

Resultados: Los anticuerpos anti-MICA se detectaron en el 42% de los pacientes con EC y únicamente en el 3% de los controles sanos ($p < 0,001$). Estos fueron más prevalentes en niños, que en adultos ($p < 0,01$). La DSG produjo una negativización de los anti-MICA, en el 74,2% de los pacientes analizados. Cincuenta y siete pacientes celíacos (17,6%) tenían una EAI asociada. Se encontró un riesgo aumentado de presentar una EAI asociada, entre los pacientes celíacos que eran anti-MICA (+) (73,7%), comparados con los que eran anti-MICA (–) (27,4%), ($p < 0,001$). De forma sorprendente, la asociación de EAI con la presencia de anti-MICA, fue algo más frecuente en los celíacos infantiles que en los adultos, sin alcanzar diferencias significativas (90,9% vs 69,6%).

Conclusiones: Encontramos que la presencia de autoanticuerpos anti-MICA, además de un largo periodo de exposición al gluten especialmente en adultos, es un factor importante que de forma independiente, influye de forma importante en el desarrollo y aparición de EAI, especialmente en niños.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.024

UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE ENFERMEDAD CELÍACA AJUSTADO POR EDAD Y SEXO A LA POBLACIÓN DE REFERENCIA SUGIERE UNA ALTA FRECUENCIA DE EVOLUCIÓN HACIA LA LATENCIA

M. Mariné^a, C. Farré^b, M. Alsina^c, P. Vilar^b, M. Cortijo^d, A. Salas^a, F. Fernández-Bañares^a, M. Rosinach^a, R. Santaolalla^a, C. Loras^a, T. Marquès^b, V. Cusi^b, M. Hernández^b, A. Carrasco^a, J.M. Viver^a, M. Esteve^a

^aServicios de Aparato Digestivo y Anatomía Patológica del Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa

^bServicios de Bioquímica, Anatomía Patológica y Pediatría del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

^cDepartamento de Inmunología, Catlab, Fundación Mútua de Terrassa, Terrassa

^dServicio de Medicina del Trabajo y Prevención Egarsat, Fundación Mútua de Terrassa, Terrassa

Introducción: Dos estudios epidemiológicos de enfermedad celíaca (ec) realizados en España, incluyendo población pediátrica o adulta muestran una prevalencia cuatro veces menor en el grupo de adultos. Este es un hallazgo inesperado si asumimos que la intolerancia al gluten es permanente. Si esto se confirmara podría sugerir una posible evolución hacia la latencia.

Objetivo: Valorar si existe una prevalencia diferente de ec relacionada con la edad.

Métodos: Se reclutaron consecutivamente 4230 individuos de 1–90 años en el departamento de prevención de salud laboral y servicios de cirugía menor ambulatoria de los 2 centros participantes. Esta muestra se ajustó por edad y sexo a la pirámide poblacional de Cataluña, y el tamaño se calculó asumiendo una prevalencia 1:250 ($\alpha = 0,05$; $\delta = 0,25$). Se interrogó a todos los participantes por diagnóstico previo de ec o por ingesta de dietas restrictivas. Se extrajeron analíticas de sangre incluyendo anticuerpos antitransglutaminasa (t-tg; elisa) y antiendomio (ema; ifi). Cuando ema y/o t-tg (> 8 u/ml) era positivo, se propuso estudio genético hla dq2/dq8 y biopsia duodenal. Las diferencias entre grupos se compararon con el test de chi-cuadrado.

Resultados: No se detectó ningún caso previo de ec. La prevalencia serológica global fue de 1:212. Se observó un descenso relacionado con la edad: 1–14 años prevalencia de 1:98 ($n = 780$); 15–39 años, 1:192 ($n = 1536$) y ≥ 40 años, 1:478 ($n = 1914$) ($p = 0,006$). La tasa hembras/varones fue de 2:1. La presencia de ec se confirmó histológicamente en 17 de los 20 pacientes

identificados serológicamente: 15marsh iii, 2marsh i, 1marsh 0 y 2 no aceptaron biopsia. Quince de los 20 eran dq2+, 3dq2/dq8– y de dos no disponemos de estudio genético.

Conclusiones: La prevalencia de ec en la infancia es cinco veces superior que en la edad adulta. La caída progresiva de la prevalencia sugiere que la evolución hacia la posible latencia es más frecuente de lo que se pensaba y podría afectar hasta la mitad de los individuos que padecen de ec inaparente.

Este estudio ha estado financiado por phadia y “fundació banc de sabadell” (barcelona).

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.025

Esófago-estómago-duodeno; trastornos funcionales digestivos

¿ES FRECUENTE EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO TRAS LA DILATACIÓN NEUMÁTICA EFICAZ EN PACIENTES CON ACALASIA?

M. Rodríguez-Soler, C. Álvarez, V. Ortiz, V. Garrigues, J. Ponce

Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitari La Fe, Valencia, CIBERehd

Objetivo: Evaluar en pacientes con acalasia la incidencia de reflujo gastroesofágico tras dilatación neumática (DN) eficaz y determinar los factores asociados a su aparición.

Métodos: Evaluación prospectiva de la aparición de pirosis y de esofagitis endoscópica en pacientes con acalasia esofágica tratados mediante DN. Los pacientes se evaluaron entre 1 y 3 meses tras la DN y anualmente con posterioridad. El tratamiento se consideró eficaz en los pacientes que se encontraban asintomáticos o con síntomas sin interferencia en las actividades cotidianas, un año tras la última DN. Las medidas de frecuencia utilizadas fueron la incidencia acumulada (IA) y la tasa de incidencia (TI) para la pirosis y la IA para la esofagitis. Las medidas de asociación fueron la regresión de Cox para el tiempo de aparición de la pirosis tras la DN; y la regresión logística para la presencia de esofagitis. Los factores independientes evaluados fueron: sexo; edad; presencia de dolor torácico, pérdida de peso, regurgitación y pirosis antes de la DN; tiempo de evolución de la enfermedad; número de DN necesarias para conseguir la eficacia; tono del esfínter esofágico inferior (EEI) antes de la DN; tono del EEI uno a tres meses tras la DN; y presencia de pirosis tras la DN (sólo para la asociación con la aparición de esofagitis).

Resultados: Se valoraron 343 pacientes tratados mediante DN y seguidos con posterioridad. En 230 de ellos (67%) (121 hombres; mediana de edad 53 años, límites 6 y 84 años) la DN se consideró eficaz. A) Tras una mediana de seguimiento tras la DN de 4 años, límites 1 y 14 años, 86 casos presentaron pirosis (IA: 37,4%; TI: 8,1 casos/100 pacientes-año). La mediana de tiempo libre de pirosis fue de 99 meses. El estudio de asociación mostró que a mayor tiempo de evolución de la enfermedad o mayor número de DN para alcanzar la eficacia, mayor es el riesgo de presentar pirosis en un tiempo determinado. B) Se realizó endoscopia en 178 pacientes de los 230 con DN eficaz, entre 1 mes y 10 años tras la DN eficaz. Se observó esofagitis en 51 pacientes (IA: 28,7%). La única variable que se asoció de manera significativa a la aparición de esofagitis fue la presencia de pirosis tras la DN (OR: 4,3, IC-95%: 1,9–9,5), siendo destacable que el 16% de los pacientes sin pirosis presentaron esofagitis endoscópica.

Conclusión: El riesgo de aparición de reflujo gastroesofágico en pacientes con acalasia esofágica tras una DN eficaz es elevado. La realización de endoscopia a estos pacientes para detectar esofagitis es necesaria aún en ausencia de síntomas.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.026

EXACTITUD DIAGNÓSTICA DEL GASTROANEL PARA LA VALORACIÓN NO INVASIVA DE LA GASTRITIS ATRÓFICA

A.G. McNicholl^a, M. Forné^b, J. Barrio^c, C. De la Caba^d, B. González^e, R. Rivera^f, M. Esteve-Comas^b, F. Fernandez-Bañares^b, B. Gras-Miralles^e, A. Perez-Aisaf^f, J.M. Viver-Pi-Sunyer^b, F. Bory^e, M. Rosinach^b, C. Loras-Alastruey^b, C. Esteban^a, S. Santolaria^g, F. Gomollón^h, J. Valleⁱ, J.P. Gisbert^a

^aHospital de la Princesa, Madrid

^bHospital Mutua de Terrassa, Barcelona

^cHospital Río Hortega, Valladolid

^dHospital de Cabueñes, Gijón

^eHospital del Mar, Barcelona

^fHospital Costa del Sol, Málaga

^gHospital San Jorge, Huesca

^hHospital Clínico de Zaragoza, Zaragoza

ⁱHospital Virgen de la Salud, Toledo

Antecedentes: En estudios previos GastroPanel se ha descrito como una herramienta útil para el diagnóstico de la gastritis atrófica, mediante la determinación de cuatro marcadores séricos: Gastrina-17 basal (G-17), pepsinógeno I (PGI), pepsinógeno II (PGII) y anticuerpos frente a *H. pylori* (Hp-ac).

Objetivo: Determinar la eficacia del GastroPanel para el diagnóstico de gastritis atrófica.

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, ciego, incluyendo pacientes dispépticos. Se determinaron G-17, PGI, PGII y Hp-ac mediante EIA (Biohit plc, Helsinki, Finlandia). Se obtuvieron tres biopsias de antro y 2 de cuerpo para su estudio histológico estándar y para el test rápido de la ureasa. Las biopsias fueron analizadas por un único patólogo experto que desconocía el resultado del GastroPanel.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes (76% mujeres, edad media 45 años, 53% *H. pylori*-positivos y 9,6% con gastritis crónica atrófica). Las concentraciones basales de G-17, PGI, PGII, cociente PGI/PGII y Hp-ac en pacientes con y sin gastritis atrófica fueron respectivamente: 30 vs 11 pmol/l, 85 vs 120 µg/l, 29 vs 22 µg/l, 5,4 vs 6,6, y 259 vs 175 EIU. Los resultados del GastroPanel se compararon con los del estudio histológico evaluado por un único patólogo experto (patrón de referencia), con los siguientes resultados de exactitud diagnóstica: Sensibilidad 63%; especificidad 77%; valor predictivo positivo (VPP) 23%; valor predictivo negativo (VPN) 95%; cociente de probabilidades positivo (CP+) 2,8; cociente de probabilidades negativo (CP-) 0,48. La exactitud de cada uno de estos marcadores para el diagnóstico de gastritis atrófica en la población de estudio se muestra en la tabla.

Marcador	ROC	Pto. Corte	Sensi-bilidad	Especi-ficidad	VPP	VPN	CP+	CP-
G-17	0,76	8 pmol/l	75%	69%	21%	96%	2,4	0,36
PGI	0,65	30,9 µg/l	63%	88%	36%	96%	5,2	0,40
PGII	0,62	19,5 µg/l	75%	69%	21%	96%	2,4	0,36
PGI/PGII	0,61	5,5	63%	55%	9,1%	92%	1,0	0,94
Hp-ac	0,75	48,5 EIU	79%	71%	77%	75%	2,7	0,30

ROC: Área bajo la curva ROC.

Conclusión: Los resultados del presente estudio no muestran suficiente evidencia para justificar el uso sistemático del GastroPanel en el diagnóstico de gastritis atrófica.

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.01.027

LA CAPACIDAD DE INGESTA BASAL, MEDIDA MEDIANTE UN TEST DE SACIEDAD ESTÁNDAR, AYUDA A PREDECIR LA PÉRDIDA PONDERAL DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

L. Ilzarbe Sánchez^a, S. Torra Alsina^a, J. Muñoz Galitó^a, I.A. Ibáñez Zafón^a, A. Castells Valldeperas^a, L. Lechuga Zalaya^a, J.M. Ramón Moros^b, A. Goday Arnó^c, F. Bory Ros^a, M. Andreu García^a, S. Delgado-Aros^a

^aGrup de Recerca en Entero-Neurologia Immuno-inflamatòria i Obesitat (ENIOR), IMIM-Hospital del Mar

^bServicio de Cirugía del Hospital del Mar

^cServicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital del Mar, Barcelona

Introducción: La cirugía bariátrica tiene morbimortalidad y costes elevados. Es de interés sociosanitario desarrollar herramientas que permitan seleccionar los pacientes que más se podrían beneficiar de la cirugía para aumentar así su coste-eficacia.

Objetivo: Evaluar si la capacidad de ingesta aguda pre-cirugía, medida con un test de saciedad estándar validado, predice la respuesta a la cirugía bariátrica (restrictiva/malabsortiva).

Métodos: Pacientes atendidos en la Unidad de Obesidad Mórbida de nuestro hospital con criterios para cirugía bariátrica. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir *bypass* gástrico o *sleeve gastrectomy*, como parte de un ensayo clínico en curso. Se evaluó su capacidad de ingesta o saciedad (kilocalorías ingeridas hasta la saciedad máxima), antes y después de la cirugía. En el test de saciedad, los sujetos beben un nutriente (Ensure[®]: 1 kcal/ml) a velocidad constante (30 ml/min); cada 5 minutos se evalúa la saciedad y se suspende la ingesta cuando llegan a la saciedad máxima. La capacidad predictiva de la saciedad pre-cirugía sobre la saciedad y la pérdida ponderal (%) post-cirugía se evaluó mediante modelos de regresión múltiple incluyendo variables como sexo, edad, IMC, presencia de trastornos alimentarios (EAT-26), ansiedad-depresión (HADS) y tipo de cirugía. El mejor modelo fue seleccionado basándose en la mayor varianza explicada (R^2) con el menor número de grados de libertad posibles. Los datos se muestran como medias $\pm$ DS.

Resultados: Catorce mujeres (48 ± 9 años, IMC 41 ± 3 kg/m²) fueron evaluadas antes y $11 \pm 2,6$ meses post-cirugía (7 *bypass* gástricos, 7 *sleeve gastrectomies*) entre abril de 2007 y abril de 2008. La capacidad de ingesta disminuyó significativamente post-cirugía (-950 ± 85 kcal [$70 \pm 8\%$ de la capacidad de ingesta basal]; $p = 0,002$) y de forma similar entre el *bypass* (reducción del $72 \pm 7\%$) y el *sleeve* (reducción del $68 \pm 8\%$); $p = 0,5$. Hubo una pérdida significativa de peso tras la cirugía (-32 ± 10 Kg [$30 \pm 8\%$ del peso basal] con un IMC medio post-cirugía de 29 ± 2 kg/m²). El mejor modelo predictivo de pérdida ponderal tras cirugía ($R^2 = 89\%$ $p = 0,0009$) incluyó: IMC basal ($p = 0,0004$), tipo de cirugía ($p = 0,01$) y capacidad de ingesta pre-cirugía ($p = 0,006$). La pérdida ponderal fue mayor en pacientes con mayor exceso de peso y aquellos que recibieron *bypass* gástrico, independientemente de su IMC basal. Los pacientes con una mayor capacidad de ingesta pre-cirugía respondían peor independientemente de su IMC basal y tipo de cirugía recibida.