

definitivo. Su uso depende de las indicaciones, siendo los marcadores no epiteliales los más frecuentemente utilizados en nuestra serie para poder diagnosticar las lesiones subepiteliales.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.016

Enfermedad inflamatoria intestinal

ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA PERCEPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN LA ENFERMEDAD DE CROHN (CPDEC)

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

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

^bServicio de Digestivo, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

^cCIBERhed, Instituto Carlos III

^dServicio de Epidemiología, Corporació Sanitària Parc Tauli

Actualmente, no hay ningún instrumento para medir de una forma uniforme el grado de discapacidad percibida en la enfermedad de Crohn (EC).

Objetivo: Elaborar y validar un cuestionario para cuantificar la discapacidad percibida por el paciente.

Material y métodos: 1) *Fase de elaboración:* Se desarrolló un cuestionario inicial de 50 preguntas, consultando con expertos clínicos en EC, entrevistando a un grupo reducido de pacientes y consultando las sentencias legales sobre discapacidad en la EC. Se administró a 106 pacientes con EC (48 hombres y 58 mujeres; edad 35,3±9). Localización de la EC: 31,3% ileon terminal, 27,7% colon y 34% ileocolica. Las preguntas se seleccionaron según el análisis factorial quedando un cuestionario de discapacidad (CPDEC) de 16 preguntas (rango de puntuación entre 16 y 64 puntos). 2) *Fase de validación.* Se incluyeron 108 pacientes con EC, (52 hombres y 56 mujeres; edad de inicio 34,9±9. Localización: 43,5% ileon terminal, 22,2% colon y 32,4% ileocolica. La actividad de la EC se valoró mediante el índice de Harvey-Bradshaw. Los pacientes rellenaron el CPDEC, el cuestionario reducido de calidad de vida en la EC (IBDQ-9) y el cuestionario de calidad de vida genérico Euroqol-5D (que incluye una tarifa de preferencias y una escala visual analógica-EVA). Con todos los datos se midieron las propiedades psicométricas del cuestionario: validez convergente, validez divergente y fiabilidad. La validez convergente valora si el cuestionario mide lo que se pretende medir. La validez discriminante determina si el cuestionario distingue entre dos subgrupos de pacientes (pacientes con EC activa vs EC inactiva). Asimismo, se midió la fiabilidad test-retest administrando el cuestionario dos veces separadas en quince días, si no había cambios clínicos en dicho período. Se calculó también la correlación intraclase y el alfa de Cronbach.

Resultados: *Fase de validación. Validez convergente:* La correlación de Spearman entre el CPDEC y el IBDQ-9 fue de 0,76 ($p<0,001$), con la actividad clínica de 0,60 ($p<0,01$), con el Euroqol-5D de 0,53 ($p<0,01$) y con el EVA $r=0,48$ ($p<0,01$). *Validez discriminante:* La actividad clínica se correlaciona con el CPDEC de forma significativa. *Fiabilidad test-retest:* La correlación obtenida entre el primer CPDEC y el segundo es de $r=0,79$ ($p<0,01$). *Correlación intra-clase:* 0.89. *Alfa de Cronbach:* 0.9.

Conclusión: El CPDEC es un cuestionario válido y fiable para evaluar la percepción de discapacidad en la EC.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.017

ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL PARA EVALUAR LA INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN LA EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B Y C EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

C. Loras^a, L. Bujanda^b, M. Mínguez^c, C. Saro^d, M. Andreu^e,
J.P. Gisbert^f, J. Barrio^g, E. Domenech^h, O. Merinoⁱ, A. Abad^j,
I. Ordas^k, F. Gonzalez-Huix^l, G. Bastida^m, M. Piquerasⁿ,
A. Gutierrez^o, X. Calvet^p, D. Ginard^q, M. Torres^r, F. Fernandez-Bañares^a, J.M. Viver^a, M. Esteve^a

^aHospital Mútua de Terrassa

^bHospital de Donostia

^cHospital Clínico Universitario de Valencia

^dHospital de Cabueñes

^eHospital del Mar

^fHospital de la Princesa

^gHospital Universitario Río Ortega

^hHospital Germans Trias i Pujol

ⁱHospital de Cruces

^jHospital de Viladecans

^kHospital Clínic de Barcelona

^lHospital Josep Trueta

^mHospital Universitario la Fe

ⁿHospital de Terrassa

^oHospital General de Alicante

^pHospital Parc Tauli

^qHospital de Son Dureta

^rHospital de l'Esperit Sant

Introducción: Los inmunosupresores pueden aumentar la replicación viral con exacerbación de la hepatitis B (VHB) y C (VHC). Existe escasa información con respecto a la influencia del tratamiento inmunosupresor en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) e infección viral simultánea. En pacientes hematológicos sometidos a terapia antineoplásica, se demuestra reactivación por el VHB que oscila del 14-78%, con un alto porcentaje de hepatitis fulminante (50% mortalidad), siendo la reactivación por el VHC menos frecuente.

Objetivo: Evaluar la influencia del tratamiento inmunosupresor en la evolución de la infección por el VHB y C en pacientes con EII.

Métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo que incluye todos los pacientes con EII e infección por el VHB y/o VHC actual o pasada y que hayan recibido tratamiento inmunosupresor en 18 hospitales españoles. Se recopila información sobre el tipo y periodo de uso de los inmunosupresores utilizados y se evalúa la función hepática y marcadores virales pre, durante y postratamiento. Los datos se introducen en una base electrónica (www.repentina.com), finalizando el reclutamiento el 31 marzo 2009.

Resultados: En el momento del envío del resumen, disponemos de datos de los marcadores virales de 77 pacientes; 43 de los cuales con serología positiva para el VHB y 39 para el VHC. Cinco de estos tenían marcadores de ambas infecciones (antiHBc+AcVHC). En la tabla se muestra la evolución de la infección de los pacientes HBsAg y RNA-VHC positivos, en relación con la inmunosupresión.

	Casos	Reactivación	No reactivación	Datos incompletos
VHB (HBsAg)	13	53,8% (7/13)	46,1% (6/13)	0% (0/13)
VHC (RNA)	23	8,7% (2/23)	52,2% (12/23)	39,1% (9/23)

La reactivación del VHB se observó en la mayoría de los casos con la utilización simultánea de 2 inmunosupresores (azatioprina+infliximab o esteroides), y se acompañó de insuficiencia hepática grave en 5 de 7 casos (71%). En 1 paciente con marcadores de infección pasada por VHB (antiHBC+antiHBs) y tratado con infliximab+azatioprina se detectó DNAHB en dos ocasiones sin evidencia de reactivación.

Conclusiones: 1) Igual como se ha descrito en otras situaciones de inmunosupresión, la reactivación del VHB (HBsAg positivo) es mucho más frecuente y grave que con el VHC. 2) La mayoría de las reactivaciones del VHB se producen con la administración de 2 inmunosupresores simultáneos. 3) Los pacientes con marcadores de infección pasada por VHB deben ser controlados de forma estricta por la posibilidad de infección oculta.

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.01.018

EXPRESIÓN DEL SISTEMA ENDOCANNABINOIDE EN TEJIDO COLÓNICO HUMANO: UN POTENCIAL PAPEL PROTECTOR EN LA COLITIS ULCEROSA

L. Márquez^a, J. Suárez^b, M. Iglesias^c, X. Bessa^a, F. Bermúdez-Silva^b, F. Rodríguez^b, M. Andreu^a

^aServicio de Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona

^bLaboratorio de Medicina Regenerativa, Fundación IMABIS, Málaga

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital del Mar, Barcelona

Introducción: El sistema endocannabinoide está implicado en la regulación de la motilidad e inflamación gastrointestinal. Se desconoce su papel en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

Material y métodos: Se realizó Western-Blot y análisis inmunohistoquímico para identificar los receptores CB1 y CB2 y los enzimas de síntesis e inactivación, en pancolitis: en el debut de la enfermedad (sin tratamiento previo) y tras alcanzar la remisión. Se compararon estos resultados con tejido colónico normal. Se estudiaron 24 pacientes con un primer brote de pancolitis ulcerosa (por criterios clínicos, endoscópicos e histopatológicos). En cada paciente se obtuvieron biopsias de mucosa rectal en la primera colonoscopia, antes de iniciar cualquier tratamiento, y tras alcanzar la remisión clínica y endoscópica. Se analizaron también 22 biopsias rectales de mucosa de colon normal.

Resultados: El Western-Blot y el análisis inmunohistoquímico mostraron la presencia del sistema endocannabinoide en el tejido colónico, pero se observaron diferencias en cuanto a su distribución en mucosa, lámina propia, músculo liso y plexo mientérico. La cuantificación de la inmunoreactividad de cada componente del sistema endocannabinoide mostró: en el grupo del brote agudo un aumento significativo del receptor CB2 y de los componentes de la vía 2-AG (DAGLalfa y MAGL) en colitis leves y moderadas (Truelove-Witts score) en comparación con tejido normal ($p < 0,05$). Por el contrario, NAPE-PLD disminuía de forma significativa en el grupo del brote agudo en pancolitis moderadas y severas. En la inmunoreactividad del resto de los componentes del sistema endocannabinoide no se hallaron diferencias significativas. En el grupo en fase quiescente observamos una recuperación de la expresión de receptores CB2, DAGLalfa y NAPE-PLD, fundamentalmente en aquellos pacientes tratados con 5-ASA y 5-ASA y corticoides. Además, la inmunoreactividad de los receptores CB1 está significativamente disminuida en el grupo quiescente. Con respecto a la lámina propia, en el grupo en fase aguda se observó un aumento significativo de los enzimas de inactivación (FAAH y MAGL)

comparado con tejido normal ($p < 0,001$), recuperándose los niveles normales en la fase quiescente ($p < 0,001$).

Conclusión: Estos resultados indican que el receptor endocannabinoide CB2, a través de la activación de la vía de 2-AG, podría suponer un sistema de frenado de los mecanismos fisiopatológicos de la Colitis Ulcerosa. Estos resultados sugieren que algunos fármacos que tengan como diana el sistema endocannabinoide podrían ser útiles para el tratamiento de la EII.

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.01.019

INCIDENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA DE LARGA EVOLUCIÓN

J. Gordillo^a, Y. Zabana^b, E. Garcia-Planella^a, M. Mañosa^b, M. Concepción^a, J. Boix^b, S. Sáinz^a, I. Ojanguren^b, F.J. Sancho^a, E. Cabré^b, C. Guarner^a, E. Domènech^b

^aHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) presenta una incidencia de cáncer colorrectal (CCR) aumentada, recomendándose el cribado endoscópico según extensión y tiempo de evolución de la enfermedad. Se dispone de escasos datos al respecto en el área mediterránea y algunos estudios recientes sugieren una reducción en el riesgo de CCR/displasia en CU en los últimos años.

Objetivos: Evaluar la incidencia de CCR, displasia, y adenomas cólicos, así como los factores de riesgo asociados, en pacientes con CU de larga evolución.

Pacientes y métodos: Todos los pacientes con CU de > 10 años (CU extensa) o > 15 años (CU distal) controlados en 2 centros terciarios y de los que se disponía de al menos de una colonoscopia (CS) específicamente solicitada para cribado, fueron identificados de las respectivas bases de datos. Se registraron los resultados de cada CS y de las biopsias de colon, así como los factores de riesgo para adenoma, CCR y displasia, los datos clínicos y de tratamiento. Se excluyeron aquellos pacientes específicamente derivados por hallazgo de displasia y aquellos con proctitis sin progresión proximal posterior.

Resultados: Se incluyeron 215 pacientes (50% hombres) con media de edad al diagnóstico de la CU de 34 ± 13 años. La extensión de la CU al diagnóstico fue 24% proctitis, 43% izquierda y 33% extensa. El 10% de los pacientes presentaban antecedente familiar de EII y el 7% de CCR. Un 2% de los pacientes presentaban colangitis esclerosante primaria concomitante. El tiempo medio de evolución hasta el fin de seguimiento fue de 21 ± 7 años, durante el cual el 72% de los pacientes presentó progresión proximal de la CU. Se realizaron un total de 608 CS (mediana por paciente 2, IIQ: 1-4), realizándose la primera CS de cribado tras una media de 186 ± 58 meses desde el diagnóstico y explorándose hasta ciego o colon ascendente en el 84% de ellas. Se detectaron 9 casos de displasia (6 de bajo grado, 3 displasia moderada) y ningún caso de CCR. Sólo 3 de ellos habían requerido inmunosupresores. En 8 de los 9 pacientes se disponía de CS posteriores al primer hallazgo de displasia, confirmándose displasia sólo en 1 caso. La probabilidad acumulada de desarrollar displasia fue del 0%, 2,8% y 11,5% a los 10, 20 y 30 años. No se hallaron factores asociados a un mayor riesgo de displasia. Se hallaron pólipos adenomatosos en el 15% de los pacientes durante el seguimiento. Sorprendentemente, el hallazgo de pólipos se asoció a un mayor uso de 5ASA ($p < 0,0001$), menor uso de tiopurinas ($p = 0,033$) y un menor número de cursos de esteroides ($p = 0,036$).