Zaragoza^a, A. Isava^a, A. Ardèvol^a, E. Sesé^a, M. Boudet^a, M. Ibarz^b, J.M. Reñe^a

^aHospital Universitari Arnau de Vilanova. Servei de Digestiu

^bServei de Laboratori Clínic. IRB Lleida

Introducción: No se ha estudiado la incidencia de anemia ferropénica (AF) post-hemorragia digestiva alta (HDA) y no existen estudios acerca de la indicación de ferroterapia posterior al episodio agudo. Dado que los parámetros hematológicos y bioquímicos habituales de ferropénica se artefactúan por los cambios clínicos y biológicos inherentes a la HDA, se están valorando nuevos parámetros de ferropénica: la hemoglobina equivalente del reticulocito (Ret-He) y el receptor soluble de la transferrina (Rst).

Objetivo: 1. Estudio de la incidencia de AF post-HDA no asociada a hipertensión portal (HTP). 2. Detectar factores clínicos y biológicos predictivos de AF post-HDA. 3. Valorar la utilidad de nuevos parámetros hematológicos para el estudio de ferropénica.

Métodos: Del 04/2007 hasta 09/08 se han valorado 380 HDA no asociadas a HTP. Reunían criterios de inclusión 101. Se evalúan variables clínicas y endoscópicas al ingreso y variables analíticas al ingreso, 5º y 30º día. El análisis estadístico se ha realizado con los métodos habituales (SPSS).

Resultados: 1. El 62% de los pacientes presentan AF a los 30 días. 2. Las variables clínicas relacionadas de AF los 30 días son: la tensión arterial sistólica (TAS) al ingreso, el Rockall y la necesidad de transfusión. 3. Las variables biológicas relacionadas con AF son: la hemoglobina (Hb) inicial y/o Hb más baja en las primeras 24 h inferior a 10,0 g/dl, ferritina inicial, Rst inicial, índice de saturación de la transferrina (IST), ferritina y Ret-He al 5º día post-HDA. -Las variables con valor predictivo independiente de anemia son: el Rockall al ingreso (p<0,005), Hb al ingreso (p=0,001), IST (p=0,000) y Ret-He al 5º día (p=0,001).

Conclusiones: 1. La mayoría de los pacientes con HDA presentan AF a los 30 días. 2. Los pacientes con variables clínicas y biológicas predictoras de ferropénica son tributarios de ferroterapia.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.145

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* (HP) EN LA POBLACIÓN DE TERRASSA

M. Forné^a, F. Fernández-Bañares^a, R. Santaolalla^b, R. García^c, A. Carrasco^b, E. Abuattas^d, M. Mariné^a, M. Cortijo^d, J.M. Viver^a

^aServicios de Digestivo

^bLaboratorio de Investigación y Servicio de Medicina del Trabajo y de la Sociedad de Prevención, Egarsat

^cPediatría, Hospital Universitario Mútua de Terrassa

^dFundación para la Investigación Mútua de Terrassa

Se ha descrito un descenso de la prevalencia de infección por *Hp* en países industrializados. En nuestro medio no se han realizado estudios en este sentido.

Objetivos: 1. Evaluar la prevalencia de la infección actual por *Hp* en la población de la área sanitaria de Terrassa y compararla con

la obtenida hace 10 años. 2. Valorar factores de riesgo de la infección.

Método: Desde enero-06 hasta agosto-08, se incluyeron 1015 muestras de suero de la población del área sanitaria de Terrassa, con edades comprendidas entre 1 y 90 años, utilizando una muestra por cuotas de edad proporcional al censo. La captación de la población infantil y adolescente se obtuvo a partir de estudios analíticos preoperatorios (ORL); la población adulta hasta 60 años, a partir de muestras obtenidas en revisiones de empresa y a partir de los 60 años, en la unidad de cirugía menor ambulatoria. Se realizó una encuesta sobre aspectos demográficos, socioeconómicos, hábitos tóxicos y clínicos. La determinación de IgG específica frente a *Hp* se realizó mediante técnica de ELISA (Palex Medical S.A.) considerando el punto de corte recomendado por el fabricante. Se realizó un análisis univariado y las variables significativas se incluyeron en un análisis de regresión logística (ARL) paso a paso (condicional).

Resultados: La prevalencia de la infección fue 41,5%, similar en ambos sexos. En 71 (7,9%) casos, la serología fue indeterminada. Se obtuvo la encuesta epidemiológica en el 90% de los adultos (> 16 años). La edad, nivel de estudios, tabaco, profesión, lugar de procedencia y años de residencia en la población de Terrassa se relacionaron con la infección por *Hp* (análisis univariado). En el ARL sólo la edad y el nivel de estudios fueron factores de riesgo independiente. La comparación ajustada por edades no demuestra diferencias significativas en la prevalencia de la infección entre la cohorte actual y la de hace 10 años.

Conclusiones: En nuestro medio la prevalencia de la infección por *Hp* ha permanecido estable en la última década. El riesgo de adquirir la infección aumenta progresivamente con un nivel de estudios bajos. Aunque la edad es un factor de riesgo independiente, puede existir un efecto cohorte que explique esta asociación.

(Ayuda para la Investigación de la Sociedad Catalana de Digestologia)

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.146

EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES EN LA ACALASIA ESOFÁGICA

A. Nevárez^a, V. Garrigues^{a,b}, V. Ortiz^{a,b}, N. Hernández^c, C. Castellanos^a, J. Ponce^{a,b}

^aMedicina Digestiva Hospital La Fe, Valencia

^bCIBERehd

^cMedicina Digestiva Hospital Insular Las Palmas

El cumplimiento de las expectativas de los pacientes es clave para mejorar los resultados en salud.

Objetivo: Conocer las expectativas de los pacientes con acalasia esofágica y su cumplimiento tras la dilatación neumática (DN).

Métodos: Estudio prospectivo realizado en una serie consecutiva de pacientes con acalasia que iban a ser tratados con DN. En una visita anterior a la DN se administró a los pacientes un listado con 15 ítems relativos a los siguientes dominios: relación médico-paciente (RMP), diagnóstico (Dx) y tratamiento (Tx) de su enfermedad. Se les pidió que eligieran 5 en orden de prioridad y que añadieran cualquier otra expectativa no incluida en el listado, que consideraran de importancia. Las expectativas se analizaron globalmente y según la edad, sexo y tratamiento previo. Dos meses tras la DN se pidió a los pacientes que valoraran el cumplimiento de cada una de las expectativas mediante una escala Likert de 5 puntos (nulo/escaso/medio/importante/total), considerándose cumplidas si se eligió importante o total. El cumplimiento se valoró

globalmente y en función de la eficacia del tratamiento. La DN se consideró eficaz si el paciente estaba asintomático o padecía síntomas que no interferían con las actividades cotidianas.

Resultados: En 74 pacientes (37 mujeres; edad media 52 años, límites 16 y 82 años) se evaluó las expectativas en 122 ocasiones (1 vez en 38 casos; 2, en 24; y 3, en 12). 1) La expectativa más frecuente fue: "que el tratamiento sea eficaz para mi enfermedad y pueda hacer una vida normal" seleccionada en primer lugar en 42 casos (34%) y en cualquier lugar en 106 (87%). Ningún paciente añadió ninguna expectativa a las incluidas en la lista. Las expectativas elegidas en primer lugar fueron RMP: 25%; Dx: 27%; Tx: 48%. Las elegidas en cualquier lugar fueron RMP: 32%; Dx: 23%; Tx: 45%. Las mujeres eligieron con más frecuencia que los hombres expectativas del dominio de Tx 50% vs 39%) y con menos frecuencia, las del grupo de RMP (26% vs 39%). No hubo diferencias en relación con la edad. El fracaso previo de la DN se asoció a un incremento en las expectativas relacionadas con el Tx (40% vs 53%) y a una disminución de las relacionadas con la RMP (37% vs 24%). 2) Se valoró el cumplimiento en 98 de los 122 casos (80%). Se cumplieron el 69% de las expectativas elegidas en primer lugar y el 77% de las elegidas en cualquier lugar. Agrupándolas, se cumplieron el 93% de las expectativas de RMP; el 83% de las de Dx; y el 54% de las de Tx. La DN fue eficaz en 35 (36%) e ineficaz en 63 (64%) de los 98 casos. La eficacia de la DN no influyó en el cumplimiento de las expectativas de RMP (98% vs 92%); ni en las de Dx (78% vs 82%), pero sí en las de Tx (92% vs 36%) (eficaz vs no eficaz).

Conclusiones: Las expectativas más importantes para los pacientes con acalasia se relacionan con la eficacia del tratamiento, especialmente en mujeres y si ha habido una DN previa ineficaz. La eficacia de la DN no influye en el cumplimiento de las expectativas relacionadas con la RMP y con el Dx.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.147

HOSPITALIZACIONES POR COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES: UN CAMBIO PROGRESIVO EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA QUE PUEDE PASAR INADVERTIDO

M. Muñoz^a, S. García^d, L. Rodrigo^e, M.A. Pérez Aísa^f, M. Castro^g, M. Polo-Tomás^b, L.A. García Rodríguez^h, A. Lanasa^{a,b,c}

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico, Universidad de Zaragoza

^bCentro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd)

^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)

^dServicio de Aparato Digestivo, Hospital Miguel Servet, Zaragoza

^eServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Asturias, Oviedo

^fServicio de Aparato Digestivo, Hospital Costa del Sol, Marbella

^gServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Valme.- Sevilla

^hCentro Español de Investigación Farmacoepidemiológica, Madrid

Introducción: Los avances terapéuticos han determinado cambios en la práctica médica que pueden contribuir a cambios en el espectro de lo que vemos en la práctica clínica. Hemos analizado la tendencia temporal de las hospitalizaciones debidas a cinco de las causas más frecuentes de hospitalización por complicación gastrointestinal (hemorragia digestiva (HD-UP) o perforación (P-UP) por úlcera péptica, perforación intestinal y hemorragia digestiva por divertículos del colon o angiodisplasia).

Metodología: Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados por complicaciones gastrointestinales en 10 hospitales generales de España entre 1996 y 2005. Reportamos las tasas crudas, los coeficientes de regresión estimados de las tendencias temporales

y evaluamos la gravedad y los factores de riesgo asociados. Las historias clínicas de hospitalización fueron validadas mediante una revisión independiente de grandes muestras aleatorias de códigos definidos e inespecíficos distribuidos entre todos los hospitales participantes y los años del estudio.

Resultados: Las complicaciones gastrointestinales altas producidas por HD-UP y P-UP tuvieron un descenso estadísticamente significativo a lo largo de los diez años (de 54,6 y 3,9 en 1996 a 25,8 y 2,9 casos/100.000 pacientes-año respectivamente en 2005; $R^2 = 0,944$ y $R^2 = 0,410$, $p < 0,05$). Sin embargo, las hemorragias por divertículos y angiodisplasia tuvieron un incremento estadísticamente significativo (de 3,3 y 0,9 en 1996 a 8,0 y 2,6 casos/100.000 pacientes por año respectivamente en 2005; $R^2 = 0,443$ y $R^2 = 0,715$, $p < 0,05$). Se observó un incremento no significativo en las perforaciones intestinales (de 1,5 a 2,3 casos/100.000 pacientes por año). La tasa de mortalidad no varió para ninguna de las causas, aunque fue mayor para las perforaciones intestinales (30,6%) y P-UP (9,9%) que para las hemorragias por úlcera (3,1%), divertículos (2,0%) o angiodisplasia (5,0%) ($p < 0,001$ vs úlcera con perforación y perforación intestinal).

Conclusiones: Durante la última década ha habido un descenso significativo en las tasas de hospitalización debidas a hemorragias por úlcera y perforación, un incremento a las debidas a sangrado por divertículos y angiodisplasias y ningún cambio en los casos de perforación intestinal ni en las tasas de mortalidad para ninguna de estas 5 causas frecuentes de hospitalización.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.148

INCIDENCIA DE SÍNTOMAS DE ERGE EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO AGUDO CON AINES: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO GENIUS

C. Martín de Argila^a, M. Caballero-Correa^b, P. Martínez^b

^aDepartamento de Gastroenterología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^bDepartamento Médico, Janssen Cilag, Madrid, España

Introducción: La prevalencia de ERGE (Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico) es alta y su estimación en la población adulta está alrededor del 20 al 40%. Tanto la ERGE erosiva, como la no erosiva, presentan síntomas típicos como el reflujo y la reurgitación que han demostrado disminuir la calidad de vida de dichos pacientes. Los AINEs (Anti-Inflamatorios No Esteroides) son los fármacos más utilizados en todo el mundo, a pesar de que su uso se relaciona con erosiones esofágicas y estenosis. Sin embargo, la incidencia de ERGE en pacientes tratados con AINEs no ha sido aún bien estudiada.

Objetivos: Evaluar la incidencia de síntomas de ERGE en pacientes bajo tratamiento agudo (entre 15 y 30 días) con AINEs.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico, y retrospectivo. El número de investigadores fue proporcional para cada una de las 17 comunidades autónomas españolas. El estudio comenzó en abril de 2007, finalizando en julio del mismo año.

Resultados preliminares: Un total de 2.379 pacientes completaron el estudio, de los cuales 2.259 fueron evaluables.

En nuestro estudio, los pacientes que estuvieron tratados con AAS (ácido acetil-salicílico) se analizaron por separado de los que estuvieron en tratamiento con otro AINE diferente. Por consiguiente, el 21% de los participantes estuvo tratado con AAS, mientras que el resto de los pacientes (79%) estuvo tratado con otro AINE distinto a la aspirina. Curiosamente, el 44,1% de los pacientes tratados con AAS, también estaba recibiendo otro AINE concomitantemente.

Un total de 944 (41,8%) pacientes reportaron tener síntomas de ERGE después del tratamiento antiinflamatorio, comenzando éstos

4,9 días (IC 95% = 4,67; 5,10) después del inicio del tratamiento con AINEs/AAS. Nuestros resultados preliminares parecen indicar que los síntomas atípicos de la ERGE son más frecuentes en los pacientes que recibían AAS frente a otros AINEs (duración media del tratamiento de 21,1 días). El asma se manifestó 4 veces más en pacientes tratados con aspirina que con el resto de AINEs (4,4% AAS frente al 1,1% AINEs). Además, tanto la tos persistente (24,5% frente a 12,7% respectivamente) como la afonía/disfonía (13,1% AAS frente a 6,2% AINEs), parecen ser reportadas con mayor frecuencia con aspirina. También se hallaron diferencias, en otros síntomas atípicos de la ERGE, como por ejemplo la disfagia (12,5% AINEs vs 17,9% AAS), el hipo (6,7% AINEs vs 8,0% AAS), y el dolor torácico (11,7% AINEs vs 16,7% AAS).

La pirosis fue el síntoma descrito con más frecuencia, manifestándose en un 66,6% ($n = 1704$) de los pacientes tratados con AINEs/AAS de forma aguda.

Conclusión: No es necesario un tratamiento crónico o a largo plazo con AINEs/AAS para provocar síntomas de ERGE. Una terapia aguda con estos antiinflamatorios parece ser capaz de inducir síntomas de ERGE, tanto típicos como atípicos, pudiendo ser la aspirina en varios síntomas el AINE que lo causa con mayor frecuencia.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.149

INFLUENCIA DEL GRADIENTE DEL TEST DE ALIENTO (Δ TAU) EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR DE RESCATE DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

J. Gonzalo Marín, J.M. Navarro-Jarabo, M.A. Perez-Aisa, N. Fernandez, V. Agullar Urbano, C. Albadea, J.M. Rosales, A. Sanchez, F. Rivas

Introducción: Se ha postulado que el gradiente que se obtiene en la determinación del test de aliento con urea marcada (TAU) podría ser un marcador indirecto del grado de colonización del *H. pylori* en la mucosa gástrica, y que podría tener influencia en la eficacia del tratamiento erradicador.

Objetivo, material y método: Analizamos el impacto que ha tenido este gradiente en la eficacia de nuestros tratamientos de rescate de segunda línea, y para ello hemos reevaluado retrospectivamente un subgrupo de pacientes de nuestro registro, en los que el TAU de control de erradicación tras un tratamiento de primera línea resultó positivo, siendo el gradiente de éste el valor de referencia del análisis. Se realiza análisis estadístico en paquete spss. Se tomó como variable principal el resultado del tratamiento, para las variables continuas se utilizó el test de la U de Mann-Whitney para muestras no apareadas y el test de Rangos de Wilcoxon para muestras apareadas, y en cuanto a las variables cualitativas se utilizó el test de la Chi-Cuadrado, o de Fisher. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 160 pacientes (76 varones, 84 mujeres). En 9 (5,6%) de ellos no se hizo endoscopia, en los 151 restantes se encontró úlcera gastroduodenal (UGD) en 73 (45,6%) y no hubo lesión endoscópica en 78 (48,8%). Los tratamientos administrados fueron: Cuádruple terapia en 71 (44,4%); Triple con Levofloxacino en 78 (48,8%), y en 11 (6,9%) se utilizaron otras. La duración del tratamiento fue > 7 días en 127 (81,9%) casos, en el resto fue de 7 días. El gradiente de TAU en los casos que erradicaron la infección fue de 43,8 (IC 36,6–50,6), mientras que el de los que no erradicaron fue de 39,3 (IC 33,1–45,7), no presentando diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,53$). Los regímenes con levofloxacino resultaron eficaces en 41 (52,5%) mientras la cuádruple terapia lo fue en 38 (53,5%) ($p = 0,07$). Se analizó el gradiente TAU por separado en ambos subgrupos de tratamiento y tampoco se obtuvieron diferencias de gradiente entre curados y no curados. Si

se obtuvieron diferencias de gradiente según la lesión endoscópica: 33,3 (IC 27,9–38,8) en la UGD Vs 48,7 (CI41–56,4) en no ulcerosos (p 0,006). No obstante no hubo diferencias de curación entre el grupo UGD y el grupo sin lesión: 46,8 Vs 53,8% (p 0,3). Se analizó por último si el tratamiento había provocado algún efecto en el gradiente de los no curados, y tampoco se observaron diferencias entre el gradiente previo y el posterior al tratamiento: 39,2 Vs 40,2 (p 0,83).

Conclusión: Al menos en los pacientes más difíciles de tratar que no responden a terapias de primera línea, el gradiente de TAU no influye en la eficacia del tratamiento erradicador. Creemos que se debe investigar este efecto en pacientes naïve. Los pacientes con ulcera gastro-duodenal tienen menor gradiente que los no ulcerosos, aunque este rasgo carece de significación clínica.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.150

LA FORMA DE USO DE LOS AINES Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ES DISTINTA A LA DESCRITA EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS

C. Sostres^{a,b}, M. Muñoz^{a,b}, M.T. Arroyo^{a,b}, M. Polo-Tomás^b, L.A. García Rodríguez^c, A. Lanas^{a,b}

^aServicio de Aparato Digestivo HCU Lozano Blesa Zaragoza

^bCIBERehd

^cCEIFE Madrid

Introducción: La mejor información disponible sobre las complicaciones gastrointestinales (GI) altas asociada a consumo de AINES proviene de estudios controlados y randomizados en pacientes con patología reumática. Sin embargo, los pacientes pueden tomar AINES por muchas razones y con diferentes pautas que posiblemente no han sido estudiadas en los ensayos clínicos. De hecho, se desconoce con precisión las características de los pacientes ingresados por complicaciones GI en la práctica clínica.

Objetivo y métodos: Para definir las características de los pacientes ingresados debido a complicaciones GI en la práctica clínica, llevamos a cabo un análisis de un estudio multicéntrico caso-control realizado en pacientes hospitalizados en el Sistema Nacional Español de Salud. Se incluyeron prospectivamente 2.777 pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) secundaria a lesiones pépticas demostradas por endoscopia y 5.532 controles ajustados por edad, hospital y mes de ingreso. Todos los casos y controles fueron entrevistados por personal experimentado con una encuesta estructurada acerca del uso de AINES y ácido acetil salicílico (AAS).

Resultados: 760 (27,4%) de los casos de HDA habían tomado AINES recientemente, 468 (16,8%) AAS a dosis altas (> 500 mg) y 385 (13,8%) a dosis bajas (< 300 mg). Las razones para la toma de los fármacos se resumen en la Tabla. Los controles tomaron los AINES/AAS a dosis altas por indicaciones similares (Tabla). El 97,8% de los pacientes que tomaban AAS a dosis bajas lo hacían como prevención cardiovascular. La mayoría de los pacientes que tomaban AINES (422/613; 68,8%) o AAS a dosis altas (300/746; 40,2%) lo hicieron a corto plazo (<1 mes) (2,02±0,16 y 1,35±0,1 días respectivamente); mientras que el uso de AAS a dosis bajas (322/372; 86,8%) fue a largo plazo (> 1 mes) (1186,8±72 días), y similar a la de los controles. Solo el 64,4% (396/615) de los casos que tomaban AINES y/o AAS a dosis altas lo hicieron por patología osteoarticular-musculoesquelética. Un 57,9% (1599/2762) de los pacientes con HDA por AINES no presentaron síntomas dispépticos previos y en un 18,2% de los casos el síntoma inicial fue una pérdida brusca del nivel de conciencia.

Razón (caso/control)	AINE (n = 1198/1604)	AAS dosis alta (n = 306/121)
Osteoarticular	51,9% vs 51,6%	31,0% vs 27,2%
Cefalea	21,4% vs 28,3%	30,0% vs 44,6%
“Bienestar”	2,2% vs 1,4%	9,8% vs 5,8%
Cuadro gripal ± fiebre	8,1% vs 6,6%	18% vs 15,8%
Prevención cardiovascular	0% vs 0%	3,3% vs 1,6%
Otros	16,2% vs 11,9%	7,84% vs 4,9%

Conclusiones: Más de un tercio de los pacientes hospitalizados por HDA asociada al uso de AINES/AAS a dosis alta no los tomaban por patología osteoarticular y/o musculoesquelética. Esto sugiere que las terapias de prevención actuales no alcanzan una parte importante de la población tomadora de AINES que sufren HDA. Además, en más de la mitad de ellos el episodio de sangrado es la primera manifestación de la gastropatía.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.151

LOS PACIENTES DE RIESGO CON DOBLE TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO TIENEN MAYOR PROBABILIDAD DE RECIBIR TRATAMIENTO DE IBPS EN ESPAÑA QUE EN ESTADOS UNIDOS

A. Lanas^{a,b,c}, R. Casado^a, L. Guastello^d, S.D. Saini^d, M. Polo-Tomás^b, J. Scheiman^d

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico. Universidad de Zaragoza

^bCentro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd)

^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)

^dHospital de la Universidad de Michigan (EEUU)

Introducción: El tratamiento con Inhibidores de Bomba de Protones (IBPs) se recomienda en la actualidad para la prevención de las complicaciones gastrointestinales altas en pacientes tratados con tratamiento antiplaquetario con uno o más factores de riesgo. Los pacientes sometidos a intervenciones coronarias percutáneas (ICPs) requieren un tratamiento agresivo antiplaquetario dual con aspirina y clopidogrel, y se encuentran en riesgo de padecer hemorragia digestiva alta (HDA). No existe ningún estudio que haya determinado si los IBPs se prescriben correctamente para reducir el riesgo de HDA en estos pacientes y si hay diferencias de tratamientos entre países o centros.

Métodos: Hemos realizado un estudio transversal retrospectivo paralelo de registros médicos en el Hospital de la Universidad de Michigan (EEUU) y el hospital Clínico Universitario de Zaragoza (España). Fueron susceptibles de ser elegidos los pacientes hospitalizados por ICPs en 2007. Se obtuvieron datos de: (1) datos demográficos de los pacientes; (2) medicación tomada; (3) motivo del uso de IBPs y (4) factores de riesgo para HDA (edad ≥70; antecedentes de ulcera péptica; uso concomitante de acenocumarol, corticoides ≥10 mg diarios o AINES diarios). Se definieron como pacientes de “alto riesgo” (AR) de HDA aquéllos con uno o más factores de riesgo. La proporción de pacientes dados de alta con tratamiento de IBPs se calculó y estratificó por riesgo de HDA. Se calcularon odds ratios mediante el test chi-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 429 pacientes en el estudio. Los pacientes españoles eran mayores que los estadounidenses

(66,9±8,9 vs 62,5±11,6; $p<0,001$). La proporción de mujeres fue similar (16% vs 23%; $p>0,05$). La proporción de pacientes de AR para HDA en tratamiento con IBPs al ingreso fue similar en las dos poblaciones (Tabla). Sin embargo, los pacientes españoles de AR tuvieron una probabilidad más alta de recibir tratamiento con IBPs al ser dados de alta (O.R.: 2,63; 95%IC: 1,33–5,22; $p<0,004$) que los pacientes de EEUU (Tabla).

Variable	Pacientes de EEUU (n = 199)	Pacientes de España (n = 230)	p-valor
Pacientes de alto riesgo (AR)	40%	49%	0,07
IBP al ingreso	30%	34%	0,38
IBP al alta	41%	74%	0,0001
Pacientes de AR con IBP al ingreso	48%	52%	0,59
Pacientes de AR con IBP al alta	58%	79%	0,002
Pacientes de bajo riesgo con IBP al alta	30%	76%	0,001

Conclusiones: Hay diferencias importantes en la prescripción de IBPs entre los cardiólogos de dos centros diferentes en EEUU y España al tratar a los pacientes sometidos a IPC con doble antiagregación. Los pacientes de AR para HDA españoles tuvieron una probabilidad significativamente mayor de recibir tratamiento con IBPs al alta que los estadounidenses.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.152

RABEPRAZOL FRENTE A OTROS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) DE “PRIMERA” GENERACIÓN PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*

A.G. McNicholl^a, P.M. Linares^a, X. Calvet^b, J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo del Hospital de La Princesa, Madrid

^bServicio de Aparato Digestivo del Hospital de Sabadell, Barcelona

Antecedentes: Rabeprazol es un IBP de “segunda” generación, pero su eficacia en la erradicación de *H. pylori*, comparada con los IBP de primera generación, no ha sido suficientemente establecida.

Objetivo: Revisar sistemáticamente la eficacia en la erradicación de *H. pylori* de los regímenes triples con rabeprazol y realizar un metaanálisis de los estudios que comparan rabeprazol frente a otros IBP más “antiguos”.

Métodos: Selección de estudios: ensayos clínicos aleatorizados que comparen rabeprazol frente a otros IBP de “primera” generación (omeprazol, lansoprazol o pantoprazol). El metaanálisis incluyó únicamente estudios que comparaban regímenes difiriendo únicamente en el tipo de IBP empleado. Estrategia de búsqueda: Electrónica y manual. Calidad de los estudios: evaluada independientemente por dos revisores. Síntesis de datos: metaanálisis combinando las Odds Ratio (OR), por intención de tratar.

Resultados: El metaanálisis (incluyendo 24 estudios, 1.783 pacientes tratados con rabeprazol y 1.992 con un IBP de primera generación) demostró mejores resultados con los tratamientos con rabeprazol (79,9% vs 75,6%; OR = 1,2; IC 95% = 1,02–1,4; número necesario a tratar de 23). El subanálisis basado en la dosis de IBP constató un porcentaje de erradicación del 79,5% para rabeprazol

20 mg/12 h, significativamente mayor que el obtenido con la dosis estándar de los IBP de primera generación (76,7%; OR = 1,21; IC 95% = 1,01–1,45). El subanálisis comparando 10 mg/12 h de rabeprazol (dosis baja) mostró una tendencia a favor del uso de dicho IBP frente a las dosis estándar de otros IBP de primera generación (78,2% vs 75,6%; OR = 1,22; IC 95% = 0,95–1,55). Los resultados fueron homogéneos en todas las comparaciones realizadas.

Conclusión: Rabeprazol, en terapia triple, es ligeramente más efectivo que omeprazol, lansoprazol y pantoprazol para la erradicación de *H. pylori*, aunque la relevancia clínica de este beneficio no es evidente.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.153

SÍNTOMAS DE REFLUJO EN PACIENTES QUE TOMAN BIFOSFONATOS: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

A. Nieto^a, N. Tobares^a, J. Zapardiel^b, R. Ampudia^c, Grupo de estudio BF-ERGE

^aMedicina Interna H. Clínico San Carlos

^bDept Médico Astrazeneca

^cUnidad Biometría, Quintiles Iberia, Madrid

Varios estudios epidemiológicos han demostrado que existe una mayor incidencia de síntomas esofágicos y lesiones por reflujo en pacientes tratados con bifosfonatos, incluso superiores a los datos obtenidos en los ensayos clínicos. Adicionalmente, estudios poblacionales de reflujo han demostrado una baja concienciación de los pacientes, así como bajas tasas de consultas médicas al respecto lo que incrementa el riesgo de padecer importantes efectos adversos.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y clínicas de una población tratada con bifosfonatos, y su relación con la posible afectación esofágica, para poder plantear hipótesis posteriores que permitan identificar factores que faciliten o prevengan la misma.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, multicéntrico que incluyó 5.367 pacientes que estaban en tratamiento con bifosfonatos y acudía a la primera revisión tras iniciarlo, estableciendo un protocolo de recogida de datos que permitiera analizar cuáles eran las principales características clínicas y epidemiológicas, el tipo de tratamiento, así como la incidencia de sintomatología y lesiones esofágicas, y la actitud terapéutica adoptada.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 5.367 pacientes sobre un total de 5450 pacientes reclutados (98,5%). La edad media de los pacientes fue de 66,8±9,1 años, siendo el 86% mujeres y con un índice de masa corporal medio de 27,7±5,7. La enfermedad de base más frecuente fue la osteoporosis primaria (n: 4002. 74,6%), seguida de la osteoartritis (n: 1603. 29,9%). Un 43,1% de los pacientes mostraban síntomas de RGE o lesiones esofágicas antes de iniciar tratamiento con bifosfonatos, siendo el síntoma más frecuente la pirosis (80,7%) y la lesión esofágica más frecuentemente hallada fue esofagitis (20,2%). En cuanto a la terapéutica seguida, el 31,3% de los pacientes seguían medidas dietéticas, y sólo el 56,5% tenían prescrito un tratamiento con inhibidores de la bomba de protones a dosis estándar. El bifosfonato más prescrito fue el alendronato (54,9%), seguido del risedronato (41,2%). Pese al tratamiento se objetivó persistencia de los síntomas en un 17,9%. Ante esta circunstancia la actitud más frecuente fue prescribir de forma empírica un IBP (24,1%), si no lo tenían prescrito.

Conclusiones: 1) En nuestro estudio, el tratamiento con bifosfonatos es notablemente más frecuente en la mujer y en la 6ª-7ª década de la vida. 2) La mayoría de las veces están prescritos

por osteoporosis, aunque existe una no despreciable proporción de prescripción por artrosis. 3) Existe un porcentaje elevado de pacientes con afectación esofágica previa al tratamiento con bifosfonatos, que pese al tratamiento con IBP y medidas dietéticas, suele persistir y por tanto, incrementar el riesgo de lesión. 4) Es necesario evaluar cuales pueden ser los factores que predispongan a esta afectación esofágica y cuáles pueden ser las líneas de optimización terapéutica para prevenirla.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.154

TERAPIA DE RESCATE CON LEVOFLOXACINO TRAS EL PRIMER FRACASO ERRADICADOR DE *H. PYLORI*: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA EN MÁS DE 500 PACIENTES

J.P. Gisbert^a, F. Bermejo^b, M. Castro-Fernández^c, A. Pérez-Aisa^d, M. Fernández-Bermejo^e, A. Tomas^f, J. Barrio^g, F. Bory^h, P. Almelaⁱ, P. Sánchez-Pobres^j, A. Cosme^k, V. Ortiz^l, P. Niño^m, S. Khorramiⁿ, L.M. Benito^o, J.A. Carneros^b, E. Lamas^c, I. Modolell^f, A. Franco^j, J. Ortuño^l, L. Rodrigo^m, F. García-Durán^b, E. O'Callaghan^f, J. Ponce^l, M.P. Valer^b, X. Calvet^p

^aServicio de Aparato Digestivo, La Princesa, Madrid

^bServicio de Aparato Digestivo, Fuenlabrada, Madrid

^cServicio de Aparato Digestivo, Valme, Sevilla

^dServicio de Aparato Digestivo, Costa del Sol, Málaga

^eServicio de Aparato Digestivo, San Pedro de Alcántara, Cáceres

^fServicio de Aparato Digestivo, General de Cataluña, Barcelona

^gServicio de Aparato Digestivo, Río Hortega, Valladolid

^hServicio de Aparato Digestivo, del Mar, Barcelona

ⁱServicio de Aparato Digestivo, Clínico, Valencia

^jServicio de Aparato Digestivo, 12 de Octubre, Madrid

^kServicio de Aparato Digestivo, Donostia, San Sebastián

^lServicio de Aparato Digestivo, La Fe, Valencia

^mServicio de Aparato Digestivo, Central de Asturias, Oviedo

ⁿServicio de Aparato Digestivo, Son Llatzer, Palma de Mallorca

^oServicio de Aparato Digestivo, Virgen del Toro, Menorca

^pServicio de Aparato Digestivo, Sabadell, Barcelona

Objetivo: Tras el fracaso erradicador de *H. pylori* habitualmente se emplea una terapia de rescate cuádruple con un IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol. Aunque relativamente eficaz, esta terapia tiene una posología compleja (requiere la administración de 4 fármacos) y se asocia con frecuentes efectos adversos. Se presentan los resultados actualizados de un estudio multicéntrico de la Asociación Española de Gastroenterología en el que se evalúa, como terapia de rescate de segunda línea, la eficacia y seguridad de una combinación con levofloxacin, amoxicilina y un IBP.

Métodos: *Diseño:* Estudio multicéntrico prospectivo. *Pacientes:* Se incluyeron prospectivamente pacientes en los que había fracasado un primer tratamiento erradicador con IBP-claritromicina-amoxicilina. *Criterios de exclusión:* cirugía gástrica previa. *Intervención:* Se administró un tratamiento durante 10 días con levofloxacin (500 mg/12 h), amoxicilina (1 g/12 h) y omeprazol (20 mg/12 h). *Variable de resultado:* La erradicación de *H. pylori* se confirmó mediante prueba del aliento con ¹³C-urea 4-8 semanas tras finalizar el tratamiento. El cumplimiento se comprobó mediante interrogatorio y recuperación de la medicación residual. La incidencia de efectos adversos se evaluó mediante un cuestionario específico.

Resultados: Se incluyeron 520 pacientes (edad media 48 años, 45% varones, 38% con úlcera péptica y 62% con dispepsia funcional). El 97% de los pacientes completaron estrictamente el tratamiento. La erradicación "por protocolo" fue del 77% (IC 95%, 73-80%) y del 75% (71-79%) "por intención de tratar". La eficacia fue similar en los pacientes con úlcera y con dispepsia funcional. Se describieron

efectos adversos en el 20% de los casos; los más frecuentes fueron: náuseas (8%), sabor metálico (5%), dolor abdominal (3%) y mialgias/artralgias (3%); ninguno de ellos fue grave.

Conclusión: La terapia de rescate con levofloxacin durante 10 días tiene una elevada eficacia en la erradicación de *H. pylori* y representa una alternativa a la cuádruple terapia tras el fracaso de un primer intento erradicador, con la ventaja de ser un régimen sencillo y bien tolerado.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.155

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO MEDIANTE CPAP

M.H. Núñez Rodríguez^a, M.A. Fernández Jorge^b, T. Ruiz^b, G. Sobrino^b, J. Iglesias^b, F. Igea^a

^aGastroenterología Hospital Río Carrión de Palencia

^bNeumología Hospital Río Carrión de Palencia

Introducción: La ERGE puede producir síndromes esofágicos y extraesofágicos. Las manifestaciones respiratorias son una de las más prevalentes. El síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS) se caracteriza por el colapso de la vía respiratoria superior que condiciona pausas de apnea durante el sueño. Los pacientes con SAHS podrían tener más episodios de reflujo por sus condicionantes fisiopatológicos que los roncadores simples. Los eventos ácidos pueden generar por sí mismos arousals, pero también podrían actuar como mecanismos reflejos inductores de alteraciones del flujo respiratorio. Se puede asumir que el tratamiento con CPAP, al mejorar la presiones intratorácicas nocturnas, disminuya el gradiente de presión transdiafragmático y por lo tanto, disminuyan los eventos ácidos y los síntomas.

Material-métodos: Ensayo clínico, randomizado, abierto, con control placebo. Se analiza: 1. La prevalencia de ERGE en pacientes con SAHS, evaluado mediante cuestionario clínico (GERD Impact Scale), manometría y pHmetría de 24 horas. 2. La relación entre los eventos de reflujo, índices de apnea, despertares y desaturación 3. El efecto de la CPAP en los síntomas de reflujo y en los episodios de reflujo. La polisomnografía (PSG) se realiza coincidiendo con la pHmetría. Al mes se programa una pHmetría de control tras el tratamiento con CPAP (presiones terapéuticas o placebo). Ningún paciente recibió tratamiento antiácido. Los pacientes con SAHS y IAH > 0 = 30 o entre 20-30 con sintomatología y/o factores de riesgo cardiovascular se tratan con CPAP, con presión estimada mediante fórmula de Hoffstein.

Resultados: 26 pacientes (8 excluidos). IMC (media): 30 (6DS). Edad media: 50 años (13 DS). 13 / 17 pacientes tienen una pHmetría patológica con SAHS severa. Entre los síntomas de reflujo destaca: regurgitación 7 (58%), disfagia: 5 (29,4%) y pirosis: 12 (70%). El índice de desaturación (CT90%): 32 (DS: 23), índice de arousals: 45.5 (17,8 DS), escala de Epworth: 13 (4DS) y el índice de apnea-hipopnea (IAH) 49(23 DS). Existen correlaciones estadísticamente significativas entre IMC y CT90% (p < 0,01), IMC y pHmetría (p < 0,05) y entre somnolencia e IAH (p < 0,05). 5/13 se tratan con CPAP placebo y 8/13 con CPAP a presiones terapéuticas. En el grupo placebo 2/5 mejoran de los síntomas de reflujo pero no el análisis de pHmetría. En la muestra de pacientes con CPAP terapéutica: 6/8 mejoran los síntomas de reflujo.

Conclusiones: La muestra analizada es pequeña por lo que no se pueden extraer conclusiones determinantes pero sugiere: 1. ERGE coexiste con SAHS y con IMC elevado aunque hábitos tóxicos como alcohol y tabaco no estaban presentes. 2. No se detecta relación entre la gravedad del SAHS y ERGE pero ERGE sí se relaciona

con el IMC que a su vez se relaciona con CT90%(%de registro en que la saturación de O₂ es menor del 90%). 3. El tratamiento con CPAP parece mejorar los síntomas clínicos de reflujo.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.156

TRATAMIENTO DE RESCATE CON LEVOFLOXACINO TRAS DOS FRACASOS ERRADICADORES DE *H. PYLORI*: ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA

J.P. Gisbert^a, M. Castro-Fernández^b, F. Bermejo^c, A. Pérez-Aisa^d, J. Ducons^e, M. Fernández-Bermejo^f, A. Cosme^g, F. Bory^h, L.M. Benitoⁱ, L. López-Rivas^j, I. Domínguez-Jiménez^k, A. Cuadrado^l, E. Lamas^b, J.A. Carneros^c, M. Pabón^b, P. Valer^c

^aHospital de la Princesa, Madrid

^bHospital de Valme, Sevilla

^cHospital de Fuenlabrada, Madrid

^dHospital Costa del Sol, Málaga

^eHospital San Jorge, Huesca

^fHospital San Pedro de Alcántara, Cáceres

^gHospital de Donostia, San Sebastián

^hHospital del Mar, Barcelona

ⁱHospital Virgen del Toro, Menorca

^jHospital de San Agustín, Asturias

^kHospital Alto Guadalquivir, Jaén

^lHospital de Laredo, Cantabria

Objetivo: La combinación de un inhibidor de la bomba de protones (IBP), claritromicina y amoxicilina (IBP+C+A) es ampliamente utilizada para tratar la infección por *H. pylori*, aunque fracasa en un considerable número de pacientes. En dichos casos habitualmente se recomienda una terapia cuádruple con un IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol (IBP+B+T+M), aunque ésta también fracasa en ³ 20% de los casos. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y la seguridad de un régimen basado en levofloxacin tras dos fracasos consecutivos en la erradicación de *H. pylori*, presentando los resultados actualizados de un estudio multicéntrico de la Asociación Española de Gastroenterología.

Métodos: *Diseño:* Estudio multicéntrico prospectivo. *Pacientes:* Pacientes consecutivos en los que había fracasado un primer tratamiento con IBP+C+A y un segundo con IBP+B+T+M (o ranitidina citrato de bismuto junto con esos mismos antibióticos). *Criterios de exclusión:* cirugía gástrica previa. *Intervención:* se administró un tercer tratamiento erradicador con levofloxacin (500 mg/12 h), amoxicilina (1 g/12 h) y omeprazol (20 mg/12 h) durante 10 días. 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 hasta el momento 171 pacientes, 14 (8%) de los cuales no finalizaron el seguimiento. Las tasas de erradicación, “por protocolo” y “por intención de tratar”, fueron del 71% (IC 95% = 63–78%) y del 67% (IC 95% = 60–75%), respectivamente. Se describieron efectos adversos en el 21% de los casos, incluyendo náuseas (7%), sabor metálico (7%), mialgias/artralgias (7%), dolor abdominal (5%) y diarrea (4%), pero ninguno de ellos fue grave.

Conclusión: El tratamiento de “rescate” con levofloxacin constituye una prometedora alternativa de tercera línea tras el fracaso de múltiples terapias erradicadoras conteniendo antibióticos clave como amoxicilina, claritromicina, metronidazol y tetraciclina.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.157

TRATAMIENTO DE RESCATE DE CUARTA LÍNEA TRAS EL FRACASO DE 3 TRATAMIENTOS ERRADICADORES DE *H. PYLORI*: ¿MERECE LA PENA?

J.P. Gisbert^a, M. Castro-Fernández^b, E. Lamas^b, A. Pérez-Aisa^c, J.L. Cabriada^d, L. Rodrigo^e, L.M. Benito^f, J.L. Gisbert^a, S. Marcos^a, J.M. Pajares^a

^aServicio de Aparato Digestivo, La Princesa, Madrid

^bServicio de Aparato Digestivo, Valme, Sevilla

^cServicio de Aparato Digestivo, Costa del Sol, Málaga

^dServicio de Aparato Digestivo, Galdakao, Vizcaya

^eServicios de Aparato Digestivo, Central de Asturias, Oviedo

^fServicios de Aparato Digestivo, Virgen del Toro, Menorca

Objetivo: En ocasiones, la infección por *H. pylori* persiste a pesar de haber administrado 3 tratamientos erradicadores consecutivos. Se desconoce hasta qué punto merece la pena (en cuanto a eficacia y seguridad) intentar un 4º tratamiento erradicador en estos casos refractarios. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia de un 4º tratamiento de rescate empírico (con rifabutina o con levofloxacin) en pacientes en los que habían fracasado previamente 3 intentos erradicadores.

Métodos: 45 pacientes con tres fracasos consecutivos en la erradicación de *H. pylori* fueron incluidos prospectivamente. En todos ellos se había administrado un 1º tratamiento con IBP-claritromicina-amoxicilina y un 2º tratamiento con cuádruple terapia (IBP-bismuto-tetraciclina-metronidazol). En 13 de ellos se había pautado un 3º tratamiento con IBP-amoxicilina-rifabutina, por lo que se administró un 4º tratamiento con IBP, amoxicilina (1 g/12 h) y levofloxacin (500 mg/12 h) durante 10 días. En los 32 restantes se había pautado un 3º tratamiento con IBP-amoxicilina-levofloxacin, por lo que se administró un 4º tratamiento con IBP, amoxicilina (1 g/12 h) y rifabutina (150 mg/12 h) durante 10 días. La susceptibilidad antibiótica se desconocía y, por lo tanto, los tratamientos de rescate fueron prescritos empíricamente. La erradicación se comprobó mediante prueba del aliento con ¹³C-urea.

Resultados: 13 pacientes recibieron un 4º tratamiento con levofloxacin y 32 con rifabutina. Todos los pacientes menos tres (todos del grupo de rifabutina) completaron el seguimiento. El cumplimiento terapéutico del grupo tratado con levofloxacin fue del 100%, mientras que 3 pacientes del grupo que recibió rifabutina no tomaron correctamente la medicación (por efectos adversos: fiebre, mialgia, dolor abdominal y diarrea en un caso, y vómitos en otros dos). La incidencia de efectos adversos con el 4º tratamiento de rescate con rifabutina fue del 33% (ninguno de ellos grave; a destacar leucopenia y trombopenia autolimitada en sendos pacientes) y del 46% en aquellos que recibieron levofloxacin (fundamentalmente mialgias). La tasa global de erradicación con el cuarto tratamiento “por protocolo” y “por intención de tratar” fue, respectivamente, del 52% (IC 95%, 36–67%) y del 51% (IC 95%, 35–66%). Las tasas de erradicación “por intención de tratar” con levofloxacin y con rifabutina como 4º tratamiento fueron, respectivamente, del 69% y del 44%.

Conclusión: Incluso tras el fracaso de 3 tratamientos previos, una cuarta terapia de rescate empírica (con levofloxacin o con rifabutina) puede ser efectiva para erradicar la infección por *H. pylori* en aproximadamente la mitad de los casos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.158

TRATAMIENTO ERRADICADOR DE *H. PYLORI* INICIAL Y DE RESCATE BASADO EN LEVOFLOXACINO EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA

J.P. Gisbert^a, A. Pérez-Aisa^b, M. Castro-Fernández^c, J. Barrio^d, L. Rodrigo^e, A. Cosme^f, J.L. Gisbert^a, S. Marcos^a, R. Moreno-Otero^a

^aServicio de Aparato Digestivo, La Princesa, Madrid

^bCosta del Sol, Málaga

^cValme, Sevilla

^dRío Hortega, Valladolid

^eCentral de Asturias, Oviedo

^fDonostia, San Sebastián

Antecedentes: Hasta el momento, la experiencia en el tratamiento erradicador de aquellos pacientes alérgicos a la penicilina es muy escasa, aunque esta circunstancia se describe en la práctica clínica con relativa frecuencia. Actualmente, en estos pacientes se recomienda como primera opción la combinación de un IBP, claritromicina y metronidazol, aunque prácticamente ningún estudio ha evaluado dicha estrategia específicamente en este subgrupo de pacientes. Por otra parte, cuando fracasa este primer tratamiento erradicador, la mayoría de los pacientes tendrán resistencia frente a la claritromicina y/o el metronidazol, lo que complica especialmente el tratamiento de rescate.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de un tratamiento erradicador inicial (IBP, claritromicina y metronidazol) y de rescate (IBP, claritromicina y levofloxacino) en pacientes alérgicos a los beta-lactámicos.

Métodos: *Pacientes:* Estudio multicéntrico prospectivo incluyendo 50 pacientes consecutivos alérgicos a la penicilina (49% con úlcera péptica y 51% con dispepsia funcional). *Tratamientos:* 1ª línea (50 pacientes): IBP (a las dosis habituales/12 h), claritromicina (500 mg/12 h) y metronidazol (500 mg/12 h), durante 7-10 días. 2ª línea (15 de los 50 pacientes anteriores): IBP (a las dosis habituales/12 h), claritromicina (500 mg/12 h) y levofloxacino (500 mg/12 h), durante 10 días. *Comprobación de la erradicación:* mediante prueba del aliento con ¹³C-urea 8 semanas después de completar el tratamiento.

Resultados: 1) Primer tratamiento (IBP-claritromicina-metronidazol): las tasas de erradicación “por protocolo” y “por intención de tratar” fueron del 55% (IC 95% = 40–70%) y 54% (IC 95% = 39–69%), respectivamente. El 98% de los pacientes completó correctamente el tratamiento y el seguimiento (1 paciente no lo completó por náuseas). Se describieron efectos adversos en 5 pacientes (10%): cuatro de ellos presentaron náuseas y uno diarrea. 2) Tratamiento de rescate (IBP-claritromicina-levofloxacino): las tasas de erradicación, tanto “por protocolo” como “por intención de tratar”, fueron del 73% (IC 95% = 45–92%). La totalidad de los pacientes completaron correctamente el tratamiento y el seguimiento. Se describieron efectos adversos en 4 pacientes (20%), que no impidieron finalizar el tratamiento: náuseas leves en dos pacientes y mialgias/artralgias en un paciente.

Conclusión: En los pacientes infectados por *H. pylori* alérgicos a la penicilina, el tratamiento erradicador de primera línea habitualmente recomendado –IBP, claritromicina y metronidazol– parece ser poco efectivo. Una combinación con levofloxacino (junto a un IBP y claritromicina) representa una prometedora alternativa de rescate en los pacientes alérgicos a los beta-lactámicos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.159

Trastornos funcionales digestivos

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

M. Aguas, V. Garrigues, G. Bastida, P. Nos, V. Ortiz, J. Ponce

CIBEREHD, Servicio Medicina Digestiva, Hospital Universitario La Fe, Valencia

Introducción: La EII afecta la CVRS de los pacientes, pero existe muy poca información de su impacto sobre sus familiares, en los que previamente¹ observamos que tienen mayor prevalencia de síndrome de intestino irritable (SII) que la población general.

Objetivos: Evaluar la CVRS y la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en familiares de primer grado de pacientes diagnosticados de EII, afectados o no de SII.

Material y métodos: Se incluyeron 404 familiares de 108 pacientes con EII. Se excluyeron los familiares afectados de EII. Se diferenció tipo de parentesco por consanguinidad (padre, hermano, hijo) o por afinidad (cónyuge) y convivencia en el mismo domicilio. La CVRS se evaluó mediante el cuestionario de salud SF-36 y la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS). A través del paciente se invitó a los familiares a cumplimentar un cuestionario para conocer si cumplían criterios de SII (Roma I y II) y los gastos sanitarios directos utilizados (consultas médicas y autoconsumo de fármacos sin prescripción médica). La tasa de respuesta evaluable en los pacientes con EII fue del 84,2% (n = 91) y en sus familiares del 89,1% (n = 360).

Resultados: La prevalencia de SII en los familiares fue de 49,4% para Roma I y 10% para Roma II. No se encontraron diferencias en las puntuaciones del cuestionario SF-36 entre familiares de pacientes con EII y la población general² en la mayoría de las dimensiones, pero fueron inferiores (p < 0,05) en el subgrupo de pacientes con SII (Roma I y Roma II). Los familiares con SII (Roma I) (n = 178), tuvieron puntuaciones peores que la población general, pero más altas (p < 0,05) que los pacientes con EII, excepto para la función física y la salud mental. Los familiares con SII (Roma II) (n = 36) tuvieron igual perfil de salud que los pacientes con EII. La CVRS fue siempre peor en las mujeres. No hubo diferencias en la CVRS al diferenciar a los familiares porque conviviesen o no con el paciente de EII (tuvieran o no SII) ni por el tipo de parentesco. El 60% y 83,2% de los familiares presentaron sintomatología de ansiedad y depresión, respectivamente; frente al 59% y el 85,3% de los casos índices. Hubo asociación significativa entre la mayoría de las dimensiones del cuestionario de salud SF-36 y las puntuaciones total y subescalas de ansiedad y depresión de la HADS. El uso de recursos sanitarios fue significativamente mayor en los familiares con SII (Roma I y II) y en aquellos familiares con disminución de la CVRS respecto a la población general.

Conclusión: Los familiares de primer grado de pacientes con EII tienen similar CVRS que la población general. Sólo es peor en los que cumplen criterios de SII, con similar impacto negativo que los pacientes con EII cuando cumplen criterios de Roma II. La convivencia con el paciente no marca diferencias. ¹Aguas M et al. *Gastroenterol Hepatol* 2008; 31(3): 16. ²Alonso J et al. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 410–16.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.160

EFFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO BÁSICO EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

D. López Peñas, S. Reina Serrano

Digestivo. Hospital de Llerena (Badajoz)

Introducción: La incontinencia fecal es un problema sanitario de gran repercusión en la calidad de vida. Es necesario realizar un abordaje diagnóstico-terapéutico eficaz en todos los pacientes.

Objetivo: Valorar la efectividad de la aplicación de un protocolo diagnóstico y terapéutico en la incontinencia fecal con los medios y procedimientos básicos de un Hospital Comarcal, sin acceso a manometría anorrectal, ecografía endoanal ni estudios neurofisiológicos.

Pacientes y métodos: Se incluyen en el estudio 12 pacientes (11 mujeres y 1 varón) con edades entre 62 y 79 años (media: $70,7 \pm 4,7$) con clínica de incontinencia fecal y criterios de duración Roma III. Se les realizó una entrevista clínica incluyendo antecedentes quirúrgicos y obstétricos, rellenaron un cuestionario de calidad de vida relacionado con la enfermedad (puntuado de 0-peor a 10-mejor-), se les practicó una exploración meticulosa anorrectal por un solo explorador y se sometieron a un test de perfusión intrarrectal de 1500 cc de suero fisiológico caliente en 30 minutos para obtener tiempo y volumen del primer escape y porcentaje final de retención. Seguidamente se les explicó y enseñó a los pacientes a realizar ejercicios de contracción de la musculatura esfinteriana y pélvica y se les entregó una tabla de ejercicios progresivos para realizar a lo largo de 16 semanas. Por último se les facilitó un diario para anotar los síntomas de la incontinencia y se les citó a las 17 semanas para un nuevo test de perfusión.

Resultados: En 5 casos (el varón de 67 años y 4 mujeres de 65, 70, 71 y 73 años) presentaban antecedente de esfinterotomía quirúrgica. Todas las mujeres referían más de 2 partos (media 3,2) y al menos 1 en domicilio. Tuvieron desgarro durante el parto 7/11 (63,6%) y 6/11 (54,5%) recién nacidos de elevado peso. Se constató hipotonía esfinteriana de reposo y contracción voluntaria en todos, descenso pélvico en 8/12 (66,6%) y rectocele en 7/12 (58,3%). El test de perfusión inicial resultó: tiempo 1° escape 5–11 min, volumen 1° escape 100–300 cc; 21–52% de retención (media 31,4%). En el test realizado a las 17 semanas se comprobó mejoría en 11/12 casos (91,6%): tiempo 1° escape 10–21 min, volumen 1° escape 50–150 cc; 55–75% de retención (media 66,2%). También se comprobó mejoría en la clínica de incontinencia reflejada en el diario y en la calidad de vida (de 2,5/10 a 6,7/10). No mejoró una mujer de 71 años que fue diagnosticada de hidrocefalia normotensiva durante el seguimiento.

Conclusiones: La aplicación de un protocolo diagnóstico-terapéutico en la incontinencia fecal basado en una correcta anamnesis, exploración y un procedimiento sencillo y barato como el test de perfusión intrarrectal, así como la educación para rehabilitación de la musculatura anal y pélvica, presenta beneficios objetivos en los síntomas y la calidad de vida de los pacientes.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.161

ESTUDIO PILOTO PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DE LA ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA PERCUTÁNEA DEL NERVIU TIBIAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA FECAL EN PACIENTES NO RESPONDEDORES A MEDIDAS ESTÁNDAR

L. Ilzarbe Sánchez^a, D. Parés Martínez^b, R. Solano^a, I.A. Ibáñez Zafón^a, J. Muñoz Galitó^a, L. Lechuga Zalaya^a, F. Bory Ros^a, M. Andreu García^a, S. Delgado-Aros^a

^aGrup de Recerca en Entero-Neurologia Immuno-inflamatòria i Obesitat (ENIOR), Servei de Digestiu IMIM-HMAR

^bServei de Cirurgia de l'Hospital del Mar

Introducción: Hasta un 20–40% de pacientes con incontinencia fecal (IF) no responden a las medidas terapéuticas estándar no invasivas. La continencia fecal depende del buen funcionamiento de diversas estructuras colónicas y anorrectales, cada una de ellas bajo control neurológico. La neuromodulación central, por medio de la estimulación eléctrica de las raíces nerviosas sacras, se ha mostrado efectiva en la IF pero es un procedimiento costoso e invasivo.

Objetivo: Evaluar si la neuromodulación periférica mediante estimulación eléctrica percutánea del nervio tibial (EPNT), una técnica mínimamente invasiva y que puede realizarse de forma ambulatoria, puede tener un papel terapéutico en aquellos pacientes con IF en los que fracasan los tratamientos estándar no invasivos.

Métodos: Estudio piloto en pacientes con IF que no han respondido a las medidas estándar (fibra/opiáceos en caso necesario, consejo higiénico-dietético, soporte y rehabilitación del suelo pélvico y anal) en la Unidad del suelo pélvico (USP) de nuestro hospital. Los pacientes recibieron 2 sesiones semanales de EPNT (Urgent[®] PC. Pulsos 0.15–9 mA, de 200 μ secs, freq 20 Hz) de 30 minutos de duración durante 6 semanas, para luego continuar con 1 sesión semanal hasta los 3 meses y quincenal hasta los 6 meses. Se evaluaron el número de escapes diarios, gravedad de la IF según escala validada de Wexner y la percepción subjetiva global del paciente antes y a los 6 meses post-inicio del tratamiento. Los datos descriptivos se dan como medianas [rangos intercuartiles]. La comparación de las variables pre- y post-tratamiento se analizaron mediante el cálculo de los IC95% de la diferencia y t-test para datos pareados.

Resultados: Se incluyeron cinco pacientes (4M, 1H. Edad mediana 68 años [47–70]). El tiempo medio desde el inicio de los síntomas fue 4 años [2,5–5,5] y la gravedad de la IF pre-tratamiento fue de 10 [7,5–16] según la escala de Wexner (0–20) con una mediana de escapes diarios de 2 [1–2]. Dos pacientes presentaban incontinencia urinaria (IU) asociada. Ninguno de los pacientes había sufrido cirugía anorrectal. Una paciente había sido previamente operada de prolapso vesical. El paciente varón había sufrido una prostatectomía radical precediendo a la aparición de la IF, y las mujeres tenían paridad 1–3. Tras 6 meses de tratamiento el número de escapes disminuyó $-1,6$ (IC95% $-0,9$, $-2,3$; $p = 0,003$) y la escala de Wexner -8 (IC95% $0,7$, $-16,6$; $p = 0,01$) hasta 2 [1–6,6]. Tres de los 5 pacientes se consideraron completamente curados de la IF y los otros dos sólo manifestaron haber mejorado. Las dos pacientes con IU asociada se declararon curadas post-tratamiento. No hubo efectos secundarios durante el seguimiento.

Conclusión: La EPNT parece ser un tratamiento seguro que podría ser eficaz en pacientes con IF en los que fallen los tratamientos estándar no invasivos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.162

¿EXISTEN CAMBIOS INFLAMATORIOS EN LA MUCOSA COLÓNICA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE COLON IRRITABLE?

F. García Durán^a, V. Castellano^b, C. Ciriza^c, E. Tomás^a, J. Carneros Martín^a, S. Sánchez Prudencio^a, B. Piqueras^a, P. Valer^a, F. Bermejo^a, C. Villa^a, S. Garzón^a, I. Guerra^a, J. Rodríguez Agulló^a

^aServicio de A. Digestivo, Hospital 12 Octubre, Madrid

^bAnatomía Patológica, Hospital 12 Octubre, Madrid

^cdel Hospital de Fuenlabrada, Servicio A. Digestivo, Hospital 12 Octubre, Madrid

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) se ha considerado un trastorno funcional (no orgánico). Sin embargo, se maneja cada vez más la hipótesis de la existencia de fenómenos microinflamatorios intestinales.

Objetivos: Analizar la frecuencia de fenómenos inflamatorios en las biopsias colónicas de un grupo de pacientes diagnosticados de SII.

Pacientes y métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo en 51 pacientes consecutivos con síntomas gastrointestinales bajos. Todos ellos cumplían los criterios de Roma II o III. El SII se clasificó como de predominio diarrea (SII-D), estreñimiento (SII-E) o alternante (SII-A). A todos se les realizó colonoscopia y biopsias a nivel de ciego y colon transverso. Se definió inflamación crónica inespecífica (ICI) ante la evidencia de un aumento de infiltrado de células plasmáticas y linfocitos en la lámina propia sin cumplir criterios de otro tipo de colitis. Se analizaron los datos mediante SPSS 12.0 utilizando el test de Chi cuadrado para el análisis estadístico.

Resultados: La edad media fue de 45,5 años \pm 12,4 (17-75), siendo 11 (21,6%) varones y 40 (78,4%) mujeres. 26 pacientes (49%) no tenían patología asociada, 5 (9,8%) tenía diabetes mellitus, 6 (11,8%) depresión, 5 (9,8%) patología tiroidea, 3 (5,9%) fibromialgia y 6 (13,7%) otras patologías. El tiempo de evolución de los síntomas fue de 25,4 \pm 12,0 meses (3-120). 30 pacientes (58,8%) tenían síntomas diarios. 33 (64,7%) pacientes tenían SII-D, 11 (21,6%) SII-E y 7 (13,7%) SII-A. El SII-D fue el subtipo más frecuente entre los hombres (10 (90,9%) hombres y 23 (57,5%) mujeres), pero sin alcanzar esta diferencia significación estadística ($p = 0,04$). La mayoría de los pacientes (72,5%) no asociaban otra patología funcional, aunque 12 (23,5%) si tenían dispepsia funcional. En 35 pacientes se estudió la existencia de enfermedad celiaca con resultado positivo en 2 (5,7%). La colonoscopia fue normal en 39 pacientes (76,5%), se evidenciaron pólipos en 6 (11,8%), divertículos 3 (5,9%), melanosis coli 2 (3,9%) y fisura anal en 1 (2%). La mayor parte de los pacientes con SII (64,7%) tenían inflamación en las biopsias colónicas, siendo la ICI el hallazgo más frecuente (56,9%). Los diferentes cambios histológicos se muestran en la tabla adjunta. No se evidenciaron diferencias significativas entre los distintos grupos de SII y el hallazgo de ICI ($p = 0,569$).

Subtipos SII	Normal, n (%)	ICI, n (%)	Colitis microscópica, n (%)
SII-D	11 (33,3%)	18 (54,5%)	4 (12,2%)
SII-E	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0
SII-A	2 (28,6%)	5 (71,4%)	0

Conclusiones: 1. La inflamación crónica de la mucosa del colon es frecuente en el SII con similar distribución en los distintos subtipos de SII. 2. Es preciso descartar la existencia de colitis microscópica y enfermedad celiaca en el subtipo SII-D ya que sus síntomas pueden ser confundidos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.163

¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL REFLUJO ÁCIDO ENTRE PACIENTES CON PERISTALSIS INEFICAZ Y MANOMETRÍA NORMAL?

C. Ciriza de los Ríos, F. Canga Rodríguez-Valcárcel, Y. Sánchez Santacruz, P. Solís Muñoz, J.A. Chirino Vega, R. Barreto Ríos, G. Castellano Tortajada

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital 12 de Octubre

Introducción: La peristalsis ineficaz (PI) se considera un trastorno motor primario tipo hipomotilidad y suele asociarse con reflujo gastroesofágico.

Objetivos: Evaluar las diferencias en los síntomas y en el tiempo de exposición ácida esofágica entre pacientes con PI y manometría normal.

Material y métodos: Se han incluido de forma prospectiva 53 pacientes con el diagnóstico de PI (grupo I) y 49 pacientes con manometría normal (grupo II). En ambos grupos se realizó pH-metría doble esofágica. Se definió PI como la existencia de más de un 30% de ondas esofágicas de baja amplitud y/o interrumpidas y se analizaron el % de tiempo con $\text{pH} < 4$ en el periodo total, bipedestación y supino, así como la puntuación de DeMeester y el índice sintomático (IS; positivo $> 50\%$). Análisis estadístico: test de Mann-Whitney o Kruskal Wallis, Chi Cuadrado y coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: Edad media: grupo I PI 51,4 \pm 16,3 años; grupo II 36,6 \pm 12,5 años; $p < 0,001$. En ambos grupos predominó el sexo femenino, 52,8% y 57,1% en grupo I y II respectivamente ($p = 0,694$). El síntoma más frecuente en el grupo I fue la disfagia esofágica en el 41,5% frente al 18,4% en el grupo II ($p < 0,05$). La mediana de % de tiempo con $\text{pH} < 4$ (periodo total) fue 5,4% y 3,8%, en el periodo supino fue de 1,8 y 2 y en bipedestación fue de 4,9 y 4,2 en el grupo I y II respectivamente. La puntuación de DeMeester fue 20,1 en PI y 18 en manometría normal. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Tampoco se encontraron diferencias en la frecuencia de IS positivo. En el grupo con PI se encontró correlación positiva entre el % de ondas fallidas y el tiempo de exposición ácida en el periodo total ($r = 0,551$; $p < 0,05$). La correlación fue positiva en el periodo postprandial ($r = 0,652$; $p < 0,05$) pero no en el periodo supino ($r = 0,350$; $p = 0,219$).

Conclusiones: Los pacientes con PI presentan una edad más avanzada. En ellos, la disfagia es el síntoma más frecuente. Sin embargo, no se encuentran diferencias en el tiempo de exposición ácida entre los pacientes que tienen PI o manometría normal. El porcentaje de ondas ineficaces en la PI se correlaciona con mayor tiempo de exposición ácida en el esófago.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.164

LOS SISTEMAS DE ACTUACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LA INCONTINENCIA FECAL EN ASISTENCIA PRIMARIA EN NUESTRO MEDIO SON INADECUADOS

R. Solano^a, D. Parés Martínez^b, M. Roura^c, M. Sala^d, P. Civit^a, J. Muñoz Galitó^a, I.A. Ibáñez Zafón^a, F. Bory Ros^a, M. Andreu García^a, S. Delgado-Aros^a

^aGrup de Recerca en Entero-Neurologia Immuno-inflamatòria i Obesitat (ENIOR). IMIM-HMAR

^bServei de Cirurgia de l'Hospital del Mar^cSAP Litoral Barcelona^dServei d'Epidemiologia de l'Hospital del Mar

Introducción: La prevalencia de la incontinencia fecal (IF) en la población atendida en las áreas básicas de salud (ABS) de nuestro hospital y su impacto en la calidad de vida son elevados. Desconocemos si los sistemas de actuación por este problema en estas ABS son adecuados.

Objetivo: Evaluar los sistemas de actuación ante la IF en una ABS de Barcelona. En concreto, determinar los casos de IF detectados por el sistema de atención primaria en el ABS de Ciutat Vella, de la que tenemos una estimación de la prevalencia de la IF real. En los casos detectados, evaluar el tiempo de demora del diagnóstico y tratamiento, tipo de tratamiento y respuesta al mismo.

Metodología: Los casos de IF detectados por el sistema se obtuvieron del registro electrónico de diagnósticos codificados del ABS de Ciutat Vella y mediante la revisión de historias clínicas informatizadas de una muestra aleatoria (N = 604) de la población atendida en dicha ABS. El resto de variables se obtuvieron mediante una encuesta telefónica estructurada.

Resultados: En la población evaluada (N = 65.025) con una prevalencia de IF conocida del 13% (95%IC 10–17%), sólo 72 (0,11% [95%IC 0,9–0,14]) casos habían sido detectados. De éstos, 42 (58%) contestaron la encuesta, 26M/16H, edad 68 ± 18 años. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de IF fue de 2,3 años (6m-5a), mientras que el 32,5% (13/42) de los casos refería síntomas desde hacía > 5-10a. El 45% (19/42) aún tenían IF en el momento de la encuesta, con un índice de severidad de $12 \pm 4/24$ (escala de Vaizey) y consideraban que necesitaban más asistencia por éste motivo. De los pacientes aún con IF, 15/19 (80%) presentaban diarrea y 3/19 (16%) estreñimiento. Sólo un paciente tenía indicado tratamiento con fibra i ninguno con opiáceos.

Conclusión: Los sistemas de actuación en atención primaria no son eficientes para la detección y el tratamiento de la incontinencia fecal. El diseño de estrategias y protocolos clínico-asistenciales dirigidos a corregir este problema parece necesario.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.165

PAPEL DE INTOLERANCIA A LA FRUCTOSA EN EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

V.M. Aguilar Urbano^a, A. Pérez Aisa^a, C. Albadea Moreno^a, J. Gonzalo Marín^a, P. Moreno Mejías^a, J.M. Rosales Zabal^a, A.M. Moreno García^a, I.M. Méndez Sánchez^a, F.M. Vera Rivero^a, F. Rivas^b, A.M. Sánchez Cantos^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga

^bUnidad de Investigación, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga

Introducción: El diagnóstico de síndrome de intestino irritable (SII) se establece en base a criterios clínicos (Roma III) y tras la exclusión de patología prevalente. La investigación de la intolerancia a la fructosa puede explicar algunos de los síntomas que aparecen en estos pacientes. Así, realmente podríamos estar ante pacientes con una patología orgánica no diagnosticada. Esta es una entidad escasamente sospechada y cuestionada en estudios previos por su alta prevalencia (hasta un 46%) en sujetos sanos.

Objetivos: Establecer la prevalencia de la intolerancia a la fructosa en pacientes con hipótesis diagnóstica de síndrome de intestino irritable; Evaluar el impacto de la dieta sin fructosa en el índice sintomático.

Material y método: Se planteó un estudio descriptivo-retrospectivo de los pacientes en los que se realizó el test de tolerancia a la fructosa con hidrógeno espirado (TFH) en el Hospital Costa del Sol entre Junio 2007 y Diciembre 2008. Para ello comparamos a los pacientes (grupo A) con un grupo control de sujetos sanos sin sintomatología de SII de similar edad y sexo (grupo B). Analizamos la edad, sexo, resultado del test y mejoría de la clínica y calidad de vida mediante encuesta dirigida.

Resultados: El estudio incluyó 66 pacientes, 48 casos (72,7%) y 18 controles (27,3%), con edad media de 41,46 (DE = 17,054) y 38,22 (DE = 14,04). Respecto al sexo, en el grupo A el 70,8% (34) eran mujeres y en el grupo B el 50% (9).

En el grupo A la clínica más frecuentes fue: diarrea 72,3%, dolor abdominal 70,2%, distensión abdominal 51,1% y sensación nauseosa 17%.

Previo a la realización del TFH el grupo A fue sometido a distintas pruebas: colonoscopia 56,3%; gastroscopia 45,8%; ecografía abdominal 60,4%; despistaje de celiaquía 91,7%; test de intolerancia a la lactosa 71,7%, encuesta alimentaria dirigida 89,6%.

El resultado del TFH fue positivo (intolerancia) en el grupo A en el 60,4% y en el grupo B fue del 16,7%, con una $p < 0,02$ y Odds Ratio = 7,632.

El tiempo medio de seguimiento tras la dieta sin fructosa fue 5,15 meses. Se objetivó que el 72% de los pacientes presento mejoría significativa de los síntomas y de la calidad de vida en el 68% de los casos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: La prevalencia de la intolerancia a la fructosa en los pacientes catalogados como síndrome de intestino irritable es del 60,4% vs 16,7% en el grupo control; En el 72% de los casos con intolerancia a la fructosa hubo una mejoría clara de los síntomas con la dieta sin fructosa, mejorando la calidad de vida en el 68% de los casos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.166

UTILIDAD DE LA LATENCIA MOTORA TERMINAL DE NERVIOS PUDENDOS EN PACIENTES CON INCONTINENCIA ANAL

R. Anton^a, M. Minguez^a, V. Sanchiz^a, P. Almela^a, P. Cases^b, P. Mas^a, B. Herreros^a, E. Garcia-Granero^c, F. Mora^a, A. Benages^a

^aServicio de Gastroenterología

^bServicio de Neurofisiología

^cServicio de Cirugía. Hospital Clínico de Valencia, Universidad de Valencia

Antecedentes: El examen de la Latencia Motora Terminal de Nervios Pudendos (LMTNP) se utiliza habitualmente para valorar la existencia o no de Neuropatía Pudenda (NP). Sin embargo, la utilidad de esta técnica es motivo de controversia dado que únicamente evalúa las fibras nerviosas de conducción rápida.

Objetivos: Establecer la prevalencia de NP medida mediante la LMTNP en pacientes con Incontinencia anal (IA) y evaluar la relación existente entre NP y función ano-rectal en estos pacientes.

Métodos: Se revisaron un total de 380 pacientes con IA, 348 (91,6%) mujeres, con edad media de 59 años (rango 15–84 años). Todos ellos fueron estudiados mediante ecografía endoanal, manometría ano-rectal, estudio de sensibilidad rectal, test de retención intra-rectal de líquidos (1500ml), así como LMTNP. Además, un subgrupo de 121 pacientes completaron tratamiento con biofeedback (BF).

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el test t de Student para dos muestras independientes así como el estadístico chi-cuadrado.

Resultados: Para un punto de corte menor de 2,2 ms como valor normal del estudio de LMTNP, 150 pacientes (39,5%) presentaron NP, siendo ésta bilateral en 82 pacientes (21,6%). La NP, sea unilateral (unilateral vs no NP) o bilateral (bilateral vs no NP), no se asocia a una disminución de la presión media de reposo, presión media de contracción voluntaria o del índice de gravedad de la incontinencia (score de Miller). Tampoco se objetivó asociación significativa entre la existencia de NP y anomalías en la sensibilidad rectal ni con un menor porcentaje de retención en el test de perfusión intra-rectal de líquidos (ver tabla adjunta). De los 107 pacientes que en ecografía endoanal presentaban un aparato esfinteriano anal intacto, un 35% mostraban un alargamiento de la LMTNP de forma unilateral, y un 20% bilateralmente, porcentajes similares a los encontrados en pacientes con lesión esfinteriana. Tampoco se ha observado relación entre la existencia de NP y resultados clínicos tras tratamiento con BF. Se han obtenido resultados similares, al aplicar en el test de LMTNP un valor de corte de normalidad de menos de 2,4 ms.

Conclusiones: La NP evaluada mediante el test de LMTNP es una alteración frecuente en individuos con IA y su presencia no se asocia con descensos en las presiones del canal anal, existencia de sensibilidad rectal patológica ni con disminución del porcentaje de retención intra-rectal de líquidos. Los hallazgos del estudio de LMTNP no son predictores de los resultados obtenidos con BF. Por todo ello, la LMTNP no puede ser recomendada para la evaluación de pacientes con IA.

PNTML resultados	Presión basal (mmHg)	Presión Contracción Voluntaria (mmHg)	Sensibilidad Rectal (ml)	Retención Líquidos (%)
Bilateral \geq 2.2 ms (n = 82)	52 \pm 28	105 \pm 52	35 \pm 19	47 \pm 27
Normal < 2.2 ms (n = 230)	51 \pm 26	104 \pm 54	34 \pm 21	49 \pm 28
Unilateral \geq 2.2 ms (n = 150)	50 \pm 25	107 \pm 48	35 \pm 18	47 \pm 29

Material y métodos: Grupo de estudio constituido por 220 pacientes diagnosticados de ECF (Roma II) de edad media 38,3 \pm 15 años (IC95% 36,3–40,3, mediana 37 años), integrado por 204 mujeres (38,4 \pm 15,2, IC95% 36,3–40,5, mediana 37) y 16 hombres (36,1 \pm 12,9, IC95% 29,2–43, mediana 31,5 años). Se han recogido los datos sobre hábito intestinal (frecuencia, consistencia de las heces, síntomas defecatorios, uso y tipo de laxantes) mediante diario de 30 días y se ha determinado tiempo de tránsito colónico (TTC) con marcadores radioopacos; como valores de normalidad se han tomado los referidos por el Grupo Español de Motilidad Digestiva (GEMD) (tránsito lento > IC95%), ajustados por sexo. La comparación de variables cualitativas se ha realizado mediante el estadístico chi-cuadrado y las variables cuantitativas por la t de Student para muestras independientes; se ha tomado como límite de significatividad estadística una p < 0,05.

Resultados: El TTC medio es de 76,6 \pm 54,4 horas (IC95% 69,4–83,7, mediana 69,6 horas); superior en las mujeres (78,5 \pm 53,5) respecto a los hombres (51,9 \pm 47,1), sin alcanzar significatividad estadística (p = 0,055). Solo en el 32,7% de los pacientes se objetivó un TTC superior al IC95% del grupo de sujetos sanos (64,4 horas en hombres y 92,5 horas en mujeres) (GEMD): 33,8% en mujeres y 31,5% en hombres. En nuestro grupo de estudio, el sexo y la edad (cuartiles) no se relacionan con un TTC alargado (p = 1.000 y p = 0,652, respectivamente). En la Tabla se especifican las relaciones entre los datos recogidos en el diario (30 días) y el resultado del TTC (normal/lento).

Datos diario 30 días	TTC < IC 95% (n. 146)	TTC > IC95% (n. 74)	P
Toma laxantes	84,9%	87,8%	0,425
Deposiciones/semana	5,90 \pm 3,79	4,53 \pm 2,10	0,005
Número días sin deposición	10,43 \pm 6,62	14,49 \pm 6,17	0,000
% días sin deposición	36,97 \pm 22,74	51,39 \pm 21,39	0,000
% deposiciones bolas/duras	45,58 \pm 33,84	48,87 \pm 34,05	0,952
% deposiciones normales/blandas	51,39 \pm 33,52	51,23 \pm 30,07	0,974
% esfuerzo defecatorio	62,68 \pm 30,53	65,43 \pm 35,19	0,556
% evacuación incompleta	47,32 \pm 37,62	41,99 \pm 39,60	0,337
% dolor anal con deposición	35,34 \pm 35,29	35,85 \pm 40,13	0,925
% dolor abdominal con deposición	30,08 \pm 34,64	42,56 \pm 39,91	0,026

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.167

VALORACIÓN DEL TIEMPO DE TRÁNSITO COLÓNICO (TTC) EN EL DIAGNÓSTICO DEL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL (ECF) Y SU RELACIÓN CON LOS DATOS DE UN DIARIO CLÍNICO (30 DÍAS)

B. Herreros^b, M. Minguet^a, V. Sanchiz^a, P. Almela^a, I. Pascual^a, A. Peña^a, R. Añón^a, P. Mas^a, F. Mora^a, A. Benages^a

^aServicio de Gastroenterología, H. Clínico Universitario, Universitat de València

^bSección Digestivo, H. Marina Baixa (Vila Joiosa)

Introducción: El estreñimiento es un síntoma relatado por el paciente y el médico verifica que cumple los criterios consensuados para sentar el diagnóstico de ECF. Para algunos autores el TTC sería el método objetivo para la definición de estreñimiento.

Objetivos: Relacionar los datos clínicos recogidos mediante diario de 30 días con el TTC determinado por marcadores radioopacos en pacientes con ECF.

Conclusiones: El TTC aisladamente no puede utilizarse para la definición de ECF en pacientes que cumplen criterios clínicos según Roma II. Solo se observa relación del TTC lento con la frecuencia defecatoria y dolor abdominal, pero no con las características de las heces y síntomas defecatorios.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.168