

por osteoporosis, aunque existe una no despreciable proporción de prescripción por artrosis. 3) Existe un porcentaje elevado de pacientes con afectación esofágica previa al tratamiento con bifosfonatos, que pese al tratamiento con IBP y medidas dietéticas, suele persistir y por tanto, incrementar el riesgo de lesión. 4) Es necesario evaluar cuales pueden ser los factores que predispongan a esta afectación esofágica y cuáles pueden ser las líneas de optimización terapéutica para prevenirla.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.154

TERAPIA DE RESCATE CON LEVOFLOXACINO TRAS EL PRIMER FRACASO ERRADICADOR DE *H. PYLORI*: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA EN MÁS DE 500 PACIENTES

J.P. Gisbert^a, F. Bermejo^b, M. Castro-Fernández^c, A. Pérez-Aisa^d, M. Fernández-Bermejo^e, A. Tomás^f, J. Barrio^g, F. Bory^h, P. Almelaⁱ, P. Sánchez-Pobre^j, A. Cosme^k, V. Ortiz^l, P. Niño^m, S. Khorramiⁿ, L.M. Benito^o, J.A. Carneros^b, E. Lamas^c, I. Modolell^f, A. Franco^j, J. Ortuño^l, L. Rodrigo^m, F. García-Durán^b, E. O'Callaghan^f, J. Ponce^l, M.P. Valer^b, X. Calvet^p

^aServicio de Aparato Digestivo, La Princesa, Madrid

^bServicio de Aparato Digestivo, Fuenlabrada, Madrid

^cServicio de Aparato Digestivo, Valme, Sevilla

^dServicio de Aparato Digestivo, Costa del Sol, Málaga

^eServicio de Aparato Digestivo, San Pedro de Alcántara, Cáceres

^fServicio de Aparato Digestivo, General de Cataluña, Barcelona

^gServicio de Aparato Digestivo, Río Hortega, Valladolid

^hServicio de Aparato Digestivo, del Mar, Barcelona

ⁱServicio de Aparato Digestivo, Clínico, Valencia

^jServicio de Aparato Digestivo, 12 de Octubre, Madrid

^kServicio de Aparato Digestivo, Donostia, San Sebastián

^lServicio de Aparato Digestivo, La Fe, Valencia

^mServicio de Aparato Digestivo, Central de Asturias, Oviedo

ⁿServicio de Aparato Digestivo, Son Llatzer, Palma de Mallorca

^oServicio de Aparato Digestivo, Virgen del Toro, Menorca

^pServicio de Aparato Digestivo, Sabadell, Barcelona

Objetivo: Tras el fracaso erradicador de *H. pylori* habitualmente se emplea una terapia de rescate cuádruple con un IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol. Aunque relativamente eficaz, esta terapia tiene una posología compleja (requiere la administración de 4 fármacos) y se asocia con frecuentes efectos adversos. Se presentan los resultados actualizados de un estudio multicéntrico de la Asociación Española de Gastroenterología en el que se evalúa, como terapia de rescate de segunda línea, la eficacia y seguridad de una combinación con levofloxacin, amoxicilina y un IBP.

Métodos: *Diseño:* Estudio multicéntrico prospectivo. *Pacientes:* Se incluyeron prospectivamente pacientes en los que había fracasado un primer tratamiento erradicador con IBP-claritromicina-amoxicilina. *Criterios de exclusión:* cirugía gástrica previa. *Intervención:* Se administró un tratamiento durante 10 días con levofloxacin (500 mg/12 h), amoxicilina (1 g/12 h) y omeprazol (20 mg/12 h). *Variable de resultado:* La erradicación de *H. pylori* se confirmó mediante prueba del aliento con ¹³C-urea 4-8 semanas tras finalizar el tratamiento. El cumplimiento se comprobó mediante interrogatorio y recuperación de la medicación residual. La incidencia de efectos adversos se evaluó mediante un cuestionario específico.

Resultados: Se incluyeron 520 pacientes (edad media 48 años, 45% varones, 38% con úlcera péptica y 62% con dispepsia funcional). El 97% de los pacientes completaron estrictamente el tratamiento. La erradicación "por protocolo" fue del 77% (IC 95%, 73-80%) y del 75% (71-79%) "por intención de tratar". La eficacia fue similar en los pacientes con úlcera y con dispepsia funcional. Se describieron

efectos adversos en el 20% de los casos; los más frecuentes fueron: náuseas (8%), sabor metálico (5%), dolor abdominal (3%) y mialgias/artralgias (3%); ninguno de ellos fue grave.

Conclusión: La terapia de rescate con levofloxacin durante 10 días tiene una elevada eficacia en la erradicación de *H. pylori* y representa una alternativa a la cuádruple terapia tras el fracaso de un primer intento erradicador, con la ventaja de ser un régimen sencillo y bien tolerado.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.155

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO MEDIANTE CPAP

M.H. Núñez Rodríguez^a, M.A. Fernández Jorge^b, T. Ruiz^b, G. Sobrino^b, J. Iglesias^b, F. Igea^a

^aGastroenterología Hospital Río Carrión de Palencia

^bNeumología Hospital Río Carrión de Palencia

Introducción: La ERGE puede producir síndromes esofágicos y extraesofágicos. Las manifestaciones respiratorias son una de las más prevalentes. El síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS) se caracteriza por el colapso de la vía respiratoria superior que condiciona pausas de apnea durante el sueño. Los pacientes con SAHS podrían tener más episodios de reflujo por sus condicionantes fisiopatológicos que los roncadores simples. Los eventos ácidos pueden generar por sí mismos arousals, pero también podrían actuar como mecanismos reflejos inductores de alteraciones del flujo respiratorio. Se puede asumir que el tratamiento con CPAP, al mejorar la presiones intratorácicas nocturnas, disminuya el gradiente de presión transdiafragmático y por lo tanto, disminuyan los eventos ácidos y los síntomas.

Material-métodos: Ensayo clínico, randomizado, abierto, con control placebo. Se analiza: 1. La prevalencia de ERGE en pacientes con SAHS, evaluado mediante cuestionario clínico (GERD Impact Scala), manometría y pHmetría de 24 horas. 2. La relación entre los eventos de reflujo, índices de apnea, despertares y desaturación 3. El efecto de la CPAP en los síntomas de reflujo y en los episodios de reflujo. La polisomnografía (PSG) se realiza coincidiendo con la pHmetría. Al mes se programa una pHmetría de control tras el tratamiento con CPAP (presiones terapéuticas o placebo). Ningún paciente recibió tratamiento antiácido. Los pacientes con SAHS y IAH > o = 30 o entre 20-30 con sintomatología y/o factores de riesgo cardiovascular se tratan con CPAP, con presión estimada mediante fórmula de Hoffstein.

Resultados: 26 pacientes (8 excluidos). IMC (media): 30 (6DS). Edad media: 50 años (13 DS). 13 /17 pacientes tienen una pHmetría patológica con SAHS severa. Entre los síntomas de reflujo destaca: regurgitación 7 (58%), disfagia: 5 (29,4%) y pirosis: 12 (70%). El índice de desaturación (CT90%): 32 (DS: 23), índice de arousals: 45.5 (17,8 DS), escala de Epworth: 13 (4DS) y el índice de apnea-hipopnea (IAH) 49(23 DS). Existen correlaciones estadísticamente significativas entre IMC y CT90% (p<0,01), IMC y pHmetría (p<0,05) y entre somnolencia e IAH (p <0,05). 5/13 se tratan con CPAP placebo y 8/13 con CPAP a presiones terapéuticas. En el grupo placebo 2/5 mejoran de los síntomas de reflujo pero no el análisis de pHmetría. En la muestra de pacientes con CPAP terapéutica: 6/8 mejoran los síntomas de reflujo.

Conclusiones: La muestra analizada es pequeña por lo que no se pueden extraer conclusiones determinantes pero sugiere: 1. ERGE coexiste con SAHS y con IMC elevado aunque hábitos tóxicos como alcohol y tabaco no estaban presentes. 2. No se detecta relación entre la gravedad del SAHS y ERGE pero ERGE si se relaciona