

Trastornos funcionales

REFLUJO GASTROESOFÁGICO (RGE) Y SENSIBILIDAD ESOFÁGICA AL ÁCIDO EN LA ACALASIA

V. Ortiz, M. Bustamante, N. Maroto, V. Garrigues, P. Nos y J. Ponce

Medicina Digestiva, La Fe. Valencia.

Los pacientes con acalasia parecen presentar pirosis con más frecuencia de la esperable. No existen en la literatura estudios con técnicas de perfusión ácida para valorar la sensibilidad esofágica al ácido en la acalasia.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de RGE y la sensibilidad esofágica al ácido en pacientes con acalasia idiopática no tratada.

Material y métodos: Se incluyeron prospectivamente 40 pacientes (20 hombres, mediana edad 51 años, límites 29-67) con acalasia. Como grupo control, 21 pacientes (18 hombres, mediana edad 50 años, límites 24-72) diagnosticados de ERGE por pH-metría y/o esofagitis, 10 de ellos con esófago de Barrett. A todos ellos se les realizó una encuesta clínica, manometría, pHmetría, endoscopia y prueba de perfusión ácida con CIH 0,1 N, que se consideró positiva cuando el paciente refería dolor o pirosis durante la perfusión de CIH.

Resultados: Quince (37%) de los 40 pacientes con acalasia presentaban pirosis, pero sólo en 3 de ellos la pHmetría era + y/o existía esofagitis (tabla). En 10 (25%) pacientes con acalasia la pHmetría era + y/o existía esofagitis, refiriendo pirosis 3 de ellos. El esófago

fue sensible al ácido en 7 (17%) pacientes con acalasia, sólo 1 con pHmetría + y esofagitis.

	Casos (%)	Pirosis	Esofagitis	pH+	Bernstein
Pirosis	15/40 (37)	-	1/15	3/15	3/15
Esofagitis	3/40 (7)	1/3	-	1/3	1/3
pH+	8/40 (20)	3/8	1/8	-	1/8
Bernstein	7/40 (17)	3/7	1/7	1/7	-

En el grupo control, 18 de 21 (86%) pacientes referían pirosis y en 15 de 21 (71%) la perfusión ácida fue positiva, superior en los pacientes con ERGE sin esófago de Barrett (91%; 10/11) que en aquellos en los que se detectó dicha lesión (50%; 5/10). La sensibilidad al ácido fue inferior en pacientes con acalasia (7/40) que en los pacientes con ERGE con o sin esófago de Barrett ($p = 0,0001$).

Conclusión: 1) La prevalencia de pirosis en pacientes con acalasia no tratada es alta, aunque su asociación con indicadores objetivos de RGE es baja; 2) La sensibilidad esofágica al ácido en la acalasia es inferior a la de los pacientes con ERGE con o sin esófago de Barrett.

LA OBESIDAD ESTÁ ASOCIADA CON UN INCREMENTO DEL RIESGO DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: ESTUDIO POBLACIONAL

S. Delgado Aros*, G.R. Locke III*, M. Camilleri*, S. Fett** y A. Zinsmeister**

*Clinical Enteric Neuroscience Translational & Epidemiological Research (CENTER) Program. Mayo Clinic. Rochester (MN) USA,

**Section of Biostatistics. Mayo Clinic. Rochester (MN) USA.

Introducción: Se ha sugerido que las señales de saciedad procedentes del tracto gastrointestinal (GI) pueden estar disminuidas en sujetos que desarrollan obesidad. Sin embargo estudios en centros terciarios de referencia sugieren que los individuos obesos presentan más síntomas GI.

Objetivos: Evaluar la relación entre índice de masa corporal (IMC) y síntomas GI específicos en la población general.

Métodos: Se enviaron 2 cuestionarios validados sobre síntomas GI a dos muestras aleatorias de la población de Olmsted County, MN. La asociación entre cada síntoma GI y el IMC (Kg/m^2) se evaluó por medio de regresión logística ajustando por edad, sexo, síntomas psicósomáticos, uso de alcohol y tabaco.

Resultados: Un total de 1962 cuestionarios fueron devueltos (tasa de respuesta: 74% para ambos cuestionarios). Se observó una relación positiva entre IMC y vómitos frecuentes ($p = 0,02$), dolor abdominal alto ($p = 0,03$), hinchazón abdominal ($p = 0,002$) y diarrea ($p = 0,01$). Presentar bajo peso ($\text{IMC} < 18,5 \text{ Kg/m}^2$) se asoció con un aumento de la probabilidad de padecer saciedad precoz ($p = 0,02$). La presencia frecuente de dolor abdominal bajo, náusea y estreñimiento fue más común en individuos obesos ($\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) que en individuos de peso normal ($\text{IMC}: 18,5\text{-}24,9 \text{ Kg/m}^2$), sin embargo no se observó una asociación significativa entre IMC y estos síntomas. La tabla muestra la prevalencia (%) de síntomas GI en las diferentes categorías de IMC.

IMC (Kg/m^2)	Náusea (%)	Vómitos (%)	Saciedad precoz (%)	Dolor alto (%)	Hinchazón (%)	Dolor bajo (%)	Diarrea (%)	Estreñimiento (%)
Bajo peso ($< 18,5$)	7,1	0,0	28,6	—	—	—	—	—
Normal ($18,5\text{-}24,9$)	7,9	1,2	6,5	3,5	11,4	4,4	17,1	16,6
Sobrepeso ($25\text{-}29,9$)	6,8	1,5	6,1	10,3	14,2	7,8	17,6	17,2
Ob. Clase I ($30\text{-}34,9$)	10,6	3,0	9,8	16,7	25,3	5,2	26,6	17,0
Ob. Clase II ($35\text{-}39,9$)	10,7	7,1	3,6	15,0	16,0	5,6	40,7	25,9
Ob. Clase III (> 40)	10,0	6,7	13,3	20,0	25,0	20,0	33,3	22,2
$p^* =$	NS	0,02	NS	0,03	0,002	0,10	0,01	NS

*: p para la relación entre IMC (incluida como variable predictiva continua) con cada síntoma
—: no hubo pacientes de bajo peso en el cuestionario que incluía estos síntomas

Conclusión: El aumento de IMC se asocia con un aumento de síntomas GI altos, hinchazón abdominal y diarrea. Futuros estudios son necesarios para aclarar los mecanismos de estas asociaciones.

EFFECTIVIDAD Y COSTE-EFFECTIVIDAD DE DIFERENTES ESTRATEGIAS DE MANEJO INICIAL DE LA DISPEPSIA EN NUESTRO MEDIO

A. García Altés^a, M. Barenys^b, R. Rota^b, A. Abad^b, J.M. López Balaguer^b y J.M. Piqué^c

^aDept. Economia Agencia Avaluació i Tecnologia Mèdica. Barcelona,

^bDigestivo Hospital Viladecans. Barcelona, ^cDigestivo Hospital Clinic. Barcelona.

Objetivo: La dispepsia es una condición muy común, con costes importantes para el sistema sanitario. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad y coste-efectividad de diversas estrategias invasivas y no invasivas de manejo de la dispepsia: endoscopia inicial, modelo predictivo de síntomas y endoscopia, test de *H. pylori* y endoscopia, test de *H. pylori* y tratamiento erradicador y tratamiento antisecretoir empírico.

Métodos: Se realizó un análisis de decisiones para comparar la efectividad y eficiencia de las alternativas. Los datos de prevalencia de los distintos diagnósticos de dispepsia en atención primaria, las tasas de infección de *H. pylori*, la efectividad de los tratamientos y la precisión diagnóstica de las pruebas provenían de datos locales de un hospital comarcal y de la evidencia científica disponible. La perspectiva de análisis utilizada fue la del financiador público, y solo se incluyeron los costes directos, estimados a partir del sistema de contabilidad del hospital y de tarifas públicas. Las medidas de resultado consideradas fueron el porcentaje de pacientes curados al año de finalizar el tratamiento, y el coste por paciente curado (Euros 2001). Se realizaron diversos análisis de sensibilidad.

Resultados: La estrategia de endoscopia inicial fue la más efectiva (38,3% de pacientes asintomáticos) y tratamiento empírico la menos efectiva (28,5%). Para los pacientes mayores y menores de 45 años, se obtuvieron resultados parecidos. El análisis de sensibilidad mostró que la estrategia de test de *H. pylori* y tratamiento era la más efectiva en caso de considerar baja respuesta de la dispepsia funcional a tratamiento antisecretoir o alta respuesta a erradicación. El tratamiento empírico fue la estrategia más coste-efectiva (251,03 Euros) seguida de la estrategia de selección a endoscopia por modelos de síntomas (282,80 Euros) y de la endoscopia inicial 386,69 Euros.

Conclusiones: En nuestro medio el manejo inicial de la dispepsia con tratamiento empírico es la estrategia más costo-efectiva, si bien dada su baja efectividad parece más recomendable aconsejar una estrategia inicial que seleccione por escalas de síntomas los mejores candidatos a endoscopia

VALIDACIÓN PROSPECTIVA DE UN MODELO CLÍNICO PREDICTIVO DE DISPEPSIA ORGÁNICA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LAS CONSULTAS DE GASTROENTEROLOGÍA

M. Barenys^a, A. Abad^a, V. Moreno^b, J.M. López Balaguer^a, R. Rota^a, I. García Bayo^c y J.M. Piqué^d

^aDigestivo Hospital Viladecans. Barcelona, ^bEpidemiología Institut Català de Oncologia. Barcelona, ^cMedicina de familia CAP Gavà II. Gavà. Barcelona, ^dDigestivo Hospital Clinic. Barcelona.

Introducción: Para seleccionar los pacientes con dispepsia candidatos a endoscopia se ha propuesto la utilización de modelos predictivos de síntomas. En un estudio previo realizado gastroenterólogos obtuvimos mediante análisis multivariante tres escalas de síntomas con alto valor predictivo para dispepsia orgánica, úlcera péptica y esofagitis.

Objetivo: Validar de forma prospectiva la reproducibilidad de estos tres modelos en el ámbito de atención primaria y de la atención especializada en gastroenterología.

Pacientes y método: Estudio clínico prospectivo en 230 pacientes del área del hospital de Viladecans (120 de atención primaria y 110 de consulta especializada de gastroenterología) a los que se aplicaron las tres escalas de síntomas a validar. Posteriormente se realizó una endoscopia diagnóstica que clasificó los pacientes en dispepsia orgánica (úlceras, esofagitis o cáncer) o dispepsia funcional. La capacidad discriminante para dispepsia orgánica, úlcera y esofagitis del médico de atención primaria y del gastroenterólogo al aplicar cada una de las tres escalas se calculó mediante el estadístico-c.

Resultados: Las capacidades discriminantes fueron de 0,75 y 0,82 para dispepsia orgánica, 0,78 y 0,86 para úlcera y 0,78 y 0,82 para esofagitis en la consulta de los médicos de atención primaria y para el gastroenterólogo respectivamente. El punto de corte óptimo que combina la mayor sensibilidad con la mayor especificidad para discriminar dispepsia orgánica subió de 6 a 7 puntos con respecto al estudio inicial tanto para atención primaria como para el gastroenterólogo.

Conclusiones: La confirmación prospectiva de la reproducibilidad y transferibilidad de un modelo predictivo sencillo de dispepsia orgánica en el ámbito de la medicina primaria y de la consulta especializada de gastroenterología, abre la posibilidad de utilizar este tipo de instrumentos para conseguir un abordaje más eficiente de la dispepsia.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE: CARACTERÍSTICAS BASALES DEL ESTUDIO ITEMS

M. Mínguez^a, M. Cucala^b, S. Sofos^c, M. Bixquert^d, A. Cobos^e, J. Mascort^f, J.M. Piqué^g y M. Camilleri^h

Servicio Gastroenterología H. Clínico, Valencia^a, I+D Novartis Farmacéutica, Barcelona^b, C.S. Motril Este, Granada^c, Digestivo H. Arnau de Vilanova, Valencia^d, Estadística R.D.E.S. Barcelona^e, C.S. La Florida Sud, Barcelona^f, Digestivo H. Clinic, Barcelona^g, Gastroenterology Mayo Clinic, Rochester, MN^h. Grupo estudio ITEMS

Antecedentes: El Síndrome del Intestino Irritable (SII) es una condición crónica y recidivante con un impacto importante en la calidad de vida (CdV) de los pacientes.

Objetivos: Determinar la CdV en pacientes con SII con predominio de estreñimiento (SII-E) antes de un tratamiento farmacológico.

Métodos: Se estudió la CdV en pacientes con SII-E, según criterios de Roma II, reclutados para un estudio abierto, prospectivo con intención de tratar con tegaserod en España (estudio ITEMS). Los pacientes tenían un periodo basal de 4 semanas sin tratamiento, donde anotaban sus síntomas en una tarjeta diario. El día 28 se midió su CdV a través de un cuestionario específico (IBS-QOL), otro genérico (SF-36) y la escala Hospitalaria de Ansiedad-Depresión (HAD). Para el análisis estadístico se han evaluado las características de todos los pacientes (grupo global) y según éstos fueran atendidos por médicos de atención primaria (AP) o por gastroenterólogos (G).

Resultados: Se incluyeron un total de 219 pacientes (23 H y 196 M); edad media de 44 ± 14 (SD) años, con una mediana de presencia de síntomas de SII de 10 años y 5 años desde su diagnóstico. Las actividades diarias estaban comprometidas o impedidas en el 72% de los pacientes debido al dolor abdominal y en el 65% debido al hinchazón abdominal. El 38% de los pacientes eran visitados por AP y el 62% por G. No se han observado diferencias demográficas ni culturales entre grupos. Durante el periodo basal, los pacientes presentaron estrés el 22% de los días, dolor abdominal el 61% e hinchazón abdominal el 63% (ns entre grupos). La media de horas al día con dolor fue de 6 h (4 h en AP vs 7 h en G; p = 0,006) y la media de horas al día con hinchazón de 8 horas (ns entre grupos). Todos los dominios menos uno (función física) del SF-36 eran más bajos en los pacientes con SII-E respecto a la población general española, sobre todo en los dominios: Salud Mental (60 vs 73), Rol Físico (67 vs 83) y Vitalidad (54 vs 67). El Rol Emocional es inferior en AP (70 vs 84; p < 0,05). El 28% de los pacientes presenta ansiedad (% similar en ambos grupos) y el 5% depresión (9% AP vs 3% G). El cuestionario para SII (IBS-QOL) detecta deterioro de la CdV debido a las molestias intestinales en los dominios de:

Preocupación por la salud (58), Evitar alimentos (61), Imagen Corporal (70) e Interferencia con actividades (75) (ns entre grupos).

Conclusiones: El dolor y el hinchazón abdominal interfieren de manera importante con las actividades diarias de los pacientes con SII-E. Los pacientes con SII-E presentan peor calidad de vida que la población general española. Los pacientes con SII-E tienden a presentar ansiedad. Los pacientes atendidos en AP o en G son similares en las características clínicas así como en la CdV.

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE EN ESPAÑA: ESTUDIO MEDIANTE ENTREVISTA TELEFÓNICA A MÁS DE 5000 PACIENTES

P. Hungin^a, J. Tack^b, P.J. Whorwell^c y F. Mearin^d

^aGastroenterology University of Durham, Durham, ^bGastroenterology Hospital Universitario de Lovaina, Lovaina, ^cGastroenterology Withington Hospital, Manchester, ^dInstituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos Centro Médico Teknon, Barcelona.

Objetivo: Determinar la prevalencia y el impacto del SII en la población general española mediante un estudio epidemiológico transversal.

Metodología: Sobre una muestra representativa de la población española adulta (mayor de 18 años), se realizaron un total de 5,097 encuestas telefónicas, seleccionadas mediante la técnica de selección aleatoria de dígitos. Se utilizó un cuestionario estructurado para obtener información acerca del estado general de salud incluyendo los síntomas de SII. En 203 pacientes que presentaban SII se realizó una encuesta más completa dirigida a conocer el impacto del SII en la esfera laboral y social de su vida.

Resultados. Prevalencia: La prevalencia global de SII (agrupando los sujetos con SII diagnosticado formalmente y los sujetos sin este diagnóstico) fue del 7,3%. La proporción entre mujeres y hombres fue aproximadamente de 1,5 a 1. La prevalencia más alta (14%) se encontró en mujeres de edad comprendida entre 25 y 34 años. Solamente una minoría de pacientes había sido diagnosticada formalmente de SII (18%), siendo más probable presentar un diagnóstico formal en mujeres que en los hombres (22% vs. 13%). El 44% de los pacientes diagnosticados de SII lo habían sido desde hacía más de 5 años, y el 33% desde más de 10 años. **Impacto del SII:** Las personas con SII perdieron más días de trabajo por enfermedad que los sujetos sin SII (5,2 vs. 2,1 días). Cuatro de cada cinco personas con SII afirmaron que su situación afectaba a su vida y uno de cada cinco organizaba su vida alrededor de su trastorno intestinal. Más del 40% del grupo SII refería un impacto importante en sus actividades sociales (salir a comer, hacer viajes largos o acudir a lugares no conocidos). Un 36% de personas con SII reconocían que el SII afectaba a sus relaciones físicas o sexuales, y un 35% que afectaba a sus relaciones familiares.

Conclusión: En España el SII es un trastorno frecuente, escasamente diagnosticado, y con un efecto importante en la productividad laboral y en la esfera social de las personas que lo sufren.

DE LOS CRITERIOS DE ROMA ORIGINALES A LOS CRITERIOS DE ROMA II: LA FRAGMENTACIÓN DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

F. Mearin^a, X. Badía^b, A. Balboa^a, M. Cucala^c, E. Caldwell^c, A. Fueyo^d y M. Roset^b

^aInstituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos Centro Médico Teknon, Barcelona, ^bEpidemiología Health Outcomes Research Europe, Barcelona, ^cDepartamento Médico Novartis Farmacéutica, S.A., Barcelona, ^dDepartamento Médico Glaxo Wellcome, S.A. Madrid.

El diagnóstico del síndrome del intestino irritable (SII) y del resto de trastornos funcionales digestivos (TFD) se basa en la evaluación clínica. Los criterios diagnósticos basados en síntomas han cambiado a lo largo del tiempo, y con ellos la proporción de sujetos que los cumplen. Con la aplicación de los nuevos criterios (Roma II) se descarta el SII en muchos pacientes que previamente cumplían el diagnóstico.

Objetivos: Evaluar cómo se ha fragmentado el grupo de pacientes inicialmente diagnosticados de SII por los criterios de Roma originales, y determinar su diagnóstico clínico actual.

Material y métodos: Se estudiaron 211 pacientes que cumplían los criterios de Roma originales. Estos casos se obtuvieron a partir de un estudio epidemiológico, basado en entrevistas personales en el propio domicilio, realizado en una muestra aleatoria de 2000 individuos representativa de la población española. Se evaluó la sintomatología, el bienestar general, la utilización de recursos y la afectación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Resultados: De los 211 pacientes con SII por criterios de Roma originales sólo 65 cumplían los criterios de Roma II. En los 146 restantes su diagnóstico fue de: SII "menor" (síntomas de SII de menos de 12 meses de duración) en el 40% de casos; estreñimiento funcional en 37%; ritmo deposicional alternante en 12%; diarrea funcional en 7%; distensión abdominal funcional en 3% y trastorno funcional inespecífico en 1%. Por tanto, 52 pacientes (36%) previamente considerados SII son diagnosticados de otro TFD; 59 pacientes (40%) de síntomas compatibles con SII pero con una duración y/o frecuencia insuficiente; y 35 pacientes (24%) de sintomatología compatible con otro TFD pero sin cumplir los criterios de duración. La intensidad de los síntomas, el bienestar general, la utilización de recursos y la CVRS estaban más alterados en el grupo de SII que en los otros TFD, y más en las formas "mayores" que en las "menores".

Conclusión: Un número importante de pacientes que cumplían los criterios de Roma originales para SII no cumplen los criterios de Roma II: en aproximadamente el 25% de los casos la duración y/o frecuencia de los síntomas es insuficiente para establecer el diagnóstico, y en casi un 50% se considera actualmente que presentan otro TFD (sea en forma "mayor" o "menor").

¿VALORAN IGUAL LA INTENSIDAD DE LAS MOLESTIAS LOS PACIENTES CON SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE Y SUS MÉDICOS? (ESTUDIO RITMO)

F. Mearin*, A. Balboa*, M. Cucala**, M. Figueras** y X. Badía***

*Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos Centro Médico Teknon. Barcelona, **Departamento Médico Novartis Farmacéutica, S.A. Barcelona, ***Epidemiología Health Outcomes Research Europe. Barcelona.

Los pacientes con síndrome del intestino irritable (SII) se quejan a menudo de síntomas intensos. La percepción de estas molestias por parte del paciente no siempre concuerda con la importancia que le pueda dar su médico.

Objetivo: Comparar la intensidad de la sintomatología percibida por el paciente con la que su médico valora clínicamente.

Métodos: En un estudio multicéntrico prospectivo se recopilaron los datos clínicos de un grupo de 491 pacientes con diagnóstico de SII según los criterios de Roma II. La intensidad de la sintomatología durante los 30 días previos a la visita fue valorada con una escala de 7 puntos tanto por los pacientes como por sus médicos.

Resultados: En general, los pacientes valoraron su estado de salud ligeramente peor que la valoración realizada por el médico. No obstante, el porcentaje de acuerdo entre ambas valoraciones fue del 58,9% y el coeficiente kappa (IC 95%) de 0,46 (0,41; 0,52), lo que representa una concordancia bastante buena.

Valoración clínica según:	SII estreñimiento		SII diarrea		SII alternante	
	Médico n (%)	Paciente n (%)	Médico n (%)	Paciente n (%)	Médico n (%)	Paciente n (%)
Muy bueno	3 (1,9)	2 (1,3)			2 (1,2)	
Bastante bueno	25 (16,1)	23 (15,1)	22 (12,9)	13 (7,7)	20 (12,1)	15 (9,0)
Ligeramente bueno	25 (16,1)	27 (17,8)	25 (14,6)	21 (12,5)	32 (19,4)	22 (13,3)
Regular	55 (35,5)	51 (33,6)	71 (41,5)	70 (41,7)	62 (37,6)	69 (41,6)
Ligeramente malo	29 (18,7)	21 (13,8)	24 (14,0)	26 (15,5)	23 (13,9)	35 (21,1)
Bastante malo	14 (9,0)	22 (14,5)	27 (15,8)	36 (21,4)	21 (12,7)	21 (12,7)
Muy malo	4 (2,6)	6 (3,9)	2 (1,2)	2 (1,2)	5 (3,0)	4 (2,4)

Conclusión: Pese a que pueda pensarse que los médicos no valoran suficientemente la sintomatología de los pacientes con SII, la concordancia entre la intensidad de las molestias percibidas por el paciente y su médico es bastante buena, independientemente del patrón clínico.

COMORBILIDAD EN EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE: MANIFESTACIONES MÉDICAS CON REPERCUSIONES QUIRÚRGICAS (ESTUDIO RITMO)

F. Mearin*, A. Balboa*, M. Figueras**, M. Cucala** y X. Badía***

*Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos Centro Médico Teknon. Barcelona, **Departamento Médico Novartis Farmacéutica, S.A. Barcelona, ***Epidemiología Health Outcomes Research Europe. Barcelona.

Los pacientes con síndrome del intestino irritable (SII) presentan frecuentemente síntomas extradigestivos así como otras patologías.

Objetivo: Valorar la comorbilidad asociada al SII en comparación con un grupo control sin SII.

Métodos: Estudio multicéntrico prospectivo en el que se evaluó a 499 pacientes con diagnóstico de SII según los criterios de Roma II, comparándolos con un grupo control de 81 sujetos sin SII.

Resultados: Los pacientes con SII presentaban más frecuentemente enfermedades concomitantes que el grupo control. Fueron mucho más frecuentes las molestias urinarias, las lesiones dérmicas crónicas, la depresión y la ansiedad. La mayor comorbilidad se asoció a una mayor toma de tratamientos concomitantes. Es de destacar la mayor frecuencia de intervenciones quirúrgicas previas, tales como apendectomía e histerectomía total o parcial, entre pacientes y controles (tabla; *p < 0,05).

	SII n (%)	Controles n (%)
Presencia de enfermedades concomitantes*	334 (66,9)	29 (35,8)
Hipertensión arterial	56 (11,2)	7 (8,6)
Enfermedades cardiovasculares	23 (4,6)	3 (3,7)
Alergias	86 (17,2)	8 (9,9)
Asma	26 (5,2)	2 (2,5)
Molestias urinarias*	62 (12,4)	2 (2,5)
Problemas crónicos de la piel*	45 (9,0)	1 (1,2)
Depresión que precisa control médico o tratamiento*	71 (14,2)	3 (3,7)
Ansiedad que precisa control médico o tratamiento*	122 (24,4)	5 (6,2)
Medicación concomitante*	264 (52,9)	17 (21,0)
Apendectomía*	108 (21,6)	8 (9,9)
Histerectomía (valorado sólo en mujeres)*	36 (9,6)	1 (1,9)

Conclusión: Los pacientes con SII tienen una mayor comorbilidad en forma de trastornos que pueden hacer pensar en una alteración psicosomática. No obstante, es frecuente que terminen en el quirófano.

DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN MUJERES CON SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (SII): ¿SE ASOCIAN SII Y OSTEOPOROSIS?

A. Perelló*, N. Zárata*, J. Santos**, G. Encabo***, M. Mor* y F. Mearin*

*Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos Centro Médico Teknon. Barcelona, **Aparato Digestivo Hospital Vall d'Hebron. Barcelona, ***Medicina Nuclear Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

En el SII se ha demostrado la presencia de mayores niveles de depresión/ansiedad. A su vez, los trastornos distímicos se han relacionado con la aceleración de la pérdida de masa ósea que se produce con la edad. Nuestra hipótesis fue que las mujeres postmenopáusicas con SII presentarían una menor masa ósea que las mujeres igualmente postmenopáusicas sin SII.

Objetivo: Evaluar la asociación entre el SII y la densidad mineral ósea (DMO) en mujeres atendidas en una unidad de menopausia.

Material y métodos: Se estudiaron 314 mujeres postmenopáusicas sanas atendidas en una unidad de tratamiento de menopausia. A todas ellas se les practicó una densitometría ósea mediante técnica de absorciometría fotónica dual de fuente de rayos X, en columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF). La presencia de SII se diagnosticó siguiendo los criterios de Roma II. Los síntomas de depresión se evaluaron mediante el inventario de depresión de Beck. Se estudiaron los factores de riesgo conocidos de osteoporosis (edad, duración de la menopausia, índice de masa corporal).

Resultados: 36 mujeres (11,5%) cumplían criterios de Roma II para el diagnóstico de SII. No hubo diferencias entre el grupo con o sin SII en cuanto a la edad ($53,5 \pm 4,9$ vs $54,1 \pm 5,3$ años), la duración de la menopausia ($8,1 \pm 5,2$ vs $7,2 \pm 5,3$ años) y el índice de masa corporal ($27,2 \pm 4,6$ vs $26,5 \pm 4,1$ K/m²). La presencia de depresión fue mayor en el grupo con SII: la puntuación obtenida en el inventario de depresión de Beck fue mayor en las mujeres con SII ($11,4 \pm 8,4$ vs $8,21 \pm 7,9$; $p = 0,03$); además, el 50% de mujeres con SII presentaban síntomas compatibles con cierto grado de depresión vs el 32% sin SII ($p = 0,045$). El estudio densitométrico no demostró diferencias: la DMO en CL fue de $0,97 \pm 0,14$ g/cm² en el grupo SII y de $1,01 \pm 0,15$ g/cm² en el grupo sin SII ($p = ns$) mientras que en el CF la DMO fue de $0,84 \pm 0,1$ y de $0,86 \pm 0,1$ respectivamente ($p = ns$). La presencia de osteoporosis fue del 29% en el SII y del 22% en las no SII ($p = ns$).

Conclusión: La hipótesis de que la depresión acelera la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas no parece cumplirse en el SII.

CAPACIDAD PREDICTIVA DEL DIARIO CLÍNICO Y DEL TEST DE EXPULSIÓN INTRARRECTAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE DISINERGIA DEL SUELO PÉLVICO

B. Herreros Martínez, M. Mínguez Pérez, V. Sanchiz Soler, P. Almela Notari, V. Hernández Ramírez, C. Amorós García, F. Mora Miguel y A. Benages Martínez

Gastroenterología Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Antecedentes: El diagnóstico de estreñimiento crónico funcional (ECF) por disinergia del suelo pélvico (DSP) requiere la realización de estudios funcionales (manometría, electromiografía o videorradiología), cuyo coste es tan elevado que hace necesario identificar un método barato, accesible y objetivo, capaz de seleccionar a aquellos pacientes subsidiarios de estos estudios.

Objetivo: Analizar la capacidad predictiva del test de expulsión intrarrectal y del diario clínico para seleccionar a aquellos pacientes con ECF que requieren otros estudios para el diagnóstico de DSP.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo que incluye a 130 pacientes diagnosticados de EC idiopático (6H, 124M, edad media: $38,4 \pm 15$ años). El diagnóstico de DSP se realizó, según los criterios de Roma II, mediante manometría y videorradiología. Todos los pacientes cumplieron un diario clínico específico de 30 días y se les realizó el test de expulsión de balón intrarrectal. Se consideró como normal una expulsión del balón en menos de 60 segundos.

Resultados: 24 pacientes (1H, 23M) fueron diagnosticados de DSP. Sólo la presencia de dolor anal fue significativamente superior en el grupo de DSP (media de días: 57% vs. 30%, $p < 0,05$, test t-Student). El test de expulsión fue patológico en 21 pacientes con DSP y en 12 sin DSP. En 94/106 pacientes sin DSP y en 3/24 pacientes con DSP el test de expulsión fue normal. El valor predictivo positivo de este test para el diagnóstico de DSP fue del 63%, la especificidad del 89% y el valor predictivo negativo del 97%. 83 pacientes sin DSP y 2 pacientes con DSP mostraron un test de expulsión normal asociado a ausencia de dolor anal en más del 75% de las deposiciones, según el diario clínico. La especificidad y el valor predictivo negativo de la asociación de estas dos variables para el diagnóstico de DSP fue del 78% y del 98%, respectivamente.

Conclusiones: El test de expulsión de balón intrarrectal es un buen test de screening para el diagnóstico de DSP. La existencia de un

test de expulsión normal en pacientes con ECF indica que no es necesario realizar otros estudios para descartar DSP, especialmente en aquellos casos en los que el dolor anal no es un síntoma predominante. La presencia de un test patológico no es suficiente para el diagnóstico de DSP.

LA VIDEODEFECOGRAFIA (VD) EN LOS TRASTORNOS DE LA DEFECACIÓN: RESULTADOS EN 620 EXPLORACIONES

C. Amorós García, V. Hernández Ramírez, B. Herreros Martínez, V. Sanchiz Soler, R. Añón Rodríguez, P. Almela Notari, F. Mora Miguel, M. Mínguez Pérez y A. Benages Martínez
Gastroenterología, Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Introducción: La VD es una técnica radiológica dinámica ampliamente utilizada para conocer las alteraciones morfológicas y funcionales del suelo pélvico, recto, ano e intestino delgado en reposo y durante maniobras de continencia y defecación.

Objetivos: Analizar las indicaciones y la información que aporta la VD en pacientes remitidos por trastornos de la defecación a la Unidad de Motilidad Digestiva.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo (03/1994-09/02) en 620 pacientes (84H/536M) con edad media de 51,4 años (rango 10-86) a los que se les ha realizado una VD utilizando una técnica estándar en la que se graba en vídeo tras la introducción de contraste baritado en recto, el comportamiento rectoanal en reposo y durante maniobras de Valsalva, continencia y defecación. En 145 pacientes además se evaluó simultáneamente la relación anatómica con el intestino delgado administrando 200 cc de contraste baritado por vía oral como mínimo una hora antes de realizarse el estudio.

Resultados: Las principales indicaciones de la VD fueron: estreñimiento crónico (21,3%), defecación obstructiva/estreñimiento distal (22,6%), rectocele (13,8%), prolapso rectal (12,4%), incontinencia anal (7,6%), control postquirúrgico (9,6%) y miscelánea (úlceras solitarias de recto, enfermedad de Hirschsprung, dolor anal, enfermedad fistulizante, etc). 238 pacientes presentan dos o más diagnósticos previos a la exploración. Los hallazgos exploratorios más prevalentes han sido: rectocele: 375 pacientes (62,2%); intususpección rectal en 165 pacientes (27,3%); incontinencia anal en 125 (20,7%); ausencia de relajación del canal anal durante el intento de defecación en 102 (16,9%); contracción paradójica del músculo puborrectal en 73 (12,1%) y enteroceles en 46 (7,6%). El estudio fue considerado normal en 38 (6%) pacientes. El vaciamiento rectal, por diferentes causas, fue patológico en 223 pacientes y algunos pacientes presentan más de una alteración morfológica/dinámica. Al comparar por sexos los diferentes resultados únicamente encontramos diferencias en la relación de los mismos con respecto a la presencia de rectocele. La administración de contraste oral incrementa el rendimiento diagnóstico del estudio dado que permite el diagnóstico de certeza de enteroceles en el 21% de las exploraciones vs 1,7% cuando no se administra.

Conclusiones: La videodefecografía detecta anomalías anatómicas en la mayoría de pacientes con alteraciones de la defecación. Hay una elevada prevalencia de rectocele, intususpección e incontinencia anal. La administración de contraste oral es imprescindible para detectar enteroceles.

PREVALENCIA DE ESTREÑIMIENTO DURANTE LA GESTACIÓN

A. Fernández*, B. Martínez*, E. Pla**, G. Bastida*, V. Garrigues* y J. Ponce*

*Servicio de Medicina Digestiva La Fe. Valencia,

**Servicio de Ginecología La Fe. Valencia.

El estreñimiento es muy frecuente. Un estudio propio estimó que el 40,1% de las mujeres de la población general se considera estreñida, cumpliendo los criterios diagnósticos de Roma II un 32,4%. Se ha sugerido que podría ser más frecuente durante la gestación aunque no hay evidencia disponible de ello.

Objetivo: Conocer la prevalencia de estreñimiento durante la gestación.

Métodos: Una matrona administró un cuestionario sobre datos biométricos, obstétricos, hábito defecatorio, estilo de vida y consumo de laxantes a 195 gestantes (mediana de edad 30 (18-39)) durante el primer trimestre de gestación, repitiéndose en 122 de ellas durante el tercer trimestre. Se estimó la prevalencia de estreñimiento crónico.

Resultados:

	Previo % (IC _{95%})	1 ^{er} trimestre % (IC _{95%})	3 ^{er} trimestre % (IC _{95%})
Autodefinido	36,8% (30,0-43,7)	47,3% (40,0-54,5)	40,2% (33,2-50,8)
Roma II		30,4% (23,8-36,9)	20,3% (13,1-27,8)

Reconocían preocupación por el estreñimiento durante el 1º y 3º trimestre al 29,5% y 31%, respectivamente. Consumía laxantes el 12% durante el 1º trimestre (22% de las que cumplían criterios de Roma) y 12,4% en 3º trimestre (20,8% de las que cumplían criterios de Roma). El consumo de laxantes comenzó en más de la mitad de los casos tras el embarazo. El uso de laxantes se realizó en el primer y tercer trimestre respectivamente: por decisión propia (31,8% y 26,7%), por consejo de la matrona (31,8% y 20%), por indicación del médico de atención primaria (27,3% y 20%) o por el especialista en obstetricia (9,1% y 33%).

Conclusión: La prevalencia de estreñimiento durante el embarazo es alta, existiendo un mayor número de mujeres que se consideran estreñidas respecto a su situación previa, aunque desciende al final de la gestación. Esta circunstancia, además de tener un impacto negativo, provoca un incremento en el consumo de laxantes, frecuentemente sin prescripción facultativa.