

Comunicaciones orales

TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR

HEMORRAGIA DIGESTIVA Y ANTICOAGULACIÓN ORAL CRÓNICA

L. Herrera García, A. Escudero Sanchis, J.M. Gonzalvo Sorribes, L. Durbán Serrano, L. Navarro López, I. Catalán Serra, L. Martín Moraleda y M. Bixquert Jiménez
Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Introducción: El empleo de anticoagulación oral crónica se ha extendido en la población. Esto ha repercutido en la aparición de complicaciones secundarias a dicho tratamiento, como la hemorragia digestiva (HD). Nuestro objetivo es conocer las características demográficas y clínicas de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales que presentan episodios de HD, así como los factores que se relacionan con una mayor incidencia de la misma.

Material y método: Se realiza estudio observacional descriptivo, en el que se incluye a 91 pacientes consecutivos ingresados por HD, estando en tratamiento con anticoagulantes orales y a los que se les realizó endoscopia para valoración de la misma entre marzo de 2007 y septiembre de 2008. Se recogen datos demográficos y clínicos del registro informatizado de endoscopia, el programa de alta hospitalaria y la historia clínica (causa de anticoagulación, hemoglobina al ingreso, INR, hallazgos endoscópicos, estancia hospitalaria, necesidad de hemotransfusión, clínica de ingreso, complicaciones y mortalidad de los mismos). Todos los cálculos se realizaron con SPSS 15.0.

Resultados: El 56% de los casos de hemorragia fueron catalogados como hemorragia digestiva alta (HDA) y el 44% como hemorragia digestiva baja (HDB). El 58,2% de los pacientes fueron varones y el 41,8% mujeres. La media de edad de los pacientes fue de 74,09 ± 10,55 años, siendo la causa más frecuente de anticoagulación la fibrilación auricular crónica (63,7%). El 20,9% eran tomadores de AINE, siendo el más frecuente el AAS 100 mg (90,1%). El 49,4% estaban en tratamiento con IBP, la mayoría omeprazol (53,3%) a dosis simple (84%). La presentación clínica fue melenas en un 39,3%, seguido de rectorragia en un 36%. El 36,78% de los pacientes tenía INR mayor de 3 en el momento del ingreso. La hemoglobina media al ingreso era de 9,4 ± 2,32, requiriendo el 70% hemotransfusión, con 3,25 concentrados de hemafés como media. El hallazgo endoscópico más frecuente fue la ausencia de lesiones endoscópicas (23,3%), seguido por lesiones agudas de mucosa gástrica (22,2%) y *Diverticulosis coli* (13,3%). El 8,9% de los pacientes requirió intervención quirúrgica por sangrado recurrente. La mortalidad global fue del 7,8%, siendo el 50% por edema agudo de pulmón.

Conclusiones: Los pacientes en tratamiento con anticoagulantes que presentan una HD tienen una mayor necesidad de transfusiones sanguíneas, mayor estancia hospitalaria, y una elevada tasa de complicaciones y mortalidad, sin asociar importantes lesiones endoscópicas.

EFFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y TOLERANCIA DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO ASOCIADO A UNA DIETA HIPOCALÓRICA PARA LA REDUCCIÓN DE PESO EN PACIENTES OBESOS

A. Escudero Sanchis, I. Catalán Serra, J. Gonzalvo Sorribes, M. Bixquert Jiménez, L. Navarro López, L. Herrera García, L. Durbán Serrano y A. Monforte Albalat
Servicio de Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Introducción: La implantación de un balón intragástrico (BI) por vía endoscópica asociado a una dieta hipocalórica es una alternativa en el tratamiento de la obesidad. El objetivo de nuestro estudio es evaluar su efectividad, seguridad y tolerancia.

Material y métodos: Se incluye de manera prospectiva a 38 pacientes sin contraindicaciones para la implantación del BI, desde marzo de 2004 hasta enero de 2007. La retirada del balón se realizó 6 meses después de la implantación. Evaluamos el peso e índice de masa corporal (IMC) tras la retirada del balón, a los 6 y 12 meses post-retirada, así como la tolerancia y aparición de complicaciones durante el tratamiento. Tras la retirada del balón se realizó un cuestionario a cada paciente evaluando la percepción subjetiva al tratamiento.

Resultados: Después de 6 meses de tratamiento la pérdida de peso media fue de 14,10 kg (0-46) y la reducción media del IMC fue de 5,23 kg/m² (0-18). A los 12 meses post-retirada del balón el 48,4% de pacientes mantiene o sigue perdiendo peso. Los síntomas precoces más frecuentes fueron náuseas (71,1%) y vómitos (57,9%), con buena respuesta a tratamiento sintomático. Presentaron complicaciones 7 pacientes (18,4%): intolerancia digestiva en 4 pacientes, requiriendo retirada precoz del balón en 3 de ellos; esofagitis moderada en 2 pacientes y perforación gástrica complicada con shock séptico y exitus en 1 paciente.

Conclusiones: 1) El balón intragástrico asociado a una dieta hipocalórica puede considerarse un tratamiento efectivo, seguro y bien tolerado para el tratamiento de pacientes con obesidad mórbida. 2) La pérdida de peso se mantiene en casi la mitad de los pacientes al año tras la retirada del balón.

COMPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA

M. Luján, L. Ruiz, A. Durá, P. Caselles, I. Rodríguez, E. García y E. Medina
Servicio Digestivo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La cápsula endoscópica (CE) es una técnica no invasiva. Los problemas derivados de la misma tienen una relevancia desconocida en el manejo del paciente. La complicación más frecuente es la retención de la CE. El uso previo de laxantes o procinéticos no ha mostrado mejorar sus resultados.

Objetivos: Conocer la incidencia de las complicaciones y resultados insatisfactorios con la CE y describir las medidas adoptadas para evitarlos.

Método: Análisis prospectivo de 100 CE consecutivas durante 1 año en pacientes mayores de 18 años. Se utilizó la CE *Pill Cam M2A de Given Imaging*. La preparación consistió en dieta líquida el día previo y ayunas de 8 horas. Se premedicó con un procinético (metoclorpramida) en pacientes ingresados. En caso de riesgo de retención de la CE, se administró previamente la *Capsula Patency Agile*. Los problemas recogidos eran técnicos (derivados del funcionamiento del equipo) y/o clínicos (dependientes del paciente). Para cada uno de ellos se adoptaron las medidas necesarias para alcanzar el diagnóstico. Se colocó la CE mediante gastroscopia en pacientes con cirugía gastroduodenal previa o retraso del vaciado gástrico a pesar de ser premedicados con procinéticos.

Resultados: Las únicas limitaciones han sido la exploración incompleta y la visualización inadecuada. Todos los casos de exploración incompleta fueron por retraso del vaciado en un área gastrointestinal. En todos estos casos se repitió la CE administrando procinéticos previos y se logró completar la exploración. La visualización inadecuada se produjo por heces o burbujas en la luz, localizada en tramos cortos, que permitía descartar las lesiones groseras. En éstos la CE no se repitió a menos que la exploración fuera incompleta. No hubo ninguna complicación clínica (problemas de deglución, retención, etc.) ni problemas técnicos.

Complicaciones	0%
Cápsula Patency	4%
Exploración incompleta	12%
Retraso vaciado gástrico	4
Retraso vaciado duodeno proximal	1
Retraso vaciado intestinal hasta el colon	7
Visualización inadecuada	11%
Con exploración completa	10
Con exploración incompleta	1
Colocación mediante gastroscopia	5%
Gastroparesia	3
Cirugía gástrica	2
Preparación con procinéticos	8%
Repetición de la CE	13%

Conclusiones: No hemos registrado ninguna complicación relacionada con la CE. Sus limitaciones son escasas, siendo la más frecuente la exploración incompleta del intestino delgado por retraso en su vaciado. Es conveniente analizar las características del paciente previas a la realización de la CE para permitir mejorar la rentabilidad diagnóstica de la misma y evitar repetir la exploración.

ORIGEN EXTRAINTestinal DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO (HDOO)

M. Luján, L. Ruiz, A. Durá, P. Caselles, I. Rodríguez y E. Medina

Servicio Digestivo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La cápsula endoscópica (CE) ha demostrado ser una herramienta muy útil en la evaluación del intestino delgado. Además puede visualizar otras partes del tubo digestivo, aunque no sea el objetivo de esta técnica.

Objetivo: Describir las lesiones encontradas por CE fuera del intestino delgado, accesibles a la endoscopia y que podrían ser la causa que motivó su realización.

Método: Se analizaron 72 CE consecutivas durante 1 año en pacientes adultos con HDOO. Se utilizaron 2 tipos de CE: 5 *Endocapsulas de Olympus* y 67 *CE Pill Cam de Given Imaging*. Se consideró como origen extraintestinal de la HDOO a los hallazgos significativos que podrían ser causa directa de la hemorragia. Se excluyeron aquellos que presentaban simultáneamente lesiones significativas intestinales. Eran lesiones causantes de hemorragia alta (por encima de la papila) y baja (debajo de la válvula ileocecal). Todas las lesiones encontradas se confirmaban por endoscopia y eran tratadas en el mismo acto si procedía.

Resultados: Previamente a las 72 CE se realizaron 99 técnicas endoscópicas y/o radiológicas para el diagnóstico del la HDOO (4,5 pruebas por paciente). Todos los casos de hemorragia activa en el colon fueron por angiectasias.

	Hemorragia alta	Hemorragia baja
Número de pacientes (%)	11 (15%)	11 (15%)
Edad	62 (30-81)	64 (44-85)
Sexo	7H/4M	7H/4M
Indicación		
Anemia	6 (54%)	6 (54%)
Melenas	5 (45%)	5 (45%)
Nº exploraciones/paciente	56 (5 por paciente)	43 (4 por paciente)
Gastroskopias	19	13
Colonoscopias	13	19
Tránsito intestinal	7	6
TAC	6	1
Ecografía	6	
Gammagrafía	1	2
RMN	2	1
CE	1	1
Enema opaco		1
Localización de la lesión	Antro 4 Bulbo 7	Ciego 9 Ascendente 2
Diagnósticos significativos		
Angiectasias	4 (36%)	6 (54%)
Úlceras	3 (27%)	2 (18%)
Múltiples erosiones	11 (100%)	2 (18%)
Hemorragia activa		3 (27%)

Conclusiones: La CE puede aportar una importante información diagnóstica fuera del intestino delgado y modificar el manejo del paciente. En nuestra experiencia, la CE identifica el posible origen extraintestinal de la HDOO en un 15%. Son lesiones infraestimadas por la endoscopia, localizadas sobre todo en bulbo y colon. Posiblemente una segunda endoscopia en casos seleccionados evitaría la realización de la CE y de múltiples técnicas diagnósticas innecesarias.

RESULTADOS DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO (HDOO) EN FUNCIÓN DE SU FORMA DE PRESENTACIÓN

M. Luján, L. Ruiz, P. Suárez, A. Durá, E. García, P. Canelles y E. Medina

Servicio Digestivo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La HDOO es la indicación más frecuente de la cápsula endoscópica (CE) y altamente efectiva para esta indicación. En función de su forma de presentación, la rentabilidad diagnóstica de la CE puede variar.

Objetivos: Estudio descriptivo de los hallazgos de la CE en la HDOO en función de su presentación: HDOO oscura (anemia ± SOH) o manifiesta (melenas, hematoquecia o rectorragia).

Diseño: Se analizan 80 pacientes consecutivos durante 1 año con HDOO y resultados negativos en la ileocolonoscopia y gastroscopia previas. Se utilizaron dos tipos de CE: 5 *Endocapsulas de Olympus* y 75 *CE Pill Cam de Given Imaging*. Se consideró que la CE era diagnóstica si los hallazgos eran significativos (relacionados de forma directa con la causa de la HDOO).

Resultados: Todos los casos de hemorragia activa fueron por angiectasias que se trataron satisfactoriamente con tratamiento endoscópico. Tras la sospecha por CE de enfermedad de Crohn, fueron confirmadas mediante biopsia. Sólo fue necesaria la administración previa

	HDOO oscura	HDOO manifiesta
Número de pacientes (%)	46 (58%)	34 (42%)
Edad	64 (15-87)	68 (27-89)
Sexo	24M/22H	28M/6H
Ingresados/urgentes	4 (9%)	10 (29%)
Diagnósticos significativos	20 (43%)	22 (48%)
Angiectasia	14 (30%)	12 (35%)
Úlceras	2 (4%)	5 (15%)
Sospecha de E. Crohn	3 (6%)	2 (6%)
Pólipos	0	1 (3%)
Varices	1 (2%)	1 (3%)
Enteritis actínica		1 (3%)
Resultado negativo	27 (59%)	6 (18%)
Hemorragia activa	3 (6%)	8 (23%)
Intestinal	1	5
Extraintestinal	2	3

de la cápsula Patency en un caso de anemia por sospecha de estenosis que no se confirmó. No hubo ninguna complicación.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la CE tiene una alta rentabilidad diagnóstica en la HDOO (> 40%). La posibilidad de encontrar un intestino delgado normal es mayor en la HDOO oscura que en la manifiesta (59 vs 18%). La causa más frecuente de ambas formas de HDOO y de hemorragia activa en el momento de la CE es la angiectasia. Si la HDOO es manifiesta será más frecuente encontrar una hemorragia activa en el momento de la CE. La clínica inicial de la HDOO no predice los hallazgos de la CE.

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN ADULTOS: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

J. Melero¹, M. Aguas¹, V. Pertejo¹, M.J. Artés², L. Argüello¹, V. Pons¹ y T. Sala¹

¹Servicio de Medicina Digestiva. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EE) es una entidad clinicopatológica de reciente descripción. Clínicamente se manifiesta en adultos por disfagia a sólidos (con frecuencia como impactaciones) y se caracteriza por una inflamación crónica con denso infiltrado eosinofílico. Su prevalencia en adultos está subestimada por el escaso conocimiento de la enfermedad y su similitud clínica con la ERGE.

Objetivo: Evaluar la repercusión en el proceso diagnóstico de la EE de una intervención formativa en el Servicio de Medicina Digestiva del Hospital La Fe, de Valencia.

Material y métodos: Estudio prospectivo de una serie de casos de EE diagnosticados en nuestro servicio desde junio de 2004 hasta junio de 2008. Se elaboró un protocolo para el estudio de pacientes con disfagia de causa no identificada que incluía, entre otros, datos clínicos, analíticos, endoscopia digestiva alta con biopsias seriadas de esófago medio y distal, estómago y duodeno. Para el diagnóstico anatomopatológico (AP) se estableció la presencia de ≥ 20 eosinófilos/campo (400x). Se analizaron las variables de todos los pacientes y se les distribuyó en dos cohortes en función de la fecha del diagnóstico, antes o después de la intervención formativa.

Resultados: Se incluyó a un total de 18 pacientes con EE. 83,3% fueron hombres, con una media de edad de 33,2 años (15-63). El 88,9% sufría una enfermedad atópica (el 33,3% alergias alimentarias). Todos referían disfagia (el 83,3% impactaciones alimentarias), con una media de tiempo de evolución de 10,4 años (1-29) y una frecuencia de 1/mes en el 55,6%. Al 66,6% les condicionó cambios leves en el estilo de vida y al 5,6% cambios importantes. Asociaron, además, dolor torácico (22,2%), pirosis (27,8%), vómitos (17,7%) y regurgitación (5,6%). Todos presentaron alteraciones endoscópicas: esófago anillado (72,2%), esófago moteado (50%), estenosis (44,4%), friabilidad mucosa (44%), surcos lineales (22%) y erosiones (11%). En AP se detectó: microabscesos eosinófilos (39%), degranulación (83,3%), hiperplasia basal (55,5%) y papilomatosis (39%). Se compararon diferentes variables de estudio entre las 2 cohortes de pacientes referidas (tabla I).

TABLA I. Comparación de los pacientes con EE antes y después de la intervención

	Total n = 18	Antes de la intervención n = 8	Tras la intervención n = 10	p
Edad media al diagnóstico (rango)	33,2 (15-63)	41 (23-63)	27,1 (15-52)	0,04
Demora diagnóstica en años (mediana, rango)	10,5 (1-27)	16,2 (7-27)	5,5 (1-10)	0,001
Número de impactaciones antes del diagnóstico (rango)	2 (1-5)	2,8 (1-5)	1,5 (1-3)	0,01
Estenosis esofágica (n)	44,4 (8)	62,5% (5)	30% (3)	ns
Número de EDA previas al diagnóstico (rango)	3,8 (1-10)	5,5 (4-10)	1,2 (1-2)	0,03
Número de exploraciones complementarias* (rango)	1,7 (0-4)	2,6 (1-4)	0,9 (0-2)	0,01

EDA: endoscopia digestiva alta; ns: no significativa. *Exploraciones complementarias: manometría y/o pHmetría esofágicas, tránsito baritado, videodeglución.

Conclusiones: Después de la sesión formativa, los pacientes con EE fueron diagnosticados a una edad más joven, con un tiempo sintomático menor y requiriendo menos exploraciones para llegar al diagnóstico.

TRACTO DIGESTIVO INFERIOR

COMPLICACIONES EN CIRUGÍA COLORRECTAL CON MANEJO PERIOPERATORIO CLÁSICO. ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDICTIVOS

B. Tormos, I. Fabra, C. Sancho, M. Lorenzo, M. Cantos, A. Salvador, P. Albors, M.J. García-Coret y J.V. Roig

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV).

Introducción: La cirugía colorrectal presenta elevada morbimortalidad. Presentamos nuestros resultados y relaciones con diversos factores e índices.

Material y métodos: Se analizan 121 pacientes, 80 (66%) hombres y 41 (34%) mujeres, mediana de edad 72 años (17-90), intervenidos de cirugía colorrectal electiva incluyendo resección con/sin anastomosis, manejados perioperatoriamente de forma clásica siguiendo una vía clínica convencional, desde enero de 2005 a septiembre de 2006. Se empleó el paquete estadístico SPSS-13®.

Resultados: En 53,7% la cirugía fue cólica y en 46,3% rectal. El 88,4% de los procesos fueron malignos. El ASA fue I o II en 58 (56,2%) y III o IV en 52 (42,9%) y la media de IMC $26,9 \pm 4,4$ (14-38). El POSSUM fisiológico fue $20,3 \pm 5,8$ y el quirúrgico $13,6 \pm 3,8$, con riesgo estimado de mortalidad de 14,4% y de morbilidad del 46,6%. La estancia media (EM) fue $10,3 \pm 5,6$ días (3-39). El 48,8% de los pacientes presentó alguna complicación y 6 (5%) fallecieron. No hubo diferencias significativas de mortalidad respecto a edad o ASA, pero sí en cuanto al IMC (33,5 vs. 27; $p < 0,01$). Tampoco respecto al POSSUM fisiológico (25 vs. 20 p.; $p < 0,1$), ni quirúrgico, o tipo de cirugía. La EM fue menor en los no complicados ($7,5 \pm 2$ vs. $13,3 \pm 6,6$ días; $p < 0,001$). No hubo diferencias en la presencia o no de complicaciones respecto al ASA, IMC o POSSUM. Hubo 11 (9,1%) complicaciones de la cicatrización tisular, 19 (15,7%) infecciosas, 7 (5,8%) cardiorrespiratorias y 21 (17,4%) de otro tipo. Las cardiorrespiratorias y, fundamentalmente, el edema pulmonar (EAP) se produjeron de forma más frecuente en sujetos con ASA y POSSUM más elevados ($p < 0,01$), lo que no ocurrió en las otras. El 11,5% requirió reintervención quirúrgica, que no se asoció a la edad, ASA, IMC o POSSUM, pero aumentó la EM (19,4 vs. 9,1; $p < 0,001$). Se produjeron 6 (4,9%) dehiscencias anastomóticas (DA), 1 en cirugía cólica y 5 en rectal, con un 33% de mortalidad. Las DA no se relacionaron con la edad, IMC, ASA o POSSUM y su EM fue 25,3 vs. 9,5 días; $p < 0,05$ en los que no tuvieron esta complicación. Dividiendo la muestra en dos períodos de tiempo, los pacientes ventosearon, defecaron (día 4,8 vs. 5,7; $p < 0,05$) y toleraron antes ingesta oral (día 2,9 vs. 3,8; $p = 0,01$) en el segundo, aunque ello no se asoció a menos complicaciones ni menor EM.

Conclusiones: Nuestra tasa de complicaciones tras cirugía colorrectal es elevada y genera importantes costes y estancias hospitalarias. Salvo las cardiorrespiratorias, no fueron predichas por la edad, ASA, comorbilidad o puntuación de riesgo, lo que sugiere que otras variables, como técnica quirúrgica, manejo perioperatorio o especialización, influyen notablemente en los resultados.

MEJORA EN LOS RESULTADOS DEL CÁNCER DE RECTO MEDIANTE AUTOEVALUACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA

C. Sancho, F. Villalba, M.J. García-Coret, C. Redondo, M. Bruna, F. Puchades, J. García-Romero, J. García-Armengol y J.V. Roig

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV).

Introducción: El cáncer de recto es un proceso prevalente y grave, que requiere de la coordinación de esfuerzos de los profesionales implicados para obtener buenos resultados. Las vías clínicas son herra-

mientas que permiten estandarizar unos cuidados y revisar los resultados mediante autoevaluación, implementándolas en un proceso de mejora continua. Los objetivos del trabajo son valorar los resultados de implementar una vía clínica basada en la mejor evidencia científica y establecer variables de acción para seguir mejorando.

Material y métodos: Hemos revisado los pacientes intervenidos de carcinoma de recto, desde la introducción en 2002 de una vía clínica, dividiéndolos en 3 grupos según implementaciones bianuales de la misma. El grupo A incluye los pacientes tratados entre 2002-3, el B entre 2004-5 y el C entre 2006-7. Se analizan indicadores de calidad científico-técnica y de calidad asistencial, como consumo de recursos y efectividad clínica.

Resultados: Se estudian 117 casos, grupo A: 31, grupo B: 34 y grupo C: 52, sin diferencias en edad, sexo, ubicación del tumor en el recto o comorbilidad. El estudio preoperatorio mejoró significativamente con la introducción de TAC toraco-abdomino-pélvico en el 82% de pacientes en el grupo C frente a exploraciones como ecografía abdominal o RX tórax, que predominaron en los A y B. Un 100% de los tumores del grupo C fueron estadificados mediante RMN, ecografía endorrectal o ambas, frente al 85% en A y B. La tasa de amputaciones de recto pasó de 45% en grupo A a 32,3% en el B y 17% en el C, preservándose los esfínteres en este último grupo en el 25% de los pacientes con tumores de tercio inferior. Los pacientes fueron tratados por cirujanos con especial dedicación en el 50% del grupo A frente al 80,4% en el C. La media de ganglios analizados fue de 5 en el grupo A, 8,6 en el B y 12 en el C y fue informado específicamente el análisis de margen circunferencial en el 25% del grupo A frente al 76% en el C. Las recidivas locales fueron de 10, 20 y 5,6%, respectivamente. La transfusión de hemoderivados se produjo en el 56% del grupo A frente al 34% del C ($p < 0,01$). Asimismo, el ingreso en UCI o el uso de sonda nasogástrica, tolerancia oral precoz o uso de analgesia epidural fueron significativamente menores en el grupo C ($p < 0,001$). La mortalidad operatoria descendió de 10% en los grupos A y B, a 5% en el C, y las dehiscencias anastomóticas fueron, respectivamente, de 33, 25 y 12%. La estancia postoperatoria se redujo de 17 a 11 días de media en el período estudiado.

Conclusiones: Si bien aún no alcanzamos todos los estándares de eficiencia en el tratamiento de este proceso, en un período relativamente corto de tiempo han mejorado múltiples indicadores de una forma notoria y significativa.

VALORACIÓN DE LA RECURRENCIA POSQUIRÚRGICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN (EC) MEDIANTE TÉCNICAS NO INVASIVAS

X. Cortés¹, J.M. Paredes¹, A. López¹, M.D. Reyes², M.J. Martínez³, T. Ripollés³, M. Barrachina¹ y E. Moreno-Osset¹

¹Servicio de Medicina Digestiva. ²Servicio de Medicina Nuclear.

³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: La ileocolonoscopy es crucial para el manejo de la recurrencia posquirúrgica en la EC; sin embargo, es una exploración invasiva y molesta. Técnicas no invasivas, como la ecografía abdominal Doppler color (EAD) y la gammagrafía de leucocitos marcados con Tecnecio 99 hexametilpropilenoamina (GLM), han mostrado resultados prometedores para detectar recurrencia endoscópica.

Objetivo: Determinar la utilidad de la EAD y la GLM para determinar la gravedad de la recurrencia endoscópica posquirúrgica de la EC. **Material y método:** Estudio prospectivo, ciego, de comparación de pruebas diagnósticas, de una serie de 37 pacientes con EC y resección/anastomosis ileocolónica, con indicación para realizarse colonoscopia en la que se determinó la gravedad de la recurrencia según la escala de Rutgeers. Se realizó en 3 días: EAD valorando la recurrencia según el grosor de la pared del asa ileal (patológica > 4 mm) y el flujo Doppler en dicha asa (0 = no flujo; 1 = flujo escaso; 2 = flujo moderado; 3 = flujo intenso), y GLM determinando recurrencia según la captación del asa ileal (0 = no captación; 1 = captación como médula ósea; 2 = captación como hígado; 3 = captación como bazo). Se calculó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y el área bajo la curva ROC.

Resultados: En 4 casos no se pudo visualizar la anastomosis. De los 33 casos valorados endoscópicamente, 26 presentaban recurrencia (15 grave-moderada). La sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo de la EAD y de la GLM fueron: 80, 67, 67 y 80%, y 73, 88, 85 y 79%, respectivamente. El área bajo la curva fue de 0,75 para la EAD y de 0,80 para la GLM, sin diferencias entre ambas.

Conclusión: La EAD y la GLM tienen utilidad en el diagnóstico de la recurrencia posquirúrgica moderada-grave, sin diferencia entre ambas técnicas.

UTILIDAD DE LA CÁPSULA PATENCY EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN CONOCIDA O SOSPECHADA

I. Bradley Ferrer, V. Pons Beltrán, V. Martínez Escapa, L. Argüello Viudez, V. Pertejo Pastor y T. Sala Felis

Unidad de Endoscopia Digestiva. Servicio de Medicina Digestiva. Hospital La Fe. Valencia.

Introducción: La cápsula Patency (CP) puede prevenir la retención de la cápsula endoscópica en pacientes de alto riesgo: síntomas obstructivos, enfermedad de Crohn conocida (ECC), cirugía intestinal previa o uso crónico de AINE. Se ha descrito un mayor porcentaje de retención de cápsula endoscópica (CE) en pacientes con enfermedad de Crohn sospechada (ECS). Se desconoce la utilidad de la CP en este grupo de pacientes.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la CP en pacientes con ECC o ECS candidatos a la realización de una CE.

Material y métodos: Desde enero de 2003 a junio de 2008 se administró la CP a 112 pacientes (91 por ECC o ECS). Se evaluó: cirugía intestinal previa, estenosis radiológica, síntomas obstructivos, tolerancia a CP, tiempo de tránsito de CP, grado de degradación, localización en caso de retención y tránsito de la CE cuando se administró. Se considero retención de la CP cuando no se constató su expulsión íntegra antes de las 30-40 h y la radiografía simple abdominal demostraba su permanencia en el intestino delgado.

Resultados: De los 91 pacientes (52 ECC y 39 ECS) a los que se les administró la CP, ésta quedó retenida en 7 con ECC (13,5%) y 6 pacientes con ECS (15%). De los 13 pacientes con retención de CP, en 6 existía cirugía intestinal por su EC; sólo en uno se realizó tránsito intestinal sin evidencia de estenosis. La CP fue deglutida por todos los pacientes sin dificultad. Sólo un paciente presentó dolor abdominal, que cedió con tratamiento sintomático y sin ingreso. Se observó disfunción de CP en un caso. En todos los pacientes en que se demostró tránsito adecuado para la CP, la CE se expulsó con normalidad.

Conclusión: La CP es una técnica eficaz y segura en constatar la permeabilidad del tránsito intestinal en pacientes con ECC o ECS.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA

E. Carbajo¹, J.M. Huguet², L. Ruiz², M. Latorre², A. Monzó², A. Tomé² y E. Medina²

¹Unidad de Psicología. ²Servicio de Patología Digestiva. O Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal crónica (EIIIC), enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad que tiene un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes. La evaluación clínica de estos pacientes debería incluir aspectos psicológicos y sociales. Se ha demostrado que los problemas psicológicos de los pacientes se asocian a la presencia de síntomas físicos no justificados por la enfermedad, a un mayor uso de los servicios médicos y a la baja adherencia a los tratamientos.

Objetivo: Poner en marcha un protocolo de actuación para aquellos pacientes con EIIIC en los que detectemos (durante sus visitas periódicas a las consultas externas de gastroenterología) algún síntoma psicológico (como depresión o ansiedad) o alteración importante en la calidad de vida.

Material y métodos: Se remitió a 23 pacientes a la unidad de psicología de nuestro centro (14 mujeres y 9 hombres), con una edad media de 38 años. Todos eran pacientes ambulatorios; de ellos, 5 estaban diagnosticados de CU y 18 de EC. Ocho pacientes habían precisado

una intervención quirúrgica (todos con EC); 18 llevaban tratamiento inmunomodulador y 5, tratamientos biológicos. Calculamos los índices de actividad clínica de la enfermedad (CDAI en EC y Truelove modificado en CU) en el momento de ser incluidos en el programa y al finalizar el mismo (sólo una paciente tenía un brote de actividad en el momento de ser derivada). Al inicio del programa se realizó una valoración psicológica individual, utilizando una entrevista semiestructurada y pruebas psicométricas: índice de depresión de Beck, el SCLR-90 y el cuestionario IBDQ-32 (traducido, adaptado y validado en español) para valorar la calidad de vida. Posteriormente, a lo largo de 12 sesiones, se trabajan estrategias para afrontar emociones y pensamientos negativos, control de ansiedad, higiene y alteración del sueño, entrenamiento en asertividad y toma de decisiones. Al finalizar el programa se realiza una nueva valoración psicológica.

Resultados: En ninguno de los pacientes (excepto en la paciente que estaba en brote de su enfermedad) hubo un cambio en el índice de actividad clínica tras el programa. En cuanto al índice de calidad de vida (IBDQ-32), se observó una mejoría en las puntuaciones tras la actuación psicológica. Al finalizar el programa la mayor parte de los pacientes presentó una clara mejoría del estado de ánimo (excepto uno) y hubo una reducción del estado de ansiedad en todos ellos.

Conclusiones: El manejo conjunto por parte de los servicios de patología digestiva y psicología de los pacientes con EIIC puede producir una mejoría en su estado de ánimo, reducir su ansiedad y mejorar su calidad de vida.

UTILIDAD DE LA CLÍNICA DE ALTO RIESGO DE CÁNCER DIGESTIVO COMO INSTRUMENTO ASISTENCIAL

C. Sánchez-Fortún Díaz y R. Jover Martínez

Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivo: Evaluar y clasificar la población atendida en una clínica de alto riesgo (CAR) de cáncer digestivo.

Método: Revisión de historias clínicas de los pacientes atendidos en la CAR del HGUA en el período comprendido entre enero de 2006 y octubre de 2008.

Resultados: Un total de 563 individuos ha sido atendido en nuestra CAR. De ellos, 83 casos de cáncer colorrectal (CCR) familiar han sido diagnosticados. Los casos de CCR familiar se distribuyen en: 21 familias (25,3%) con síndrome de Lynch, 7 (8,4%) con poliposis adenomatosa familiar con mutación detectada en el gen APC, 6 (7,2%) con síndrome de poliposis hiperplásica, 4 (4,8%) con CCR hereditario tipo X, 4 (4,8%) con poliposis asociada a MYH, 3 casos (3,6%) de cáncer gástrico familiar y 1 caso (1,2%) de síndrome de Cowden. Las 37 familias restantes (44,7%) corresponden a casos de CCR familiar no sindrómico. De las 21 familias con síndrome de Lynch, 3 tenían mutación en MLH1, 3 en el gen MSH2 y 2 en MSH6; en el resto de casos no se detectó mutación. Treinta y nueve (84,8%) de los 46 casos de cáncer digestivo sindrómico fueron diagnosticados a partir de un caso de cáncer. Se detectaron 2 nuevos casos de cáncer durante el seguimiento de estas 46 familias con síndrome de cáncer digestivo, siendo en ambos casos un CCR en estadio I en el seno de un síndrome de Lynch. Por otro lado, se ha estudiado a 35 pacientes con poliposis colónica atenuada. Hubo 17 casos (48,5%) de poliposis atenuada adenomatosa, de los cuales 3 tenían mutación en el gen APC y 1 presentaba mutación bialélica en el gen MYH. Hubo 6 casos (17,2%) de poliposis que cumplían criterios de síndrome de poliposis hiperplásica, en uno de los cuales había historia familiar con patrón de herencia autosómico dominante. En 12 de los casos (34,3%) las poliposis fueron mixtas, con presencia de pólipos adenomatosos e hiperplásicos. De los pacientes con poliposis atenuadas, 16 (55,2%) presentaban antecedentes familiares de CCR, 14 (48,3%) precisaron tratamiento quirúrgico y en 12 de los casos (41,4%) la poliposis fue diagnosticada al mismo tiempo que un CCR sincrónico. Ninguno de los pacientes con poliposis atenuada presentó CCR durante el seguimiento. Uno de los casos de poliposis atenuada con presencia de mutación en el gen APC ha podido ser controlado endoscópicamente sin necesidad de cirugía.

Conclusión: La asistencia a individuos con alto riesgo de cáncer digestivo en una clínica de alto riesgo permite un adecuado manejo y seguimiento en casos de síndromes de cáncer familiar y poliposis colónica.

UTILIDAD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE LA ENTEROSCOPIA DE DOBLE BALÓN EN LA PATOLOGÍA DE INTESTINO DELGADO

P. Suárez, J. Sempere, I. Bort, M. Luján, I. Rodríguez, P. Canelles, F. Quiles, E. Ortí y E. Medina.

Sección de Endoscopia Digestiva. Servicio de Patología Digestiva. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La enteroscopia de doble balón (EDB), junto a la cápsula endoscópica (CE), ha supuesto un avance importante en los últimos años en el estudio del intestino delgado (ID), posibilitando no sólo una aproximación diagnóstica, sino también un abordaje terapéutico.

Objetivo: Valorar la utilidad diagnóstica y terapéutica de la EDB en los pacientes con sospecha de patología de intestino delgado (ID).

Pacientes y método: Se incluyeron las 27 enteroscopias realizadas con sistema de doble balón (videoenteroscopia terapéutica: EN-450-T5. Fujinon, Japón) en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia entre mayo de 2007 y septiembre de 2008 que se realizaron a 24 pacientes, todas ellas bajo sedación profunda y con presencia de anestesiista. En todos ellos se había realizado gastroscopia y colonoscopia previa, así como cápsula endoscópica (CE) en 20 pacientes. Se seleccionó la vía de abordaje en función de los hallazgos de la CE o, en caso de carecer de ésta, de los hallazgos en técnicas de imagen previas (TC, TID).

Resultados: Se realizaron 27 enteroscopias a 24 pacientes, con una edad media de 65 años (23-87), 15 hombres y 9 mujeres. La vía de entrada fue oral en 22 casos y anal en 5. Duración media de la exploración: 86 min. No existieron incidencias durante la exploración ni complicaciones posteriores en ningún paciente. Las indicaciones fueron: hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) 21 (77,7%) –manifiesta 13 (48,1%) y oculta 8 (29,6%)–, malabsorción 3 (11,1%), sospecha de tumor intestinal en 2 (7,4%) y Sd. Peutz-Jeghers 1 (3,7%).

Se encontraron hallazgos patológicos en ID en 15 exploraciones (55,5%): angiodisplasias en 6, Dieulafoy yeyunal en 1, angiomatosis difusa intestinal en 1, úlceras ileales por E. Crohn en 1, úlceras yeyunales 1, nódulo varicoso ileal en 1, enteritis crónica atrófica en 1, linfangiectasias secundarias y enteritis ulcerativa en 1, pólipos en 1, adenocarcinoma ileal en 1. El rendimiento diagnóstico fue del 66,6%, permitiendo diagnosticar o descartar lesiones en 18 de 27 enteroscopias. Se realizó terapéutica en 9 de las 27 exploraciones (33,3%): argon beam de todas las angiodisplasias y lesión de Dieulafoy (7), inyección de cianocrilato en nódulo varicoso ileal (1) y polipectomía de pólipo en paciente con Peutz-Jeghers (1).

Conclusión: La EDB constituye una técnica útil y segura, posibilitando un abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones de ID.

APLICACIÓN Y VALIDACIÓN DE DOS TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE METILACIÓN (METHYLIGHT Y MS-MLPA) PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE LYNCH

M.L. Pérez-Carbonell, C. Alenda, UCG Elche, E. Rojas, A. Payá y R. Jover

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Introducción: Alrededor de un 10% de los carcinomas colorrectales (CCR) en España se desarrolla por alteración en los genes responsables de la reparación de errores de replicación del ADN (*mismatch repair*, MMR). El 15% de los CCR MMR+ se desarrolla en el contexto del síndrome de Lynch. La estrategia actual para la identificación de pacientes con síndrome de Lynch consiste en la selección de pacientes para test genético mediante el estudio de la vía reparadora. Sin embargo, la mayoría de CCR MMR+ es esporádica, debido a la inactivación de MLH1 por hipermetilación de su promotor. El estudio de metilación en MLH1 podría permitir una diferenciación sencilla entre los casos esporádicos y familiares, y utilizarse como técnica de cribado para la detección del síndrome de Lynch. En este estudio se han comparado dos técnicas de cuantificación de metilación (Methylight y MS-MLPA). La principal ventaja del método MS-MLPA es que se trata de una técnica sencilla y reproducible que no requiere pretratamiento del ADN.

Material y métodos: Se ha seleccionado una muestra de 60 CCR MMR+ (pérdida de expresión inmunohistoquímica de MLH1 e IMS). En todos los casos incluidos en el estudio se ha realizado el estudio de mutaciones en línea germinal de MLH1 mediante secuenciación directa y estudio de grandes reordenamientos. En esta serie también se estudió la mutación V600E del gen BRAF y se ha recogido el cumplimiento de los criterios clínicos de Ámsterdam II y Bethesda revisados. Se ha aplicado la tecnología Methylight al ADN tumoral, calculándose un porcentaje de metilación (PMR). Con la técnica de MS-MLPA se ha obtenido el ratio de metilación.

Resultados: En 8 pacientes (13,3%) se identificó mutación en línea germinal de MLH1. Ninguno de los pacientes con mutación germinal presentó tumores metilados para MLH1, tanto con Methylight como con MS-MLPA ($p < 0,001$). La correlación de ambas técnicas fue del 96,7% ($p < 0,001$). No se identificó metilación ni mutación germinal en 10 casos (19,2%) y en 8 (15,4%), mediante Methylight y MS-MLPA, respectivamente. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las técnicas de metilación y el cumplimiento de criterios de Bethesda (Methylight $p < 0,05$, MS-MLPA $p < 0,01$) y la mutación del gen BRAF (Methylight $p < 0,001$, MS-MLPA $p < 0,001$).

Conclusiones: La identificación de tumores esporádicos MMR+ mediante las técnicas de cuantificación de metilación es eficaz y sencilla. Las 2 técnicas estudiadas son igualmente sensibles y eficaces para la detección de metilación de MLH1.

EFICACIA DE ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA NAÏVE PARA TERAPIA BIOLÓGICA

J.R. Molés, N. Maroto, F. Grau, J. Borrás, R. Alós, J. Primo y J. Hinojosa

Unidad de Digestivo. Servicio de Medicina Interna y Cirugía General. Servicio de Farmacia. Hospital de Sagunto. Sagunto. Valencia.

Adalimumab es un anticuerpo monoclonal anti-TNF humanizado que es eficaz en la inducción de la remisión y prevención de la recidiva en pacientes con enfermedad de Crohn luminal (EC) activa refractaria a tratamiento médico convencional. Asimismo, puede estar indicado como primera opción de tratamiento para controlar la actividad de la enfermedad obviando el uso de corticoides.

Objetivo: Analizar la eficacia de adalimumab como opción inicial en la inducción de la remisión en una cohorte de pacientes con EC activa y sin tratamiento biológico previo.

Pacientes y método: Se incluye a 11 pacientes con enfermedad de Crohn (tabla I). Todos los pacientes recibieron adalimumab sc 160/80 mg de inducción y 40 mg/2 semanas de mantenimiento. La actividad clínica de la enfermedad se valoró con el CDAI, la perianal por el índice de Present-Rutgeerts y la biológica mediante PCR, VSG, fibrinógeno y plaquetas. Se consideró remisión clínica CDAI < 150 y respuesta clínica una reducción en 100 puntos del CDAI. Se analizó la eficacia clínica en las semanas 4, 12 y 24. Se registraron los efectos secundarios.

TABLA I

Edad	38 (15-59)
Sexo	9 hombres/2 mujeres
Tabaco	1 activo/ 2 Ex / 8 no
Cirugía	4
Clasificación Montreal	
A1/A2/A3	1/9/1
L1/L2/L3/L4	4/0/6/1
	L3+p (4)
B1/B2/B3	5/1/5
Tratamiento asociado previo	
Azatioprina	3
Corticoides	0

Tipo perianal: 1 úlcera canal, 1 fístula supraesfinteriana, 2 fístulas interesfinterianas bajas.

Resultados: En la tabla II se expresan los resultados. La PCR basal media fue de 42 mg/l (15-135), 4 semanas 12 mg/l (1-21), 12 semanas 3 mg/l (0-5).

En la semana 8 se produjo una recidiva clínica y en la semana 14 se suspendió un tratamiento por TEP. El 37% de los pacientes refirió se-

TABLA II

EC Luminal	Remisión	Respuesta
Semana 4	8/11 (73%)	3/11 (27%)
Semana 12	10/11 (91%)	—
Semana 24	9/11 (82%)	—
EC perianal		
Semana 4	3/4 (75%)	? (25%)
Semana 12	3/4 (75%)	
Semana 24	3/4 (75%)	

quedad cutánea. Se asoció azatioprina a 3 de los pacientes con enfermedad perianal.

Conclusiones: 1. Adalimumab (160/80 mg) es eficaz en inducir la remisión en pacientes con EC luminal activa sin tratamiento biológico previo y como primera opción terapéutica. 2. Los pacientes respondedores mantienen la respuesta a los 6 meses (40 mg/2 s).

ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA PARA UN CORRECTO DESPISTAJE DE LA COLITIS MICROSCÓPICA

G.E. Rodríguez González¹, B. Beltrán Niclos¹, M.J. Artes Martínez², I. Ferrer Bradley¹, M. Rodríguez Soler¹, V. Pons Beltran¹, V. Pertejo Pastor¹, L. Argüello Viudez¹ y T. Sala Felis¹

¹Servicio Medicina Digestiva. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción: La colitis microscópica (CM) es una entidad caracterizada por diarrea acuosa, crónica o intermitente, con colonoscopia normal. Para su diagnóstico requiere la realización de biopsias, siendo aconsejable la toma seriada de las mismas para mejor orientación del patólogo.

Objetivos: 1) Valorar la estrategia diagnóstica tradicional ante la CM en el Servicio de Medicina Digestiva del Hospital La Fe. 2) Implementar en el servicio la recomendación de tomar biopsias seriadas ante toda colonoscopia normal solicitada por diarrea. 3) Evaluar el impacto de la intervención en la rentabilidad respecto al diagnóstico de CM.

Metodología: 1) Análisis retrospectivo de la tasa de colonoscopias solicitadas por diarrea, durante el período de enero a agosto del año 2004. Evaluación de la tasa de biopsias seriadas realizadas en colonoscopias con diagnóstico de exploración normal (incluyendo en este grupo colonoscopias con hallazgos de divertículos o pólipos benignos aislados) y diagnóstico confirmado de CM. 2) Intervención: sesión informativa dirigida a los endoscopistas del servicio sobre CM y la recomendación de tomar biopsias seriadas ante toda colonoscopia normal solicitada por diarrea. Se contacta con el Servicio de Anatomía Patológica para revisar criterios diagnósticos de la CM. 3) Análisis de la tasa de biopsias seriadas y la rentabilidad diagnóstica para CM tras la intervención (período de enero a agosto de 2008).

Resultados:

Año	Colonoscopias indicación: diarrea	Colonoscopias normales	Biopsias seriadas	CM
2004	85	53(62%)	8(15%)	2(25%)
2008	136	97(71%)	55(57%)	19(34,5%)

El número de CM detectadas aumentó considerablemente, evidenciando que un 35% de las biopsias identifica la patología. Realizar una intervención informativa a los miembros del servicio incrementó en un 42% la tasa de biopsias seriadas en colonoscopias normales.

Conclusiones:

– La realización de biopsias seriadas en las colonoscopias normales solicitadas por diarrea es necesaria para un correcto despistaje diagnóstico de la CM.

– Una intervención dirigida a informar al equipo endoscopista consigue un adecuado, pero no completo, aumento de la tasa de realización de biopsias seriadas. Se debe valorar la realización de sesiones informativas periódicas que mantenga la motivación para la realización de biopsias.

EFFECTIVIDAD DE LA 6 MERCAPTOPURINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, PREVIAMENTE INTOLERANTES A AZATIOPRINA: INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE TIOPURIN METILTRANSFERASA (TPMT)

A. Nevárez, G. Bastida, M. Yago, J.L. Melero, M. Aguas, B. Beltrán, M. Iborra, P. Nos y J. Ponce
Hospital La Fe. Valencia.

Los inmunomoduladores tiopurínicos o tiopurinas (azatioprina o 6-mercaptopurina) han mostrado su utilidad para inducir y mantener la remisión, tanto en pacientes con colitis ulcerosa (CU) como con enfermedad de Crohn (EC). Este grupo farmacológico es actualmente la piedra angular del tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sin embargo, es importante conocer que este grupo de fármacos no es útil en todos los pacientes, debido a ineficacia clínica o a la necesidad de retirarlos por sus efectos secundarios. Se ha descrito que hasta un 10-15% de los pacientes tratados con tiopurinas deben abandonar el tratamiento debido a sus efectos adversos. Una estrategia útil para optimizar el tratamiento sería la sustitución de azatioprina por mercaptopurina en caso de aparición de efectos secundarios.

Objetivos: Evaluar la incidencia de toxicidad gastrointestinal en una cohorte de pacientes con EII, valorar las variables clínicas asociadas con su aparición y valorar la tolerancia a 6 mercaptopurina en pacientes previamente intolerantes a azatioprina.

Materiales y métodos: Incluimos de forma prospectiva a un total de 92 pacientes que recibieron inmunosupresores tiopurínicos entre junio de 2006 y junio de 2008. En todos los pacientes se registraron exámenes de laboratorio, niveles de TPMT y se interrogó específicamente al paciente sobre cualquier efecto secundario de la medicación. En un inicio todos los pacientes fueron tratados con azatioprina (AZA); si se presentaba intolerancia gastrointestinal se reintrodujo AZA en menor dosis. Si se confirmaba la intolerancia gastrointestinal se introducía 6 mercaptopurina (6MP). Se realizó un seguimiento de los pacientes durante 12 meses. Los datos recolectados incluían la razón por la retirada de AZA, tiempo de aparición de los efectos adversos y resultado del tratamiento con 6MP.

Resultados: Un total de 92 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal se incluyó en el estudio (58 con EC, 24 con CU). La edad media fue de 36,8 años (DE 10,97) y 38,47 años (DE 13,6), respectivamente. La indicación principal para el tratamiento con inmunosupresores tiopurínicos fue la corticodependencia. La actividad de la TPMT fue evaluada en todos los pacientes antes del inicio del tratamiento con AZA. El valor medio de la actividad fue de 19,65 U/ml (rango 6,60–35,7 U/ml). Un total de 63% de pacientes (58 pacientes) presentó reacciones adversas a la AZA, en los primeros 3,42 meses. El efecto adverso más común fue de intolerancia gastrointestinal, presente en 30 pacientes (33%). 25 pacientes discontinuaron el tratamiento con AZA en un tiempo promedio de 1,5 meses (rango 0,36 a 6,51 meses). Los factores asociados con la intolerancia gastrointestinal fueron el género femenino ($p = 0,003$), niveles bajos de TPMT ($p = 0,048$) y uso concomitante de infliximab ($p = 0,023$). 15 de los 30 pacientes toleraron la reintroducción a AZA, los otros 15 discontinuaron el tratamiento con AZA. Los niveles de TPMT en estos pacientes fueron mayores que los que continuaron con AZA ($p = 0,04$). En los pacientes intolerantes al tratamiento con AZA, la tasa de tolerabilidad a la MP fue de 38% (5 de 13); uno de los pacientes se perdió durante el estudio y otro se negó a usar 6MP. No se encontró ninguna relación con las variables estudiadas y la tolerancia a 6MP.

Conclusiones: Aunque una introducción más lenta y progresiva podría mejorar la tolerancia gastrointestinal a la azatioprina, un porcentaje muy importante de pacientes experimenta efectos gastrointestinales adversos. Posiblemente existan varios mecanismos de acción diferentes en la aparición de intolerancia gastrointestinal; los derivados metilados producidos durante la degradación de azatioprina podrían tener un papel importante en su génesis. La 6-mercaptopurina es segura en un porcentaje importante de pacientes que no toleran la azatioprina.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y RECURRENCIA ENDOSCÓPICA POSQUIRÚRGICA. INFLUENCIA DE LA AZATIOPRINA SOBRE LAS LESIONES ENDOSCÓPICAS Y LA CALIDAD DE VIDA

G. Benavent, G. Bastida, C. Vinaixa, M. García, P. Nos, M. Aguas, B. Beltrán, M. Iborra y J. Ponce
Servicio de Medicina Digestiva. Hospital La Fe. Valencia.

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) afecta negativamente la calidad de vida (CV). Un 70% de los pacientes con EC es intervenido, la recurrencia posquirúrgica representa un problema en el manejo de la EC. La recurrencia endoscópica (RE) es un hecho precoz que precede la recurrencia clínica. Las tiopurinas son los fármacos más utilizados para tratar la progresión de la RE.

Objetivos: Analizar la CV de los pacientes con EC y RE y analizar la influencia del tratamiento con tiopurinas sobre la CV y sobre las lesiones endoscópicas.

Métodos: Todos los pacientes con EC que se sometieron a cirugía fueron evaluados endoscópicamente a los 12 meses. Se consideró que el paciente tenía RE en caso de un índice de Rutgeerts ≥ 1 . En caso de RE se inició tratamiento con azatioprina (2,5 mg/kg). Los pacientes fueron evaluados al inicio del tratamiento y a los 6 y 12 meses. Se valoraron índices de actividad (CDAI), medidas de CV y datos endoscópicos. Se consideraron los pacientes en remisión si tenían un CDAI < 150 y curación mucosa en caso de un índice de Rutgeerts = 0. La CV se utilizó mediante un cuestionario genérico (SF-36) y otro específico (IBDQ). Se incluyó a 18 pacientes consecutivos: 10 (53%) hombres con edad media de 36 años.

Resultados: Al inicio del tratamiento los pacientes obtuvieron puntuaciones en el SF-36 inferiores a los valores de referencia de la población general española, excepto la función física. La puntuación basal del IBDQ fue de 5, rango 3,17-6,47, con valores inferiores en las 5 dimensiones al compararlos con pacientes inactivos (Eur J Gastroenterol Hepatol. 2001;567-72). Tras 6 meses, 17/18 pacientes permanecían en remisión clínica. Hubo mejoría en la puntuación global del IBDQ (5,54, rango 2,89-6,78) y en todas las dimensiones del IBDQ y del SF-36, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. Ocho pacientes aceptaron una colonoscopia; sólo 4 (50%) alcanzaron la curación mucosa. La CV fue independiente de las lesiones endoscópicas. Doce pacientes alcanzaron 12 meses de seguimiento, 10 (83%) en remisión clínica. La puntuación del IBDQ (5,9, rango 3,19-6,89) mejoró en relación a la puntuación basal, con diferencias significativas en síntomas intestinales, función social y función emocional. Todas las dimensiones del SF-36 mejoraron haciéndolas comparables con la población general española. Las diferencias obtuvieron significación estadística en la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental. Once de los 12 pacientes se sometieron a colonoscopia, 7/12 (58%) presentaron curación mucosa. La mejoría de la CV fue independiente de la curación mucosa.

Conclusiones: Los pacientes con EC y con RE tienen una percepción de CV disminuida; el tratamiento con azatioprina podría tener un efecto positivo sobre la CV de estos pacientes, aunque el hecho de que no tenga relación con la curación mucosa no apoya esta afirmación.

HÍGADO Y PÁNCREAS

REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA CON RIBAVIRINA Y PEGINTERFERÓN ALFA 2

A. Zaragoza¹, T. Faus², J.M. Ténias³ y J.J. Ramírez¹

¹Unidad Digestiva. Servicio de Medicina Interna. ²Servicio Farmacia. ³Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Valencia.

Objetivo: Describir y analizar la incidencia de reacciones adversas (RAM) asociadas al tratamiento de la hepatitis C crónica con ribavirina y peginterferón alfa2a/b.

Métodos: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de pacientes adultos tratados con ribavirina (RBV) y peginterferón alfa 2a/b.

El período de estudio (2001-2006) comprende los períodos de tratamiento (24 semanas para genotipos 2 y 3; 48 semanas para los genotipos 1, 4 y 5) y de seguimiento (24 semanas tras fin de tratamiento). La dosificación de RBV para los genotipos 2 y 3 fue de 800 mg/día y para el resto de genotipos 1.000-1.200 mg/día, ajustadas por peso (< 75 kg, > 75 kg). Las dosis de PEG alfa 2a fueron fijas (180 mcg/semana) y las de PEG alfa 2b se ajustaron por peso, a razón de 1,5 mcg/kg/semana. Las variables de respuesta bioquímica al tratamiento (GOT, GPT, GGT) así como los parámetros hematológicos (Hb, plaquetas, neutrófilos, leucocitos) se determinaron a las 4, 8, 12, 24 y 48 semanas de tratamiento. Algunos pacientes requirieron controles más frecuentes. Cada 3 meses se realizó una analítica general con determinación de lípidos, ácido úrico, glucosa, sedimento y función tiroidea. Todas estas analíticas se repitieron a las 24 semanas tras finalizar el tratamiento (respuesta sostenida). La respuesta virológica (PCR) se determinó previamente al inicio del tratamiento, y a las 24 semanas de finalizar el mismo en todos los pacientes, y además, a las 12 y 24 semanas de tratamiento en pacientes con genotipos 1, 4 y 5. Las RAM detectadas se describen por tipo, frecuencia y severidad, agrupándose en RAM hematológicas y no hematológicas. Las RAM hematológicas se clasifican en: anemia: severa Hb \leq 8g/dl, moderada Hb 8-10 g/dl, leve Hb 10-11 g/dl en mujeres y 11-12 g/dl en varones. Trombopenia: severa < 55.000 x 10³ cel/ml, moderada 55.000-75.000 x10³ cel/ml y leve 75.000-100.000 x 10³ cel/ml. Neutropenia: severa < 750 x 10³ cel/ml y moderada 750-900 x 10³ cel/ml. Las RAM no hematológicas se agrupan en: cuadro pseudogripal (dolor osteomuscular, fiebre, escalofríos, astenia), RAM gastrointestinales (GI) (diarrea, estreñimiento, epigastalgia, pirosis y anorexia), neuropsiquiátricas (insomnio, irritabilidad, ansiedad, depresión, somnolencia, cefalea, parestesias), RAM endocrinas (tiroideas, hiperglucemia, hiperuricemia, hipertrigliceridemia), musculoesqueléticas (mialgia, dorsalgia, cervicalgia), respiratorias (disnea, tos), dermatológicas (prurito, rash, urticaria), reacción local, sequedad, alopecia, pérdida de peso (> 10%), faringitis/afonía y otras.

Resultados: El estudio incluye un total de 94 pacientes. 45,7% mujeres; edad > de 40: 70,2%. Genotipo VHC 1-4-5 (84%), 2 y 3 (16%). Biopsia hepática: 73,4% Grado de fibrosis hepática (Escala Knodell): F0 13%, F1 32%, F2 25% F3 17%, F4 13%. Pacientes NAIVE 69,1%. Carga viral previa al tratamiento > 500.000 UI/ml en 73,4%. Antecedentes clínicos-analíticos: depresión 5,3%; exADPV 7,4%; diabetes 7,9% (diabetes 1: 3,2%, diabetes 2: 4,3%); etilismo (abstinencia > 6 meses) 17%; alteraciones tiroideas 15%. Anticuerpos antinucleares (ANA) negativos en 69,1%. Finalizan tratamiento el 54,3% de pacientes, se suspendió en el 45,7%, 55,8% (24) por ineficacia, en el 20,9% (9) por RAM, en el 9,3% (4) por decisión facultativa y en 14% (6) abandono por parte del paciente. Se modificaron dosis en 52,1% de los pacientes, en estos 26% la RB, 40,8 el PEG y en 32,7 ambos. Las causas de cambios de dosis fueron: RAM hematológicas en 34,7% (17), RAM no hematológicas en 49% (24) y ambas en 16,3%(8). Las causas de suspensión de tratamiento por RAM fueron: por RAM hematológicas en tres casos (anemia, leucopenia y plaquetopenia). Por RAM no hematológicas en 6 casos. El inicio de las RAM en el 87,7% fue en los primeros dos meses. El 88,3% de pacientes presentaron alteraciones hematológicas. La anemia fue moderada o leve en la mayoría de los pacientes. Solamente un paciente presentó una anemia severa en la semana 36 de tratamiento. La plaquetopenia fue leve o moderada en la mayoría. 2,1% de los pacientes presentaron plaquetopenia severa en la 4ª semana, 1,1% en la 12ª y 1,1% en la 24ª. La neutropenia fue moderada-severa cuando se presentó, un 5,3% con neutropenia severa en la 4ª semana, un 7,4% en la 12ª, 4,3% en 24ª y 1,1% en la 36ª. La plaquetopenia fue severa en 2,1% de pacientes en la 4ª semana, en 1,1% en la 12ª, en 1,1% en la 24ª. El 95,7% de los pacientes presentaron RAM no hematológicas. Neuropsiquiátricas 82,2%, cuadro pseudogripal 65,6%, dermatológicas 62,2%, GI 43,3%, endocrinas 32,1%, musculoesqueléticas 23,3%, respiratorias 21,1%, reacción local 19%, sequedad 23,3%, alopecia 14,4%, pérdida de peso 45,6% (17,3% más de un 10%), faringitis/afonía 7,8%, infecciones 17,8%, aste-

nia 23,3% y otras: vértigo, cardiopatía isquémica, epistaxis, palpaciones, impotencia, proteinuria. El fármaco que con mas frecuencia se empleó para el tratamiento de las RAM fue el paracetamol, en un 23,3% de los pacientes durante todo el tratamiento y en 12,2% solamente al inicio. Un 8,9% tomaron paracetamol y benzodiacepinas, un 5,6% antihistamínicos. Todas las RAM fueron reversibles tras finalizar el tratamiento, excepto la RAM más severa (obligó a suspender tratamiento a la semana 29) que se presentó como síndrome febril con adenopatías diagnosticado de sarcoidosis ganglionar (mesentérica) y hepática o pseudotumor hepático asociado que tras tratamiento con corticoides y tuberculostáticos se encuentra asintomática y un paciente con hipotiroidismo que sigue precisando tratamiento dos años después. Un paciente presentó un cuadro de poliartritis al finalizar tratamiento que remitió con esteroides. En 38 casos se recogió información laboral, en el 21% hubo baja durante el tratamiento.

Conclusiones: 1. Se detecta una frecuencia elevada de RAM durante el tratamiento con PEG y RBV aunque una baja frecuencia de RAM severas que lleven a suspensión. 2. La frecuencia de suspensión por RAM es similar a la descrita en los estudios publicados (5-15%). 3. El manejo más adecuado de las RAM podría evitar la suspensión del tratamiento en algunos pacientes.

Bibliografía

Fried M, Mitchell L, Shiffman L, Rajender R, Coleman S, et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirina for chronic hepatitis C virus infection. *N Engl J Med.* 2002;347:975-82.
Hadziyannis S, Sette H, Morgan T, Balan V, et al. Peginterferon-alfa2a and ribavirina combination therapy in chronic hepatitis C. *Ann Intern Med.* 2004;140:346-55.

ESTUDIO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA DE LA VARIACIÓN DE TAMAÑO DE LA HIPERPLASIA NODULAR FOCAL HEPÁTICA

A. del Val¹, L. Martí-Bonmati², I. Ortiz¹, C. Ramírez², P. Bartumeus² y E. Moreno-Osset¹

¹Servicio de Medicina Digestiva. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Dr. Peset. Universitat de València.

Introducción: La hiperplasia nodular focal (HNF) es el segundo tumor hepático benigno más común tras el hemangioma y se detecta mayoritariamente en mujeres jóvenes. Los métodos de imagen son cruciales tanto en el diagnóstico como en el seguimiento. Existe escasa información sobre si esta lesión puede experimentar cambios a lo largo del tiempo.

Objetivo: Evaluar las variaciones en el tamaño de una serie de pacientes diagnosticados de HNF.

Material y métodos: Se han incluido 20 pacientes con diagnóstico final de HNF que aceptaron la realización de una segunda resonancia magnética (RM) de control. Se les practicó un estudio dinámico utilizando gadolinio como contraste. Las lesiones fueron medidas en milímetros en cada una de las 2 RM dinámicas para calcular el porcentaje de variación entre ambas (diferencia entre los diámetros máximos de las lesiones en el estudio inicial y de control). Se consideró que había existido una variación significativa de tamaño cuando se apreció un cambio mayor del 15%.

Resultados: La media de edad fue de 38 años (18-63), 17 mujeres (85%). El total de lesiones analizadas fue de 35, en 12 pacientes única (60%), en 4 doble (20%), en 3 triple (15%) y un solo caso presentaba 6 (5%). El intervalo medio entre las 2 RM fue de 925 días (\pm 521). El diámetro medio de las HNF únicas fue de 4,55 \pm 2,81 cm, de las dobles 2,8 \pm 1,37 cm y de las triples 2,07 \pm 0,37 cm. En solo 6 lesiones (17%) se detectó una variación significativa en su diámetro máximo, en 4, reducción y en 2, aumento. Tras revisar las historias de estos pacientes no se pudo identificar ningún evento clínico que pudiera explicar la variación de tamaño.

Conclusión: La HNF puede experimentar una variación significativa de tamaño en una pequeña proporción de pacientes (17%). La gran mayoría de estas lesiones permanece estable, lo que justifica una actitud expectante.

HEPATITIS FULMINANTE: INDICACIONES Y RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

M. García Estela, I. Conde Amiel, V. Aguilera Sancho-Tello, A. Rubín Suárez, M. Berenguer Haym y M. Prieto
Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción: La insuficiencia hepática aguda grave (IHAG) es una entidad poco frecuente con elevada morbimortalidad. El trasplante hepático (TH) ha mejorado su pronóstico. Nuestro objetivo fue determinar las indicaciones y resultados del TH por IHAG en nuestro medio, así como los posibles factores predictores de mortalidad.

Material y métodos: Se estudiaron retrospectivamente pacientes trasplantados hepáticos por IHAG desde 1991 hasta 2007 en nuestro hospital. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos del pre y post-trasplante. Se analizó la supervivencia global del paciente y del injerto, así como las variables pre-TH asociadas con la mortalidad. Se comparó a los pacientes de etiología vírica respecto al resto.

Resultados: 41 pacientes fueron sometidos a TH por IHAG. La prevalencia ha aumentado con el tiempo (0,04% hasta 1995 frente a 5,3% de 2004 a 2007). La mediana de edad fue de 39 años, 49% varones. La etiología más frecuente fue la vírica (34%) frente a autoinmune (7,3%), criptogénica (29,3%) y tóxico-medicamentosa (29,3%), con presentación aguda (41%) y encefalopatía III-IV/IV (73%). Más de un 1/3 de los pacientes presentaba insuficiencia renal y respiratoria pre-TH. Casi todos los donantes fueron compatibles. La supervivencia al 5º y 10º año fue del 75%, con una mortalidad global del 24,4%, en el 1º mes post-TH, por complicaciones infecciosas. Las complicaciones precoces post-TH más frecuentes fueron: infecciones (32%), insuficiencia renal (29%) y disfunción inicial del injerto (36%), y tardías: complicaciones biliares (30%) e hipertensión arterial (46%). La diabetes pre-trasplante fue la única variable asociada con mortalidad ($p = 0,002$). La evolución post-TH fue peor en los pacientes con etiología vírica frente al resto: disfunción del injerto 57 vs 26%, $p = 0,04$, re-TH 21 vs 0%, $p = 0,04$.

Conclusión: El TH permite mejorar la supervivencia de estos pacientes. La identificación de factores pronósticos pre-TH es fundamental para una correcta selección de pacientes. La etiología vírica tiene peor evolución post-TH.

CARCINOMA HEPATOCELULAR TRATADO CON RADIOFRECUENCIA. FACTORES PREDICTIVOS DE RECURRENCIA LOCAL Y A DISTANCIA

I. Ortiz¹, A. del Val¹, J.M. Tenias², X. Cortes¹, F. Maia¹, H. Cuchillo¹ y E. Moreno-Osset¹

¹Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitario Dr. Peset. Universitat de Valencia. ²Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.

Introducción: La ablación térmica mediante radiofrecuencia (RF) es una terapia muy eficaz del carcinoma hepatocelular (CHC) pero las recurrencias local y a distancia son frecuentes, incluso después de haber logrado una necrosis completa.

Objetivo: Identificar factores predictivos de recurrencia local y a distancia del CHC que ha sido sometido a RF como terapia inicial.

Material y métodos: Se incluyó de forma prospectiva a un total de 40 pacientes con CHC estadio A (BCLC) tratados con RF. Además, 17 pacientes (42,5%) precisaron terapia complementaria mediante quimioembolización transarterial. El diámetro medio del tumor fue 3,2 cm (desviación estándar, DE: 1,2 cm). El tiempo medio de seguimiento fue de 34,2 meses (DE: 19,7 meses). Se recogieron datos analíticos (GOT, GPT, GGT, albúmina, índice de Quick, recuento plaquetar y alfa-fetoproteína), variables relacionadas con el tumor (localización, diámetro, número de lesiones), variables relacionadas con la hepatopatía (etiología, estadio de Child-Pugh), datos relacionados con el tratamiento recibido (número de sesiones de RF, tratamiento con quimioembolización), método diagnóstico del CHC, cribado para CHC, tiempo de seguimiento y aparición de recurrencia tumoral local y a distancia. Se definió como recurrencia local la detección mediante TC de un área de tumor viable adyacente al tumor tratado. Se definió como recurrencia a distancia la aparición de nue-

vos tumores intrahepáticos distantes al tumor inicial. Se estimaron los tiempos hasta la recurrencia y exitus mediante el método de Kaplan-Meier junto con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Los factores pronósticos se identificaron mediante regresión de Cox.

Resultados: La edad media fue de 70,4 años (DE: 7,2 años), 27 hombres (67,5%). La respuesta inmediata a la terapia fue completa en 31 casos (77,5%), parcial en 5 (12,5%) y enfermedad estable en 4 (10%). Al final del seguimiento, 9 pacientes tuvieron recurrencia local (23,1%) y 18 recurrencia a distancia. (46,2%). La mediana de tiempo hasta la recurrencia a distancia fue de 29 meses (IC 95% 0-69 meses). La mediana de tiempo hasta la recurrencia local fue > 81 meses. La mediana de tiempo de supervivencia de la serie completa fue de 56 meses (IC 95% 45-67 meses). Tras la regresión de Cox, los factores pronósticos independientes de mortalidad fueron la edad, la recurrencia a distancia y una albúmina < 2,8 g/dl. Las variables predictoras independientes de recurrencia a distancia fueron la recurrencia local y la albúmina < 2,8 g/dl. No se identificó ninguna variable predictiva de recurrencia local.

Conclusión: La RF resultó una terapia muy eficaz en el control del CHC inicial pero se observó una discreta tasa de recurrencia local y altas tasas de recurrencia a distancia. Unos niveles bajos de albúmina y la recurrencia local fueron factores predictivos de recurrencia a distancia.

NUESTRA EXPERIENCIA TRAS 1.000 EXPLORACIONES CON FIBROSCAN. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A. Escudero, F. Rodríguez, M.A. Serra, J.A. del Olmo, L. Aparisi, A. Wassel y J.M. Rodrigo

Servicio de Hepatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universitat de València.

Objetivo: Analizar la elasticidad hepática en pacientes con diferentes diagnósticos de hepatopatía. Influencia de los resultados según etiología, operador, índice de masa corporal (BMI) y respuesta al tratamiento entre los pacientes con hepatopatía por virus C (VHC).

Material y métodos: Se realizaron 1.005 exploraciones desde diciembre de 2007 a julio de 2008, correspondientes a 951 pacientes (975 pruebas fueron válidas; de ellas, 926 eran de nuestro servicio). Se analizó el resultado del fibroscan en relación a las diferentes etiologías, intensidad de fibrosis según biopsia reciente (< 1 año), al BMI y a los resultados del tratamiento antiviral en los pacientes VHC+. A todos se les realizó fibroscan con técnica habitual, obteniendo 10 mediciones válidas. Si tras realizar 20 mediciones no se conseguía medición correcta se abandonaba la prueba considerándola "no válida" o también si el índice intercuartil era > 30%. La exploración fue realizada por 5 operadores. El estudio estadístico se procesó con programa SPSS13.

Resultados: La edad media de los pacientes era de $51,58 \pm 12,43$ años (rango 25-85). 30 exploraciones no válidas de 1.005 (2,9%): la causa principal del fallo fue el sobrepeso (BMI válidos $25,9 \pm 4$ y fallidos $31,0 \pm 5,3$; $p = 0,008$).

Resultados de las exploraciones válidas: 926 de ellos la distribución fue la siguiente: por VHC el 68%; VHB el 9%, por alcohol 9,1%, síndrome metabólico 2,4%, y otras el 11,3%. El peso medio era de 72 ± 13 Kg, talla de $1,66 \pm 0,09$ m con BMI de $25,9 \pm 3,9$. En el subgrupo de 87 pacientes con biopsia reciente (< 1 año) la medición de elasticidad, mostró una buena correlación con las siguientes medias: Estadio 0: $6,7 \pm 2,6$ kpa, Estadio 1: $6,7 \pm 2,4$ kpa, Estadio 2: $7,9 \pm 3,8$ kpa, Estadio 3: $11,3 \pm 6,7$ kpa y Estadio 4: $27,4 \pm 3,5$ kpa. Resultados similares se observan en 63 pacientes VHC+ y biopsia reciente. No existían diferencias interoperadores (F: 1.162 $p = 0,326$). En los 150 pacientes con VHC y respuesta sostenida a tratamiento antiviral hay mejoría en las mediciones de elasticidad con respecto a la biopsia previa al tratamiento, observando los siguientes valores: $6,4 \pm 3$, $5,4 \pm 1,5$, $5,3 \pm 1,4$, $6,2 \pm 2,2$, $7,0 \pm 3,1$, según la biopsia previa al tratamiento mostrase E0, E1, E2, E3 o E4, respectivamente. El intervalo entre el final de tratamiento y realización de la prueba era superior al año. Los pacientes en tratamiento antiviral VHC muestran mejoría significativa de elasticidad ya en los primeros meses ($p = 0,035$).

Conclusiones: 1. La prueba con fibroscan es un método válido con escasa variabilidad interobservador. 2. Se observa buena relación tan-

to en la ausencia de fibrosis como en fibrosis avanzada. 3. Existe una mejoría de la fibrosis en pacientes con respuesta sostenida a tratamiento antiviral incluso en fases avanzadas. Por ello, el fibroscan es un buen método para el control evolutivo de la fibrosis. 4. Durante el tratamiento de VHC ya se observa mejoría de fibrosis en fases tempranas.

LA TRASLOCACIÓN BACTERIANA INDUCE LA SÍNTESIS DE CITOCINAS PROINFLAMATORIAS Y EMPEORA LA CIRCULACIÓN HIPERDINÁMICA Y EL GRADO DE DISFUNCIÓN ENDOTELIAL INTRAHEPÁTICA EN PACIENTES CON CIRROSIS Y ASCITIS

P. Bellot¹, J.C. García-Pagán², R. Francés¹, J.G. Abraldes², J.M. González-Navajas¹, M. Pérez-Mateo¹, J. Bosch² y J. Such¹

¹Unidad de Hepatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Laboratorio de Hemodinámica Hepática. Servicio de Hepatología. IMDIM. IDIBAPS. Hospital Clínic de Barcelona.

En pacientes con cirrosis hepática las infecciones bacterianas, debido a la liberación de citoquinas inflamatorias, ocasionan un deterioro de la hemodinámica sistémica y esplácnica. La traslocación de bacterias desde el intestino es un paso previo importante en el desarrollo de infección en pacientes cirróticos, si bien en la mayoría de las ocasiones son eliminadas por el sistema inmune sin que se desarrolle ésta. La presencia de fragmentos de ADN bacteriano (ADNbact) en ausencia de infección ha mostrado ser un marcador indirecto de traslocación bacteriana, además de ser capaz de provocar "per se" una respuesta inflamatoria.

Objetivos: Investigar la relación entre traslocación bacteriana (estimada por la presencia de ADNbact en plasma), respuesta inflamatoria y alteraciones hemodinámicas sistémicas y hepáticas en pacientes cirróticos.

Pacientes y métodos: Se incluyó a 72 pacientes con cirrosis sin evidencia de infección bacteriana activa (52 de ellos con ascitis), a los que se les realizó una determinación de ADNbact (*broad-range* PCR del gen 16S y posterior secuenciación de nucleótidos), determinación de nitratos y nitritos (NOx), factor de necrosis tumoral alfa (TNF α), *lipopolysaccharide binding protein* (LBP), hemocultivos y estudio hemodinámico, con cateterismo cardiopulmonar y determinación del gradiente de presión venosa hepática (GPVH) basal y a los 30 min tras una dieta oral de 600 kcal.

Resultados: 20 pacientes presentaron ADNbact en plasma (15 perteneciente a bacilos Gram- y 5 a bacterias Gram+) y en 52 la determinación de ADNbact fue negativa. Sólo se detectó ADNbact en pacientes con ascitis. Por ello, el estudio se centró en los pacientes con ascitis ADNbact(+) (n = 20) y ADNbact(-) (n = 32). No existieron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la edad, sexo, etiología de la cirrosis ni en el grado de insuficiencia hepática. Sin embargo, los pacientes ascitis ADNbact(+) tenían unos niveles de LBP y TNF α significativamente superiores que los pacientes ADNbact(-) (LBP = 87 \pm 30 vs 47 \pm 22 μ g/mL; p = 0,001 y TNF α = 406 \pm 115 vs 179 \pm 73 μ g/mL, p = 0,0001). Ello se asoció con unos niveles más elevados de NOx (36,8 \pm 11,3 vs 29,4 \pm 12,7 μ g/mL; p = 0,07). La presión arterial media y la resistencia vascular sistémica fue significativamente inferior en los pacientes ADNbact(+) con respecto a los ADNbact(-) (PAM = 76 \pm 10 vs. 86 \pm 11 mmHg; p = 0,002 e IRVS = 1.248 \pm 359 vs 1.521 \pm 396 dyn*seg*m²*cm⁻⁵, respectivamente; p = 0,02), sin diferencias significativas en el gasto cardíaco, frecuencia cardíaca ni en GPVH basal. En el grupo con ADNbact(+) se observó un mayor incremento del GPVH tras la ingesta con respecto al grupo ADNbact(-) (Δ GPVH(%) = 16 \pm 10% vs 9 \pm 8%; p = 0,02), sin observar diferencias significativas en cuanto al flujo sanguíneo hepático ni a la resistencia hepática estimada. También se pudo observar una correlación significativa entre el incremento posprandial del GPVH y la carga de ADN bacteriano plasmática (r = 0,65, p < 0,01).

Conclusiones: Este estudio apoya la hipótesis de que en los pacientes cirróticos con ascitis, el paso de productos bacterianos desde el intestino a la circulación contribuye a agravar la vasodilatación sistémica y la disfunción endotelial hepática, probablemente a través de una activación de citoquinas inflamatorias y aumento del óxido nítrico.

TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS CRÓNICA B: NUESTRA EXPERIENCIA CON LAMIVUDINA

I. Rodríguez, A. Monzó, C. González, C. Carbonell, R. Cors, J.J. Urquijo y M. Diago

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: El tratamiento de la hepatitis crónica B ha experimentado grandes cambios en los últimos años. Disponemos de nuevos fármacos: interferón, interferón pegilado, análogos de los nucleósidos/nucleótidos (lamivudina, adefovir, entecavir, telivudina y más recientemente tenofovir). Existe el problema de generación de resistencias y aparición de mutaciones con estos tratamientos. Se cuestiona qué fármaco es el de primera elección en función de su potencia y su perfil de resistencia. Pretendemos valorar la aparición de resistencias a lamivudina en nuestros pacientes con hepatitis crónica B que cumplieran requisitos de tratamiento.

Material y métodos: Hemos revisado de forma retrospectiva 145 pacientes con hepatitis crónica B atendidos en las consultas externas del Servicio de Digestivo del Hospital General de Valencia desde 1992. Analizamos la tasa de resistencia a lamivudina (medida de forma indirecta con aumento de la carga viral tras negtivización) en cada año de tratamiento. Se ha realizado control de los pacientes en tratamiento cada 3 meses con carga viral.

Resultados: De los 145 pacientes analizados, 101 eran hombres (69,7%) y 44 mujeres (30,3%). Un 40,7% (59 pacientes) estaba recibiendo o había recibido algún tipo de tratamiento durante el seguimiento. De éstos, 38 (64,4%) iniciaron tratamiento con lamivudina y 21 (35,6% de pacientes) con otros fármacos (interferón, interferón pegilado, entecavir, adefovir y telivudina). De los pacientes que iniciaron tratamiento con lamivudina se añadió un segundo fármaco por aumento de la carga viral (> 2.000 copias -600 UI-) a 22 pacientes (57,9%). La tasa de resistencia a lamivudina fue de 2,86% (1 caso) durante el primer año de tratamiento, de 31,25% (10 casos) en el segundo año de tratamiento, de 22,22% (4 casos) en el tercer año de tratamiento, de 30,77% (4 casos) en el cuarto año, de 14,29% (1 caso) en el quinto año, de 25% (1 caso) en el octavo y de 50% (1 caso) en el noveno año de tratamiento. El tiempo medio de aparición de resistencia a lamivudina y adición de un segundo fármaco fue de 33,45 meses (rango de 7 a 99 meses). 16 pacientes (42,1%) continuaban con lamivudina en monoterapia en respuesta completa, con un seguimiento medio de 50,61 meses (rango de 4 a 256 meses).

Conclusiones: La lamivudina es un fármaco eficaz en el tratamiento de la hepatitis crónica B, pero el desarrollo de resistencias, sobre todo a partir del segundo año de tratamiento, hace cuestionable su uso como fármaco de primera línea.

TUMORES DE PÁNCREAS Y PERIAMPULARES: MORBIMORTALIDAD, FUNCIONALISMO Y SUPERVIVENCIA. EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

L. Sabater, L. Aparisi, J. Calvete, E. Muñoz, R. Cánovas, S. Roselló, E. Rodríguez, C. Sala, B. Camps, J. Sastre y S. Lledó

Hospital Clínic Universitario de Valencia. Universidad de Valencia.

Objetivos: Evaluar la morbilidad postoperatoria, el estado funcional y la supervivencia a largo plazo de los pacientes con tumores de páncreas o periampulares intervenidos quirúrgicamente por un mismo equipo.

Pacientes y métodos: Se ha incluido, prospectivamente, a 160 pacientes intervenidos entre febrero de 1998 y febrero de 2008 en el Hospital Clínic Universitario de Valencia. La edad media fue de 61 años, siendo el 53% varones y el 46% mujeres, con un índice de masa corporal (IMC) prequirúrgico de 27 \pm 4 kg/m². Se han realizado 80 duodenopancreatectomías cefálicas (DPC) (50%), 30 resecciones cóporo-caudales (RCC) (18,7%), 7 duodeno-pancreatectomías totales (DPT) (4,4%), 4 resecciones centrales (2,5%) y 3 ampulectomías (1,8%). En 36 pacientes (22,5%) no se consiguió la extirpación del tumor realizando diferentes tipos de derivaciones biliodigestivas (n = 27) o únicamente laparotomía exploratoria (n = 9). El diagnóstico histopatológico ha sido: adenocarcinoma ductal (56%), ampuloma (15,7%), adenocarcinoma duodenal (4,4%), adenocarcinoma mucí-

noso (3,8%), cistadenoma (3,1%), tumor sólido-quístico (3,8%), y otros (13,7%). Se han valorado las complicaciones postoperatorias y la mortalidad hospitalaria. La valoración funcional pancreática y el descenso del IMC se ha realizado en los pacientes reseca-dos, la endocrina mediante sobrecarga oral de glucosa y la exocrina mediante la valoración de grasas totales en heces de 72 h y elastasa fecal (E-1, N > 200 µg/g). La supervivencia se ha calculado mediante tablas de mortalidad.

Resultados: La reseca-bilidad fue del 77,5%. De los pacientes *reseca-dos* (n = 124), en 76 pacientes (61%) no existió morbilidad, mientras que 48 pacientes (39%) presentaron las siguientes complicaciones: 13 abscesos intraabdominales (10%), 7 infecciones de herida (5,6%), 7 VGR (5,6%), 6 fistulas pancreáticas (5%), 5 fistulas biliares (5,5%), 4 hemoperitoneos (3,2%), 4 fistulas gastro-yeyunales (4,6%). En 3 casos estas complicaciones requirieron reintervención (2,4%). La mortalidad de las resecciones ha sido de 5 pacientes (4%). La estancia media fue de 17 días (r = 7-81). El estado funcional, según la técnica quirúrgica, ha resultado: en las DPC una disfunción endocrina en el 41%, con DMID en 38,5%, esteatorrea en 58,6%, mediana de E-1 de 4,3 (r = 0-227) y descenso del IMC del 14%; en las RCC, disfunción endocrina en el 53,6%, con DMID en 25%, esteatorrea en el 21,7%, E-1 172 (r = 0,1-538) y descenso del IMC del 9,8%; ninguno de los pacientes con resección segmentaria presentó alteración de la función endocrina o exocrina, mientras que todos los casos con DPT tuvieron una severa alteración. En los pacientes con *derivaciones o laparotomía* la morbilidad postoperatoria fue del 27,7%, destacando un 8% de infecciones de herida, un 5,5% de abscesos y un 5,5% de hemorragia digestiva. La estancia media fue de 10 días (r = 3-91). La mortalidad en este grupo fue del 8,3%. La supervivencia a 2 y 5 años en los reseca-dos por adenocarcinoma ductal fue de 42 y 10%; en los ampulomas fue de 77 y 53%; en los adenocarcinomas mucinosos fue de 83 y 33% y en los adenocarcinomas duodenales fue del 100% a los 5 años.

Conclusiones: En nuestra serie, la morbilidad de la cirugía resectiva pancreática es alta, aunque la mortalidad postoperatoria es muy baja. Las alteraciones de la función exocrina y endocrina son muy frecuentes y dependen del tipo de resección. A pesar de estar gravadas con frecuentes complicaciones y alteraciones funcionales, la cirugía resectiva permite conseguir supervivencias a largo plazo en determinados casos.

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA REALIZADA CON CONTRASTE EN LA DETECCIÓN DE NECROSIS PANCREÁTICA Y EN EL ESTADIAJE DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

I. Castelló¹, A. López¹, F. Maia¹, T. Ripollés², M.J. Martínez² y E. Moreno-Osset¹

¹Servicios de Medicina Digestiva y ²Radiología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: La tomografía computerizada realizada con contraste (TCC) tiene una gran precisión en la detección precoz de necrosis pancreática (NP) y en el estadiaje de la pancreatitis aguda (PA). Con este propósito, la ecografía realizada con contraste (ERC) puede ser una alternativa a la utilización de la TCC. El objetivo de este estudio es comprobar la utilidad de la ERC en la detección de NP y en el estadiaje de pacientes con PA.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo en el que se incluye a 25 pacientes (13 mujeres y 12 hombres; edad media [DS]: 61 [15] años; rango: 29-85 años) con PA y TCC clínicamente indicada según los criterios habituales. La TCC se realizó a las 48-96 h después del ingreso y la ERC se realizó durante las 48 h posteriores a la TCC. Las imágenes de la TCC y ERC se analizaron utilizando un índice de gravedad por TC (IGTC) y un índice de gravedad ecográfico (IGE), respectivamente. Se calculó la sensibilidad (Sn), la especificidad (Sp), el valor predictivo positivo (VPP), el valor predictivo negativo (VPN), el área bajo la curva ROC de la ERC para detectar NP y el coeficiente de correlación de Spearman entre el IGTC y el IGE.

Resultados: La etiología más frecuente de la PA fue biliar en 16 (64%) pacientes, seguida de alcohol en 5 (20%) pacientes. Según los criterios de Atlanta, la PA fue leve en 15 (60%) pacientes y grave en 10 (40%) pacientes. Se objetivó NP en 7 (28%) pacientes. La Sn, Sp, el VPP y el VPN de la ERC para la detección de NP fueron, respectivamente, 88, 100, 100 y 95%. El área bajo la curva ROC fue de 0,937 (95% IC = 0,832-1,041). Hubo una gran correlación (r = 0,901 p < 0,01) entre el porcentaje de necrosis detectada en ambas técnicas.

Conclusión: La ERC ha demostrado ser una técnica capaz de demostrar con un elevado nivel de confianza la presencia de NP, así como una gran precisión en el estadiaje de la enfermedad en pacientes con PA. Es por ello que en estos pacientes la ERC podría ser una alternativa a la utilización de la TCC.