

fue menor que en el grupo control (62,5%) o en el grupo tratado con AAS 50 (63,6%), estas diferencias no fueron significativas ($p = 0,6$) y ($p = 1,0$), respectivamente. Todos los animales que habían recibido AAS presentaban niveles detectables de ASA y/o AS en plasma, siendo de $0,2 \pm 0,4 \mu\text{g/ml}$ (ASA) y $2,5 \pm 1,6 \mu\text{g/ml}$ (AS) en el grupo tratado con AAS a dosis baja, y de $0,06 \pm 0,12 \mu\text{g/ml}$ (ASA) y $38,01 \pm 17,03 \mu\text{g/ml}$ (AS) en el grupo de AAS a dosis alta.

Conclusión: El tratamiento con AAS tanto a dosis alta como baja no previene el desarrollo de ACE inducido por reflujo gastroduodenoesofágico en la rata.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.139

EFICACIA DEL ANGIOTAC ABDOMINAL EN LA DETECCIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA

C. Bayarri^a, S. Quiroga^b, A. Alvarez-Castells^b, M. Pérez-Lafuente^b, E. Saperas^a

^aServicio de Gastroenterología

^bRadiología, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

El diagnóstico de certeza del origen de la hemorragia digestiva aguda, esencial para la intervención terapéutica apropiada, es a menudo difícil.

Evidencias recientes sugieren que el angioTAC abdominal puede ser útil en la detección del sangrado activo o lesiones potencialmente sangrantes.

Objetivo: Analizar el papel del angioTAC en la localización y etiología de la hemorragia gastrointestinal y determinar su impacto terapéutico.

Pacientes y métodos: Estudio unicéntrico de una cohorte de pacientes consecutivos admitidos por hemorragia digestiva aguda a los que se les realizó angioTAC durante el período comprendido entre enero del 2005 y julio del 2008.

El diagnóstico de sangrado activo mediante angioTAC se estableció por la presencia de extravasación de contraste intraluminal no detectado en la exploración basal sin contraste previa. La variable principal fue el porcentaje de diagnóstico definitivo definido por la evidencia de sangrado activo.

Resultados: Se han analizado 26 pacientes (15 hombres y 11 mujeres; edad media 68 ± 16 años, (5 con hemorragia digestiva alta y 21 baja) a los que se practicó angioTAC (16 detectores) con estudio en fase arterial y venosa portal.

El angioTAC mostró alteraciones relacionadas con la hemorragia en 21 de los 26 pacientes (85%). En 13 pacientes (50%) mostró extravasación de contraste. Como resultado de este hallazgo del TAC en 9 de los 13 (69%) pacientes se realizó una intervención terapéutica eficaz. (4 cirugía, 4 embolización angiográfica, 1 tratamiento endoscópico). Un paciente con extravasación ileal por angioTAC no se confirmó en la cirugía (falso positivo del TAC).

Además, el TAC identificó lesiones potencialmente sangrantes sin extravasación de contraste en 9 de 26 pacientes (35%) que posteriormente se confirmaron por endoscopia o arteriografía.

Finalmente, el TAC no mostró extravasación de contraste ni lesiones potencialmente sangrantes en los 4 (15%) pacientes restantes. En uno de estos 4 pacientes (25%) la colonoscopia identificó una angiodisplasia de colon mientras que en los otros 3 también fue negativa y la hemorragia quedó autolimitada.

Conclusión: El angioTAC permite la detección y localización del sangrado activo en el 50% de los pacientes con hemorragia digestiva aguda y ello conduce a una intervención terapéutica apropiada en 2/3 de ellos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.140

ENTEROPATÍA SENSIBLE AL GLUTEN EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA O DÉFICIT DE HIERRO DE ORIGEN INCIERTO. PAPEL DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

H. Monzón^a, F. Fernández-Bañares^a, M. Forné^a, M. Esteve^a, C. González^b, J.M. Martí^c, M. Rosinach^a, M. Mariné^a, C. Loras^a, J.C. Espinós^a, A. Salas^b, J.M. Viver^a

^aServicios de Digestivo

^bServicios de Anatomía Patológica

^cServicios de Hematología, Hospital Universitario y Fundación de Investigación Mutua de Terrassa, Terrassa, Barcelona

La anemia ferropénica (AF) de origen incierto es un problema frecuente. En estos pacientes se recomienda descartar celiaquía mediante serología. No obstante, en muchas ocasiones, la serología es negativa en formas leves de enteropatía sensible al gluten (ESG).

Objetivos: Evaluar prospectivamente la presencia de ESG en pacientes con AF o déficit de hierro aislado de origen incierto y serología de celiaquía negativa y evaluar el papel de la infección por *H. pylori* (HP) en pacientes con enteritis linfocítica (Marsh I) y ausencia de respuesta a la dieta sin gluten (DSG).

Métodos: Se incluyeron 55 pacientes consecutivos con AF o déficit de hierro aislado de origen incierto. Criterios de inclusión: Edad > 18 años, Hb < 12 g/dL ♀ y < 14 g/dL ♂ y ferritina sérica < 13 g/dL, serología de celiaquía negativa, sangre oculta en heces negativa, gastroscopia y colonoscopia normales, no otras causas de sangrado, no ingesta de AINEs, no enfermedades crónicas. Se realizó a todos ellos estudio genético de celiaquía (HLA-DQ2 y DQ8), biopsias de duodeno distal (estudio histológico según la clasificación de Marsh), y biopsia antral o test del aliento 13C-urea para valorar infección para HP. Se inició DSG en los Marsh III, en los Marsh I con estudio genético positivo, y en los Marsh I con estudio genético negativo a criterio del facultativo responsable. Se valoró la respuesta (desaparición de la AF y mejoría histológica) tras 12 m con DSG. Si había infección concomitante por HP se hizo tratamiento erradicador en los pacientes sin respuesta a la DSG o cuando el estudio genético era negativo y la celiaquía altamente improbable.

Resultados: 64% pacientes fueron DQ2/DQ8 positivo y 71% pacientes tenían alteraciones histológicas en la biopsia duodenal: 1- Grupo con estudio genético positivo (12 normal, 21 Marsh I, 2 Marsh IIIA); 2- Grupo con estudio genético negativo (16 Marsh I y 4 normal). Respuesta a la DSG (12 m): 2/2 Marsh IIIA, 9/26 Marsh I. Se evaluó la presencia de HP en 22 pacientes con Marsh I (17 sin respuesta a la DSG), 11 tenían infección y se erradicaron (con éxito en 10). Respuesta a la erradicación (12 m): 5/10 Marsh I. El diagnóstico final de los pacientes con enteropatía fue (8 perdidos de seguimiento): ESG, 39%; Infección por HP, 16%; Desconocido, 26%; Otros, 19%.

Conclusiones: La enteritis linfocítica secundaria a ESG o a infección por HP es una causa frecuente previamente no descrita de AF. (Ayuda a la Investigación 'Fundación Banc de Sabadell').

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.141