

^aServei de Cirurgia de l'Hospital del Mar

^cSAP Litoral Barcelona

^dServei d'Epidemiologia de l'Hospital del Mar

Introducción: La prevalencia de la incontinencia fecal (IF) en la población atendida en las áreas básicas de salud (ABS) de nuestro hospital y su impacto en la calidad de vida son elevados. Desconocemos si los sistemas de actuación por este problema en éstas ABS son adecuados.

Objetivo: Evaluar los sistemas de actuación ante la IF en una ABS de Barcelona. En concreto, determinar los casos de IF detectados por el sistema de atención primaria en el ABS de Ciutat Vella, de la que tenemos una estimación de la prevalencia de la IF real. En los casos detectados, evaluar el tiempo de demora del diagnóstico y tratamiento, tipo de tratamiento y respuesta al mismo.

Metodología: Los casos de IF detectados por el sistema se obtuvieron del registro electrónico de diagnósticos codificados del ABS de Ciutat Vella y mediante la revisión de historias clínicas informatizadas de una muestra aleatoria ($N = 604$) de la población atendida en dicha ABS. El resto de variables se obtuvieron mediante una encuesta telefónica estructurada.

Resultados: En la población evaluada ($N = 65.025$) con una prevalencia de IF conocida del 13% (95%IC 10-17%), sólo 72 (0,11% [95%IC 0,9-0,14]) casos habían sido detectados. De éstos, 42 (58%) contestaron la encuesta, 26M/16H, edad 68 ± 18 años. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de IF fue de 2,3 años (6m-5a), mientras que el 32,5% (13/42) de los casos refería síntomas desde hacía > 5 -10a. El 45% (19/42) aún tenían IF en el momento de la encuesta, con un índice de severidad de $12 \pm 4/24$ (escala de Vaizey) y consideraban que necesitaban más asistencia por éste motivo. De los pacientes aún con IF, 15/19 (80%) presentaban diarrea y 3/19 (16%) estreñimiento. Sólo un paciente tenía indicado tratamiento con fibra y ninguno con opiáceos.

Conclusión: Los sistemas de actuación en atención primaria no son eficientes para la detección y el tratamiento de la incontinencia fecal. El diseño de estrategias y protocolos clínico-asistenciales dirigidos a corregir este problema parece necesario.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.165](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.165)

PAPEL DE INTOLERANCIA A LA FRUCTOSA EN EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

V.M. Aguilar Urbano^a, A. Pérez Aisa^a, C. Albandea Moreno^a, J. Gonzalo Marín^a, P. Moreno Mejías^a, J.M. Rosales Zabal^a, A.M. Moreno García^a, I.M. Méndez Sánchez^a, F.M. Vera Rivero^a, F. Rivas^b, A.M. Sánchez Cantos^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga

^bUnidad de Investigación, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga

Introducción: El diagnóstico de síndrome de intestino irritable (SII) se establece en base a criterios clínicos (Roma III) y tras la exclusión de patología prevalente. La investigación de la intolerancia a la fructosa puede explicar algunos de los síntomas que aparecen en estos pacientes. Así, realmente podríamos estar ante pacientes con una patología orgánica no diagnosticada. Esta es una entidad escasamente sospechada y cuestionada en estudios previos por su alta prevalencia (hasta un 46%) en sujetos sanos.

Objetivos: Establecer la prevalencia de la intolerancia a la fructosa en pacientes con hipótesis diagnóstica de síndrome de intestino irritable; Evaluar el impacto de la dieta sin fructosa en el índice sintomático.

Material y método: Se planteó un estudio descriptivo-retrospectivo de los pacientes en los que se realizó el test de tolerancia a la fructosa con hidrógeno espirado (TFH) en el Hospital Costa del Sol entre Junio 2007 y Diciembre 2008. Para ello comparamos a los pacientes (grupo A) con un grupo control de sujetos sanos sin sintomatología de SII de similar edad y sexo (grupo B). Analizamos la edad, sexo, resultado del test y mejoría de la clínica y calidad de vida mediante encuesta dirigida.

Resultados: El estudio incluyó 66 pacientes, 48 casos (72,7%) y 18 controles (27,3%), con edad media de 41,46 (DE = 17,054) y 38,22 (DE = 14,04). Respecto al sexo, en el grupo A el 70,8% (34) eran mujeres y en el grupo B el 50% (9).

En el grupo A la clínica más frecuentes fue: diarrea 72,3%, dolor abdominal 70,2%, distensión abdominal 51,1% y sensación nauseosa 17%.

Previa a la realización del TFH el grupo A fue sometido a distintas pruebas: colonoscopia 56,3%; gastroscopia 45,8%; ecografía abdominal 60,4%; despistaje de celiaquía 91,7%; test de intolerancia a la lactosa 71,7%, encuesta alimentaria dirigida 89,6%.

El resultado del TFH fue positivo (intolerancia) en el grupo A en el 60,4% y en el grupo B fue del 16,7%, con una $p < 0,02$ y Odds Ratio = 7,632.

El tiempo medio de seguimiento tras la dieta sin fructosa fue 5,15 meses. Se objetivo que el 72% de los pacientes presentó mejoría significativa de los síntomas y de la calidad de vida en el 68% de los casos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: La prevalencia de la intolerancia a la fructosa en los pacientes catalogados como síndrome de intestino irritable es del 60,4% vs 16,7% en el grupo control; En el 72% de los casos con intolerancia a la fructosa hubo una mejoría clara de los síntomas con la dieta sin fructosa, mejorando la calidad de vida en el 68% de los casos.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.166](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.166)

UTILIDAD DE LA LATENCIA MOTORA TERMINAL DE NERVIOS PUDENDOS EN PACIENTES CON INCONTINENCIA ANAL

R. Anton^a, M. Minguez^a, V. Sanchiz^a, P. Almela^a, P. Cases^b, P. Mas^a, B. Herreros^a, E. García-Granero^c, F. Mora^a, A. Benages^a

^aServicio de Gastroenterología

^bServicio de Neurofisiología

^cServicio de Cirugía. Hospital Clínico de Valencia, Universidad de Valencia

Antecedentes: El examen de la Latencia Motora Terminal de Nervios Pudendos (LMTNP) se utiliza habitualmente para valorar la existencia o no de Neuropatía Pudenda (NP). Sin embargo, la utilidad de esta técnica es motivo de controversia dado que únicamente evalúa las fibras nerviosas de conducción rápida.

Objetivos: Establecer la prevalencia de NP medida mediante la LMTNP en pacientes con Incontinencia anal (IA) y evaluar la relación existente entre NP y función ano-rectal en estos pacientes.

Métodos: Se revisaron un total de 380 pacientes con IA, 348 (91,6%) mujeres, con edad media de 59 años (rango 15-84 años). Todos ellos fueron estudiados mediante ecografía endoanal, manometría ano-rectal, estudio de sensibilidad rectal, test de retención intra-rectal de líquidos (1500ml), así como LMTNP. Además, un subgrupo de 121 pacientes completaron tratamiento con biofeedback (BF).

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el test t de Student para dos muestras independientes así como el estadístico chi-cuadrado.

Resultados: Para un punto de corte menor de 2,2 ms como valor normal del estudio de LMTNP, 150 pacientes (39,5%) presentaron NP, siendo ésta bilateral en 82 pacientes (21,6%). La NP, sea unilateral (unilateral vs no NP) o bilateral (bilateral vs no NP), no se asocia a una disminución de la presión media de reposo, presión media de contracción voluntaria o del índice de gravedad de la incontinencia (score de Miller). Tampoco se objetiva asociación significativa entre la existencia de NP y anomalías en la sensibilidad rectal ni con un menor porcentaje de retención en el test de perfusión intra-rectal de líquidos (ver tabla adjunta). De los 107 pacientes que en ecografía endoanal presentaban un aparato esfínteriano anal intacto, un 35% mostraban un alargamiento de la LMTNP de forma unilateral, y un 20% bilateralmente, porcentajes similares a los encontrados en pacientes con lesión esfínteriana. Tampoco se ha observado relación entre la existencia de NP y resultados clínicos tras tratamiento con BF. Se han obtenido resultados similares, al aplicar en el test de LMTNP un valor de corte de normalidad de menos de 2,4 ms.

Conclusiones: La NP evaluada mediante el test de LMTNP es una alteración frecuente en individuos con IA y su presencia no se asocia con descensos en las presiones del canal anal, existencia de sensibilidad rectal patológica ni con disminución del porcentaje de retención intra-rectal de líquidos. Los hallazgos del estudio de LMTNP no son predictores de los resultados obtenidos con BF. Por todo ello, la LMTNP no puede ser recomendada para la evaluación de pacientes con IA.

PNTML resultados	Presión basal (mmHg)	Presión Contracción Voluntaria (mmHg)	Sensibilidad Rectal (ml)	Retención Líquidos (%)
Bilateral \geq 2.2 ms (n = 82)	52 \pm 28	105 \pm 52	35 \pm 19	47 \pm 27
Normal < 2.2 ms (n = 230)	51 \pm 26	104 \pm 54	34 \pm 21	49 \pm 28
Unilateral \geq 2.2 ms (n = 150)	50 \pm 25	107 \pm 48	35 \pm 18	47 \pm 29

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.167](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.167)

VALORACIÓN DEL TIEMPO DE TRÁNSITO COLÓNICO (TTC) EN EL DIAGNÓSTICO DEL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL (ECF) Y SU RELACIÓN CON LOS DATOS DE UN DIARIO CLÍNICO (30 DÍAS)

B. Herreros^b, M. Minguez^a, V. Sanchiz^a, P. Almela^a, I. Pascual^a, A. Peña^a, R. Añon^a, P. Mas^a, F. Mora^a, A. Benages^a

^aServicio de Gastroenterología, H. Clínico Universitario, Universitat de València

^bSección Digestivo, H. Marina Baixa (Vila Joiosa)

Introducción: El estreñimiento es un síntoma relatado por el paciente y el médico verifica que cumple los criterios consensuados para sentar el diagnóstico de ECF. Para algunos autores el TTC sería el método objetivo para la definición de estreñimiento.

Objetivos: Relacionar los datos clínicos recogidos mediante diario de 30 días con el TTC determinado por marcadores radioopacos en pacientes con ECF.

Material y métodos: Grupo de estudio constituido por 220 pacientes diagnosticados de ECF (Roma II) de edad media $38,3 \pm 15$ años (IC95% 36,3–40,3, mediana 37 años), integrado por 204 mujeres (38,4 \pm 15,2, IC95% 36,3–40,5, mediana 37) y 16 hombres (36,1 \pm 12,9, IC95% 29,2–43, mediana 31,5 años). Se han recogido los datos sobre hábito intestinal (frecuencia, consistencia de las heces, síntomas defecatorios, uso y tipo de laxantes) mediante diario de 30 días y se ha determinado tiempo de tránsito colónico (TTC) con marcadores radioopacos; como valores de normalidad se han tomado los referidos por el Grupo Español de Motilidad Digestiva (GEMD) (tránsito lento $>$ IC95%), ajustados por sexo. La comparación de variables cualitativas se ha realizado mediante el estadístico chi-cuadrado y las variables cuantitativas por la t de Student para muestras independientes; se ha tomado como límite de significatividad estadística una $p < 0,05$.

Resultados: El TTC medio es de $76,6 \pm 54,4$ horas (IC95% 69,4–83,7, mediana 69,6 horas); superior en las mujeres ($78,5 \pm 53,5$) respecto a los hombres ($51,9 \pm 47,1$), sin alcanzar significatividad estadística ($p = 0,055$). Solo en el 32,7% de los pacientes se objetiva un TTC superior al IC95% del grupo de sujetos sanos (64,4 horas en hombres y 92,5 horas en mujeres) (GEMD): 33,8% en mujeres y 31,5% en hombres. En nuestro grupo de estudio, el sexo y la edad (cuartiles) no se relacionan con un TTC alargado ($p = 1,000$ y $p = 0,652$, respectivamente). En la Tabla se especifican las relaciones entre los datos recogidos en el diario (30 días) y el resultado del TTC (normal/lento).

Datos diario 30 días	TTC $<$ IC 95% (n. 146)	TTC $>$ IC95% (n. 74)	P
Toma laxantes	84,9%	87,8%	0,425
Deposiciones/semana	5,90 \pm 3,79	4,53 \pm 2,10	0,005
Número días sin deposición	10,43 \pm 6,62	14,49 \pm 6,17	0,000
% días sin deposición	36,97 \pm 22,74	51,39 \pm 21,39	0,000
% deposiciones bolas/duras	45,58 \pm 33,84	48,87 \pm 34,05	0,952
% deposiciones normales/blandas	51,39 \pm 33,52	51,23 \pm 30,07	0,974
% esfuerzo defecatorio	62,68 \pm 30,53	65,43 \pm 35,19	0,556
% evacuación incompleta	47,32 \pm 37,62	41,99 \pm 39,60	0,337
% dolor anal con deposición	35,34 \pm 35,29	35,85 \pm 40,13	0,925
% dolor abdominal con deposición	30,08 \pm 34,64	42,56 \pm 39,91	0,026

Conclusiones: El TTC aisladamente no puede utilizarse para la definición de ECF en pacientes que cumplen criterios clínicos según Roma II. Solo se observa relación del TTC lento con la frecuencia defecatoria y dolor abdominal, pero no con las características de las heces y síntomas defecatorios.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.168](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.168)