

Endoscopia

FACTORES PREDICTIVOS DE RETRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES CON ÚLCERA PÉPTICA SANGRANTE. EVOLUCIÓN DE LOS ESTIGMAS DE RIESGO

E. O'Callaghan, X. Bessa, M. Nieto, A. Panades, A. Seoane, M. Andreu y F. Bory

Sección Gastroenterología. Aparato Digestivo. Hospital del Mar. Barcelona.

Existen estudios discordantes sobre la utilidad de la revisión endoscópica en pacientes con hemorragia digestiva por úlcera péptica sangrante tratada endoscópicamente. Asimismo, pocos estudios han evaluado la evolución de los estigmas de riesgo post-esclerosis en estos pacientes.

Objetivo: Determinar los factores predictivos de la necesidad de retratamiento endoscópico y la evolución de los estigmas de riesgo en pacientes con úlcera péptica sangrante tratados endoscópicamente en los que se ha efectuado una revisión endoscópica en las primeras 48 h.

Métodos: Evaluación retrospectiva de todos los pacientes con úlcera péptica sangrante que han recibido tratamiento endoscópico en el período comprendido entre 1995-2001 y en los cuales se ha efectuado un control endoscópico en las primeras 48 h post-esclerosis. El valor predictivo de las principales variables clínicas, analíticas y endoscópicas se ha evaluado a través de un análisis uni- y multivariado.

Resultados: Durante el período de estudio, 195 pacientes han presentado hemorragia digestiva por úlcera péptica sangrante que ha requerido tratamiento endoscópico. En 79 (42,2%) de los pacientes con hemostasia primaria (187 pacientes) se efectuó control endoscópico en las primeras 48 h. En 24 (30%) de los pacientes se efectuó retratamiento endoscópico por persistencia de los estigmas de riesgo. No se observó ningún tipo de diferencia significativa en las principales variables clínicas, analíticas y endoscópicas entre los pacientes que recibieron o no, una revisión endoscópica. El análisis multivariado mostró que la probabilidad de retratamiento endoscópico se relacionaba con la presencia de hematemesis o enterorragia al ingreso ($p = 0,02$, OR = 2,99; IC del 95%: 1,10-8,14) y una lesión de tamaño > 20 mm ($p = 0,012$, OR = 6,99; IC del 95%: 1,52-32,23). El control endoscópico mostró una persistencia del sangrado en 3 (37,5%) de los 8 pacientes con sangrado activo "en jet" en la exploración inicial. Los 3 pacientes requirieron intervención quirúrgica, en 2 de ellos por fallo de la reesclerosis. De los 20 pacientes con babeo a la exploración inicial, 4 (20%) requirieron retratamiento endoscópico por persistencia de los estigmas de riesgo (sangrado, babeo, vaso visible (VVNS) y coágulo adherido, respectivamente), controlándose la hemorragia en todos menos uno que fue intervenido. En 5 (26%) de los 19 pacientes con VVNS se efectuó retratamiento endoscópico con éxito (babeo 2 casos, VVNS 2 casos y sangrado activo un caso). En 13 (40%) de los 32 pacientes con coágulo se efectuó retratamiento (persistencia del coágulo 5 casos, VVNS 4 casos, sangrado 2 casos y babeo 2 casos), requiriendo finalmente cirugía 3 pacientes.

Conclusión: Las úlceras de mayor tamaño y la presentación con hemorragia/enterorragia al ingreso presentan una mayor probabilidad de precisar retratamiento endoscópico. Los pacientes con persistencia del sangrado activo en el control endoscópico tienen un elevado riesgo de precisar cirugía urgente.

COLONOSCOPIA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON RECTORRAGIA. EVALUACIÓN DE DOS ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS

F.J. Martínez Cerezo, J. Garreta y M. Miralbés

Sección de Aparato Digestivo. Hospital de Santa María. Lleida.

La rectorragia representa un motivo muy frecuente de consulta ambulatoria, por lo que es preciso definir una estrategia diagnóstica eficaz.

Objetivo: Evaluar dos estrategias a seguir en pacientes ambulatorios a los que se les indica una endoscopia electiva para estudio de rectorragia: colonoscopia total (CT) o colonoscopia izquierda ampliándola en función de los hallazgos (CIA).

Método: Se han incluido de manera prospectiva 100 pacientes ambulatorios que referían episodios de rectorragia a los que se les realizó una colonoscopia total bajo sedación. Se excluyeron a los pacientes que, además, tuviesen otro motivo de indicación de realizar una colonoscopia total. Las lesiones endoscópicas se dividieron en significativas y no significativas (LNS). Se consideró que la ampliación de la colonoscopia estaba justificada según la estrategia CIA si se detectaban LS significativas localizadas distalmente respecto del ángulo esplénico. Se recogió en cada caso el tiempo invertido en llegar al ángulo esplénico y a ciego y se calculó el tiempo adicional empleado al prolongar la endoscopia más allá del ángulo esplénico, en los casos que según la estrategia CIA no se hubiese ampliado la exploración.

Resultados: Se incluyeron 52 varones y 48 mujeres con una edad media de $55,14 \pm 14,13$ años. El marcador de ciego fue válvula ileocecal en 12 casos, foramen apendicular en 74, ileon en 8, mientras que en 6 casos se detectó una lesión obstructiva que impidió completar la exploración. El tiempo medio en alcanzar ángulo esplénico y ciego fue respectivamente de $4,62 \pm 3,00$ y $16,59 \pm 9,38$ min. Se detectó patología significativa en 40 pacientes (47 pólipos, una poliposis, 12 neoplasias, 3 colitis ulcerosas. Según la estrategia CIA, se hubiesen ampliado sólo 32 endoscopias más allá del ángulo esplénico. Dos pacientes presentaron LS sin lesiones en colon izquierdo que no hubiesen sido detectadas por la estrategia CI: una paciente de 90 años con 2 pólipos de 2 y 5 mm y un paciente de 71 años con un pólipo de 5 mm; para diagnosticar estas 3 lesiones se emplearon 12 h 55 min de endoscopia.

Los pacientes con lesiones significativas tenían mayor edad ($62,08 \pm 14,85$ frente a $50,22 \pm 13,56$, $p < 0,001$); los pacientes con diarrea (10/15 frente a 30/85, $p = 0,04$) y masa en el tacto rectal (4/4 frente a 36/96, $p = 0,02$) presentaban LS con más frecuencia, mientras que los que referían episodios previos (16/55 frente a 24/45, $p = 0,02$) y sangrado sólo al final de la deposición (17/59 frente a 23/41, $p = 0,01$) tenían LS en menor proporción. De los 12 pacientes de edad < 50 años sin diarrea ni masa en el tacto rectal, con episodios previos y sangrado sólo al final de la deposición, sólo 2 presentaron patologías significativas (pólipos en ambos casos), con hallazgos ya detectables en colon izquierdo.

Conclusión: En nuestros pacientes ambulatorios, la estrategia de realizar colonoscopia total a todos ellos ha sido de bajo rendimiento. Pacientes jóvenes, con episodios previos de rectorragia y sin masa en el tacto rectal presentan con menor frecuencia lesiones significativas y podría ser un subgrupo al que se le podría aplicar la estrategia CIA.

PROFILAXIS DE COLANGITIS TRAS COLOCACIÓN DE PRÓTESIS BILIARES ENDOSCÓPICAS: ¿DEBERÍAMOS AMPLIAR EL ESPECTRO ANTIBIÓTICO?

C. Gómez, E. Pérez, M.L. Galvez*, J. Barrio*, M.J. Cros, J. Segret, C. Villanueva, G. Soriano y C. Guarner

Servicio de Patología Digestiva. *Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

La colangitis tras la colocación de prótesis biliares endoscópicas es una infrecuente pero grave complicación en pacientes con estenosis biliares. Aunque la profilaxis antibiótica está generalmente recomendada, el tipo de antibiótico no está bien establecido.

Objetivo: Determinar la incidencia de colangitis tras la colocación de prótesis biliares y las bacterias responsables, así como la sensibilidad bacteriana al antibiótico.

Pacientes y métodos: Retrospectivamente analizamos todos los pacientes a los que se les había colocado una prótesis biliar endoscópica entre enero de 1996 y abril de 2002. Se excluyeron del estudio a los pacientes remitidos de otros centros o con colangitis previa al procedimiento endoscópico. Dos horas antes de la endoscopia todos los pacientes recibían de forma profiláctica 1 gr de cefoxitina intravenosa. Determinamos la incidencia de colangitis post-colocación de prótesis durante los 14 días siguientes al procedimiento y las bacterias responsables, así como su sensibilidad antibiótica.

Resultados: De 350 prótesis colocadas en 276 pacientes, se incluyeron en el estudio 203 prótesis en 163 pacientes. La incidencia de colangitis fue de 11/203 prótesis (5,41%) y el tiempo medio del episodio de colangitis desde la colocación de la prótesis fue de 3 días (0,5-13). Las bacterias aisladas en la sangre: 11 enterobacterias (3 *Enterobacter cloacae*, 3 *Klebsiella pneumoniae*, 2 *Escherichia coli*, 1 *Klebsiella oxytoca*, 1 *Citrobacter freundii* y 1 *Serratia marcescens*), 3 *Pseudomonas* (2 *Pseudomonas aeruginosa* y 1 *Xantomonas maltophilia*), 5 enterococos (3 *Enterococcus faecalis* y 2 *Enterococcus faecium*) y 1 *Streptococcus viridans*. La sensibilidad bacteriana *in vitro* fue de 6/20 (30%) para la cefoxitina, 18/20 (90%) para el imipenem, y 19/20 (95%) para la piperacilina-tazobactam. El análisis univariado y multivariado no demostró la existencia de factores clínicos ni analíticos predictivos de desarrollar colangitis.

Conclusiones: La incidencia de colangitis tras la colocación de prótesis biliares endoscópicas en nuestra serie fue de 5,41%. Aunque las enterobacterias son las más frecuentemente aisladas, se observó una incidencia importante de *Pseudomonas* y enterococos. La mayoría de las bacterias aisladas eran resistentes a la cefoxitina, pero sensibles al imipenem y a la piperacilina-tazobactam. Nosotros sugerimos la posibilidad de ampliar el espectro antibiótico en la profilaxis de la colangitis durante la colocación de las prótesis biliares endoscópicas.

EL MOMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE LA PREPARACIÓN PARA LA COL (SOLUCIÓN DE POLIETILENGLICOL O FOSFATO SÓDICO) DETERMINA LA CALIDAD DE LA LIMPIEZA Y LA DETECCIÓN DE PÓLIPOS PLANOS

A. Parra, D. Nicolás, A.Z. Gimeno, M. Menacho, B. Grosso, M. Hernández y E. Quintero

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La solución hidroelectrolítica de polietilén glicol (PEG) y el fosfato sódico (FS) son los métodos más empleados de limpieza para la COL. Se ha sugerido que la administración de ambos métodos unas horas antes de la COL consigue una mejor limpieza que cuando se administra el día antes de la prueba.

Sin embargo no existen estudios prospectivos que comparen PEG y PS administrados en dos momentos diferentes.

Objetivos: Determinar si existen diferencias en la calidad de la limpieza, detección de pólipos (planos y protruidos), tolerancia y efectos secundarios entre la solución PEG y el FS administrados cada uno en dos pautas diferentes.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente 178 pacientes consecutivos entre 18 y 85 años de edad, a los que se solicitó una COL diagnóstica. Los criterios de exclusión fueron: embarazo, resección intestinal previa, EII conocida o sospechada. Los pacientes fueron aleatorizados en 4 grupos: 1) PEG 3 l desde las 6 h del mismo día de la COL; 2) FS 45 cc el día antes y 45 cc a las 6 h del mismo día; 3) PEG 3 l el día antes de la COL; 4) PS 45 cc a las 15 h y 45 cc a las 20 h del día previo a la COL. En todos los pacientes se administró bisacodilo (15 mg) el día antes de la COL. La calidad de limpieza se evaluó por dos observadores, según escala desde 5 (excelente) hasta 1 (mala: < 90% de la mucosa explorada). Las variables que se evaluaron fueron: sexo, edad, estreñimiento habitual, calidad de limpieza global y por localizaciones, detección de pólipos planos y protruidos, náuseas, vómitos, sed, dolor abdominal, valoración de la preparación como desagradable o no (según escala).

Resultados: No existieron diferencias basales en la edad, sexo, o clínica de estreñimiento previo entre los pacientes de los 4 grupos. La preparación global y por localizaciones fue mejor en los grupos que recibieron preparación el mismo día de la COL (grupos 1 y 2) que en los preparados el día antes ($p < 0,0001$). No hubo diferencias entre los grupos 1 y 2. En el grupo 3 la limpieza fue mejor que en el grupo 4 en ciego ($p < 0,0001$), ascendente ($p < 0,001$) y global ($p = 0,013$). No hubo diferencias entre los 4 grupos en detección de pólipos protruidos. Se detectaron pólipos en el 48,9% de los pacientes. De éstos, el 32,9% tenían pólipos planos. La calidad de la limpieza fue superior en los pacientes con pólipos planos que en aquellos sin pólipos planos (calidad de limpieza 4,0 frente a 3,5, $p = 0,026$). Asimismo, hubo más pacientes con pólipos planos en los grupos preparados el mismo día (grupos 1 y 2) que en aquellos preparados el día antes de la COL (grupos 3 y 4) (22,7% frente a 9,3%, respectivamente, $p = 0,22$). No hubo diferencias significativas en los parámetros de tolerancia y satisfacción de los pacientes respecto al método de preparación empleado.

Conclusiones: Tanto la solución PEG como el PS deben administrarse el mismo día de la COL para obtener una buena limpieza colónica. Para detectar pólipos planos parece ser necesario conseguir una limpieza colónica especialmente buena.

UTILIDAD DE LA LIGADURA ENDOSCÓPICA CON BANDAS EN EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA POR LESIONES VASCULARES DUODENALES

F. Junquera, E. Brullet, R. Campo, X. Calvet, V. Puig-Diví y M. Vergara

Unidad de Endoscopia (CD-UDIAT). Corporación Pare Taulí. Sabadell.

Introducción: El tratamiento óptimo de la hemorragia digestiva por lesiones vasculares duodenales es controvertido. El objetivo del presente estudio fue investigar la eficacia y seguridad de la ligadura endoscópica con bandas en esta entidad clínica.

Métodos: Se incluyeron en este estudio piloto 18 pacientes con hemorragia digestiva por lesiones vasculares duodenales (14 angiodisplasia y 4 Dieulafoy). A todos ellos se les practicó ligadura endoscópica (LEB) utilizando una presión de aspiración < 200 mBar inmediatamente antes de la liberación de las bandas. Tras la LEB los pacientes fueron tratados con omeprazol (20 mg/12 h vía oral) durante semanas y controlados en consulta externa durante un período medio de 18 meses (extremos: 6-31 meses).

Resultados: La LEB consiguió la hemostasia en todos los pacientes en una única sesión. Solamente 2 pacientes presentaron dolor abdominal moderado tras 1 exploración. Ningún paciente requirió transfusión sanguínea y la mortalidad fue nula en los 40 días posteriores al procedimiento. Ninguno de los pacientes con Dieulafoy presentó hemorragia posterior mientras que 6 de los 14 paciente (43%) con angiodisplasia presentaron recidiva hemorrágica durante el seguimiento.

Conclusión: La ligadura endoscópica con bandas es un procedimiento eficaz, seguro en el tratamiento de la hemorragia digestiva aguda por lesiones vasculares duodenales.

PAPEL DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN INDETERMINADO

A. Mata, J. Llach, M. Pellisè, G. Fernández-Esparrach, A. Ginés, E. Feu y J.M. Bordas

Unidad de Endoscopia Digestiva. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Introducción: La cápsula endoscópica es la única técnica endoscópica en la actualidad que permite la exploración de todo el intestino delgado. Su papel en el diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen desconocido está aumentando dada la eficacia en el hallazgo de lesiones descritas en publicaciones recientes.

Objetivos: Valorar la eficacia diagnóstica de la cápsula endoscópica en pacientes con hemorragia digestiva de origen indeterminado.

Material y métodos: Presentamos una serie de 12 casos de pacientes que ingresaron en nuestro servicio por presentar hemorragia digestiva de origen desconocido, a los que se realizó la exploración mediante cápsula endoscópica. A todos ellos se les realizó FGS y FCS que resultaron normales. A todos se les efectuó enteroscopia para comparar los hallazgos obtenidos con la cápsula. Las indicaciones de la exploración fueron hemorragia digestiva aguda no filiada (8 casos, 6 HDA y 2 HDB) y estudio de anemia crónica por pérdidas digestivas (4 casos).

Resultados: En 7 de los 12 pacientes (58,33%) (8 mujeres; 4 varones; edad promedio: 55,5 años [16-84]), se observaron lesiones en el intestino delgado, 6 de ellas catalogadas como causantes de la hemorragia digestiva. Entre los hallazgos obtenidos se encuentran: una masa en íleon distal, confirmada por ileoscopia y diagnosticado de tumor carcinóide; una ulceración lineal en yeyuno; una ulceración yeyunal que afecta toda la circunferencia intestinal y que condiciona cierto grado de estenosis; una angi displasia yeyunal; en una paciente se observaron restos hemáticos en yeyuno sin poder objetivar la lesión (se confirmó posteriormente una úlcera yeyunal por enteroscopia); una úlcera en íleon proximal; y otro paciente en el que se observó una duodenitis erosiva aguda que no se consideró causa de la hemorragia. En dos pacientes fue necesario repetir la exploración, uno por mala preparación intestinal que impidió la visualización de todo el íleon, y otro porque la cápsula se quedó bloqueada en el esófago por espacio de 2 h y 40 min por lo que la batería se agotó antes de que pasara a través de la válvula ileocecal. La calidad de la imagen fue muy buena en todas las exploraciones. Ningún paciente refirió molestias ni efectos secundarios relacionados con la exploración. Todos refirieron que la cápsula fue fácil de tragar y todos prefirieron la cápsula a otra exploración endoscópica.

Conclusiones: La cápsula endoscópica es útil para visualizar lesiones intestinales en pacientes con hemorragia digestiva de origen desconocido, de forma que constituye una buena opción diagnóstica a considerar en estos casos.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON ARGÓN-GAS EN LA GASTROPATÍA POR HIPERTENSIÓN PORTAL REFRACTARIA A LA TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA

D. Monfort, B. González-Suárez, M. Piqueras, M. Planella, C. Aracil, A. Gallego, X. Torras, J.M. López-Balaguer, C. Villanueva y J. Balanzó

Servicio de Patología Digestiva. Hospital Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La gastropatía por hipertensión portal (GTP) es una causa poco frecuente pero relevante de hemorragia gastrointestinal, para la que se dispone de pocas opciones terapéuticas. El argón-gas (AG) es un método endoscópico de electrocoagulación, de fácil aplicación. No precisa contacto con la superficie tisular y tiene una profundidad de penetración limitada por lo cual se puede utilizar en el tratamiento de lesiones vasculares difusas como la GTP.

Objetivo: Analizar la eficacia del tratamiento con AG en el sangrado crónico por GTP en pacientes cirróticos no respondedores al tratamiento farmacológico de la hipertensión portal.

Pacientes y métodos: Incluimos 22 pacientes, 11 Pugh A, 10 Pugh B y 1 Pugh C. De ellos 16 presentaban GTP con anemia recurrente y 6 hemorragia aguda a pesar de tratamiento con betabloqueadores + mononitrato de isosorbide. La GTP era difusa en 9 pacientes y de predominio antral en 13 pacientes. El tratamiento con AG se realizó mediante la aplicación de múltiples y breves pulsos sobre las áreas de ectasia vascular. Se realizaron sesiones de tratamiento cada 3 semanas.

Resultados: Se realizaron una media de 5,8 sesiones de AG durante un período de 9 ± 7 meses. El tiempo de seguimiento fue de 36 ± 24 meses. El valor de la hemoglobina mejoró significativamente después del tratamiento (75 ± 12 g/l pretratamiento frente a 106 ± 17 g/l post-tratamiento, $p < 0,001$) aunque solamente 2 pacientes pudieron abandonar el tratamiento con hierro. Los requerimientos transfusionales disminuyeron de una media de 5 ± 4 CH en los 12 meses previos al tratamiento a 1 ± 2 CH en los 12 meses después de iniciar AG ($P < 0,001$). La gravedad endoscópica de la GTP (clasificada en leve [1], moderada [2], grave [3]) también mejoró (de $2,7 \pm 0,4$ a $2 \pm 0,5$, $p < 0,001$). Dos pacientes presentaron complicaciones secundarias al tratamiento (uno hemorragia leve por úlcera post-argón y uno microperforación que se resolvió con tratamiento conservador). Cinco pacientes tuvieron dolor autolimitado después del procedimiento; 3 pacientes fallecieron debido a insuficiencia hepática avanzada.

Conclusiones: El tratamiento endoscópico con argón-gas es un método seguro y efectivo en la GTP que no responde al tratamiento farmacológico de la hipertensión portal. Es por tanto un procedimiento a considerar antes de evaluar tratamientos más agresivos.

USO DE LAS BIOPSIAS TOMADAS PARA TEST DE LA UREASA EN LA MONITORIZACION DE LAS RESISTENCIAS DE *HELICOBACTER PYLORI*. ANTIBIÓTICOS.

RESULTADOS PRELIMINARES

M. Quesada¹, I. Sanfeliu¹, E. Brullet², R. Campo², F. Junquera², F. Segura² y X. Calvet²

¹Laboratorio de Microbiología. ²Unidad de Enfermedades Digestivas.

³Programa de Enfermedades Infecciosas. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: La presencia de resistencia a los antibióticos disminuye la eficacia del tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*. Es, por tanto, importante monitorizar la prevalencia de resistencias a antibióticos y su evolución en el tiempo mediante cultivo y antibiograma. La utilización con este objetivo de biopsias positivas para la prueba rápida de la ureasa tiene varias ventajas, ya que reduce el número de biopsias y, en consecuencia, la duración de la endoscopia, las molestias al paciente y los costos. Además, se cultivan únicamente las biopsias probablemente positivas para *Helicobacter pylori*.

Objetivos: 1) Evaluar la recuperación de cepas *Helicobacter pylori* a partir de biopsias ureasa positivas. 2) Determinar la prevalencia de resistencias a los antibióticos en las cepas de *Helicobacter pylori* aisladas de estas muestras.

Material y métodos: Se cultivaron las biopsias antrales ureasa positivas de aquellos pacientes en los que se realizó el test rápido de la ureasa (JATROX HP test; CHR Heim Arzneimittel GmbH, Germany) para diagnóstico de *Helicobacter pylori* en el período de enero a agosto de 2002. Se estudió mediante E-test (Etest®, AB BIO-DISK; Solna, Suiza) la sensibilidad a amoxicilina, tetraciclina, claritromicina y metronidazol.

Resultados: De 45 biopsias positivas, se recuperaron un total de 37 cepas (82,2%). Se observó un porcentaje de resistencia a amoxicilina del 9%, a tetraciclina del 13%, a claritromicina del 13% y a metronidazol de 16%. El 60% de las cepas fueron sensibles a todos los antibióticos.

Conclusiones: El cultivo de biopsias ureasa positivas es un método adecuado en la recuperación de cepas de *H. pylori*. Puede utilizarse para monitorizar la sensibilidad del germen a los antibióticos.

UTILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO: RESULTADOS TRAS UN AÑO DE EXPERIENCIA

B. González-Suárez, C. Aracil, E. Fort, D. Monfort, M. Piqueras, S. Sáinz, C. Villanueva y J. Balanzó
Servicio de Patología Digestiva. Hospital Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La aparición de la cápsula endoscópica ha hecho posible la exploración de tramos de intestino delgado hasta ahora inaccesibles para la endoscopia convencional. Sus principales indicaciones son la hemorragia de origen desconocido y la anemia crónica.

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos en nuestro hospital, tras un año de experiencia con la cápsula endoscópica, en el estudio de hemorragias de origen oscuro.

Pacientes y métodos: Pacientes que ingresaron en nuestra unidad entre octubre 2001-septiembre 2002 con el diagnóstico de hemorragia digestiva y en los cuales no se llegó al diagnóstico tras la realización de gastroscopia y colonoscopia. Todos los pacientes fueron sometidos además a evaluación radiológica de intestino delgado mediante la realización de un tránsito baritado que no consiguió aclarar el diagnóstico.

Resultados: Se realizó la cápsula endoscópica en 45 pacientes (24 varones y 21 mujeres) con una media de edad de $62,3 \pm 15,9$ años. El tiempo de tránsito gástrico fue de $46,3 \pm 49,07$ min y el tiempo medio de tránsito intestinal fue de $228,8 \pm 108,5$ min. La indicación de la exploración fue una hemorragia activa no diagnosticada en 12 pacientes (9 melenas y 2 rectorragias) y una anemia crónica en 33 pacientes. La exploración fue normal en 8 pacientes (17%) y llegó al diagnóstico en los 37 pacientes restantes (83%). El hallazgo más frecuente fueron angioplasias de intestino delgado (23 pacientes), seguida de la presencia de úlceras y erosiones a este nivel (5 pacientes), que en uno de los casos fue diagnóstico de enfermedad de Crohn. En 2 pacientes se observó la presencia de sangre roja intestinal sin evidenciar el punto de sangrado. Otras lesiones encontradas fueron reservoritis (uno), enfermedad celíaca (uno) y pólipos intestinales (2 pacientes).

Conclusión: La cápsula endoscópica es útil para la identificación de lesiones causantes de hemorragia digestiva en tramos de intestino delgado hasta ahora inaccesibles y ha de ser considerada como una alternativa diagnóstica útil y no invasiva en casos de hemorragia digestiva de origen incierto.

COMPLICACIONES DURANTE LOS 30 DÍAS SIGUIENTES A LA COLONOSCOPIA TOTAL. RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO

R. Campo, E. Brullet, A. Montserrat, M. Vergara, X. Calvet, J. Real, V. Puig y F. Junquera
Endoscopia Digestiva. C. Parc Taulí. Sabadell.

La colonoscopia (COL) puede ocasionar complicaciones, si bien pocos estudios han incluido la evaluación prospectiva de aquellas que, aunque consideradas menores, pueden afectar la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Evaluar las complicaciones ocurridas durante los 30 días posteriores a una COL total. Determinar las variables predictivas de dolor tras la COL.

Método: Durante un período de 18 meses se evaluaron los pacientes ambulatorios consecutivos con indicación de COL total. Se administró sedación-analgésica a los pacientes que presentaron dolor que impedía completar la COL. La evaluación de las complicaciones se realizó mediante una entrevista telefónica a los 7 y 30 días de la COL. Se realizó un análisis univariado y multivariado de los factores potencialmente relacionados con la aparición de dolor post-COL.

Resultados: Se incluyeron 876 pacientes, de los que 191 (22%) recibieron sedación-analgésica. La tasa de COL hasta ciego fue del 93,4%. Se realizó polipectomía en 242 pacientes (28%). En la entrevista realizada a los 7 días, 197 pacientes (22%) refirieron dolor abdominal (duración 56 ± 41 h, extremos 3-240 h), 40 pacientes (5%) rectorragia (ninguno precisó transfusión ni tratamiento endoscópico) y 11 pacientes (1%) fiebre ≥ 38 °C. Presentaron clínica in-

dicativa de colitis por glutaraldehído (dolor abdominal y diarrea mucosanguinolenta iniciados pocas h después de la COL) 6 pacientes (0,7%) (en 3 se confirmó endoscópicamente). Consultaron o fueron ingresados por acontecimientos adversos relacionados con la COL 27 pacientes (3%). Las variables que se relacionaron con dolor tras la COL en el análisis multivariado fueron el sexo femenino (OR: 1,69; IC del 95%: [1,19-2,39]) y el dolor durante la COL (OR: 2,74; IC del 95%: [1,93-3,89]). Ningún paciente presentó complicaciones graves ni falleció durante el seguimiento.

Conclusiones: La COL total es una técnica segura, aunque es frecuente la aparición de acontecimientos adversos; deberían aplicarse medidas para disminuirlos.

FACTORES PREDICTIVOS DE FRACASO DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES CON ÚLCERA PÉPTICA SANGRANTE. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

E. O'Callaghan, X. Bessa, M. Nieto, A. Panades, A. Seoane, M. Andreu y F. Bory
Aparato Digestivo. Sección Gastroenterología. Hospital del Mar. Barcelona.

La aplicación endoscópica de agentes esclerosantes se ha mostrado efectiva en pacientes con úlcera péptica sangrante, no obstante, en 10-30% de los pacientes se produce una recidiva hemorrágica.

Objetivo: Determinar los factores predictivos de recidiva en pacientes con úlcera péptica sangrante tratados endoscópicamente.

Métodos: Evaluación retrospectiva de todos los pacientes con úlcera péptica sangrante que han recibido tratamiento endoscópico en el período comprendido entre 1995-2001. El valor predictivo de las principales variables clínicas, analíticas y endoscópicas se ha evaluado a través de un análisis uni- y multivariado.

Resultados: Durante el período de estudio, 195 pacientes han presentado hemorragia digestiva por úlcera péptica sangrante que ha requerido tratamiento endoscópico mediante la inyección de adrenalina y etanolamina. En 8 (4%) pacientes no se consiguió la hemostasia primaria. En los 187 pacientes con hemostasia primaria, ésta fue permanente en 139 (74%), mientras en 48 (25,7%) se observó una recidiva hemorrágica. La mortalidad de la serie fue del 10,7%. La edad media de los pacientes fue de 67 ± 16 años. El origen de la hemorragia fue debido a una úlcera duodenal en 102 (55%) pacientes, una úlcera gástrica en 80 (43%) y una úlcera de boca anastomótica en 5 (2%). El análisis multivariado mostró que la probabilidad de recidiva hemorrágica se asociaba con la presencia de shock al ingreso (OR = 1,0; IC del 95%: 1,00-6,12; $p = 0,05$) y una lesión de tamaño > 20 mm (OR: 3,95; IC del 95%: 1,55-10,08; $p = 0,004$). La probabilidad de mortalidad en el análisis multivariado se asoció con la presencia de recidiva hemorrágica ($p = 0,006$) y la presencia de una enfermedad asociada grave ($p = 0,02$).

Conclusión: El fracaso del tratamiento endoscópico de la úlcera péptica sangrante se relaciona con el tamaño de la lesión y la presencia de shock al ingreso.