

nóstico óptimo en aquellos pacientes que la colonoscopia no identifica el origen de la hemorragia.

Objetivos del estudio: 1) Evaluar la eficacia diagnóstica de la colonoscopia en la HDB y 2) Determinar la rentabilidad diagnóstica de la angiografía mesentérica selectiva en los pacientes con HDB no filiada.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 162 pacientes consecutivos ingresados por HDB durante un período de 50 meses. Se realizó colonoscopia y eventual gastroscopia como exploraciones diagnósticas iniciales. Utilizando criterios predefinidos, se categorizó el diagnóstico como de certeza, cuando se objetivaron signos de hemorragia reciente en una lesión, o de HDB no filiada, en ausencia de lesiones o de signos de hemorragia reciente.

Resultados: Se incluyeron 162 pacientes (50% hombres) con una edad de $69 \pm 1,6$ años ($75\% \geq 65$ años). La hemorragia fue grave con presencia de shock en 19%, 67% precisaron transfusión (media: $3,4 \pm 0,4$ UU) y 60% tenían comorbilidad. La colonoscopia identificó lesiones potencialmente sangrantes en 109/162 pacientes (38% diverticulosis), pero el diagnóstico de certeza pudo establecerse únicamente en 42/162 (26%) pacientes. Las principales causas de la HDB fueron: diverticulosis (7%), cáncer y pólipos (38%), colitis isquémica (12%) y angiodisplasia (14%). La angiografía, realizada en 69 de los 120 (58%) pacientes con HDB no filiada, estableció el diagnóstico definitivo en 48/69 (70%) pacientes. La angiodisplasia fue la causa de la hemorragia en 15 de 17 (88%) pacientes con recidiva o persistencia de la hemorragia durante el ingreso, mientras que en los 52 pacientes con hemorragia autolimitada la angiodisplasia se diagnosticó en 31 (60%) casos. La angiografía fue diagnóstica en otros 2 pacientes: un tumor de intestino delgado y un divertículo con hemorragia activa.

Conclusiones: Con frecuencia no se identifica la causa de la HDB aguda después de realizar la colonoscopia inicial. En esta situación, la angiodisplasia de colon es una causa frecuente de la hemorragia y la angiografía es un procedimiento diagnóstico de gran utilidad, particularmente en aquellos pacientes con recidiva o persistencia de la hemorragia.

UTILIDAD DE LA REVERSIÓN CON FLUMAZENILO TRAS SEDACIÓN CON MIDAZOLAM Y PETIDINA EN COLONOSCOPIA AMBULATORIA

J. S. Baudet Arteaga*, O. Alarcón Fernández**, A. Sánchez del Río**, P. Borque*, M. Moreno Sanfiel* y J. Avilés Ruiz*

*Digestivo H. U. Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife, **Digestivo Hospiten. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: El uso de sedación en endoscopia aumenta el tiempo de estancia de los pacientes en la Unidad de Endoscopia así como las complicaciones de la prueba. Para evitar estos problemas muchas Unidades utilizan reversión con flumazenilo tras sedación con midazolam y petidina.

Objetivo: Determinar la efectividad de reversión con flumazenilo tras sedación consciente con midazolam y petidina en colonoscopia ambulatoria y su coste.

Material y métodos: Se estudiaron prospectivamente 200 pacientes ambulatorios remitidos para colonoscopia y sedados con midazolam y petidina. Cien pacientes fueron revertidos con flumazenilo y 100 no. Se recogieron los datos demográficos, médicos, indicación para la endoscopia, dosis de fármacos utilizados y hallazgos y complicaciones de la endoscopia. Dos semanas después de la prueba se realizó una encuesta telefónica para determinar las molestias y complicaciones asociadas a la endoscopia y la sedación, y se valoró el grado de satisfacción del paciente. Se determinó la relación coste-efectividad del uso de reversión.

Resultados: No se encontraron diferencias entre los dos grupos ni en la edad ($52,9 \pm 15,5$ vs $52,7 \pm 18,3$; $p = ns$), ni en las indicaciones de la endoscopia, ni en los hallazgos de la prueba, ni en el porcentaje de colonoscopias completas (93% vs 95%; $p = ns$), ni en las dosis de fármacos utilizada. La estancia media en la Unidad tras la

exploración fue similar en ambos grupos ($19,2 \pm 11,7$ vs $15,3 \pm 10,1$ minutos; $p = ns$). Sin embargo, en el grupo de reversión había menor número de pacientes con estancias prolongadas -estancias de > 20 minutos- (11 vs 23; $p < 0,001$). El número de pacientes que referían molestias durante la exploración era mayor en el grupo de reversión (23 vs. 13; $p < 0,001$). No existían diferencias en el número de pacientes que referían molestias relacionadas con la colonoscopia en los días posteriores a la exploración (12 vs 15; $p = ns$). En ambos grupos el 90% de los pacientes refirieron que el efecto de la medicación persistió entre 1 y 2 horas. No se encontraron diferencias en el grado de satisfacción obtenida por los pacientes. La reversión aumentó el costo de la exploración y alcanzó su mayor costo-efectividad cuando se buscaba disminuir la estancia en la Unidad de Endoscopia a 25 minutos.

Conclusiones: 1) La reversión no disminuye la estancia media en la Unidad de Endoscopia, 2) La reversión disminuye el número de estancias prolongadas, 3) Los pacientes que reciben reversión experimentan mayores recuerdos desagradables de la exploración, 4) La reversión no influye en la satisfacción percibida por los pacientes y 5) La reversión aumenta significativamente el coste de la exploración.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico y trastornos funcionales

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

M. Perona*, R. Benasayag*, A. Perelló*, J. Santos**, N. Zárate*, P. Zárate*** y F. Mearin*

*Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos Centro Médico Teknon. Barcelona, **Servicio de Aparato Digestivo Hospital Vall d'Hebron. Barcelona, ***Jefatura Superior de Policía de Cataluña Jefatura Superior de Policía de Cataluña. Barcelona.

Antecedentes: Mediante estudios retrospectivos se ha evidenciado una importante asociación entre los antecedentes de abuso sexual, físico o psicológico y el desarrollo de trastornos funcionales digestivos (TFD). Sin embargo, no existen estudios prospectivos que examinen esta relación en el momento en que se produce el maltrato.

Objetivo: Investigar la prevalencia de los principales TFD, dispepsia funcional y síndrome del intestino irritable, en 70 mujeres que denuncian una situación de maltrato físico y/o psicológico, y a su vez explorar el grado de malestar psicológico y su relación con la presencia de TFD.

Métodos: Durante una entrevista, entre la mujer denunciante y la asistente social, se recogió mediante un cuestionario estandarizado la información de la sintomatología digestiva, el grado de malestar psicológico y el tipo de maltrato. Los últimos datos fueron cotejados con la ficha policial. La definición de TFD se hizo de acuerdo a los criterios de Roma II.

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

Conclusión: La mayoría de las mujeres en situación de maltrato presentan dispepsia funcional y/o síndrome del intestino irritable,

además de un elevado grado de malestar psicológico, pero sólo 1/3 consultan al médico por estos síntomas. Ello tiene implicaciones tanto en la atención integral a la mujer en situación de maltrato como en la atención médica de mujeres con TFD.

DISFAGIA POSTFUNDOPLICATURA: RELACIÓN CON EL TONO Y PRESIÓN RESIDUAL DEL ESFINTER ESOFÁGICO INFERIOR

C. Amoros García, V. Sánchez Soler, V. Hernández Ramírez, M.M. Bosca Watts, L. Martí Romero, B. Herreros Martínez, M. Minguez Pérez, F. Mora Miguel y A. Benages Martínez
Servicio Gastroenterología H. Clínico Universitario. Valencia.

Hipótesis: La disfagia postfundoplicatura (Nissen), independientemente del tiempo de evolución postquirúrgica, se relaciona con un mayor tono y presión residual del esfínter esofágico inferior (EEI). **Material y métodos:** Estudio prospectivo observacional realizado durante 33 meses (10/00 a 07/03) de 234 exploraciones manometrías practicadas en 190 pacientes (90 H, 100 M), edad media \pm DS (51,5 \pm 15,2 años) sometidos a intervención antirreflujo (fundoplicatura de Nissen) y controlados en distintos tiempos postcirugía. 77 exploraciones (32,9%) a los 3 meses, 80 (34,2%) a los 12 meses y 77 (32,9%) a los 24 meses. A todos los pacientes, en cada exploración, se les realizó una encuesta sobre la presencia o ausencia de disfagia y sus características: frecuencia (leve, moderada y grave, definidas como la que se presenta ocasionalmente, más de tres días a la semana, y en todas las comidas, respectivamente) y tipo de alimentos (líquidos y/o sólidos, o ambos). En todos los pacientes se ha realizado una manometría esofágica convencional, según metodología del Grupo Español de Motilidad Digestiva; los parámetros manometrivos analizados han sido: tono del EEI (presión máxima telespiratoria promedio de cuatro registros en retirada estacionaria); presión máxima residual (promedio de cuatro registros durante la deglución de 10 ml de agua). Se ha investigado la prevalencia y características de la disfagia, tono basal y dinámica deglutoria del EEI en cada periodo de seguimiento; posteriormente se han analizado las características del EEI según la ausencia/presencia de disfagia y sus grados. Para la comparación de las variables continuas entre los grupos se ha utilizado la t de Student. Resultados. En la Tabla I se exponen los datos, según la presencia y tipo de disfagia.

	No Disfagia n = 128	Total n = 106	Leve n = 68	Moderada n = 27	Disfagia Grave n = 6	Sólidos n = 60	Líquidos n = 11	Mixta n = 35
Tono Basal (mmHg)	16,99 \pm 7,29	19,80 \pm 6,9*	19,71 \pm 7,02	20,22 \pm 7,18	19,0 \pm 4,64	20,27 \pm 7,3	18,82 \pm 3,79	19,23 \pm 7,06
Presión residual (mmHg)	2,41 \pm 4,37	4,59 \pm 5,30*	4,05 \pm 5,00	6,11 \pm 6,22	4,36 \pm 3,61	4,74 \pm 5,87	5,21 \pm 4,01	4,04 \pm 4,51

* p < 0,005 respecto exploraciones sin disfagia.

El tono basal y la presión residual del EEI son significativamente superiores en los pacientes que presentan disfagia. Al subdividir a los pacientes según la frecuencia y tipo de disfagia no encontramos diferencias significativas entre grupos.

Conclusiones: En los pacientes sometidos a fundoplicatura (Nissen) la presencia de disfagia se asocia a un tono basal y a una presión residual del esfínter esofágico inferior elevada respecto a aquellos pacientes que no presentan disfagia, sin embargo, las presiones del EEI no varían en función de la gravedad o tipo de la misma.

EFEKTOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES DE LA TERAPIA ANTIDEPRESIVA Y ANSOLÍTICA EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL IDIOPÁTICO

B. Herreros Martínez, M. Minguez Pérez, V. Sánchez Soler, V. Hernández Ramírez, C. Amoros García, A. Basagoiti Bilbao, F. Mora Miguel y A. Benages Martínez
Servicio Gastroenterología H. Clínico Universitario. Valencia.

Antecedentes: Los fármacos antidepresivos pueden exacerbar los síntomas en pacientes estreñidos, pero su influencia sobre el tránsito colónico y la percepción sensorial rectal no se conoce bien.

Objetivo: Analizar las diferencias clínicas y funcionales entre el uso de antidepresivos/benzodiacepinas en pacientes con estreñimiento crónico funcional idiopático (ECF).

Pacientes y métodos: Se evaluaron prospectivamente a pacientes con sospecha de ECF (1994-2003) y se incluyeron a aquellos con diagnóstico de ECF (criterios de Roma) y en ausencia de enfermedades sistémicas o psicológicas graves, o alteraciones estructurales. No se excluyeron los trastornos psicológicos leves (depresión reactiva leve, ansiedad). Los pacientes con inicio de los síntomas de estreñimiento posteriormente al inicio de la medicación fueron excluidos. La evaluación clínica se realizó mediante un diario de 30 días llenado por los pacientes (frecuencia defecatoria, consistencia de las heces, presencia de síntomas, uso de laxantes, uso de antidepresivos o ansiolíticos). Se estableció el umbral sensitivo rectal mediante manometría. Se consideró como patológico un umbral superior a 40 ml. La defecografía se realizó sólo a aquellos pacientes que mostraron un patrón obstructivo en la manometría, o en los que predominaban los síntomas distales. El diagnóstico de disinergeria del suelo pélvico (DSP) se estableció según los hallazgos de la manometría y defecografía (Roma II). Se realizó un tiempo de tránsito colónico (TTC). Se compararon estadísticamente, entre grupos farmacológicos, los datos del diario, el umbral sensitivo, la presencia de DSP y los resultados del TTC.

Resultados: Se evaluaron a 434 pacientes y se incluyeron en el estudio a 164 (155 M, 9 H, edad media: 40,06 \pm 16, rango: 18-75). Paradójicamente, comparado con el grupo de pacientes que no toma medicación, (n = 127), el grupo que sí toma (n = 37) mostró una menor frecuencia de TTC derecho alargado (38/127, 30% vs. 5/37, 13,5%, p < 0,05, test Chi-cuadrado) y un menor porcentaje de infrecuencia defecatoria (< 3 deposiciones por semana: 22% vs. 8%, p < 0,05, test Chi-cuadrado). No se hallaron diferencias entre estos dos grupos al analizar el resto de síntomas, el umbral sensitivo, el resultado del TTC total ni la presencia de DSP. La distribución de estudios con resultados patológicos entre los grupos terapéuticos se muestra en la tabla.

	No terapia (n = 127)	AD no selectivos (n = 10)	AD selectivos (n = 10)	Benzodiacepinas (n = 17)
Retraso TTC total	45 (35%)	3 (30%)	5 (50%)	2 (12%)
Umbral sensitivo aumentado	20 (16%)	4 (40%)	7 (70%)	9 (53%)
DSP	23 (18%)	0	2 (20%)	1 (6%)

Conclusión: En pacientes con ECF, el uso de fármacos antidepresivos/ansiolíticos no se asocia con una mayor frecuencia de síntomas ni con un retraso del tránsito colónico.

¿ES NECESARIO REALIZAR UNA EXPLORACIÓN FUNCIONAL ESOFÁGICA A LOS TRES Y DOCE MESES TRAS LA INTERVENCIÓN DE NISSEN?

C. Amoros García, V. Sánchez Soler, V. Hernández Ramírez, M.M. Bosca Watts, J. Tosca Cuquerella, B. Herreros Martínez, M. Minguez Pérez, F. Mora Miguel y A. Benages Martínez
Servicio Gastroenterología H. Clínico Universitario. Valencia.

Antecedentes: Es práctica habitual realizar controles inmediato (3 meses) y tardío (1 año) en los pacientes sometidos a cirugía antirreflujo (Nissen) para valorar la eficacia de la intervención y poner de manifiesto las posibles secuelas postoperatorias.

Hipótesis: La similitud de datos funcionales obtenidos en ambos períodos postoperatorios demostraría la escasa utilidad de una de las exploraciones.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional realizado durante 32 meses (09/00-07/03) sobre 22 pacientes (13H/7M) con edad media de 47,3 \pm 15,3 años; todos ellos se habían sometido a una intervención antirreflujo (Nissen vía laparoscópica) y se habían realizado un control funcional esofágico (manometría convencional y pHmetría ambulatoria 24 h.) a los 3 y 12 meses tras la intervención. Las variables analizadas en ambos controles han sido: longitud (cm), tono basal y presión residual deglutoria (mmHg) del es-

esfínter esofágico inferior (EEI), patrón motor esofágico (normal, peristalsis ineficaz, trastornos vigorosos), % del tiempo total con pH < 4 (límite normalidad 4%) e índice de DeMeester (normal hasta 14,72). Se ha realizado un estudio descriptivo de todas las variables en cada una de las exploraciones y se han comparado las variaciones entre ambas. Para el análisis comparativo de las variables continuas se ha utilizado la t de Student para datos apareados y para el estudio de las variables cualitativas se ha empleado el estadístico c². Se ha tomado como significatividad estadística una p < 0,05.

Resultados: En la Tabla se exponen los resultados en cada una de las exploraciones y las variaciones entre ellas de las variables continuas.

	3 meses	12 meses	Variación	P
EEI	4,52 ± 0,81	4,76 ± 1,00	- 0,23 ± 1,04	0,368
Longitud	19,64 ± 7,21	18,58 ± 4,83	1,05 ± 8,31	0,607
Tono P. residual	3,92 ± 4,18	3,58 ± 4,89	0,34 ± 6,54	0,832
Phmetría % pH < 4	4,50 ± 8,51	1,36 ± 2,45	3,13 ± 6,61	0,053
I. DeMeester	15,08 ± 21,91	4,08 ± 4,14	11,00 ± 21,60	0,045

Posteriormente se ha analizado la distribución de los pacientes por el tono basal (punto de corte 10 mmHg), % pH < 4 (punto de corte 4%) e I. DeMeester (punto de corte 14,72), observándose (estadístico c²) que no existen diferencias en cuanto al tono del EEI ni al I. DeMeester (p > 0,05), pero sí para el % tiempo con pH < 4 (dentro de la normalidad el 68,4% y 95% a los 3 y 12 meses, respectivamente, p = 0,044). En cuanto al patrón motor esofágico, no varía con el transcurso del tiempo (p = 0,730), ya que en ambas exploraciones predomina el patrón motor normal y solo aparece anomalías motoras en el 27,8% y 15,8% a los 3 y 12 meses, respectivamente. **Conclusiones:** Los datos manométricos son similares a los 3 y 12 meses, por lo que estaría indicado realizar solo una exploración tardía (12 meses). La realización de la pHmetría ambulatoria debe realizarse a los 3 y 12 meses, dados nuestros resultados.

ESTUDIO DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA MEDIANTE MANOMETRÍA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

A. Fernández Villaverde, V. Ortiz, B. Martínez, M. Ponce, N. Maroto, B. Beltrán, V. Garrigues y J. Ponce
Medicina Digestiva Hospital La Fe. Valencia.

Objetivo: Estudiar la motilidad esofágica en pacientes con obesidad mórbida.

Material y métodos: Estudio prospectivo, en el que se incluyeron, desde julio de 2001 hasta noviembre de 2003, 145 pacientes consecutivos diagnosticados de obesidad mórbida (índice de masa corporal (IMC) ≥ 40 kg/m²). El estudio manometrónico se realizó siguiendo la propuesta metodológica del GEEMD. En 131 estos pacientes se realizó una pH-metría de 24 horas. Las variables analizadas fueron: perfil presivo del esfínter esofágico inferior (EEI), comportamiento motor del cuerpo esofágico y presión del esfínter esofágico superior (EES). Los resultados se expresan en porcentaje y percentiles (P5, P50 -mediana- y P95) y se compararon con los valores de referencia nacionales (Rev Esp Enferm Dig, 1998;90:613).

Resultados: La media de edad de los 145 pacientes (mujeres 78,6%) fue de 43 años (límites 21-61) con una mediana de IMC de 49 kg/m² (límites 40-69). La mediana de la presión del EEI fue de 14 mmHg (P5:6; P95:32), siendo los valores de referencia nacionales P5:12; P50:17 y P95:30. En 24 casos se demostró hipotonía del EEI (presión < 10 mmHg) e hipertonia (> 30 mmHg) en 7. Un 5% de los pacientes tenían menos de un 80% de ondas primarias. La amplitud de las ondas de contracción (mediana) fue en los tercios superior, medio e inferior de 72 mmHg (P5:28; P95:161), 74 mmHg (P5:31; P95:162) y 125 mmHg (P5:44; P95:238), respectivamente, siendo estos valores superiores a los de referencia: 1/3 superior 45 mmHg (P5:26; P95:86), 1/3 medio 55 mmHg (P5:39; P95:108) y 1/3 inferior 75 mmHg (P5:43; P95:122). En 33 (23%) pacientes se cumplían criterios manometrómicos de peristalsis esofágica sintomática. En 7 de ellos la pHmetría fue positiva. La presión mediana del

EES fue de 64 mmHg (P5:33; P95:132), similar a los valores de referencia nacionales. No se demostró una asociación estadísticamente significativa entre el grado de IMC (puntos de corte evaluados: ≥ 45, ≥ 49 (mediana), ≥ 50, ≥ 55 y ≥ 60 kg/m²) con una mayor prevalencia de peristalsis esofágica sintomática.

Conclusión: La amplitud de las ondas de contracción del cuerpo esofágica en pacientes con obesidad mórbida es superior a la de la población española, con una elevada tasa de peristalsis esofágica sintomática. Un mayor grado de IMC no se asocia con una prevalencia superior de peristalsis esofágica sintomática en pacientes con obesidad mórbida.

EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DE LAS CAUSAS DE DIARREA CRÓNICA ACUOSA DE CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES

F. Fernández Bañares^a, M. Esteve Comas^a, M. Alsina^b, J. Casalots^c, C. Farré^d, M. Buxeda^e, M. Forné^a, J.C. Espinós^a, C. González^e, A. Salas^e y J.M. Viver^a

^aAparato Digestivo Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa,

^bBioquímica Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa,

^cAnatomía Patológica Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa,

^dBioquímica Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues,

^eCTD CTD. Terrassa.

La diarrea crónica acuosa puede ser producida por muchas enfermedades indistinguibles por historia de la diarrea funcional o del SII con predominio de diarrea, que deben excluirse mediante pruebas diagnósticas específicas. Las pruebas para descartar malabsorción de ácidos biliares (MAB) o de azúcares (MAZ), aunque aconsejadas no se realizan rutinariamente. Además, se ha sugerido que algunos de estos pacientes pueden tener celiaquía latente/potencial (EC).

Objetivo: Valorar la presencia de EC, MAB y/o MAZ en una serie consecutiva de pacientes con diarrea crónica acuosa de origen previamente no aclarado y que cumple los criterios de Roma II de enfermedad funcional.

Métodos: Se incluyen 23 pacientes (2H, 21M; edad: 49,6 ± 3,3) con analítica (incluye proteína C reactiva, TSH, aCs. antiendomisio -AEA- y antitransglutaminas séricos -AtTG- e IgA), estudio de parásitos en heces, y colonoscopia total con biopsias múltiples del colon normales. 13 cumplían criterios de diarrea funcional y 10 de SII con predominio de diarrea. La duración de la diarrea fue de 12 (IQ, 6 a 72) meses. En todos se realizó: 1) Determinación de genotipo HLA-DQ2 mediante PCR, 2) En los casos DQ2+, biopsia endoscópica de DII/DIII para histopatología y para cultivo de mucosa. Se valoró el nº de linfocitos intraepiteliales (LIEs) (N < 5 x 20 céls epiteliales) y la arquitectura de las vellosidades. Se evaluaron los AEA (IFI) y AtTG (ELISA) en el sobrenadante del cultivo de mucosa, 3) Test de SeHCAT (N > 10% al 7º día), 4) Tránsito de intestino delgado; y 5) Test de aliento de H2 si las anteriores eran normales. Se administró dieta sin gluten o sin azúcares, o colestiramina según los resultados.

Resultados: 8 pacientes fueron DQ2+. Se diagnosticaron 3 (13%) EC (Aumento de LIEs sin atrofia; 2 con AEA+, 1 con AtTG+ en el sobrenadante); 16 MAB; 9 MAZ (6 lactosa, 2 fructosa+sorbitol, 1 ambos). Se consideró la MAB como la causa de la diarrea en 13 (57%) pacientes, y la MAZ en 3 (13%). Cuatro (17%) casos fueron catalogados de diarrea funcional/SII al ser todas las pruebas normales o no responder al tratamiento específico. La diarrea cedió con el tratamiento específico en 17 pacientes con una disminución del nº deposiciones/día de 5,8 ± 0,6 a 1,5 ± 0,2 (p < 0,0005), sin aparición de recidiva tras una mediana de seguimiento de 30 (IQ, 5-38) meses. 2 pacientes están pendientes de evolución clínica.

Conclusiones: El diagnóstico de enfermedad funcional en pacientes con diarrea crónica acuosa debe de hacerse con cautela ya que en la mayoría de los casos existe una causa orgánica que la justifica. La EC latente/potencial, que se presenta en forma de enteritis linfocitaria sensible al gluten, es una causa de diarrea crónica acuosa previamente no considerada. Estos resultados deben confirmarse en series más largas.

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA OBESIDAD MÓRBIDA Y LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)?

V. Ortiz, B. Martínez, A. Fernández Villaverde, M. Ponce, N. Maroto, B. Beltrán, V. Garrigues y J. Ponce
Medicina Digestiva Hospital La Fe. Valencia.

Objetivo: Evaluar la prevalencia y la relación existente entre la obesidad mórbida y la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Material y métodos: Estudio prospectivo, en el que se incluyeron, desde julio de 2001 hasta noviembre de 2003, 145 pacientes consecutivos diagnosticados de obesidad mórbida (Índice de masa corporal (IMC) $\geq 40 \text{ kg/m}^2$). El estudio incluyó la realización de manometría esofágica, pH-metría ambulatoria de 24 horas, endoscopia digestiva alta y se les administró un cuestionario para evaluar la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, su duración y su frecuencia. El criterio clínico para definir la ERGE fue la presencia de ≥ 2 episodios de pirosis/semana.

Resultados: La media de edad de los 145 pacientes (mujeres 78,6%) fue de 43 años (límites 21-61) con una mediana de IMC de 49 kg/m^2 (límites 40-69). La prevalencia de ERGE evaluada por criterios clínicos y/o objetivos (esofagitis y/o pH-metría positiva) fue del 56,6% (69 de 122 pacientes con estudio completo). En 32 casos (22%) existían criterios clínicos de ERGE. Esta tasa es superior a la de la población española, cifrada en un 15,6% (estudio IBERGE-2002). En 67/131 pacientes (51%), la pH-metría fue positiva y en 19/131 (14,5%) se demostró esofagitis (6 grado A de Los Angeles, 12 grado B y 1 grado C). Treinta pacientes (20,7%) refirieron regurgitación ácida. No se demostró una asociación estadísticamente significativa entre el grado de obesidad mórbida (puntos de corte evaluados: ≥ 45 , ≥ 49 (mediana), ≥ 50 , ≥ 55 y $\geq 60 \text{ kg/m}^2$) con una mayor prevalencia de síntomas y/o datos objetivos de ERGE.

Conclusión: La prevalencia de ERGE pacientes con obesidad mórbida es elevada. En la mayoría de los casos el diagnóstico se realizó en ausencia de clínica de ERGE lo que sugiere una hipersensibilidad esofágica al ácido en los pacientes con obesidad mórbida. Un mayor grado de IMC no se asocia con una prevalencia superior de ERGE en estos pacientes.

INDICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL TIEMPO DE TRÁNSITO COLÓNICO EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL IDIOPÁTICO

B. Herreros Martínez, M. Minguez Pérez, V. Sánchez Soler, V. Hernández Ramírez, C. Amorós García, A. Basagoiti Bilbao, F. Mora Miguel y A. Benages Martínez
Servicio Gastroenterología H. Clínico Universitario. Valencia.

Antecedentes: El retraso del tiempo de tránsito colónico (TTC) es un hallazgo importante en pacientes con estreñimiento crónico funcional idiopático (ECF), pero su correlación con otros parámetros clínicos/funcionales/sensoriales no se halla bien establecida.

Objetivo: Analizar la relación que existe entre el TTC y otros parámetros clínicos/funcionales/sensoriales en el ECF, para establecer la indicación de este estudio en la práctica clínica.

Pacientes y métodos: Se evaluaron prospectivamente a pacientes con sospecha de ECF (1994-2003) y se incluyeron a aquellos con diagnóstico de ECF (criterios de Roma) y en ausencia de enfermedades sistémicas o psicológicas graves, o alteraciones estructurales. Los pacientes incluidos en el estudio llenaron un diario clínico de 30 días en el que se registró la frecuencia defecatoria, consistencia de las heces, presencia de síntomas y uso de laxantes. Se determinó el umbral sensitivo rectal mediante manometría y se consideró como patológico un umbral superior a 40 ml. La defecografía se realizó sólo a aquellos pacientes que mostraron un patrón obstructivo en la manometría, o en los que predominaban los síntomas distales. El diagnóstico de disinergia del suelo pélvico (DSP) se estableció según los hallazgos de la manometría y defecografía (Roma II). Se establecieron dos grupos de estudio según los resul-

tados del TTC (normal/alargado). Se compararon estadísticamente, entre grupos, los datos del diario, el umbral sensitivo rectal y la presencia de DSP.

Resultados: Se evaluaron a 434 pacientes y se incluyeron a 140 (134M y 6H, edad media: 41,13 \pm 16, rango: 18-75). Se detectó un umbral sensitivo elevado en 80 pacientes, y DSP en 24. 44 pacientes mostraron un TTC total alargado. Este grupo, en comparación con el grupo con TTC normal, mostró con mayor frecuencia un umbral patológico (33/44, 75% vs. 47/96, 49% $p = 0,004$, test Chi-Cuadrado). Según el diario, el grupo con TTC patológico mostró un porcentaje más elevado de días sin deposiciones (40/44, 91% vs. 63/96, 65,6% con $> 25\%$ de los días sin deposiciones, $p = 0,001$, test Chi-cuadrado). Según el análisis de regresión logística, las variables que se asociaron con un retraso del TTC fueron el umbral sensitivo aumentado (OR = 2,9) y la infrecuencia defecatoria (OR 4,9) ($p < 0,05$). No se hallaron diferencias entre grupos al analizar otros síntomas, uso de laxantes o presencia de DSP. Además, se analizó conjuntamente la presencia de umbral sensitivo normal y baja frecuencia de días sin deposiciones ($< 25\%$): todos los pacientes con esta asociación (19) y sólo 44/121 sin ella, mostraron un TTC normal. ($p = 0,002$, test Chi-cuadrado).

Conclusión: El enlentecimiento del TTC se asocia con un incremento del umbral sensitivo rectal y a una infrecuencia defecatoria en el ECF. Los pacientes estreñidos sin infrecuencia defecatoria y que muestran un umbral sensitivo rectal normal no necesitan la realización del TTC.

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

A. Perelló, M. Perona, E. Barthe, C. Puigdellivol, A. Balboa y F. Mearin

Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos Centro Médico Teknon. Barcelona.

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

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

Métodos: Mediante un barostato electrónico se determinó el tono y la complianza rectal así como los umbrales perceptivos antes y durante una relajación sistémica en 12 voluntarios sanos (8 mujeres). El grado de relajación se evaluó de forma continua mediante el registro de la frecuencia cardiaca y la conductancia cutánea.

Resultados: Durante la relajación sistémica, comprobada en todos los participantes por la disminución de la frecuencia cardiaca y la conductancia cutánea, se observó un aumento significativo del volumen de la bolsa intrarectal, reflejando una disminución del tono visceral. Todos los umbrales sensitivos aumentaron de forma significativa. La complianza no mostró cambios (Tabla).

Medias \pm DE	Pre-relajación	Durante relajación	p
Frecuencia cardiaca (ppm)	79,2 \pm 17,6	61,0 \pm 6,6	< 0,005
Conductancia cutánea (nhos)	7,3 \pm 3,3	3,1 \pm 2,2	< 0,005
Complianza (ml/mmHg)	7,5 \pm 2,7	7,8 \pm 2,6	Ns
Tono (ml)	60,0 \pm 12,5	78,7 \pm 19,3	0,02
Umbral 1 ^a percepción (mmHg)	9,3 \pm 4,9	13,0 \pm 3,0	0,05
Umbral de urgencia (mmHg)	23,3 \pm 7,9	29,2 \pm 7,7	0,02
Umbral de molestia (mmHg)	25,0 \pm 7,2	30,3 \pm 7,3	0,03
Máximo tolerable (mmHg)	29,5 \pm 6,3	35,6 \pm 7,3	0,02

Conclusión: Por primera vez hemos demostrado que con la relajación sistémica asistida mediante biofeedback se consigue disminuir el tono rectal y la percepción a la distensión en voluntarios sanos. Estos resultados, y su posible importancia clínica, deben ser comprobados en pacientes con SII.

RELACIÓN DE LA POSICIÓN DE LOS ESFÍNTERES ESOFÁGICOS CON LA ALTURA CORPORAL EN SUJETOS SANOS

A. Ruiz de León

Servicio de Aparato Digestivo Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Grupo Español para el Estudio de la Motilidad Digestiva (GEMD).

Introducción: La determinación de la localización de los esfínteres esofágicos tiene particular interés en la realización de algunos estudios funcionales principalmente aquellas situaciones en las que no se dispone de manometría o endoscopia y es necesario realizar un estudio de pHmetría.

Objetivos: Establecer si existe relación entre la talla corporal y la situación en la que son localizados los esfínteres esofágicos por manometría, en un grupo de sujetos sanos.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, en el que se han estudiado un grupo de 123 sujetos sanos, (58 hombres y 65 mujeres), sin síntomas digestivos ni obesidad, con una media de edad de 29 años, (rango 18 - 72 años). En todos ellos se realizó una manometría esofágica con técnica de perfusión continua y retirada estacionaria. Se midió la distancia desde el orificio nasal externo al borde superior del EEI y al borde inferior del EES. Se estudió la correlación entre la talla individual y la distancia nostril-esfínteres.

Resultados: La talla presenta una media de 170 cm. (rango 148-193). El borde inferior del EES se situó a 21 cm., rango 12-26). El borde superior del EEI se situó a 41,5 cm. Rango 35-51). Los resultados muestran una clara relación entre la talla y la localización de ambos esfínteres ($p < 0,0001$), permitiendo la formulación de las siguientes ecuaciones:

$$EES = 0,78 + (0,114 \times \text{altura}).$$

$$EEI = 2,89 + (0,23 \times \text{altura}).$$

Conclusión: Existe una correlación directa entre la talla y la situación de los esfínteres esofágicos determinable mediante ecuaciones sencillas.

RELACIÓN ENTRE IMPRESIÓN ENDOSCÓPICA Y HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN EL ESÓFAGO DE BARRETT

B. Velyas Jiménez, L. del Olmo Martínez, L. Fernández Salazar, F. de la Calle Valverde, T. Arranz Santos, R. Aller de la Fuente y J.M. González Hernández

Servicio de Aparato Digestivo Hospital Clínico de Valladolid. Valladolid.

Introducción: La asociación del esófago de Barrett (EB) con adenocarcinoma ha llevado a aumentar los esfuerzos para su establecimiento de la forma más rápida y sencilla posible.

Aunque su diagnóstico cierto requiere una biopsia compatible, una correcta aproximación endoscópica puede evitar la sobrecarga del exceso de toma de muestras.

Así, hemos estudiado la relación entre los hallazgos endoscópicos y anatómico-patológicos del EB en nuestro medio.

Material y métodos: Durante 11 meses se revisaron los 101 enfermos que presentaban una gastroscopia con alteración en esófago distal que, en mayor o menor medida, podía ser catalogada como EB. Dentro del grupo de enfermos biopsiados, se registró la longitud del probable EB, estableciendo los aciertos diagnósticos y su relación con el tamaño de la lesión endoscópica.

Resultados: El 6% de las gastroscopias diagnósticas no urgentes (101 de un total de 1637) admitían la posibilidad de EB (73,3% varones, con un 67,4% de enfermos > 50 años).

Se obtuvo un correcto protocolo de toma de muestras en 50 de ellos. En los otros 51 (66,6% varones, 70,5 > 50 años) no se consideró histología por diversas razones: impresión endoscópica de baja probabilidad, biopsia insuficiente, mala tolerancia, edades extremas, etc. En este grupo, el 70,5% presentaba una transición esofagogastrica < 1 cm; en sólo el 1,9% era mayor-igual a 3 cm. De los 50 enfermos con EB endoscópico biopsiados, éste se confirmó en el 64% (32/50, 84,4% varones, 65,6% > 50 años, 88% sin displasia, 3% con displasia leve, 6% moderada, 3% severa). Más de la mitad (53,1%, 17/32) presentaban una longitud afecta mayor-igual a 3 cm, el 25% (8/32) de entre 1-3 cm y el 21,9% < 1 cm. Dentro de los 18

enfermos en los que no se objetivo EB en las tomas histológicas (72,2% varones, 61,1% > 50 años), sólo el 11,1% tenía una longitud mayor-igual a 3 cm., el 27,8% de 1-3 cm y el 61,1% < 1 cm. Valmando los enfermos biopsiados según los cm. patológicos, presentaron EB histológico el 89,5% (17/18) de los que tenían alteración mayor-igual a 3 cm., el 61,5% (8/13) si se situaba entre 1-3 cm. y el 38,9% (7/18) si era < 1 cm.

Conclusiones: El porcentaje de EB hallado en la endoscopia de rutina en nuestro medio se sitúa levemente por encima del de otras series: 2% vs. 1,4 - 1,6%. Es una patología más frecuente en varones, con una no desdenable proporción de enfermos con edades menores-iguales a 50 años. El valor predictivo global de la gastroscopia para el EB es del 64%, alcanzando el 89,5% para afectaciones mayores-iguales a 3 cm; aunque esto no es en absoluto suficiente para confiar a esta técnica valor diagnóstico, su perfeccionamiento material y humano sí podría ayudar a discriminar los casos a biopsiar.

Enfermedad inflamatoria intestinal: Colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn: Epidemiología, patogenia y diagnóstico

ALTERACIONES EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA (DMO) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

G. Vidal*, M. Barrachina*, J.M. Paredes Arquiola*,

J.J. Alegre**, C. Fernández**, J. Román** y E. Moreno-Osset*

*Medicina Digestiva Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia,

**Reumatología Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: La osteoporosis es una enfermedad sistémica caracterizada por una reducción de la masa ósea y un incremento consecuente del riesgo de padecer fracturas. Existen diversas enfermedades digestivas con mayor riesgo de osteoporosis, entre ellas se encuentra la EII.

Objetivo: Analizar la prevalencia de alteraciones de la DMO (osteopenia y osteoporosis) y de fracturas óseas en pacientes con EII.

Pacientes y métodos: Entre diciembre de 2001 y junio de 2002 se han estudiado proyectivamente 107 pacientes diagnosticados de EII (44 mujeres/63 hombres con edad media $36,98 \pm 1,18$ años; colitis ulcerosa -CU- 27 pacientes y enfermedad de Crohn -EC- 80 pacientes). A todos los pacientes se les realizó estudio de la DMO con densímetro PIXI (Lunar) sobre el calcáneo izquierdo. Los resultados de la densitometría se categorizaron, según las recomendaciones del fabricante, como normal si t-score $> -0,6$, osteopenia si t-score $\leq -0,6$ y osteoporosis si t-score $\leq -1,6$. Se valoró la presencia de fracturas vertebrales mediante radiografía de columna dorsal y lumbar que se analizó utilizando el índice semicuantitativo de Genant-Woo.

Resultados: La densitometría fue normal en 55 (51,4%) pacientes y patológica en 52 (48,6%) pacientes; entre estos últimos, 30 (28%) pacientes presentaron osteopenia y 22 (20,6%) pacientes presentaron osteoporosis. Las alteraciones de la DMO fueron significativamente ($p = 0,02$) más elevadas en la EC complicada (estenosante y/o fistulizante) que en la CU y en la EC no complicada. La existencia de antecedentes de fracturas óseas fue referida por 22 (20,6%) pacientes pero en sólo 2 (1,9%) pacientes se detectaron fracturas radiológicas.

Conclusiones: En nuestra serie con EII la prevalencia de masa ósea disminuida (osteopenia y osteoporosis) es elevada, sobre todo en pacientes con EC complicada. No obstante, la prevalencia de fracturas vertebrales es baja posiblemente por tratarse de pacientes jóvenes. El despistaje precoz de alteraciones de la densidad ósea en pacientes con EII podría reducir la incidencia de fracturas futuras en este grupo de pacientes.