

XIV Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología

Madrid, 23-25 de marzo de 2011

SESIÓN PÓSTERS

Endoscopia

1. LOS FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA TASA DE DETECCIÓN DE PÓLIPOS EN LA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CCR DEPENDEN DE LA ESTRATEGIA DE CRIBADO EMPLEADA

E. Polania^a, M. Ponce^b, A. Peris^c, J. Cubiella^d, L. Bujanda^e, A. Lanás^f, M. Pellisé^g, A. Herreros^h, A. Onoⁱ, G. Cacho^j, E. Quintero^k, A. Castells^l y R. Jover^a

^aHospital General Universitario, Alicante. ^bHospital La Fe, Valencia. ^cHospital Provincial, Castellón. ^dComplejo Hospitalario, Ourense. ^eHospital de Donostia, San Sebastián. ^fHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ^gHospital Clínic, Barcelona. ^hHospital Puerta de Hierro, Madrid. ⁱHospital Virgen de la Arrixaca, Murcia. ^jFundación Hospital Alcorcón, Madrid. ^kHospital Universitario de Canarias, Tenerife.

Introducción: La tasa de detección de adenomas (TDA) es el más importante indicador de calidad en la colonoscopia de cribado y se encuentra directamente relacionado con la aparición del cáncer de intervalo. La tasa de detección de pólipos (TDP) tiene una buena correlación con la TDA y puede ser también utilizada como indicador de calidad. Diversos factores pueden influir sobre la TDP y su importancia relativa aun está bajo discusión. El objetivo principal de este estudio es detectar factores que pueden influir la TDP en la colonoscopia de cribado.

Métodos: Se recogieron datos procedentes del estudio COLONPREV, un ensayo clínico multicéntrico, prospectivo y aleatorizado cuyo objetivo es comparar 2 estrategias de cribado de cáncer colorrectal: test de sangre oculta en heces (TSOH) inmunológico seguido de colonoscopia en casos positivos vs colonoscopia directa en pacientes asintomáticos entre 50-69 años de edad. En este análisis preliminar se incluyeron datos de 1887 colonoscopias, realizadas en 10 hospitales distintos por 34 endoscopistas. Se ha realizado análisis univariante y regresión logística multivariante segmentando los datos en subgrupos según pacientes que provenían de TSOH+ o colonoscopia directa.

Resultados: Un total de 867 pacientes tenían pólipos lo que corresponde a una TDP de 46%. Se detectaron pólipos en 67,4% de

pacientes provenientes de test de TSOH+ y en 42,4% de pacientes provenientes de colonoscopia directa ($p < 0,001$). En el grupo de individuos con TSOH+ el análisis univariante demostró que la edad ($p < 0,016$), la buena tolerancia a la colonoscopia ($p < 0,049$), el sexo masculino ($p < 0,001$) y el endoscopistas ($p < 0,024$) se asociaron con una mayor TDP. En el grupo de individuos de colonoscopia directa el análisis univariante mostró una asociación significativa entre la TDP y el uso de sedación ($p < 0,029$), la buena tolerancia a la colonoscopia ($p < 0,036$), tiempo medio de retirada en colonoscopia normal mayor de 6 minutos ($p < 0,032$), sexo masculino ($p < 0,001$), endoscopista ($p < 0,001$), tasa de intubación cecal ($p < 0,001$) y edad ($p < 0,001$). En el análisis de regresión logística, para pacientes con TSOH+ los factores que predijeron una mayor TDP de forma independiente fueron la edad (OR 2,09; IC95%: 1,18-3,70) y el sexo masculino (OR 3,43; IC95%: 1,94-6,08). Por otra parte, para pacientes procedentes del brazo de colonoscopia directa, los factores independientemente asociados con una mayor TDP fueron el sexo masculino (OR 2,03; IC95%: 1,62-2,54), la edad (OR 1,35; IC95%: 1,08-1,68), el uso de sedación (OR 1,59; IC95%: 1,09-2,32), la tasa de intubación cecal (OR 2,17; IC95%: 1,39-3,39) y el tiempo medio de retirada en colonoscopia normal mayor de 6 minutos (OR 1,49; IC95%: 1,11-1,99).

Conclusiones: En este análisis preliminar los factores que influyen en la tasa de detección de pólipos son diferentes si la colonoscopia de cribado se realiza tras TSOH+ o mediante colonoscopia directa.

2. CAMBIO DE ESTRATEGIA EN EL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LAS LESIONES BILIARES DE ETIOLOGÍA INDETERMINADA CON COLANGIOSCOPIA PERORAL: EXPERIENCIA PRELIMINAR

M. Concepción Martín^a, C. Gómez Oliva^a, C. Guarner-Argente^a, X. Torras Colell^a, X. Cussó Fresquet^a, J. Llaó Guardia^a, I. Graupera García-Milà^a, S. Sáinz Sáenz Torre^a y C. Guarner Aguilar^{a,b}

^aServicio de Patología Digestiva, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^bCIBERehd.

Introducción: La colangioscopia peroral permite la visualización directa del conducto biliar y la toma de biopsias. Las limitaciones

técnicas de los colangioscopios clásicos han condicionado su uso rutinario en la práctica clínica. El colangioscopio tipo Spyglass®, de reciente introducción, ha sido diseñado para mejorar estas limitaciones. La difusión de su uso en el estudio intraductal de la vía biliar pancreática permitiría un cambio en el manejo diagnóstico y terapéutico de las estenosis y las lesiones de etiología indeterminada en estudios convencionales (CPRE o colangio-resonancia). Las lesiones biliares indeterminadas llevan a la repetición de exploraciones y a un retraso del diagnóstico definitivo, con el consiguiente cambio del pronóstico del paciente en el caso de etiología maligna.

Objetivo: Evaluar la utilidad del colangioscopio con el sistema Spyglass® en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con lesiones biliares de etiología indeterminada.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo en pacientes con lesiones biliares indeterminadas por CPRE y/o colangio-resonancia previa, sometidos a colangioscopia tipo Spyglass® en nuestro centro, desde noviembre de 2009 hasta octubre de 2010.

Resultados: Se realizaron 18 colangioscopias tipo Spyglass® en 17 pacientes: 12 con estenosis biliar indeterminada (66,7%), 5 con defectos de repleción indeterminados (27,8%), y 1 paciente con litiasis de gran tamaño (5,5%). El éxito del procedimiento (conseguir el objetivo diagnóstico o terapéutico) fue del 88,9%. Se realizó biopsia dirigida con Spyglass® en 6/12 pacientes con estenosis sospechosa de malignidad por la endoscopia intracoledocal. En 4/6 pacientes las biopsias fueron diagnósticas de etiología maligna, que posteriormente se confirmó en la pieza quirúrgica. Entre los defectos de repleción indeterminados: 4 fueron coledocolitiasis y en otro paciente se evidenció la presencia de material mucoso (con colangioscopia normal). Se realizó litotricia electrohidráulica en 1 paciente, con éxito. Se cambió el manejo terapéutico en 11/17 (64,7%) de los pacientes. No se observaron complicaciones en relación con el procedimiento.

Conclusiones: La colangioscopia tipo Spyglass es una nueva herramienta en el diagnóstico de los defectos de repleción y estenosis biliares de origen indeterminado, con un impacto favorable en el manejo del paciente.

4. RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON CON PRÓTESIS "PUENTE A CIRUGÍA". ESTUDIO PAREADO CON CONTROLES SEGÚN SU CLASIFICACIÓN TNM EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO

S. Maestro, R. Castillo, H. Núñez, E. Saracibar, R.E. Madrigal, A. Pérez-Millán, J. Barcenilla y F. Igea

Sección A, Digestivo, Hospital Río Carrión, Palencia.

Introducción: Las prótesis de metal expandibles son usadas frecuentemente como puente a cirugía en pacientes con oclusión por cáncer colorrectal. Recientemente se han descrito peores resultados comparando pacientes oncológicos tratados con STENT frente a un grupo control pareados según el estadio TNM (Kim et al. World J Sur 2009; 3:1281-6). Esto pudiera suponer una seria limitación para seguir con el uso de prótesis en estos pacientes. En el momento actual no existen estudios prospectivos aleatorizados.

Objetivo: Comparar los resultados entre pacientes a los que se les coloca una prótesis puente a cirugía versus pacientes con cáncer de colon sin prótesis apareados por edad, sexo, estadio TNM y año de diagnóstico.

Material y métodos: Realizamos una búsqueda en nuestra base de datos y revisamos todos los pacientes con cáncer de colon a los que se les había colocado una prótesis puente a cirugía durante el periodo de noviembre de 1999 a noviembre de 2007. Se parearon con controles consecutivos según el sexo, edad, estadio TNM y año de diagnóstico. Todos los pacientes fueron tratados en nuestro centro hospitalario por los mismos cirujanos y oncólogos. Se comparó la supervivencia global a los 3 y 5 años.

Tabla 1 Características según media por edad y clasificación

Años	Ila	Ilb	IIIb	IIIc	IV	
Controles	68,86	63,0	5,5	19,2	5,5	6,9
Prótesis	67,02	56,1	4,9	19,5	4,9	14,6
p	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Tabla 2 Resultados a los 5 años estadios II y III

	TNM%	Supervivencia%
Controles	58,3	10,7
Prótesis	53,6	6,7
p	ns	ns

Resultados: Los características de la población y estadio TNM se reflejan en la tabla 1. Encontramos 41 pacientes con stent y se comparó con 73 pacientes controles a los que no se les colocó stent. El estadio IV fue excluido por las serias diferencias en el abordaje terapéutico entre ambos grupos. La supervivencia a 3 años en los grupos II y III fue del 65,7% en pacientes con stent contra un 75% en los controles (no estadísticamente significativo). La presencia de la enfermedad fue de un 13% en los casos contra un 7,8% en el grupo control. La supervivencia a los 5 años de los estadios II y III se muestran en la tabla 2. No se han demostrado diferencias estadísticamente significativa entre los dos grupos.

Conclusiones: 1. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la supervivencia y en la supervivencia libre de enfermedad a los 3 y 5 años en nuestro estudio. 2. Es posible que la oclusión en sí misma sea un factor de mal pronóstico al igual que ocurren en el cáncer de colon derecho. 3. Son necesarios estudios prospectivos y aleatorizados para aclarar definitivamente este punto.

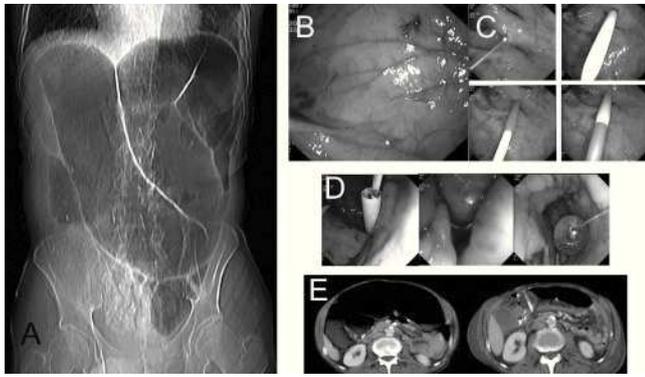
5. COLOPEXIA Y COLOSTOMÍA POR PULSIÓN ASISTIDAS POR ENDOSCOPIA EN UN PACIENTE CON PSEUDOOBSTRUCCIÓN INTESTINAL REFRACTARIA

J. Molina Infante, J.M. González Santiago, J.M. Mateos Rodríguez, G. Vinagre Rodríguez, E. Martín Noguero, C. Martínez-Alcalá, M. Hernández Alonso, C. Dueñas Sadornil y M. Fernández Bermejo

Unidad de Aparato Digestivo, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: La colostomía endoscópica percutánea (CEP) se utiliza para la fijación (vólvulo de sigma) y la descompresión (pseudoostrucción intestinal crónica) del colon en pacientes no candidatos a cirugía. Esta técnica fue descrita en 1986 y hasta la fecha hay 65 casos publicados, colocando el estoma invariablemente en colon izquierdo o ciego mediante la técnica de tracción, que implica la retirada y reintroducción de todo el instrumental.

Caso clínico: Varón de 70 años EPOC, grado IV, con 02 domicilia-rio, que presenta ingresos hospitalarios recurrentes por distensión abdominal relacionada con pseudoostrucción intestinal, precisando en 3 ocasiones descompresión endoscópica por dilatación crítica del colon (A). En el enema opaco se objetiva un dolico colon redundante con volvulación y devolvulación espontánea en ángulo esplénico y transverso durante la insuflación. Dada la pérdida de respuesta progresiva a procinéticos y laxantes, así como la negativa a cirugía del paciente, se propone colostomía endoscópica percutánea. Se progresa con gran dificultad con formación de asa recidivante hasta ángulo hepático, donde se introduce reiteradamente el colonoscopio en toda su longitud. Se identifica transluminación óptima localizada en colon transverso proximal, fijando en primer lugar la pared abdominal a este nivel mediante colopexia en triángulo con 3 retenedores en T (B). En el centro del mismo, se pasa guía a través de trocar (Kimberly-Clark, Mic-G. Grifols). Sobre la guía, se avanza el



dilatador progresivo de 4 calibres y se retiran los dilatadores dejando vaina externa plástica (C). La vaina sirve como tutor para la introducción de una sonda de recambio estándar Kimberly Clark de 20 Fr (D). La mejoría radiológica fue espectacular (E). La evolución es satisfactoria, con peritonismo que se resolvió en 48 h. El paciente inicio tolerancia a los 3 días y fue dado de alta a la semana.

Conclusiones: Este es el primer caso descrito de colostomía endoscópica percutánea en un segmento móvil del colon (transverso) y utilizando la técnica por pulsión con colopexia previa. Consideramos que puede ser útil y simplificar la CEP en pacientes con colonoscopias técnicamente difíciles.

6. COMPARACIÓN DE LIMPIEZA COLÓNICA CON 2 LITROS DE POLIETILENGLICOL-ÁCIDO ASCÓRBICO CON 3 LITROS DE POLIETILENGLICOL-ELECTROLITOS: UN ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO

Y. González-Méndez, O. Alarcón-Fernández, R. Romero-García, Z. Adrián de Ganzo, I. Alonso-Abreu, M. Carrillo-Palau, A. Jiménez y E. Quintero-Carrión

Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

Introducción: La limpieza colónica con polietilenglicol-electrolitos (PEG-ELS) administrado el mismo día de la colonoscopia mejora la calidad de la limpieza y la detección de pólipos, pero requiere la ingesta de al menos 3 litros de solución.

Objetivo: Comparar la eficacia y los efectos adversos de la limpieza del colon con una solución de bajo volumen de polietilenglicol-ácido ascórbico (PEG+Asc) con una de 3 litros de PEG-ELS, administradas ambas el mismo día de la colonoscopia.

Métodos: Estudio prospectivo y aleatorizado incluyendo 681 pacientes programados para colonoscopia de cribado de cáncer colorrectal. Los pacientes fueron aleatorizados a recibir 2 l PEG+Asc (n = 353, 52%) o 3 l PEG-ELS (n = 328, 48%), administrados ambos el mismo día de la colonoscopia. En el día -1 los pacientes recibieron una dieta sin fibra y 15 mg de bisacodilo a las 18 horas. En el día 0 ambas soluciones fueron administradas de 4 a 5 horas antes de la colonoscopia, tomándolas en 90 minutos. La limpieza del colon fue determinada por dos observadores ciegos al grupo asignado, de acuerdo con la siguiente escala: 5 excelente (sin restos o con restos líquidos que cubrían < 10% de la superficie mucosa), 4 bueno (líquido o mucosidad cubriendo > 10% de la superficie mucosa), 3 aceptable (partículas pequeñas fáciles de aspirar), 2 regular (restos sólidos imposibles de succionar, cubriendo < 10% de la superficie mucosa), 1 pobre (restos sólidos cubriendo > 10% de la superficie mucosa). Se hizo una entrevista a los pacientes para determinar posibles efectos adversos (náusea, vómito, dolor abdominal, distensión abdominal o sed) Además de registró la necesidad de ir al baño en el camino del hospital y se aceptarían la misma preparación en caso de una nueva colonoscopia.

Resultados: No hubo diferencias con respecto a la edad, sexo o comorbilidades entre ambos grupos. Los pacientes con PEG+Asc tenían significativamente más vómitos que los del grupo PEG-ELS (24% vs 18%, p < 0,05), y más sed (44% vs 21%, p < 0,001). Además necesitaron ir más al baño en su ida al hospital (18% vs 12%, p = 0,01). El porcentaje de pacientes que rechazarían la solución evacuable asignada en caso de una nueva colonoscopia fue del 29% y 20% en PEG+As y PEG-ELS, respectivamente (p = 0,005). El número medio de pólipos detectados en los pacientes preparados con PEG-ELS o PEG+Asc fue $0,73 \pm 1,4$ y $0,76 \pm 1,7$, respectivamente (p = 0,79).

Conclusiones: La calidad de la limpieza colónica obtenida con 2 L of PEG+As fue equivalente a la observada con 3 L of PEG-ELS. Sin embargo el menor volumen de PEG+Asc se asoció con una peor tolerancia.

7. EL VACIAMIENTO GÁSTRICO ESTÁ ENLENTECIDO EN LA NOTES TRANSGÁSTRICA COMPARADO CON OTROS ACCESOS DE LA NOTES Y LAPAROSCOPIA: ESTUDIO ALEATORIZADO EN UN MODELO PORCINO DE SUPERVIVENCIA

G. Fernández-Esparrach, H. Córdova, C. Guarner-Argente, A. Rodríguez-D'Jesús, G. Martínez-Pallí, R. Navarro-Ripoll, C. Rodríguez de Miguel, M. Beltran, J. Comas, M.A. Martínez-Zamora, A. Ginés, M. Pellisé, J.M. Bordas y J. Llach

Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Servei de Gastroenterologia, Hospital Clínic, Barcelona.

Objetivo: Valorar la restitución de la motilidad gastrointestinal después de la NOTES.

Métodos: Aleatorización en cuatro grupos: NOTES transgástrica (TG), transrectal (TR), transvaginal (TV) y laparoscopia (Lap). Los accesos TG, TR y TV se realizaron con técnicas antisépticas, mientras la Lap fue realizada en condiciones estériles. Se realizó 30 minutos de exploración abdominal en todos los grupos. Al final de la cirugía, la cápsula endoscópica (CE) activada fue liberada dentro del antro gástrico con la ayuda del endoscopio y un asa de polipectomía. El tiempo de supervivencia fue 14 días.

Resultados: 5 animales fueron incluidos en cada grupo (n = 20). El tiempo medio de cirugía fue más largo en TG (56 min, rango 47-63) y TV (54 min, rango 44-79) que Lap (32 min, rango 32-33) (p < 0,05 y p < 0,01). La exploración con CE fue posible en 19 casos. La media de tiempo de exploración de la CE fue 7 horas, 45 minutos (rango 6 horas 8 minutos-10 horas). La CE estuvo retenida en el cuerpo gástrico durante toda la exploración en todos los animales TG (7 horas, 39 minutos de media de tiempo), en 1 animal de los grupos TR y TV y en ninguno Lap, con un tiempo de vaciamiento gástrico de 52 min, 43 min y 31 min, respectivamente. La retención de la CE en el estómago se asoció significativamente con el grupo TG y con el incremento de tiempo de cierre de la incisión.

Conclusiones: El vaciamiento gástrico está enlentecido después de la peritoneoscopia TG comparado con TR, TV y Lap. Son necesarios más estudios para valorar el impacto fisiológico de la NOTES antes de su implementación en humanos.

8. ESTUDIO DE LA INDICACIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE GASTROPROTECCIÓN EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN PÉPTICO Y CONSUMO PREVIO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS Y/O ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS. RESULTADOS PRELIMINARES

N. Zaragoza Velasco, M. Planella de Rubinat, R. Ballester Clau, A. Ardèvol Ribalta, J. Buenestado García y J.M. Reñé Espinet

Servicio de Digestivo, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: A pesar de la existencia de guías para la indicación de gastroprotección (GP) en pacientes en tratamiento (tto) con AINE/AAS, los fármacos gastroprotectores están infrautilizados. No hay estudios que valoren la indicación y la prescripción de GP en el subgrupo de pacientes con una complicación grave de las lesiones secundarias a AINES/antiagregantes como es la hemorragia digestiva alta (HDA).

Objetivo: 1. Analizar la indicación y prescripción real de GP en los pacientes admitidos en nuestro centro por una HDA secundaria a lesiones pépticas e ingesta previa de AINES/antiagregantes. 2. Analizar los criterios de GP más prevalentes. 3. Valorar las especialidades médicas prescriptoras de estos fármacos. **Métodos:** Estudio retrospectivo y prospectivo de 229 pacientes con HDA. Se evaluaron variables demográficas, ingesta AINE o antiagregantes, variables clínicas, analíticas, endoscópicas, de fracaso terapéutico y mortalidad.

Resultados: De los 229 pacientes con HDA secundaria a lesiones pépticas, en 142 (62%) se constató tto previo con fármacos gastrolesivos. 111 (78,2%) cumplían criterios de GP pero solo el 23,4% la recibían. En el subgrupo de pacientes en el que no se prescribió GP, el criterio que más frecuentemente se incumplió fue la edad mayor de 60 años. El 34,1% cumplían más de un criterio. El tipo de tto más frecuente fue la antiagregación (36,5%) seguido de los AINE (24,7%) y del tto combinado AINE + antiagregante (18,8%). El tipo de AINE más frecuente fue un AINE clásico (ibuprofeno 45%, diclofenaco 19%). El antiagregante más frecuente fue el AAS (82%). Los motivos más frecuentes del tto con AINE fueron las enfermedades trauma y reumatológicas (56,5%). La prescripción del AINE fue por automedicación en el 43,5%, responsabilidad del médico de familia en el 26% y del especialista en el 17,5%. Los motivos del tto con antiagregantes fueron: profilaxis secundaria cardiovascular o neurológica en el 40%, profilaxis primaria 20% y en el resto, otros procesos. La prescripción del antiagregante fue responsabilidad del especialista en el 49%, automedicación en el 26% y del médico de familia en el 15%. La lesión sangrante: úlcus duodenal en el 60%, úlcus gástrico 30% y, el resto, LAMG. Más del 50% requirieron tto endoscópico. El fracaso del tto endoscópico fue del 4,8% y la mortalidad del 3,6%.

Conclusiones: 1. En la mayoría de pacientes con HDA secundaria a lesiones pépticas existe el antecedente de tto con fármacos gastrolesivos. 2. Casi el 80% de los pacientes que cumplían criterios de GP no la recibían. 3. El fármaco más frecuente es el AAS y su prescriptor el especialista. 4. En ambos grupos de fármacos hay un porcentaje importante de automedicación. 5. El criterio de GP que más frecuentemente se incumple es la edad. 6. Es necesario difundir las guías y recomendaciones establecidas para la GP en pacientes tratados con AINE y/o antiagregantes.

9. ASISTENCIA URGENTE A LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LOS HOSPITALES COMARCALES CATALANES

F.J. Martínez Cerezo^a, G. Mreish^b, F. Vida Mombilea^c y Grup Català de Gastroenteròlegs de Comarques

^aHospital Universitari Sant Joan, Reus. ^bHospital de Igualada, Barcelona. ^cXarxa Hospitalària Althaia, Manresa.

Objetivo: Valorar los recursos disponibles en los hospitales comarcales catalanes para la asistencia urgente de los pacientes con HDA.

Métodos: Se analiza una encuesta enviada a hospitales comarcales catalanes con servicio de Urgencias, referida al año 2009 sobre existencia, composición y recursos del turno de guardia (TDG) de endoscopia. Debido al tamaño de la muestra los resultados se expresan como mediana (med.) y rango (rg.) y se utilizan tests no paramétricos.

Resultados: La encuesta se envió a 32 centros. Respondieron 24 (75%) que cubren la asistencia de 3.959.000 hab., con med. de

150.000 hab./centro (45.000-460.000) y de 220 camas (58-500). Tienen TDG 12 centros. Los centros con TDG son mayores (285 camas, rg. 140-500 vs 135 camas, rg. 58-430, $p = 0,02$) y cubren más población (200.000 hab., rg. 120.000-460.000 vs 121.500 rg. 45.000-200.000 $p = 0,003$). No tienen TDG en su centro de referencia 1.483.000 hab. Los TDG están formados por de 4,5 endoscopistas (2-11) que hacen 82,1 (33,2-182,5) guardias/año. Dos centros tienen enfermera integrada en el TDG. Reportan el n.º de episodios 17 centros: 1571 casos (med. 51, rg. 3-280, incidencia 39,68/100.000 hab.). Los centros con TDG reportan más casos (76, rg. 3-280) que los sin TDG (43, rg. 21-150) ($p = 0,05$). Se derivaron 17 pacientes (med. 1, rg. 0-5) desde centros con TDG vs 147 (med. 14, rg. 4-40) desde centros sin TDG ($p < 0,0001$). Los pacientes están a cargo de M. Interna en 4 centros, de Cirugía en 14 y repartido entre M. Interna y Cirugía según el origen varicoso (HV) o no varicoso (HNV) en 6 y si ingresan quedan a cargo de Digestivo en 6 centros. Las terapias utilizadas en la HNV son la inyección de adrenalina (med. 100% de casos, rg. 30-100), efectuada en todos los centros, la inyección de otras sustancias (50% de casos, rg. 100-2) realizada en 23 centros (87,5%), los clips (10%, rg. 1-50) en 15 (62,5%) y la electrocoagulación (15%, rg. 5-60) disponible en 8 (33,3%). Se tiende a mayor utilización de clips en centros con TDG (30%, rg. 50-5 vs 5%, rg. 1-40, $p = 0,07$). Se efectúa tratamiento combinado en 19 centros (79%). En HV se emplea ligadura en 21 centros (med. 90%, rg. 1-90) y esclerosis en 14 (med. 20%, rg. 1-99). Se tiende a mayor utilización de ligadura en centros sin TDG (75%, rg. 1-100 en los centros con TDG vs 90%, rg. 70-100 en los centros sin TDG, $p = 0,075$).

Conclusiones: 1. Una proporción significativa de la población no dispone de endoscopista en su centro de referencia y ello implica mayor necesidad de traslado de enfermos. 2. La constitución de TDG en hospitales comarcales supone cargas asistenciales importantes. 3. Los métodos de inyección y la ligadura son respectivamente los recursos más utilizados en la HNV y HV. 4.-Se tiende a mayor utilización de los clips en centros con TDG y de ligadura en los que no tienen TDG. 5. La coordinación entre diversos centros permitiría establecer TDG en centros que no tienen y la racionalización de las cargas de trabajo.

10. COLONOSCOPIA EN PACIENTES MUY ANCIANOS. ¿REALMENTE MERECE LA PENA?

M.A. Álvarez González, M. Muñoz Villalengua, M. Mañosa Ciria, A. Bargalló García, P. Sort Jané, A. Isava Tirado, F. Porta Blanquera y F. Vida Mombiela

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Sant Joan de Deu, Althaia, Manresa.

Introducción: Las indicaciones y la rentabilidad diagnóstica de la colonoscopia, se han validados para población de edad media. Hay una demanda progresiva de peticiones de colonoscopia en pacientes muy ancianos. Los riesgos, beneficios y el impacto clínico no se han analizado suficientemente en esta población.

Objetivo: Comparar las indicaciones, calidad y hallazgos de la colonoscopia en pacientes de al menos 85 años (Grupo A) y pacientes entre 50 y 84 años (Grupo B). Evaluar el impacto clínico de la colonoscopia en pacientes muy ancianos.

Pacientes y métodos: Se incluyeron todas las colonoscopias consecutivas realizadas a pacientes de al menos 85 años, entre enero de 1993 y enero de 2006, en un solo centro. Se excluyeron las colonoscopias de seguimiento de un diagnóstico previo y las colonoscopias terapéuticas programadas. Se compararon con una muestra aleatoria de las colonoscopias realizadas en el grupo B, con los mismos criterios de inclusión. Se realizó un seguimiento de las colonoscopias del grupo A, analizando la supervivencia después de la colonoscopia y el impacto clínico de la detección de lesiones significativas.

Resultados: Se incluyeron 351 colonoscopias del grupo A (59% mujeres), y una muestra de 351 colonoscopias de un total de 5.560 casos (55% mujeres) del grupo B. La frecuencia de pacientes hospitalizados fue del 71% en el grupo A, frente al 34% en el grupo B ($p < 0,001$). Las indicaciones principales fueron rectorragia (31% vs 27% ns), anemia (20% vs 16%, ns), dolor abdominal (13% vs 23%, $p = 0,002$) y estreñimiento crónico (11% vs 25%, $p < 0,001$). La calidad de la colonoscopia fue significativamente peor en pacientes muy ancianos: La colonoscopia fue completa solamente en el 60% vs 79% ($p < 0,001$), aunque en el 9% del grupo A y el 4% del grupo B, la progresión fue imposible debido a una estenosis maligna. Una preparación muy mala se observó en el 12,5% vs 6,2% ($p = 0,01$). Las exploraciones fueron técnicamente más difíciles en pacientes muy ancianos ($p = 0,009$), pero no hubo diferencias en la tolerancia. No hubo diferencias en la frecuencia de complicaciones entre ambos grupos. Los diagnósticos más frecuentes fueron, diverticulosis no complicada (38% vs 24% $p > 0,001$), pólipos (24% vs 24% ns) y cáncer colorrectal, CCR (15% vs 9%, $p = 0,01$). A 46 pacientes del grupo A se diagnosticó un CCR, 23 (50%) fueron intervenidos, 3 pérdidas de seguimiento. En los pacientes diagnosticados de CCR la supervivencia mediana fue 30 meses (IC95% 0-30). La supervivencia mediana de los pacientes operados fue 44 meses (IC95% 0-90) y los no operados 3 meses (IC95% 3-4) log rank 0,004. El 90% de los pólipos encontrados fueron resecaos.

Conclusiones: La colonoscopia en pacientes muy ancianos es técnicamente más exigente, pero en general se puede conseguir un diagnóstico. Aunque la calidad es más pobre, el rendimiento diagnóstico es alto, especialmente para neoplasia. Solo la mitad de los pacientes ancianos diagnosticados de neoplasia se intervienen.

11. PREPARACIÓN INTESTINAL EN UN SOLO DÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE COLON: ESTUDIO PILOTO PROSPECTIVO Y ALEATORIZADO

L. Ramos, O. Alarcón-Fernández, Z. Adrián de Ganzo, A. Gimeno-García, D. Nicolás-Pérez y E. Quintero

Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

Introducción: La limpieza intestinal para la cápsula endoscópica de colon (CEC) requiere la realización de una dieta líquida y la toma de soluciones evacuentes durante al menos los dos días previos a la CEC, lo que representa una importante limitación para su aceptación y tolerancia.

Objetivo: Comparar la calidad de la limpieza colónica y los efectos adversos tras la preparación de un solo día frente a la preparación habitual de dos días para la realización de la CEC.

Métodos: Se realizó un estudio piloto prospectivo, ciego y aleatorizado entre abril y octubre de 2010. Criterios de inclusión: pacientes ambulatorios que rechazaron la colonoscopia convencional ($n = 3$) o con una exploración previa incompleta ($n = 24$). Los pacientes fueron asignados a dos grupos: Grupo 1 (preparación de 1 día): $n = 14$, 7H/7M, edad media 54 ± 14 años. En el día -1, los pacientes recibieron una dieta sin fibra y 15 mg de bisacodilo a las 19:00 horas. En el día 0, se administraron 3 litros de PEG entre las 6:00-7:30 horas; Grupo 2 (preparación de 2 días): $n = 13$, 1h/12M, edad media 68 ± 11 años. En el día -1, los pacientes recibieron una dieta líquida y 3 litros de PEG entre las 18:00-21:00 horas. En el día 0, se les administró 1 litro de PEG entre las 6:00-7:00 horas. Todos los pacientes ingirieron la CEC a las 9:15 horas. La lectura de la CEC fue realizada por dos observadores experimentados, ciegos para el grupo asignado, a una velocidad de 10 imágenes por segundo y revisando ambos terminales de forma independiente. Cada segmento del colon fue evaluado mediante una escala que diferenciaba cuatro grados de limpieza: 1: muy buena, 2: buena, 3: regular y 4: mala. El cumplimiento de la preparación intestinal se registró antes de la administración de la CEC. Tres semanas después de la

administración de la CEC, se entrevistó a los pacientes para evaluar los efectos adversos (náuseas, vómitos, dolor abdominal, sed) debidos a la preparación intestinal.

Resultados: El tiempo medio de grabación de la CEC fue de 298 ± 147 minutos en el grupo 1 y de 381 ± 139 minutos en el grupo 2 ($p = 0,18$). La CEC alcanzó el recto en el 78% y 77% de los pacientes en el grupo 1 y 2, respectivamente ($p = 0,12$). La valoración de la limpieza en colon derecho fue muy buena-buena en el 79% de los casos en el grupo 1 frente al 38% del grupo 2 ($p < 0,0001$). A nivel de colon descendente, la limpieza muy buena-buena se logró en el 64% de los casos grupo 1 y en 100% del grupo 2 ($p > 0,0001$). No se observaron diferencias en la limpieza del colon transverso y recto ($p = ns$). En la valoración global, la limpieza de colon fue similar en los dos grupos (limpieza muy buena-buena: grupo 1 = 72% vs grupo 2 = 80%; $p = ns$). En el grupo 1, 10 pacientes presentaron pólipos, 1 divertículos y 2 otras lesiones (úlceras), mientras que en el grupo 2, se evidenciaron pólipos en 10 pacientes, 2 con divertículos, 2 con angiodisplasias y 1 un cáncer de ciego. Presentaron efectos adversos leves (que no impidieron completar la preparación colónica) 7 (50%) pacientes del grupo 1 y 8 (66%) en el grupo 2 ($p = 0,03$).

Conclusiones: La calidad de la limpieza de colon obtenida con la preparación de un día es similar a la alcanzada con la preparación de dos días. La capacidad para detectar lesiones y los escasos efectos adversos asociados a la preparación de colon de un día podría mejorar sustancialmente la aceptación de la CEC, sobre todo si se contempla en el futuro como un método de cribado.

12. UTILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE COLON EN LA DECISIÓN TERAPÉUTICA TRAS COLONOSCOPIA CONVENCIONAL INCOMPLETA

Z. Adrián de Ganzo, O. Alarcón-Fernández, L. Ramos, A. Gimeno-García, D. Nicolás-Pérez y E. Quintero

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife.

Introducción: La cápsula endoscópica de colon (CEC) ha demostrado su eficacia para la detección de lesiones colónicas. Sin embargo, disponemos de pocos datos sobre su utilidad en el estudio del colon tras colonoscopia convencional incompleta (CCI).

Objetivo: 1) Evaluar si la CEC es capaz de completar el estudio del colon en pacientes con CCI, y 2) Determinar el efecto de la CEC en la decisión terapéutica.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo entre abril y octubre 2010 que incluyó 25 pacientes (18 mujeres, edad media 59 ± 16 años) en los que se programó CEC tras CCI. Las indicaciones para colonoscopia fueron: cribado (56%), anemia ferropénica (16%), dolor abdominal o cambio en el ritmo deposicional (16%), hematoquecia (8%) y otras (4%). La lectura de la CEC se realizó por los observadores experimentados, ciegos para los hallazgos de la CCI, a una velocidad inferior a 10 imágenes por segundo y revisando ambos terminales de forma independiente. Se entrevistó a los pacientes para evaluar la tolerancia y posibles efectos adversos asociados a la prueba.

Resultados: El tiempo medio de grabación de la CEC fue de 329 ± 151 minutos. La limpieza de colon fue buena o muy buena en el 75% de los pacientes. La CEC completó el estudio de colon tras CCI previa en el 92% (23/25) de los casos. La CEC alcanzó el recto en 20 pacientes (80%) y en los 3 (12%) casos restantes, la CEC superó el punto más proximal alcanzado por la CCI. La CEC detectó pólipos colónicos en 16 pacientes, 1 paciente presentó cáncer de ciego, 1 paciente enfermedad inflamatoria intestinal ileocecal (EII), 4 presentaban divertículos y 2 angiodisplasias. Únicamente 1 paciente (4%) no tenía lesiones en la CEC. En el 64% de los casos no se precisó otra exploración o medida terapéutica tras la CEC. Los hallazgos obtenidos por la CEC implicaron un cambio en el manejo médico de 8 (32%) de los pacientes: 6 pacientes se programaron para nueva colonoscopia óptica terapéutica; al paciente con un tumor cecal se

le realizó una hemicolectomía derecha y al paciente con EI recibió tratamiento específico. Un paciente se perdió en el seguimiento. No hubo complicaciones en relación con la CCE y 23 (96%) de los pacientes se mostraron satisfechos con el procedimiento.

Conclusiones: La CEC es un procedimiento seguro y efectivo para completar el examen del colon y el diagnóstico en la mayor parte de los pacientes con una CCI, conllevando una decisión terapéutica en un porcentaje importante de los pacientes.

13. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO Y CIEGO COMPARANDO PICOSULFATO SÓDICO (CITRAFLEET®) Y MACROGOL 3350 (MOVIPREP®) EN LA PREPARACIÓN PARA COLONOSCOPIA

F. Martínez de Juan, C. Martínez Lapiedra, F. Maia de Alcántara, V. Picazo Ruíz, M. Acedo Hidalgo, Y. Alcaraz Serrano y P. Carrau Mellado

Unidad de Aparato Digestivo, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Objetivo: Comparar la tolerancia y seguridad de picosulfato sódico (CITRAFLEET®) y macrogol 3350 (MOVIPREP®) en la preparación para colonoscopia.

Métodos: Se aleatorizó a todos los pacientes remitidos para realización de colonoscopia ambulatoria para recibir Citrafleet o Moviprep. El facultativo que prescribía la preparación y el endoscopista desconocían el evacuante administrado. Los pacientes respondieron a una encuesta sobre tolerancia al evacuante y se registraron las complicaciones que requirieron atención sanitaria. Se evaluó la calidad de la preparación en pacientes con exploración completa mediante una valoración global por parte del endoscopista y dos escalas validadas (Ottawa y escala de Boston o BBPS), que hacen una valoración global y por segmentos. Una preparación excelente puntúa 0 en la escala de Ottawa y 9 en la BBPS; por el contrario, una preparación pésima puntúa 14 en la de Ottawa y 0 en la BBPS. En pacientes con resecciones colónicas solo se utilizó la valoración global. Las comparaciones se realizaron de forma bidireccional mediante la prueba de Mann-Whitney para variables ordinales, con un nivel de significación $< 0,05$ y una potencia del 95% (error $\beta = 0,05$).

Resultados: 130 pacientes recibieron Citrafleet y 115 Moviprep. La tolerancia fue buena en el 82% del grupo Citrafleet y en el 44,6% del grupo Moviprep ($p < 0,0001$). Dos pacientes requirieron atención sanitaria debido a la preparación en el grupo Citrafleet. La preparación fue calificada por el endoscopista como “buena” en el 56,3% y el 67,8%, de los grupos Citrafleet y Moviprep, respectivamente ($p = 0,091$). Se obtuvo una puntuación Ottawa < 4 y BBP > 7 (preparación buena) en el 30% y 40% de pacientes del grupo Citrafleet y en el 40 y 58,5% de Moviprep. Al aplicar las escalas validadas las diferencias fueron estadísticamente significativas en favor del Moviprep mediante la escala BBPS ($p = 0,0264$), pero no mediante la de Ottawa ($p = 0,0784$). No hubo diferencias significativas en la preparación por segmentos ni en la persistencia de restos líquidos.

Conclusiones: Citrafleet es mejor tolerado que Moviprep, pero Moviprep tiende a ser superior en limpieza. Se debe continuar investigando nuevas pautas o nuevos evacuantes que aúnen tolerancia y limpieza óptimas.

14. “CÁNCER DE INTERVALO”: FRECUENCIA DE COLONOSCOPIAS PREVIAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER COLORRECTAL SEGÚN SU LOCALIZACIÓN. ¿PROTEGE LA COLONOSCOPIA DE LA APARICIÓN DEL CÁNCER EN COLON DERECHO?

S. Maestro, H. Núñez, E. Saracibar, R.E. Madrigal, A. Pérez Millán, J. Barcenilla, A. del Moral y F. Igea

Sección A, Digestivo, Hospital Río Carrión, Palencia.

Objetivo: Durante los últimos años múltiples publicaciones ponen en duda la eficacia de la colonoscopia en la prevención del cáncer de colon derecho. La tasa de fallo diagnóstico en dicha localización es superior a la del colon izquierdo. Algún trabajo pone en duda la eficacia de la colonoscopia en esta localización. Nos propusimos el presente trabajo con este objetivo: Determinar la eficacia de la colonoscopia en la prevención del cáncer de colon derecho mediante el análisis de la frecuencia de colonoscopias previas en pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal en nuestro centro.

Material y métodos: Analizamos todos los cánceres de colon diagnosticados en nuestra unidad durante los últimos 5 años. Se realizó una búsqueda exhaustiva de colonoscopias previas durante los 10 años anteriores. Seleccionamos un grupo de 1450 controles pareado por edad y sexo y con colonoscopia sin cáncer en el último año. Realizamos el análisis estadístico mediante paquete informático. Analizamos diferencias en la frecuencia de colonoscopias previas entre pacientes y controles así como entre pacientes según su localización.

Resultados: Encontramos 726 cánceres durante los últimos 5 años. 32 de ellos (4,2%) tenían al menos una colonoscopia previa en los últimos 10 años. La incidencia de colonoscopias previas fue superior en colon derecho (7,2% vs 2,8% $p < 0,03$). Limitándonos a los 3 últimos años la frecuencia global fue de un 2,5% siendo la diferencia 4,6% vs 1,7% ($p < 0,05$). En el grupo control la incidencia de colonoscopia previa fue significativamente superior. El 32,9% en los 10 años y el 10,3% en los últimos 3 ($p < 0,01$).

Conclusiones: 1) La frecuencia de fallos en la detección endoscópica de lesiones neoplásicas es significativamente superior en el colon derecho que en el izquierdo (más del doble). 2) Nuestra frecuencia de fallos de detección es similar o inferior a la publicada en otros centros. 3) Es necesario implementar cambios en la técnica que minimicen los fallos en colon derecho. 4) No obstante la eficacia de la colonoscopia como método de prevención del cáncer en colon derecho es incuestionable.

15. UTILIDAD DE LA BIOPSIA ENDOSCÓPICA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT

A. Rodríguez-D' Jesús^a, H. Córdova^b, J. Llach^b, J.M. Bordas^b, A. Ginès^b, M. Pellisé^b, I. Elizalde^b, O. Sendino^b, A. Cárdenas^b, B. González-Suárez^b y G. Fernández-Esparrach^b

^aHospital General de Cataluña, Barcelona. ^bInstitut de Malalties Digestives i Metabòliques, Servei de Gastroenterologia, Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: La endoscopia con obtención de biopsias aleatorias es la técnica estándar para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con esófago de Barrett (EB).

Objetivo: Estudiar la variabilidad de las biopsias durante el seguimiento de los pacientes con EB.

Pacientes y métodos: se revisaron todos los pacientes con EB controlados en el Hospital Clínic desde febrero de 2002 hasta marzo de 2010 y se excluyeron aquellos a los que se había realizado solo una endoscopia. El criterio diagnóstico de EB fue la presencia de mucosa de aspecto gástrico en el esófago con biopsia demostrativa de metaplasia intestinal especializada (MI).

Resultados: En el periodo de estudio se realizaron 493 endoscopias a 117 pacientes (media 3,6 + 1,8 endoscopias/paciente) con un tiempo medio de seguimiento de 45 + 38 meses. La media de edad fue de 61 + 12 años y la mayoría eran hombres (86 H, 73%). En cuanto a la longitud, 57 tenían un EB corto (49%), 28 un EB largo (25%) y en 30 no se podía deducir del informe (26%). El diagnóstico en la primera endoscopia fue: 71 MI (61%), 15 DBG (13%), 6 DAG (5%), 1 adenocarcinoma (1%) y 24 sin MI (20%). Las biopsias fueron

negativas para MI en algún momento en 44 pacientes (40%) y se produjo un cambio en la estadificación en 103 ocasiones. En 7 pacientes con diagnóstico de DGA y/o adenocarcinoma, éste diagnóstico no se confirmó en los siguientes controles. La presencia de un EB corto fue la única variable que se asoció a una mayor frecuencia de biopsias negativas para MI (44% en EB corto vs 7% en EB largo, $p = 0,001$).

Conclusiones: Las biopsias endoscópicas aleatorias no son una buena herramienta para el seguimiento de los pacientes con EB. Es necesario mejorar la técnica de seguimiento para poder tomar decisiones terapéuticas correctas.

16. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE LESIONES QUÍSTICAS DEL PÁNCREAS POR ECOENDOSCOPIA: ESTUDIO RETROSPECTIVO Y COMPARATIVO

C. Guarner Argente^{a,b}, P.M. Shah^b, A.M. Buchner^b, N.A. Ahmad^b, M.L. Kochman^b y G.G. Ginsberg^b

^aHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^bDivision of Gastroenterology, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, EE.UU.

Introducción: el estudio y manejo de las lesiones quísticas del páncreas es controvertido. La morfología de estas lesiones suele ser insuficiente para discriminar lesiones malignas o con elevado riesgo de degeneración. El uso de la punción con aguja fina por ultrasonografía endoscópica (USE-PAAF) mejora su caracterización. Las guías clínicas actuales recomiendan el uso de profilaxis antibiótica para minimizar el riesgo de infección. Sin embargo, la evidencia existente para recomendar esta profilaxis es escasa. El uso de antibióticos no está exento de otras complicaciones y podría, incluso, no prevenir la infección.

Objetivo: Evaluar el impacto de la profilaxis antibiótica al realizar USE-PAAF de lesiones quísticas del páncreas.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de todos los pacientes a los que se realizó una USE-PAAF de lesiones quísticas del páncreas desde mayo de 2007 a abril de 2010 en un solo centro.

Resultados: Se realizaron 266 USE-PAAF a 253 pacientes. Se administró antibiótico en 88 exploraciones (grupo ATB) y no se administró en 178 (grupo NATB). El antibiótico más utilizado fue levofloxacino (89%). No se observaron diferencias significativas en las características de los pacientes y de las lesiones en cada grupo. Las complicaciones están resumidas en la tabla. En el grupo NATB ocurrieron 4 (2,3%) complicaciones graves: dos hemorragias locales sintomáticas, una pancreatitis y una peritonitis por derrame biliar. En el grupo ATB 2 (2,3%): una posible infección quística resuelta con antibiótico endovenoso y una peritonitis por derrame biliar ($p = 1$). Todas se solucionaron sin necesidad de cirugía. Se observaron 8 complicaciones leves en el grupo NATB y 6 en el ATB ($p = 0,56$).

En cuanto a las complicaciones infecciosas o posiblemente relacionadas con el uso de profilaxis, se observó 1 (0,6%) en el grupo NATB (fiebre autolimitada) y 4 (4,5%) en el ATB (dos reacciones alérgicas locales durante la administración de antibiótico, la posible infección quística y un cuadro de diarrea por *C. difficile*) ($p = 0,04$). Limitaciones: estudio retrospectivo.

Conclusiones: La incidencia de infecciones después de la USE-PAAF de una lesión quística del páncreas es muy baja, tanto si se usa profilaxis antibiótica como si no. La profilaxis no está exenta de otras complicaciones y puede no prevenir la infección. Son necesarios estudios prospectivos.

17. GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: OPTIMIZACIÓN DE UNA ADECUADA ESTRATEGIA DE RECAMBIOS

L. de Castro Parga^a, P. Estévez Boulosa^a, V.M. del Campo Pérez^b, L. Cid Gómez^a, A. Martínez Turnes^a, V. Hernández Ramírez^a, A. Alonso Rodríguez^a, E. Feteira Vázquez^a e I. Rodríguez Prada^a

^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario Universitario-CHUVI, Vigo.

Introducción: La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es una técnica que permite un soporte nutricional enteral y prolongado de los pacientes. Tras su colocación, las sondas de PEG pueden ser recambiadas vía endoscópica o mediante la técnica "Cut and push", siendo ésta la empleada en nuestro centro hospitalario. No obstante, el tiempo de realización del primer recambio no ha sido bien definido, existiendo amplias variaciones en la literatura.

Objetivo: Establecer la estrategia idónea para realizar el primer recambio de la sonda de PEG teniendo en cuenta la supervivencia de los pacientes, las complicaciones de la técnica y de la sonda y los costes derivados en los distintos tiempos de recambio.

Material y métodos: Presentamos un estudio transversal y retrospectivo, sobre 208 pacientes sometidos a PEG en un periodo de 7 años. Se analizó la mortalidad a 6, 12 y 18 meses, el número de recambios realizados, el motivo de estos y las complicaciones observadas. El estudio de supervivencia se realizó a partir de la fecha de colocación de la PEG empleando el método de Kaplan-Meier. Para los cálculos se empleó el paquete estadístico informático SPSS 16.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

Resultados: Nuestra población está formada por un 79,3% de pacientes mayores de 75 años, siendo el motivo de indicación más frecuente (96,6%) las enfermedades neurológicas y la demencia la etiología más común. En nuestro trabajo las cifras de mortalidad a los 6, 12 y 18 meses fueron 28,4%, 43,3% y 52,4% respectivamente. Se realizó el 1.º recambio de la sonda PEG a 64 pacientes (30,8%) en un tiempo medio de 12 meses, siendo el motivo del recambio en el 27,4% de los casos por protocolo, correspondiendo el porcentaje restante a la aparición de una complicación en un periodo inferior

	Grupo ATB (n = 88)	Grupo NATB (n = 178)	p
Grave	2 (2,3%) Infección quística (?) Derrame biliar	4 (2,3%) Hemorragia local sintomática (n = 2) Pancreatitis Derrame biliar	1
Leve	6 (7%) Reacción alérgica local (n = 2) Dolor abdominal (n = 2) Hemorragia intraquística asintomática Diarrea por <i>C. difficile</i>	8 (4,7%) Hemorragia intraquística asintomática (n = 3) Fiebre Dolor abdominal Faringitis Náusea y vómitos por la sedación Desaturación	0,56
Total	8 (9,3%)	12 (7%)	0,47

a 6 meses. Se estimó que el tiempo medio de permanencia de la primera sonda PEG es de 504,6 días, no encontrando diferencias en la supervivencia media de los pacientes según presentasen o no complicaciones derivadas del recambio de sonda. Surgieron un total de 40 complicaciones: 14 relacionadas con la técnica endoscópica, 16 secundarias a la PEG y 10 en relación con el recambio de la sonda. En nuestro estudio encontramos 3 casos de retención del tope interno tras más de 12 meses de realizado el 1.º recambio, derivando en un paciente en trombosis de vena cava inferior y exitus por tromboembolismo. Teniendo en cuenta la supervivencia a los 6, 12 y 18 meses y el coste de cada recambio de sonda PEG, calculamos un gasto aproximado por recambios de sonda de 8.632, 5.713 y 4.720 euros a los 6, 12 y 18 meses respectivamente.

Conclusiones: La PEG y sus sucesivos recambios constituyen una técnica no exenta de complicaciones. Tras analizar nuestros datos parece recomendable establecer el momento idóneo para efectuar el primer recambio de sonda PEG en torno a los 18 meses de su colocación, siendo esta maniobra coste-efectiva y suponiendo un importante ahorro del gasto sanitario.

18. ¿ES ÚTIL LA REALIZACIÓN DE UNA ANALÍTICA SISTEMÁTICA ANTES DE UNA COLONOSCOPIA?

M.T. Ramos-Clemente Romero^a, M.D. Serrano León^a, L.M. Troiteiro Carrasco^a, C. Rodríguez Ramos^a, A. Abralde Bechiarelli^a, F. Corro Aguilar^a, M. Iglesias Arrabal^a, P. Guillén Mariscal^a, R. Rodríguez Olmo^a y A. Naranjo Rodríguez^a

Departamento de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La colonoscopia conlleva actuaciones terapéuticas con riesgo de sangrado. Por ello, algunas unidades realizan analítica rutinaria para detectar alteraciones de coagulación/hematológicas no conocidas.

Objetivo: Valorar la utilidad de la analítica previa a la realización de colonoscopia.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo, observacional donde incluimos 244 colonoscopias ambulatorias realizadas entre 1 agosto-31 octubre de 2010. Se analizó sexo, edad, indicación de la colonoscopia, comorbilidad y medicación concomitante (antiagregantes y/o anticoagulantes). Las determinaciones analítica incluyeron: Hb, plaquetas, AP (actividad de protrombina) e INR. Se analizaron los cambios realizados en la medicación, si había lugar, y si hubo cambios de actitud en función de los datos analíticos (reprogramar, evitar terapéuticas). Los resultados se analizaron con el paquete SPSS.

Resultados: En las 244 colonoscopias había 115 varones y 129 mujeres con una edad media de 59,21 años (17-91). Las indicaciones principales fueron rectorragia (23,36%), cambios de hábito intestinal (17,21%), revisión de ca. colon (13,93%), control de polipetomía (13,52%), anemia ferropénica (7,38%), antecedentes familiares (7,38%) y revisión de enfermedad inflamatoria intestinal (5,33%). Se asoció patología concomitante importante en 49 pacientes (20,08%), dentro de ellas la cardiopatía isquémica es la más prevalente con 28 pacientes (57,14%), destaca también la fibrilación auricular (14,28%), enfermedad cerebrovascular (14,28%) y enfermedad vascular periférica (10,20%). Un paciente presentaba enfermedad de Von Willebrand. Entre ellos había 38 pacientes bajo tratamiento antiagregante (15,57%) y 11 bajo tratamiento anticoagulante (4,51%). En el 100% de anticoagulados se hizo sustitución por HBPM. La antiagregación se retiró en el 76,3%, (29 de los 38). Los 9 que continuaron con AAS, se realizaron la colonoscopia satisfactoriamente sin complicaciones. En los 195 pacientes sin antiagregación ni anticoagulación, no se detectaron alteraciones en la analítica que sugirieran defecto hematológico/coagulopatía. De ellos el 100% presentó INR < 1,5 y AP > 60%. En 16 pacientes (8,20%)

la Hb descendió de 11 g/dl, y solo en dos fue menor de 8. Cuatro pacientes (2,05%) presentaron cifras de plaquetas entre 68.000-9.000, con Hb, INR y AP normales. En todos se realizó la exploración y se aplicó el tratamiento correspondiente con buen resultado y sin complicaciones. De las 244 colonoscopias 52,87% tuvieron carácter diagnóstico y 47,13% terapéutico (66,08% polipetomías, 30,43% biopsias, 3,48% otras). En ningún caso de la serie hubo cambios de actitud ni reprogramación de la prueba. No se produjeron complicaciones relacionadas con la técnica.

Conclusiones: La determinación analítica rutinaria previa a la colonoscopia con intención preventiva, no parece aportar ninguna ventaja. Los casos en que son necesarias actuaciones y controles son detectables mediante la historia clínica.

19. UTILIDAD DE LAS CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN EN DIGESTIVO

J. Cubiella Fernández^a, P. Quintas Lorenzo^a, A. Dacal Rivas^a, M. Francisco González^a, L. López Sánchez^b, M.J. García García^c y J. Fernández Seara^a

^aServicio de Aparato Digestivo; ^bUnidad de Control de Gestión; ^cUnidad de Apoyo a la Investigación, Complejo Hospitalario, Ourense.

Introducción y objetivos: En los últimos años se han puesto en marcha consultas de alta resolución (CAR) en digestivo con el propósito de disminuir las demoras en los tiempos de consulta y facilitar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes ambulatorios. El objetivo del presente estudio es evaluar la utilidad de la CAR en nuestro medio en comparación con una consulta general.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y transversal. Se analizaron las primeras consultas derivadas entre enero-abril de 2009 desde Atención Primaria. Se recogieron los datos demográficos, el tipo de consulta, la demora hasta la consulta y hasta el alta. Así mismo, se analizaron los motivos de derivación a las consultas de Digestivo. Finalmente, se recogieron el número de recursos utilizados en los pacientes dados de alta: número de citaciones por episodio, exploraciones solicitadas y coste sanitario. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para las variables cualitativas y la t de Student para las cuantitativas para detectar diferencias entre las derivaciones a la CAR y a la consulta general. Se consideraron las diferencias estadísticamente significativas cuando $p < 0,05$.

Resultados: En el periodo analizado se derivó desde AP a las consultas de digestivo a 1.076 pacientes, de las que se pudieron analizar 1.055 derivaciones. Se derivaron 192 pacientes a la CAR y 851 al resto de consultas. No encontramos diferencias entre las derivaciones respecto a la edad ($56,9 \pm 16,9$ años), sexo (56,6% mujeres) o el número de altas (93,1%). Los motivos principales de derivación fueron: dispepsia (27,7%), rectorragia (10,7%), alteración del ritmo intestinal (18,8%), dolor abdominal (13%) y alto riesgo de cáncer colorrectal (19,2%), sin encontrar diferencias entre las consultas. Los tiempos de demora hasta la consulta inicial ($42,8 \pm 28,7$ días, $10,8 \pm 9$ días; $p < 0,001$) y hasta el alta ($128,6 \pm 135,3$ días, $39,6 \pm 80,6$ días; $p < 0,001$) fueron significativamente superiores en la consulta general. En la evaluación de los pacientes derivados a la CAR se precisaron mayor número de citaciones por episodio ($3,6 \pm 2,2$, $3,2 \pm 2$; $p: 0,015$), y exploraciones complementarias ($1,5 \pm 1,2$, $1,1 \pm 1,2$; $p < 0,001$) sin diferencias en el número de consultas. Se realizaron más ecografías abdominales a los pacientes derivados a la CAR (53,8%, 23,1%; $p < 0,001$) y más analíticas a los pacientes derivados al resto de consultas (8,2%, 16,2%; $p: 0,005$). Finalmente, el coste por derivación fue superior en la CAR ($592,7 \pm 421,5€$, $485,97 \pm 309,66€$; $p < 0,001$).

Conclusiones: La CAR reduce los tiempos de demora y de alta en la atención a los pacientes ambulatorios. Sin embargo, se asocia a un incremento en el consumo de recursos.

20. FACTORES RELACIONADOS CON EL TIEMPO DE TRÁNSITO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA

M.C. Naveas Polo, M.P. Soto Escribano, J.M. Ángel Rey, A. González Galilea, C. Gálvez Calderón, A.J. Hervás Molina, V. García Sánchez y A. Naranjo Rodríguez

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Una de las limitaciones de la cápsula endoscópica (CE) es la duración finita de sus baterías, de tal manera que el agotamiento de su energía puede resultar en una exploración incompleta en pacientes con un tránsito gastrointestinal enlentecido. La identificación de posibles factores relacionados con un mayor tiempo de tránsito podría permitir aumentar el rendimiento diagnóstico de la CE.

Objetivo: Identificar factores relacionados con la duración del tiempo de tránsito gastrointestinal de la CE.

Pacientes y métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron 72 pacientes que se exploraron mediante CE en el periodo de 2008-2010, tanto con carácter ambulatorio como durante una hospitalización. En ellos se recogieron variables demográficas y clínicas (enfermedades asociadas, toma de medicación, antecedentes quirúrgicos, indicación de la exploración y resultado). Se registró el tiempo de tránsito gástrico (TG), tiempo de tránsito intestinal (TI) y tiempo de tránsito total (TT), así como si la exploración fue completa hasta el ciego. Se valoró la posible relación de estas variables con los tiempos de tránsito.

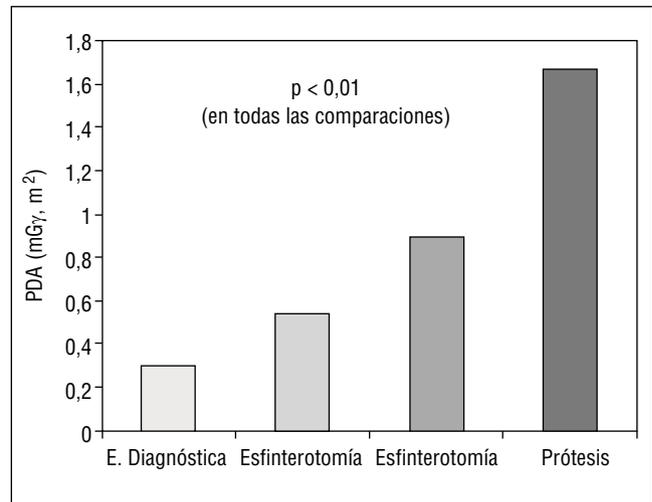
Resultados: Un 78% de los pacientes se exploraron de forma ambulatoria y el resto hospitalizados. Tenían una edad media de 63 años (± 15) y el 54% eran hombres. Las indicaciones más frecuentes fueron por anemia ferropénica de etiología desconocida (48%) y hemorragia digestiva de origen no filiado (41%). La exploración se completó hasta el ciego en el 87% encontrándose hallazgos relevantes en el 40% de los casos. La duración media del TG fue de 28,3 minutos ($\pm 36,5$), la del TI 267 minutos (± 116) y la del TT de 292 minutos (± 121). Se observó un mayor TG en pacientes menores de 65 años (39,5 vs 18,9 con IC95% de 2,9-38,4, $p = 0,024$) encontrándose relación lineal entre estas variables ($r = -0,3$). El TG fue menor en los pacientes con hipertensión arterial (17,9 vs 37,1 para IC95% 3,3-35 con una $p = 0,02$) y cardiopatía (15,4 vs 36,6 para IC95% 6,7-35,6 con $p = 0,005$). Igualmente, la toma de algunos medicamentos se relacionó de forma significativa con un menor TG, como los betabloqueantes ($p < 0,05$), inhibidores de la bomba de protones ($p = 0,04$), nitratos ($p < 0,05$) y diuréticos ($p = 0,026$). No se encontraron diferencias en el resto de las variables recogidas, así como tampoco al analizar los tiempos de TI y TT. Tampoco se encontró relación entre los tiempos de tránsito y la presencia o no de hallazgos relevantes o su realización durante el ingreso o con carácter ambulatorio.

Conclusiones: Distintas características clínicas como la edad, la patología cardiovascular o el consumo de ciertos fármacos pueden determinar la duración del vaciamiento gástrico y condicionar así el rendimiento de la CE. Sin embargo, son necesarios estudios controlados y con mayor tamaño muestral para seleccionar pacientes subsidiarios de medidas concretas que modifiquen su tránsito gastrointestinal y mejorar así la rentabilidad diagnóstica de la CE.

21. CÁNCER RADIOINDUCIDO POR CPRE EN NUESTRO MEDIO. ¿ES UN PROBLEMA CLÍNICO RELEVANTE?

M.L. Rodríguez Perálvarez^a, J.A. Miñano Herrero^b, A.J. Hervás Molina^a, J.M. Benítez Cantero^a, V. García Sánchez^a, M. Pleguezuelo Navarro^a, M.C. Naveas Polo^a y M.M. Cantos^b

^aDepartamento de Gastroenterología; ^bDepartamento de Física y Protección Radiológica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.



Introducción: En los últimos años se ha modificado la dosis radiológica recibida por el paciente en CPRE. Por ello es importante actualizar el riesgo de cáncer radio inducido.

Objetivo: Calcular el riesgo de cáncer radio inducido en CPRE. Comparar el riesgo con otras exploraciones radiológicas comunes.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo con 393 CPRE consecutivas realizadas sobre 348 pacientes en un solo centro. El equipo utilizado fue Philips BV pulsera. En cada exploración se recogieron variables demográficas, antropométricas y parámetros dosimétricos. Se calculó la dosis efectiva utilizando factores de conversión específicos. Se estimó la dosis-órgano y el riesgo vital de cáncer radio inducido.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de $75 \pm 12,3$ años y 211(53,7%) fueron hombres. La mediana del producto dosis área (PDA) fue de 0,82 mGym² (IQR 0,4-1,5) con una media de tiempo de fluoroscopia de 2 minutos y 45 segundos. La dosis en superficie fue de 30,7 mGy (IQR 15-60,8) y la dosis efectiva de 0,44 mSv (IQR 0,2-0,9). El análisis multivariante detectó que la canulación papilar difícil (más de 6 intentos), la edad más joven y la aplicación de terapéutica fueron los factores relacionados con un mayor PDA ($p = 0,009$, $p = 0,001$ y $p < 0,001$). La complejidad de la terapéutica modificó el PDA (fig.). Con los resultados obtenidos, la dosis efectiva para CPRE equivaldría a 20 radiografías de tórax siendo unas 14 veces menor que la de un enema opaco o hasta 20 veces menor que la recibida en un TAC abdominal. Se estimó una incidencia de cáncer atribuible a la CPRE de 4,08 y 16,81 por millón de exploraciones en CPRE diagnóstica y terapéutica respectivamente.

Conclusiones: Desde el punto de vista radiológico, la CPRE es una técnica segura que implica baja dosis al paciente en comparación con otras exploraciones usadas rutinariamente en medicina. El riesgo de cáncer radio inducido para la población sometida a esta prueba en nuestro medio es aceptablemente bajo.

22. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA LIMPIEZA DEL COLON CON POLIETILENGLICOL EN FUNCIÓN DE LA POSOLOGÍA EN PACIENTES DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL

C. Rodríguez de Miguel^a, A. Serradesanferm^a, A. Ginès^a, G. Fernández-Esparrach^a, E. Ricart^a, A. Cárdenas^a, J. Grau^b, J. Llach^a, A. Castells^a y M. Pellisé^a

^aInstitut de Malalties Digestives i Metabòliques, Servei de Gastroenterologia, Hospital Clínic, Barcelona. ^bHospital Clínic, Barcelona.

Introducción: La colonoscopia (CS) de cribado de cáncer colorrectal (CCR) debe explorar en condiciones adecuadas la totalidad del colon. Ello lleva implícito una limpieza intestinal exhaustiva. La literatura describe que la hora de administración de la solución evacuante es un factor determinante de la calidad de la limpieza.

Objetivo: Evaluar la calidad de la limpieza del colon en función del tiempo transcurrido entre el inicio de la preparación y el comienzo de la exploración.

Material y métodos: De forma consecutiva, todos los pacientes del programa de cribado poblacional fueron aleatorizados en dos grupos: 1) CS programada entre las 9h y 12h: inicio de la preparación a las 19h del día anterior a la exploración. 2) CS a partir de las 12h: inicio de la preparación a las 4h30 del mismo día de la exploración, con la posibilidad de hacer mitad el día anterior y mitad el mismo día. La preparación fue explicada detenidamente por la enfermera de cribado y consistió en dieta sin fibra durante 72h, 2 comprimidos de bisacodilo la tarde antes y 3-4 litros de polietilenglicol (PEG). Se entregó un cuestionario a los pacientes con datos demográficos, antecedentes personales, horarios específicos de la ingesta del PEG y medicación coadyuvante. El endoscopista valoró la calidad de la limpieza siguiendo la Escala de Boston (0: mala a 9: excelente).

Resultados: Se incluyeron 282 pacientes: 134 (47,5%) comenzaron la preparación el día anterior, y 148 (52,5%) el mismo día, de los cuales 26 (17,5%) optaron por la dosis partida. La media de sobres ingeridos fue de $13,8 \pm 2,4$ con tiempo medio de ingesta de $283 \pm 157,3$ min. La puntuación media global en la escala de Boston fue $7,8 \pm 1,56$. El 95% de los pacientes ($n = 268$) presentaron una limpieza adecuada. El horario de administración de la preparación no se correlacionó con la calidad de la preparación ($p = 1$). En cambio, el tiempo trascurrido desde la finalización de la ingesta hasta el comienzo de la prueba se correlacionó de forma inversa con la puntuación global de la escala de Boston, ($p = 0,036$; $r = -0,125$).

Conclusiones: 1) Iniciar la preparación lo más cerca posible al momento de la exploración comporta una mejor calidad en la preparación. 2) La explicación detallada de la preparación por parte de una enfermera podría ser el factor clave en el bajo porcentaje de pacientes mal preparados en esta serie.

23. DILATACIÓN ENDOSCÓPICA EN ESTENOSIS ESOFÁGICAS BENIGNAS: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 14 AÑOS

A. Orive Calzada, A. Bernal Martínez, M. Navajas Laboa, S. Torres Burgos, A. Hernández Marín, M. Aguirresarobe, J.A. Arévalo Serna, M. López López, L. Bridet, I. Aguirre, C. Garay, C. Echániz Sarrionandia, M. Lorenzo Morote, M. Durán Rigueira, S. Aresti y J.L. Cabriada Nuño

Hospital de Galdakao, Vizcaya.

Introducción: La dilatación esofágica es un procedimiento utilizado para el tratamiento de la disfgia de aquellos pacientes con patología obstructiva esofágica. Nuestro objetivo es determinar su eficacia y seguridad como tratamiento en estenosis esofágicas de origen benigno.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que se ha realizado sobre la base de datos recogida en nuestro centro sobre los pacientes que se han sometido a dilataciones endoscópicas entre mayo de 1996 y agosto de 2009. Se han realizado 137 dilataciones en 29 pacientes. Para evaluar la eficacia de las dilataciones hemos utilizado el diámetro de la estenosis, el IDP (índice de Dilataciones Periódicas), los grados de disfgia mejorados, número global de dilataciones realizadas. Las comparaciones estadísticas se han realizado con el programa SPSS 15.0 para Windows. Para comparar una variable normal hemos utilizado la t- Student. Para una variable cualitativa hemos usado ANOVA y para analizar los datos de

una variable no paramétrica hemos usado la U Mann-Whitney y el test de Kruskal Wallis.

Resultados: El 80% de los pacientes presentó mejoría clínica significativa (un 88% de estos mejoró 3 grados o más). Los pacientes con disfgia inicial grado 5 precisaron mayor número de dilataciones obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,003$) con respecto a los pacientes que presentaban una disfgia inicial grado 4. En las estenosis postradioterapia se necesitaron mayor número de dilataciones respecto a otras causas de estenosis benignas, siendo la diferencia estadísticamente significativa con respecto a las producidas por ERGE ($p < 0,005$). Además las estenosis por ERGE requieren dilataciones más espaciadas en el tiempo ($p > 0,005$). Al analizar las complicaciones respecto al número total de dilataciones realizadas el 96% no presentó ninguna complicación y solo un 1% presentó una complicación grave (perforación).

Conclusiones: Los pacientes con mayor grado de disfgia inicial precisan mayor número de dilataciones y evolucionan peor al tratamiento dilatador (pese a conseguir mayor calibre). Las estenosis postradioterapia son las que mayor número de dilataciones precisan, más que las de ERGE ($p < 0,005$). Es una técnica segura, solo un 1% presentó una complicación grave (perforación).

24. VALORACIÓN DE LA TOLERANCIA A LA PREPARACIÓN DEL COLON CON POLIETILENGLICOL EN FUNCIÓN DE LA POSOLOGÍA EN PACIENTES DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL

C. Rodríguez de Miguel^a, A. Serradesanferm^a, A. Ginès^a, G. Fernández-Esparrach^a, E. Ricart^a, A. Cárdenas^a, J. Llach^a, J. Grau^b y A. Castells^a

^aInstitut de Malalties Digestives i Metabòliques, Servei de Gastroenterologia, Hospital Clínic, Barcelona. ^bHospital Clínic, Barcelona.

Introducción: El tiempo entre la ingesta de la preparación antegrada y el inicio de la colonoscopia (CS), es un factor decisivo para lograr una mejor limpieza del colon. Sin embargo, en los pacientes programados por la mañana, iniciar la preparación en el mismo día puede suponer un problema para la anestesia y de tolerancia.

Objetivo: Comparar la tolerancia y aceptación a la preparación en función del horario de administración.

Material y métodos: De forma consecutiva, todos los pacientes del programa de cribado poblacional fueron aleatorizados en dos grupos: 1) CS programada entre las 9h y 12h: inicio de la preparación a las 19h del día anterior a la exploración 2) CS a partir de las 12h: inicio de la preparación a las 4h30 del mismo día de la exploración, con la posibilidad de hacer mitad el día anterior y mitad el mismo día. La preparación fue explicada detenidamente por la enfermera de cribado y consistió en dieta sin fibra durante 72h, 2 comprimidos de bisacodilo la tarde antes y 3-4 litros de PEG. Se entregó un cuestionario a los pacientes con ítems que evaluaban reacciones adversas a la preparación (náuseas, vómitos, dolor abdominal, dolor torácico, sed, mareos, sensación distérmica) así como la tolerancia y aceptación con una escala análogo-visual (0 = fácil; 10 = incapaz de terminar).

Resultados: Se incluyeron 282 pacientes: 134 (47,5%) comenzaron la preparación el día anterior, y 148 (52,5%) el mismo día, de los cuales 26 (17,5%) optaron por la dosis partida. La media de sobres ingeridos fue de $13,8 \pm 2,4$ con tiempo medio de ingesta de $283 \pm 157,3$ min. La puntuación media obtenida en la escala analógica de la tolerancia fue de $4,43 \pm 2,34$. El horario de ingesta de la preparación no se relacionó con la tolerancia a esta ($p = 0,38$). Cuando se relacionó la aparición de efectos adversos con la posología se observó que solo la sed y la sensación distérmica eran más frecuentes en el grupo de tarde ($p 0,01$ y $0,02$ respectivamente). En cambio cuando

se preguntó si volvería a realizarse la exploración tomando la preparación en el mismo horario, los pacientes de la mañana contestaron negativamente más a menudo que los de la tarde ($p = 0,03$).

Conclusiones: 1) Iniciar la preparación lo más cerca posible al momento de la exploración disminuye la sensación de sed y escalofríos, aunque no modifica la tolerancia global. 2) La pauta de la mañana es bien tolerada, pero incómoda para los pacientes. Una posible solución, sería administrarla en dosis partida.

25. GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE FACTORES PREDICTIVOS DE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD

P. Estévez Boulosa^a, L. de Castro Parga^a, V.M. del Campo Pérez^b, L. Cid Gómez^a, A. Martínez Turnes^a, V. Hernández Ramírez^a, P. Iglesias Avión^a, A. Antúnez Yáñez^a e I. Rodríguez Prada^a

^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario Universitario-CHUVI, Vigo.

Introducción: La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es una técnica que consiste en la introducción de una sonda a través de la pared gástrica cuya finalidad radica en asegurar una nutrición enteral adecuada y prolongada de los pacientes.

Objetivo: Describir las características de los pacientes portadores de PEG realizadas en nuestro servicio desde marzo del 2003 a septiembre del 2010, así como la presencia de comorbilidad previa a esta técnica y su relación con las complicaciones y mortalidad.

Material y métodos: Realizamos un estudio transversal y retrospectivo, recogiendo los datos sobre las características de los pacientes, analizando las variables sexo, edad, indicación, utilización de profilaxis antibiótica, pauta de sedación y presencia de complicaciones. La comorbilidad previa a la realización de la técnica se registró mediante el Índice de Charlson, recogiendo además parámetros de laboratorio incluyendo cifras de albúmina, hemoglobina y leucocitos previas a la colocación de PEG. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico informático SPSS 16.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

Resultados: Se realizó la técnica a 208 pacientes, de los que 64,4% eran mujeres y 79,3% tenían una edad superior a 75 años. El grupo de enfermedades neurológicas fue el motivo de indicación más frecuente (96,6%), representando demencia y ACV 44,7% y 33,7% respectivamente. Para colocar la PEG fue preciso emplear sedación en 205 pacientes (98,6%), siendo la pauta de 5 miligramos de midazolam la más empleada (34,6%). Sobre un total de 180 pacientes sobre los que se disponen de datos en cuanto a profilaxis antibiótica, se administró antibioterapia previa a la realización de la técnica en 168 casos, siendo amoxicilina-clavulánico el fármaco más utilizado (63,3%). Surgieron un total de 30 complicaciones, 14 de ellas relacionadas con la técnica endoscópica (6,8%) y 16 (7,7%) secundarias a la PEG, entre las que la infección del estoma representa la más frecuente (3,8%). A los 30 días de colocación de la PEG se produjeron 19 exitus (9,1%), ninguno relacionado con la técnica. No encontramos ninguna asociación entre un Índice de Charlson > 4 y una mayor mortalidad o complicaciones. Se observaron diferencias significativas en la supervivencia según el número de leucocitos (cada cuartil incrementa el riesgo de mortalidad en 1,30 veces, el nivel de albúmina (cada cuartil reduce la mortalidad un 0,18) y el sexo varón, con un riesgo de 1,63 veces el de las mujeres.

Conclusiones: La infección del estoma representa la complicación más frecuente relacionada con la colocación de PEG. No hemos encontrado asociación entre los factores predictores analizados y el desarrollo de complicaciones. Es recomendable realizar una selección de los pacientes candidatos a PEG, eliminando aquellos casos donde la supervivencia se estima inferior a 30 días. En nuestra serie el sexo femenino, y los valores analíticos de albúmina y leucocitos predicen una mayor supervivencia.

26. PRÓTESIS METÁLICAS RECUBIERTAS PARA EL TRATAMIENTO DE FÍSTULAS POSQUIRÚRGICAS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

V. Orive Cura^{a,b}, A. Calderón García^b, A. Orive Calzada^{a,c}, A.B. Díaz Roca^b, A. Merino^b y S. Torres Burgos^c

^aDepartamento de Endoscopias, Clínica Dr. V. San Sebastián, Vizcaya. ^bServicio de Digestivo, Hospital de Basurto, Vizcaya.

^cHospital de Galdakao, Vizcaya.

Introducción: Las perforaciones esofágicas, bien espontáneas o iatrogénicas, constituyen una patología muy grave, con una mortalidad publicada del 30 al 50% incluso en caso de cierre quirúrgico primario. Las filtraciones gástricas y las fístulas gastrogástricas son complicaciones serias de la cirugía del bypass gástrico y ocurren en el 1% al 6% de los pacientes pudiendo resultar en fístulas cutáneas, peritonitis, abscesos, sepsis, falla orgánica y muerte.

Objetivo: Determinar los resultados y seguridad del tratamiento con prótesis esofágicas recubiertas aquellos pacientes sometidos a cirugía bariátrica que presentan fístulas posquirúrgicas.

Material y métodos: Estudio descriptivo bicéntrico realizado sobre una base de datos recogida de forma prospectiva. Se han incluido 10 pacientes (7 mujeres/3 hombres). Habían sido sometidos a gastroplastia vertical con bypass intestinal. Se usaron prótesis metálicas recubiertas retirables de 18-25 mm de diámetro, a juicio del endoscopista, en función del calibre de la anastomosis quirúrgica. A las 24-48 horas de colocar la prótesis se realiza esofagograma con contraste hidrosoluble para descartar la existencia de desplazamientos de la prótesis y para valorar si la fístula se encuentra completamente ocluida por la prótesis. En caso afirmativo, se iniciaba tolerancia oral. Una vez cerrado el orificio fistuloso, todos los pacientes con colecciones mediastínicas o abdominales fueron remitidos a Radiología intervencionista o cirugía para su drenaje. Los empiemas fueron drenados mediante tubo de tórax.

Resultados: Características basales de los pacientes $n = 10$ (7 mujeres/3 hombres). Edad $47,88 \pm 12,39$ años. Localización: cierre de la gastroplastia vertical (9/10), anastomosis gastro-yeyunal (1/10). Diámetro del orificio fistuloso: $2,19 \pm 0,47$ cm (máx 4/min 0,5 cm). Medidas previas que se habían intentado previamente sin éxito: Cirugía 7/10, sutura endoscópica 3/10. Procedimientos adicionales requeridos: tubo de tórax 3/10. Drenaje de colecciones 3/10. Se consigue el cierre de la fístula en 7/10 pacientes. Tasa de complicaciones: perforaciones 2/10 (en ambos pacientes había fracasado la cirugía para conseguir el cierre de la fístula antes de colocar la prótesis, y en ambos la cirugía pudo resolver fácilmente la perforación originada por la prótesis); Migración 4/10 (todas pudieron manejarse con tratamiento endoscópico; mortalidad: 0).

Conclusiones: Las prótesis esofágicas recubiertas son eficaces en el tratamiento de las fístulas postquirúrgicas tras cirugía de la obesidad. Existen complicaciones (perforación) en un 20% de los pacientes en nuestra serie. La tasa de migraciones es elevada (40%), si bien todas ellas pudieron ser manejadas endoscópicamente.

27. FACTORES CLÍNICOS DETERMINANTES DE LA EXPOSICIÓN RADIOLÓGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A DILATACIÓN ESOFÁGICA ENDOSCÓPICA

J.M. Benítez Cantero, M. Rodríguez Perálvarez, A. Hervás Molina, S. Marín Pedrosa, C. García Caparrós, M. Pleguezuelo Navarro, V. García Sánchez, A. González Galilea y C. Gálvez Calderón

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivo: 1. Describir la dosis radiológica recibida por los pacientes sometidos a dilatación esofágica endoscópica. 2. Determinar factores que influyen sobre el producto dosis-área.

Métodos: Estudio transversal donde se incluyen 112 pacientes sometidos a dilatación esofágica endoscópica entre enero de 2009 y noviembre de 2010. Se recogieron variables demográficas, antropométricas (peso, estatura, espesor), dosis-paciente recibida (mGy), tiempo de fluoroscopia (segundos) y producto dosis-área (mGy.m²). Se registró, asimismo, etiología y localización de la estenosis así como la terapéutica aplicada.

Resultados: La edad media de los 112 pacientes recogidos fue 67 ± 13 años; 72,3% hombres. Las etiologías más frecuentes fueron cáustica/péptica (46,4%), neoplásica (23,2%) y postquirúrgica (18,8%). La localización de la estenosis fue en esófago distal en 48,2%, cervical en 31,3% y medio en 20,5%. La terapéutica aplicada fue solo mediante dilatación con bujías en 91,1% y dilatación con bujías junto con colocación de prótesis en 8,9% de los casos. El número medio de bujías empleado fue 3,3 (rango 1-5). Los valores dosimétricos obtenidos en nuestra población de estudio fue: dosis-paciente 14,6 mGy, dosis-área 0,77 mGy.m² y tiempo medio de fluoroscopia de 75 segundos. La localización de la estenosis en esófago medio-distal supuso una dosis-paciente y un producto dosis-área mayor respecto a la localizada a nivel cervical ($p < 0,004$ y $p < 0,011$ respectivamente). Las estenosis de origen neoplásico obtuvieron un mayor producto dosis-área y tiempo de fluoroscopia ($p < 0,001$). Con respecto a la terapéutica aplicada, la colocación de prótesis supuso un producto dosis-área significativamente mayor que la dilatación con bujías (2,23 y 0,57 mGy.m² respectivamente; $p < 0,0001$) así como un tiempo de fluoroscopia superior (204 y 63 segundos respectivamente; $p < 0,0001$). No se encontraron diferencias significativas en el resto de variables recogidas. En el análisis multivariante, la única variable que alcanzó significación estadística en cuanto a un mayor producto dosis-área y tiempo de fluoroscopia fue la colocación de prótesis como tratamiento aplicado, habiendo perdido la significación la localización y la etiología de la estenosis esofágica.

Conclusiones: Los parámetros de exposición radiológica para dilatación esofágica en nuestro medio son: tiempo de fluoroscopia de 75 segundos; dosis-paciente 14,67 mGy; producto dosis-área 0,77 mGy.m². El único factor predictivo independiente que ha demostrado aumentar el producto dosis-área es la terapéutica con colocación de prótesis.

28. ¿ES CONVENIENTE REPETIR LA COLONOSCOPIA Y LA GASTROSCOPIA ANTES DE UN ESTUDIO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA?

S. Torres Burgos, M. Durán Rigueira, A. Orive Calzada, J.A. Arévalo Serna, M. Navajas Laboa, M. Aguirresarobe, A. Hernández Martín, M. Lorenzo Morote, M. López López, C. Echaniz Sarrionandia, L. Bridet, A. Bernal Martínez y J.L. Cabriada Nuño

Hospital de Galdakao, Vizcaya.

Introducción: La principal utilidad de la CE es el estudio del Intestino delgado (ID). Sin embargo, se ha descrito que la CE puede detectar hasta un 7-25% de lesiones fuera de ID. Nuestro objetivo es recoger los hallazgos al alcance de una gastroscopia o de una colonoscopia visualizados con cápsula endoscópica diagnóstica que no se habían diagnosticado previamente.

Material y métodos: Estudio descriptivo realizado sobre una base de datos recogida prospectivamente en nuestro centro. Se incluyen 149 pacientes consecutivos que se han sometido a un estudio mediante cápsula endoscópica. Revisamos: si las lesiones encontradas habían sido vistas previamente por otras técnicas diagnósticas (gastroscopia y colonoscopia fundamentalmente), y en cuántos de estos pacientes, los hallazgos extra-intestino delgado encontrados en la cápsula se derivaron en cambios en la actitud.

Resultados: Hemos detectado 50 pacientes (33,55%) con hallazgos al alcance de endoscopia convencional. En 36 (72%) de estos

pacientes, los hallazgos fueron en tracto digestivo superior y en 13 (26%) en t. digestivo inferior. En cuanto a la etiología, 19 (38%) presentaron aftas-úlceras; 18 (36%) angiodisplasias; 3 (6%) neoplasias; 1 (2%) Hemosuccus; 4 (8%) pólipos; 1 (2%) vee y gastropatía de la HTP y otros un 8%. En la mayoría de los 50 pacientes (31 pacientes; 62%) en que se observaron lesiones, este hallazgo supuso un cambio en la actitud, manejo y/o diagnóstico.

Conclusiones: Es importante no obviar la valoración de los segmentos digestivos alto y bajo a la hora de realizar un estudio mediante cápsula endoscópica. Antes de realizar CE parece razonable repetir las exploraciones endoscópicas ya que pueden existir lesiones que pueden haber pasado desapercibidas. Los hallazgos extra-ID encontrados, suponen un gran impacto clínico, suponiendo en un 20,8% de los pacientes un cambio de diagnóstico o actitud.

29. PRÓTESIS DE ESÓFAGO EN LA ESTENOSIS MALIGNA. ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

M.A. Álvarez González^a, V. Lorenzo-Zúñiga García^b, A. Seoane Urgorri^a, I. de Lemos Simoes^a, V. Moreno de Vega Lomo^b, J.M. Dedeu Cosco^a, J. Boix Valverde^b, R. Planas Vila^b y F. Bory Ros^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona.

^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: La incidencia del cáncer de esófago está aumentando en los últimos años. La mayoría de los casos tienen una enfermedad no resecable cuando se diagnostican y la supervivencia general a los 5 años es desoladora (< 20%). La colocación de una prótesis esofágica autoexpandible (PAE), asociada o no a quimioterapia o radioterapia, es la práctica clínica habitual para solucionar la disfagia maligna. Existen múltiples tipos de prótesis y no hay un consenso en su uso. Existe escasa información sobre la durabilidad de las prótesis y sus complicaciones tardías.

Objetivo: Analizar las variables relacionadas con la permeabilidad y las complicaciones de las prótesis esofágicas en la estenosis maligna. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo de 76 casos consecutivos, en los últimos 5 años, de colocación de una primera PAE por estenosis esofágica maligna, en dos hospitales universitarios.

Resultados: La edad mediana de los pacientes fue 65 años (rango 33-93), el 80% fueron varones. Se consiguió el éxito técnico y clínico en 99% y 93% respectivamente. La localización fue: esófago proximal (10%), medio (35%), distal (18%) y sobrepasando el cardias (35%). El tipo de lesión fue: 50% carcinoma escamoso, 42% adenocarcinoma y 8% cáncer extrínseco al esófago. Se utilizaron 9 tipos de prótesis diferentes. La supervivencia mediana de los pacientes fue 54 días (IC95% 32-74). 7 pacientes presentaron complicaciones precoces (En los primeros 30 días): 3 hemorragias masivas, 2 obstrucciones, 2 migraciones. 10 pacientes presentaron complicaciones tardías: 6 obstrucciones, 3 migraciones, 1 fístula esófago-bronquial. La permeabilidad mediana de la prótesis, en los pacientes que no fallecieron por progresión tumoral, fue de 138 días (IC95% 99-177). La localización o el tipo de tumor, el estadio tumoral, recibir radioterapia y/o quimioterapia previas o posteriores a la colocación de la prótesis, no se relacionaron con la supervivencia de la prótesis. La única prótesis con peor rendimiento fue la tipo Boubella, supervivencia 35 días (IC95% 0-94) debido a 4 migraciones de 7 prótesis (57%). Las demás prótesis no presentaron diferencias ni en supervivencia ni en el tipo de complicaciones.

Conclusiones: La durabilidad de las prótesis no es óptima por complicaciones tardías. Solo la prótesis tipo Boubella es significativamente peor a las demás analizadas. Recibir radioterapia y/o quimioterapia previas o posteriores a la colocación de la prótesis, no aumenta la probabilidad de complicaciones.

30. EFICACIA DE LA PROFILAXIS ENDOSCÓPICA EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA HEMORRAGIA VARICOSA EN EL PACIENTE CIRRÓTICO

E. Martí Marqués, S. Khorrani-Minaei, S. Patricia Ortega Moya, A. Llompert Rigo, D. Ginard Vicens, C. Garrido Durán, L. Lluís Pons, S. Vila Navarro y J. Gayà Cantallops

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) por varices esofágicas (VE) es una complicación grave y potencialmente mortal en el paciente cirrótico. La ausencia de prevención secundaria conlleva un alto riesgo de recidiva hemorrágica por lo que se recomienda la profilaxis farmacológica, endoscópica o combinada tras el primer episodio de sangrado.

Objetivo: El objetivo principal del estudio fue determinar la eficacia de la erradicación endoscópica de las varices esofágicas como profilaxis secundaria de la recidiva hemorrágica varicosa en la práctica clínica. Los objetivos secundarios fueron evaluar la cumplimentación del programa, los efectos adversos y la morbi-mortalidad asociada, así como identificar los posibles factores que pudieran influir sobre la erradicación de varices y la recidiva hemorrágica.

Métodos: Se trata de un estudio observacional y retrospectivo en una serie de pacientes incluidos en un programa de erradicación endoscópica de VE tras un primer episodio de HDA varicosa entre 2006 y 2009. Se recogieron datos demográficos, farmacológicos, clínicos y relativos a la técnica endoscópica.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, 67% varones y con una edad media de $55,9 \pm 14,8$ años. El seguimiento fue de unos 17 meses (1-49), con una mediana de 3 sesiones por paciente (1-8) y una mediana de tiempo hasta la erradicación de 2 meses (1-17). En el 48% de los pacientes la técnica endoscópica empleada fue secuencial (colocación de bandas seguido de esclerosis en las siguientes sesiones, en función del tamaño de las VE). El cumplimiento de programa fue del 70%. Hubo 9 (21%) muertes, 2 debidas a recidiva hemorrágica varicosa. Se logró la erradicación de VE en un 71% (IC95% 57-85%) de los casos. La recidiva hemorrágica por VE ocurrió en un 16% de los pacientes en lo que se logró la erradicación frente a un 60% de los que no ($p = 0,003$; OR: 2,5 (IQ 95% 1,1-5,6). Un 14,3% de pacientes presentaron complicaciones graves asociadas a la técnica (ninguna muerte). Este fue el único factor que influyó en el fracaso de la erradicación (OR: 3,00 (IQ 95% 1,30-6,89). No se identificaron factores predictivos sobre la probabilidad de recidiva hemorrágica. Tampoco se demostró que la erradicación de varices evitara hospitalizaciones ni muertes.

Conclusiones: La erradicación endoscópica de varices esofágicas tras un episodio de HDA varicosa es útil en la prevención de nuevos episodios hemorrágicos, aunque no parece reducir el número de ingresos ni muertes. Es una técnica segura, pese a que la aparición de complicaciones puede reducir su éxito.

31. PRÓTESIS METÁLICAS RECUBIERTAS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERFORACIONES ESOFÁGICAS IATROGÉNICAS ENDOSCÓPICAS

V. Orive Cura^a, A. Calderón García^a, A.B. Díaz Roca^a, A. Orive Calzada^b, L. Hijona Murumendiara^a, S. Torres Burgos^b y A. Bernal Martínez^b

^aServicio de Digestivo, Hospital de Basurto, Vizcaya. ^bHospital de Galdakao, Vizcaya.

Introducción: Las perforaciones esofágicas, bien espontáneas o iatrogénicas, constituyen una patología muy grave, con una mortalidad publicada del 30% al 50% incluso en caso de cierre quirúrgico primario.

Objetivo: Determinar los resultados y seguridad del tratamiento con prótesis esofágicas recubiertas aquellos pacientes que presentan perforaciones esofágicas iatrogénicas inmediatas o diferidas tras la realización de una endoscopia.

Material y métodos: Estudio descriptivo bicéntrico, realizado sobre una base de datos que se ha recogido de forma prospectiva. Se han incluido 6 pacientes (1 mujeres/2 hombres). 2 presentaron las estenosis como complicación inmediata (1 tras dilatación de Acalasia, 1 tras dilatación de estenosis cáustica) y 4 como complicación diferida (1 tras colocación de una prótesis esofágica, 2 tras dilatación de estenosis en anastomosis quirúrgicas y 1 tras esclerosis de varices). Se usaron prótesis metálicas recubiertas retirables de 18-25 mm de diámetro, a juicio del endoscopista, en función del calibre de la anastomosis quirúrgica. A las 24-48 horas de colocar la prótesis se realiza esofagograma con contraste hidrosoluble para descartar la existencia de desplazamientos de la prótesis y para valorar si la fístula se encuentra completamente ocluida por la prótesis. En caso afirmativo, se iniciaba tolerancia oral. Una vez colocada la prótesis, todos los pacientes con colecciones mediastínicas o abdominales fueron remitidos a Radiología intervencionista o cirugía para su drenaje. Los empiemas fueron drenados mediante tubo de tórax. Las prótesis se retiraban a las 4-6 semanas, pudiéndose recolocar una nueva prótesis en caso de persistencia del orificio fistuloso.

Resultados: Se resumen en la tabla. El único paciente que presentó una complicación (migración de la prótesis) pudo ser manejado endoscópicamente sin problemas. El paciente en el que fracasó el tratamiento con prótesis era un cirrótico Child C que presentó una perforación esofágica diferida tras una esclerosis de urgencia de sus varices esofágicas por HDA. La prótesis se colocó 18 días después de producirse la perforación, cuando el paciente presentaba séptico, con mediastinitis, falleciendo 10 días después por fracaso multiorgánico a consecuencia de dicha sepsis.

Conclusiones: Las prótesis esofágicas recubiertas son eficaces en el tratamiento de las perforaciones esofágicas iatrogénicas secundarias a técnicas endoscópicas. Parece importante colocar el stent precozmente, antes de que se den fenómenos sépticos. Son necesarios más estudios prospectivos para confirmar nuestros resultados.

32. PRÓTESIS DE COLON EN LA ESTENOSIS MALIGNA. ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

M.A. Álvarez González^a, A. Seoane Urgorri^a, V. Lorenzo-Zúñiga García^b, I. de Lemos Simoes^a, V. Moreno de Vega Lomo^b, J.M. Dedeu Cusco^a, J. Boix Valverde^b, R. Planas Vila^b y F. Bory Ros^a

^aHospital del Mar, Barcelona. ^bHospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: El cáncer de colon es una de las neoplasias más frecuentes. Las prótesis de colon metálicas autoexpandibles (PMAE)

Paciente	Edad	Sexo	Diámetro (cm)	Días hasta éxito	Complicaciones	Prótesis
1	56	H	5	1	Sí	Sí
2	69	H	0,5	1	Sí	No
3	53	H	0,5	0	Sí	No
4	54	H	2,5	18	No (exitus)	No
5	72	H	4	0	Sí	No
6	66	M	3	0	Sí	No

se utilizan como tratamiento paliativo en pacientes no operables, o como puente a la cirugía en pacientes con clínica oclusiva. Existen múltiples tipos de prótesis y no hay un consenso en su uso. Existe escasa información sobre la durabilidad de las prótesis y sus complicaciones tardías en la práctica clínica habitual.

Objetivo: Analizar las variables relacionadas con la permeabilidad y las complicaciones de las PMAE colónicas en la estenosis maligna.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los casos consecutivos, de colocación de una primera PMAE por estenosis colónica maligna, en dos hospitales universitarios, en los últimos 5 años.

Resultados: Hubo 48 casos, el objetivo fue paliativo en 36 (75%) casos y en 12 puente a cirugía. Se consiguió el éxito técnico y clínico en 48 (100%) y 43 (91%) respectivamente. La localización fue: recto 5 (10%), sigma 31 (65%), colon descendente 11 (30%) y colon derecho 1 (2%). Se utilizaron 5 tipos de prótesis. La edad mediana de los pacientes fue 74 años (rango 37-95). Todos los casos de puente a cirugía, pudieron ser operados con éxito. En los casos paliativos, 23 (66%) pacientes fallecieron, la supervivencia mediana fue 312 días (IC95% 103-521). 4 (11%) presentaron complicaciones inmediatas, 2 obstrucciones y 2 perforaciones y 4 complicaciones tardías, 3 (8%) obstrucciones y un tenesmo invalidante que requirió cirugía (3%). La permeabilidad media de la prótesis en los pacientes que no fallecieron fue de 471 días (IC95% 371-570). No se encontraron diferencias en la permeabilidad, ni en las complicaciones según el tipo de prótesis utilizado.

Conclusiones: La PMAE como puente a cirugía es un excelente tratamiento. La permeabilidad de la PMAE de colon es buena. No hay diferencias entre las diferentes prótesis.

33. DILATACIÓN PAPILAR CON BALÓN COMBINADA CON ESFINTEROTOMÍA EN LA EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE LA COLEDOLITIASIS. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

M.P. Soto Escribano, A.J. Hervás Molina, P. Ruiz Cuesta, J. Jurado García, V. García Sánchez y M. Pleguezuelo Navarro

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La esfinterotomía endoscópica (EE) combinada con la dilatación papilar con balón (DPB) se ha propuesto como una técnica eficaz y segura en casos de accesos papilares dificultosos o en coledocolitiasis de gran tamaño.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la combinación de EE con DPB en la extracción de coledocolitiasis en pacientes con papilas de difícil acceso o coledocolitiasis grandes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes en los que se realizó de EE y DPB por dificultad de extracción de coledocolitiasis. Se recogieron las características clínicas de estos pacientes, resultados terapéuticos y complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 31 casos de coledocolitiasis, en 29 pacientes, a los que se le realizó EE con DPB con una media de 78 años. Cuatro casos presentaban una colangitis asociada y, otros cuatro la exploración era indicada para completar extracción de litiasis residuales. Se optó por esta técnica en grandes litiasis (84%) o por dificultad de acceso papilar (16%), bien por papilas intradiverticulares (29%) o por reconstrucciones Billroth II (6,5%). El tamaño litiásico medio fue de 16 mm y el calibre medio de la vía biliar de 17 mm. La extracción completa de cálculos fue de un 87%. Tres casos se complicaron (9,7%), registrándose una perforación (3,2%) que se manejó de forma conservadora, una hemorragia post-esfinterotomía (3,2%) que se trató endoscópicamente y una pancreatitis grave (3,2%). No existió mortalidad.

Conclusiones: La combinación de EE con DPB parece ser una técnica eficaz para el tratamiento de coledocolitiasis de gran ta-

maño o en accesos papilares dificultosos, pero no se encuentra exenta de complicaciones. Sin embargo, son precisos estudios controlados y con mayor tamaño muestral para comparar su seguridad con la de la técnica convencional.

34. ¿SE PUEDE PREDECIR SI UNA COLONOSCOPIA VA A SER TÉCNICAMENTE DIFÍCULTOSA SÓLO CON CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS DE LOS PACIENTES?

A. Orive Calzada^a, A. Bernal Martínez^a, M. Navajas Laboa^a, S. Torres Burgos^a, M. Aguirresarobe^a, I. Aguirre Requena^a, A. Hernández Marín^a, M. Lorenzo Morote^a, J. Hernández^a, M. Durán Rigueira^a, J.A. Arévalo Serna^b y J.L. Cabriada Nuño^a

Hospital de Galdakao, Vizcaya.

Introducción: La colonoscopia es una técnica que supone un reto, ya que cada exploración es diferente, siendo algunas técnicamente sencillas mientras que otras suponen un reto técnico. De cara a organizar el trabajo de la sala de endoscopias y por motivos docentes, sería importante tener n modo de saber si una exploración probablemente va a ser dificultosa técnicamente o no.

Objetivo: Evaluar las variables que intervienen en la realización de colonoscopias para identificar los factores que la dificultan.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyen todas las colonoscopias con sedación (n = 396) que se han realizado en nuestra unidad entre el abril y junio del 2009. Se han introducido los pacientes de forma prospectiva en una base de datos, incluyendo los factores antropométricos, antecedentes personales, y posibles factores de confusión). Para valorar el grado de dificultad técnica de la prueba, hemos recogido las dosis de fármacos sedantes empleados, el tiempo de intubación cecal, las maniobras que se han realizado para conseguir la progresión del endoscopio. Los tests estadísticos se han realizado utilizando el programa SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: Se consigue la intubación cecal en el 95% de los pacientes. —n el grupo de hombres el tiempo que se tarda en conseguir la intubación cecal es significativamente inferior al grupo de mujeres (5,56 ± 3,6 vs 7,6 ± 5,8; p = 0,000). Sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas en la dosis de propofol empleadas (85,41 ± 35,08 vs 36,58 ± 36,58; p = 0,923) Existen una correlación negativa (-0,236) entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y el tiempo de intubación cecal, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas (p = 0,000). Ningún paciente presentó efectos adversos anestésicos ni específicos de la técnica.

Conclusiones: La colonoscopia es una técnica segura y eficaz en todos los pacientes, pudiendo llegar a ciego en la mayoría de los pacientes en que se realiza. Técnicamente es más dificultosa en los pacientes femeninos, y con índices de masa corporal bajo. Las tasas de eficacia y de complicaciones son adecuadas y acordes a lo descrito en la literatura.

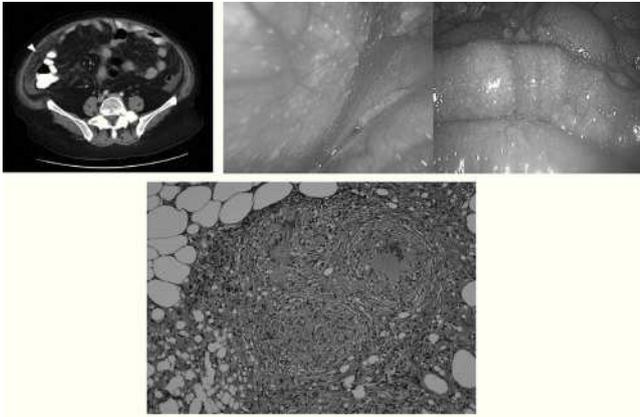
Enfermedad inflamatoria intestinal

35. DOLOR ABDOMINAL DURANTE EL TRATAMIENTO CON ANTI-TNFA

J.M. González-Santiago, E. Martín-Noguerol, C. Martínez-Alcalá, J. Molina-Infante, M. Hernández-Alonso, G. Vinagre-Rodríguez, B. Pérez-Gallardo, J.M. Mateos-Rodríguez, C. Dueñas-Sadornil, G. González-García y M. Fernández-Bermejo

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: En todo paciente que va a recibir terapia con anti-TNFA se debe realizar despistaje de la infección tuberculosa laten-



te (ITL). Las herramientas diagnósticas para la tuberculosis (TB) pueden ser potencialmente menos sensibles en pacientes anérgicos por inmunosupresión concomitante.

Caso clínico: Mujer de 71 años con artritis reumatoide en tratamiento con metotrexate, corticoides y adalimumab, que presenta dolor abdominal difuso y pérdida de peso en los últimos dos meses. Antes de iniciar terapia anti-TNFa se realizó cribado para ITL (radiografía de tórax y test de la tuberculina con booster). Exploración física: T.ª 37,5 °C, abdomen distendido. Analítica: Hb: 11,4 mg/dl, VSG: 120 mm, CA-125: 584,40 UI/ml. Cribado para ILT negativo. TAC abdominal: engrosamiento del peritoneo y un aumento de la grasa paracólica con escaso líquido ascítico en los recessos. Se decide laparoscopia exploradora: nódulos miliares diseminados por la superficie peritoneal y asas intestinales. Se toma biopsia peritoneal y líquido ascítico. Hallazgos microscópicos: infiltración granulomatosa no caseificante y tinción de Ziehl-Neelsen negativa. El cultivo, tinción de auramina, reacción en cadena de la polimerasa y citología del líquido ascítico fueron negativos para *M. tuberculosis*. Sin embargo, se aisló en la muestra de tejido 5 semanas más tarde. Se interrumpió adalimumab y se inició antibioterapia. La evolución fue favorable tras completar tratamiento durante 9 meses.

Conclusiones: Se trata del 4.º caso de TB peritoneal tras tratamiento con adalimumab. El diagnóstico de ITL y, especialmente, de las reactivaciones extrapulmonares puede ser difícil en pacientes inmunocomprometidos con los métodos diagnósticos de rutina, como ocurre en nuestro caso. Por dicho motivo, se debería incidir, según algunos autores, en la importancia de diagnosticar e incluso tratar empíricamente la ITL en aquellos pacientes con cribado negativo pero que residan o hayan residido en un país con alta incidencia de TB.

36. NUEVAS ASOCIACIONES GENÉTICAS DETECTADAS EN UN ESTUDIO DE ASOCIACIÓN DE EXOMA COMPLETO DE LA TOXICIDAD RELACIONADA CON EL TRATAMIENTO TIOPURÍNICO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Chaparro^a, W. Zabalá^b, M. Barreiro de Acosta^c, J. Panés^d, M. Esteve^e, M. Andreu^f, E. García-Planella^g, E. Domènech^h, A. Echarriⁱ, D. Carpio^j, R. Cruz^b, F. Barros^b y J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bFundación Pública Galega de Medicina Xenómica, A Coruña. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña. ^dServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínic, Barcelona. ^eServicio de Aparato Digestivo, Mutua de Terrassa, Barcelona. ^fServicio de Aparato Digestivo, Hospital del Mar,

Barcelona. ^gServicio de Aparato Digestivo, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^hServicio de Aparato Digestivo, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁱServicio de Aparato Digestivo, Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol. ^jServicio de Aparato Digestivo, CHOP, Pontevedra.

Introducción: Las tiopurinas se emplean de forma generalizada en el tratamiento de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero sus beneficios se ven limitados por la toxicidad, presente en hasta en el 30% de los pacientes. Se han sugerido varios factores determinantes de la susceptibilidad a desarrollar efectos adversos por estos fármacos. Uno de ellos podría ser la distinta capacidad de cada paciente para la formación de metabolitos activos del fármaco, lo cual podría estar determinado por la actividad de enzimas que intervienen en el metabolismo de las purinas, como la TPMT, y condicionado por los polimorfismos de los genes que las codifican.

Objetivo: Identificar nuevos genes implicados en la aparición de efectos adversos del tratamiento con tiopurinas mediante un estudio de asociación de dos etapas de exoma completo.

Métodos: En la primera etapa se analizaron 20.000 polimorfismos codificantes de nucleótido único (cSNPs) en 10.000 genes en una cohorte de Galicia (EIGA) de 223 pacientes con EII y tratados con 2-2,5 mg/kg/día de azatioprina o de 1-1,5 mg/kg/día de mercaptopurina, de los cuales 76 habían presentado efectos adversos asociados a estos fármacos una media de 18 meses después del inicio del tratamiento. En la segunda etapa del estudio (etapa de validación) se realizó el genotipado mediante una metodología de MALDI-TOF de los 60 cSNPs que en la primera etapa se asociaron a la aparición de efectos adversos con una $p < 0.001$. La población de estudio para la validación fue una cohorte independiente de 344 pacientes con EII incluidos en el proyecto multicéntrico nacional ENEIDA que habían recibido tratamiento con tiopurinas (2-2,5 mg/kg/día de azatioprina o de 1-1,5 mg/kg/día de mercaptopurina), de los cuales 85 habían presentado efectos adversos.

Resultados: Dos SNP en dos genes mostraron una asociación significativa en el análisis combinado (Cochrane Mantel Haenszel): rs2228043 (p-valor combinado = $9,59 \times 10^{-5}$), OR (IC95%) = 3,74 (1,86-7,52) y rs1800124 (p-valor combinado = $7,24 \times 10^{-5}$), OR (IC95%) = 5,51 (2,12-14,30). rs2228043 está en el exón 10 del gen del “transductor de señal de la interleucina 6” (gp130, receptor de oncostatina M o IL6ST), y se asoció con riesgo de leucopenia. rs1800124 está en el exón 11 del gen de “reparación por escisión de base que complementa la deficiencia de la reparación en roedores, grupo de complementación 4” (ERCC4), y se asoció con la pancreatitis aguda.

Conclusiones: El presente estudio de asociación de exoma completo ha identificado dos nuevos SNPs asociados con la aparición de efectos adversos en genes distintos de los que codifican los enzimas que participan en el metabolismo de las tiopurinas. Variantes genéticas en los genes IL6ST y ERCC4 se asociaron con leucopenia y pancreatitis respectivamente. Estos hallazgos podrían ayudar a comprender las bases biológicas de la toxicidad debida al tratamiento con tiopurinas, aunque deben ser validados en cohortes de pacientes más grandes y diversas.

39. LOS FIBROBLASTOS INTESTINALES AMPLIFICAN LA RESPUESTA INFLAMATORIA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN INDUCIENDO LA MADURACIÓN DE CÉLULAS DENDRÍTICAS

M.C. Masamunt Estrella, J. Luna, R. Cabezón, T. Nunes, D. Benítez y M. Sans

Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Servei de Gastroenterologia, IDIBAPS, Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: Los fibroblastos intestinales humanos (HIF) tienen la capacidad de producir quimiocinas en respuesta a estímulos proinflamatorios, amplificando así la respuesta inflamatoria. El objeti-

vo del estudio fue caracterizar el efecto producido por TNFalfa y IL-17 en HIF de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y controles sanos, así como la repercusión de la activación de los HIF en la maduración y función de las células dendríticas.

Métodos: Se obtuvieron cultivos primarios de HIF a partir de muestras de intestino de pacientes con EC y controles sanos. Se cuantificó la producción de CCL20, MCP-1 y IL-8, en respuesta a TNFalfa y IL-17, en los sobrenadantes de cultivos de HIF, mediante ELISA. Se obtuvieron células dendríticas inmaduras (iDCs) a partir de monocitos de sangre periférica y se estudió el efecto producido por los sobrenadantes de cultivos de HIF en la maduración de iDCs y su respuesta a LPS.

Resultados: Los HIF de EC presentan una producción basal de IL8 y CCL20 significativamente mayor ($p < 0.05$) que los HIF control. El TNFalfa incrementa de forma significativa ($p < 0.05$) la producción de IL8 y CCL20. La estimulación de HIF con IL-17 no modifica la producción de estas quimiocinas mientras que la administración simultánea de TNFalfa y IL17 resulta en un marcado efecto sinérgico. La estimulación de HIF con TNFalfa y IL-17 no modificó la producción de MCP-1. La estimulación de iDCs con sobrenadantes de cultivos de HIF estimulados con TNFalfa y IL-17 incrementa la expresión de CD86, CD80, CD83 y ICAM-1. Las células dendríticas expuestas a estos sobrenadantes presentan una respuesta más marcada al LPS.

Conclusiones: El TNFalfa y IL-17, presentes en gran cantidad en la EC, inducen la producción de quimiocinas pro-inflamatorias por parte de los HIF que, a su vez, estimulan la maduración de iDCs, contribuyendo así a amplificar la respuesta inflamatoria.

41. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE ETNIA GITANA

J. Echaiz^a, I. Marin^b, R. Martín-Mateos^c, M. Mañosa^a, V. García^d, M. Barreiro^e, M. Peñalva^f, P. Nos^g, L. Menchen^b, A. López San Román^c, E. Cabré^a y E. Domènech^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ^cServicio de Digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ^dHospital Reina Sofía, Córdoba. ^eServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña. ^fHospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet del Llobregat. ^gHospital La Fe, Valencia.

Introducción: Se han descrito peculiaridades clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en determinados grupos raciales o étnicos no caucásicos (Hou et al. AJG 2009;104:2100-9) pero no se dispone de información en pacientes gitanos, en los que es proverbial una elevada consanguinidad.

Objetivo: Describir las características clínicas, los requerimientos terapéuticos y la agregación familiar de la EII en gitanos.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes gitanos con EII registrados en las bases de datos de siete centros españoles de referencia. Se recogieron datos demográficos, fenotípicos, las complicaciones, los requerimientos terapéuticos y la agregación familiar. Se consideró "agresiva" aquella colitis ulcerosa (CU) que hubiese requerido inmunomoduladores (IMM) y/o agentes biológicos (AB) y/o cirugía resectiva (CR), o aquella enfermedad de Crohn (EC) que hubiese requerido AB y/o CR.

Resultados: Se identificaron 71 gitanos (24 CU, 47 EC), 43 (61%) de los cuales mujeres, con una edad mediana al diagnóstico de 24 (IIQ: 19-29) años, una mediana de seguimiento de 72 (IIQ: 38-144) meses, y una tasa de tabaquismo activo al diagnóstico de 21% y 49% en la CU y la EC, respectivamente. Catorce (58%) CU fueron extensas y solo 2 (8%) proctitis. Cuarenta y cinco (96%) EC fueron ileales/íleo-cólicas y solo 2 (4%) cólicas puras, con un 49% de formas estenosantes/penetrantes. Doce (26%) EC presentaron enfermedad pe-

rianal y 5 (11%) afectación G-I alta. Veinticinco (35%) pacientes desarrollaron manifestaciones/complicaciones extraintestinales y 12 (17%) complicaciones intestinales. El 49% de los pacientes desarrolló dependencia y el 21% resistencia a esteroides. El 78%, 39% y 30% de casos requirieron IMM, AB y CR, respectivamente, sobre todo en el caso de la EC. Treinta y cuatro (72%) EC y 16 (67%) CU fueron "agresivas". Treinta y cuatro pacientes (48%) tenían un total de 66 familiares con EII (40 de primer grado, 26 de segundo grado), con una mediana de 2 (IIQ: 1-3) familiares/paciente.

Conclusiones: En la etnia gitana, la EII es agresiva (a juzgar por los requerimientos terapéuticos) en casi las tres cuartas partes de los casos, y presenta una tasa de agregación familiar claramente superior a la descrita en poblaciones caucásicas.

42. COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE 2 PAUTAS DE VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS B (VHB) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Chaparro^a, A. Rodríguez-Nogueiras^a, L. Menchen^b, I. Marín-Jiménez^b, V. García-Sánchez^c, J.R. Villagrasa^d y J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ^dServicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) son más susceptibles de sufrir hepatitis graves por el VHB, por lo que se recomienda la vacunación en estos pacientes. Sin embargo, la respuesta inmunológica en los pacientes con EII es más baja que en la población general. Para aumentar la tasa de respuesta se han propuesto diversas pautas de vacunación, aunque hasta el momento no se han realizado estudios que permitan establecer la estrategia óptima en los pacientes con EII.

Objetivo: Calcular la eficacia global de la vacuna del VHB en pacientes con EII. Comparar la eficacia de dos pautas de vacunación frente al VHB. Identificar factores predictores de la respuesta a la vacuna.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con EII procedentes de tres hospitales terciarios. Se vacunaron frente al VHB con dos pautas distintas: en dos de los hospitales con la pauta estándar (dosis única de Engerix B[®] a los 0, 1 y 6 meses) y en el tercero con una pauta rápida y con doble dosis de inmunógeno (dosis doble de Engerix B[®] a los 0, 1 y 2 meses). Se determinaron los niveles de anti-HBs a los dos meses de la última dosis de vacuna y se analizó la eficacia considerando dos puntos de corte: niveles de anti-HBs > 10 UI/l y > 100 UI/l. Se realizó un análisis multivariante para identificar factores predictores de respuesta a la vacuna.

Resultados: Se incluyeron 148 pacientes, con una mediana de edad de 38 años. El 56% eran hombres y el 69% tenían enfermedad de Crohn. El 70% de los pacientes estaba en tratamiento con fármacos inmunosupresores (22% con tiopurinas, 23% con biológicos y 25% con ambos). El 60% de los pacientes alcanzó títulos de anti-HBs > 10 UI/l y el 41% títulos > 100 UI/l. El 46% de los pacientes fue vacunado con la pauta estándar y el 54% con la doble y rápida. La media de edad y la distribución de los pacientes en cuanto a sexo, tipo de EII y tratamiento con tiopurinas fue similar en ambos grupos. Sin embargo, las siguientes variables fueron más frecuentes en el grupo vacunado con la pauta estándar: tratamiento con algún fármaco inmunosupresor (94% vs 51%, $p < 0,001$), tratamiento con fármacos biológicos (87% vs 16%, $p < 0,001$) y tratamiento concomitante con fármacos biológicos y tiopurínicos (48,5% vs 5,6%, $p < 0,001$). La tasa de respuesta fue menor en aquellos pacientes en tratamiento con algún fármaco inmunosupresor (52% vs 77%, $p = 0,006$) y en los pacientes vacunados con la pauta estándar (41% vs 75%, $p < 0,0001$).

En el análisis multivariante, la vacunación con dosis doble y pauta rápida fue el único factor que se asoció con una mayor respuesta a la vacuna (HR = 4, IC95% = 2-8, $p < 0,0001$).

Conclusiones: 1) La tasa de respuesta a la vacuna del VHB en los pacientes con EII es baja (60% considerando éxito anti-HBs > 10 UI/l). 2) La administración de doble dosis de inmunógeno (a los 0, 1 y 2 meses) se asoció con una mayor tasa de respuesta a la vacuna, por lo que debería recomendarse el empleo de dosis doble en los pacientes con EII.

43. ERRORES FRECUENTES EN EL MANEJO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO ERRATA

M. Chaparro y J.P. Gisbert

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa y CIBERehd, Madrid.

Objetivo: Identificar los errores más frecuentes en el manejo ambulatorio de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva pacientes ambulatorios diagnosticados de EII que fueron atendidos en segunda opinión en nuestra Unidad monográfica de EII desde enero de 2010. De la entrevista personal y de los informes que aportaba el paciente se obtuvieron los datos sobre las estrategias diagnósticas, terapéuticas y preventivas que habían realizado los médicos que les trataron previamente, y se evaluaron comparándolas con los procedimientos actualmente recomendados.

Resultados: Se llevan incluidos 49 pacientes, con una mediana de edad de 42 años. El 53% mujeres, 59% con colitis ulcerosa y 41% con enfermedad de Crohn. El 74% de los pacientes procedía de un especialista de Aparato Digestivo, el 10% de especialistas en EII, el 4,3% de pediatras especialistas en EII, el 4,3% de medicina interna, el 4,3% de cirugía y el 2% de Atención Primaria. La mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta la derivación a nuestro centro fue de 90 meses. El consumo de tabaco se había investigado en el 37% de los pacientes con enfermedad de Crohn y en el 25% se había promocionado el abandono del hábito tabáquico. En el 11% de los pacientes se había realizado un Mantoux, en el 8% se había evaluado la infección por VHB, en 5% por VHC, en el 3% por VIH y en ningún paciente por varicela. La vacuna del VHB y la vacuna de la gripe se habían administrado en un 2,7% de los pacientes. Ningún paciente había sido vacunado del tétanos y del neumococo. De los pacientes que tenían indicación de tratamiento con 5-ASA únicamente el 57% lo había recibido. De los que recibieron 5-ASA, el 90% se trató con una dosis de inducción inferior a la recomendada y el 89% en pauta fraccionada. El 54% de los pacientes había recibido una dosis de mantenimiento inferior a la establecida y el 84% con pauta fraccionada. El 40% de los pacientes sin indicación de tratamiento con 5-ASA oral lo había recibido. Solo el 44% de los pacientes con indicación de tratamiento tópico con 5-ASA lo había recibido. El 26% de los pacientes había recibido esteroides sistémicos; de ellos, el 12% había tomado calcio y vitamina D como prevención de la osteoporosis. La densidad mineral ósea se había evaluado mediante densitometría en el 22% de los pacientes que había recibido tratamiento prolongado con corticoides. El tratamiento con inmunomoduladores se había iniciado en el 46% de los pacientes en los que existía indicación. El cribado de displasia cólica se había iniciado en el 61% de los pacientes que tenían indicación. De ellos, se comenzó en el momento adecuado en el 37% de los pacientes y en el 43% se repitieron las colonoscopias con la periodicidad recomendada.

Conclusiones: Los errores en el manejo de los pacientes ambulatorios con EII son muy frecuentes y relevantes. Son necesarias estrategias para evitarlos y aumentar la efectividad del manejo (preventivo, diagnóstico y terapéutico) de estos pacientes.

44. RESCATE CON SULFASALAZINA ANTES DE INMUNOSUPRESORES O BIOLÓGICOS EN LA COLITIS ULCEROSA MAL CONTROLADA CON MESALAZINA

J. Martínez González, V. Busto, F. Mesonero, S. Parejo, E. Garrido, M. van Domselaar y A. López San Román

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción y objetivo: En la colitis ulcerosa (CU), los salicilatos son de elección como tratamiento de mantenimiento; si no resultan eficaces, el siguiente paso son los inmunosupresores tioripurínicos (IST) o el infliximab. El primer salicilato que se usó fue la sulfasalazina (SSZ), casi completamente sustituida hoy por la mesalazina (MSZ), en razón de la supuesta mejor tolerancia de esta. Sin embargo, estudios recientes indican que la MSZ podría ser ligeramente menos eficaz que la SSZ para mantener controlada la CU y que no hay diferencias significativas en la tasa de efectos adversos entre ambos fármacos. Nos planteamos si los pacientes con CU en mantenimiento en los que no se consigue un control pleno con MSZ podrían mantenerse en remisión completa con SSZ, evitando el uso de IST o infliximab y reduciendo mucho el coste del tratamiento.

Métodos: Identificamos a los pacientes con colitis ulcerosa de la consulta de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital Ramón y Cajal de Madrid expuestos a SSZ en algún momento de su evolución. Seleccionamos los tratados previamente con MSZ y en los que la SSZ se había utilizado como tratamiento de mantenimiento de rescate, para evitar el uso de IST. Excluimos aquellos pacientes que durante el tratamiento con SSZ o MSZ recibieron corticoides o IST, pues el efecto del tratamiento no podría atribuirse únicamente al salicilato. Por último, determinamos qué porcentaje de los pacientes insuficientemente controlados con MSZ habían respondido a de forma completa a la SSZ.

Resultados: De 415 pacientes con CU, 41 habían tomado sulfasalazina en algún momento. En 22, este tratamiento se indicó como alternativa al mantenimiento con mesalazina. Se trataba de 14 varones y 8 mujeres. 3 eran fumadores activos. La extensión de la CU (Montreal) fue E1-proctitis en 3 casos, E2-izquierda en 6 casos y E3-extensa en 13 casos. El tiempo medio de tratamiento con mesalazina antes del cambio había sido de 22 meses (rango de 5-108 meses). El motivo del cambio fue la ineficacia de la mesalazina para mantener la remisión en 21 casos (95,5%) y en 1 caso (4,5%) por efectos adversos atribuidos a la mesalazina (fiebre y vómitos). La dosis media de SSZ empleada fue de $2,4 \pm 0,75$ g/d. En 13 de los 22 pacientes (59%) se consiguió mantener la remisión mediante el uso de sulfasalazina. En los 9 restantes no fue así, siendo necesarios IST en 6 de ellos.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones de nuestro estudio, hemos comprobado que en el 59% de los pacientes con CU en los que la mesalazina no consigue mantener la remisión, la SSZ sí es capaz de hacerlo. Dado que se trata de pacientes en los que el siguiente paso sería el empleo de IST, infliximab o cirugía, creemos que esta opción merece estudios controlados y que en todo caso la SSZ no debe desterrarse en el manejo de pacientes con CU.

45. EL POLIMORFISMO DEL GEN DE LA CATALASA RS1001179 PUEDE EXPLICAR LA INHIBICIÓN DE LA EXPRESIÓN DE LA CAT EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

M. Iborra^{a,b}, F. Rausell^a, E. Busó^c, I. Moret^{a,b}, G. Bastida^a, M. Aguas^d, L. Tortosa^{a,b}, P. Nos^a y B. Beltrán^a

^aUnidad de Gastroenterología, CIBERehd, Hospital La Fe, Valencia. ^bInstituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia.

^cUCIM Universitat de València, Valencia. ^dUnidad de Gastroenterología, Hospital La Fe, Valencia.

Introducción: Previamente nuestro grupo ha comunicado una disminución de los niveles y de la actividad de la enzima catalasa (CAT) en relación con una disminución de la expresión de la misma en los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) al debut de la enfermedad. También hemos detectado un aumento en la actividad, nivel de proteína y expresión génica en la enzima superóxido dismutasa manganeso (SOD-M). Existen pocos trabajos que hayan evaluado polimorfismos sencillos (SNPs) de los genes de CAT y SOD-Mn en los pacientes con EC.

Objetivo: Analizar varios SNPs de los genes de CAT y SOD-MN descritos en otras enfermedades inflamatorias y autoinmunes, con el fin de caracterizar la causa de la alteración en la función de ambas enzimas en pacientes con EC.

Métodos: Se tomaron muestras de sangre de sujetos sanos (n = 29) y de pacientes con EC al diagnóstico de la enfermedad (n = 29). Los SNPs de CAT y SOD-Mn analizados fueron: rs1001179, rs704724, rs7943316, rs1049982, rs525938, rs2268064, rs2300182, rs3758730, rs2284365, rs564250, rs494024, rs12273124, rs475043 para CAT y rs4880, rs5746096, rs2758346, rs2758339, rs5746136 para SOD-Mn. Los leucocitos se aislaron mediante sedimentación con Ficoll-Histopaque. Con la plataforma Sequenom MassArray se llevó a cabo el genotipado. Todos estos SNPs fueron genotipados de acuerdo a las instrucciones del fabricante (Sequenom, San Diego, CA, USA). Los ensayos para SNPs se diseñaron usando un software específico. El protocolo experimental se llevó a cabo según las especificaciones proporcionadas por Sequenom. La reacción fue depositada en un SpectroCHIP II microarray y sometida a un análisis por espectrometría de masas MALDI-TOF. Se consideraron solo aquellos ensayos para los que se obtuvo un resultado para al menos el 90% de las muestras. La significatividad estadística fue evaluada por un test ANOVA usando el programa informático Golden Helix SVS.

Resultados: El SNP rs1001179 (-262 C > T) para CAT se encontró significativamente aumentado en los pacientes con EC (p = 0,038) comparado con los controles sanos. Además 3 de los SNPs CAT analizados también se mostraron aumentados, aunque no significativamente, en los pacientes con EC (rs475043, rs494024 y 704724; p = 0,083, 0,091 y 0,092 respectivamente). Sin embargo, ninguno de los SNPs de SOD-MN seleccionados en el estudio mostró diferencias en los EC comparado con los controles.

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que los SNPs para el gen de CAT pueden explicar la inhibición de la expresión de dicha enzima. El SNP rs1001179 ha sido descrito previamente en la literatura como responsable de la reducción de la expresión de la enzima CAT. Es necesario que nuestros hallazgos sean confirmados aumentando el número de muestras y realizando estudios enfocados en los SNPs de CAT en pacientes con EC.

46. EVOLUCIÓN TRAS LA “DESINTENSIFICACIÓN” DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

M. Chaparro^a, M. Barreiro de Acosta^b, E. García Planella^c, E. Domènech^d, F. Bermejo^e, X. Calvet^f, M.D. Martín Arranz^g, D. Monfort^h y J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

^dServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.

^eServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Fuenlabrada, Madrid. ^fServicio de Aparato Digestivo, Hospital Parc Taulí, Barcelona. ^gServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Paz, Madrid.

^hServicio de Aparato Digestivo, Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona.

Introducción: La “intensificación” del tratamiento es una opción terapéutica para conseguir la remisión en los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) que pierden respuesta a los fármacos anti-TNF. La “desintensificación” del tratamiento en los pacientes que alcanzan la remisión con la dosis “intensificada” podría plantearse por razones de costes y de seguridad.

Objetivo: Evaluar la duración de la remisión en los pacientes con EC después de la “desintensificación” del tratamiento con fármacos anti-TNF. Identificar factores predictores de pérdida de respuesta tras la “desintensificación”. Evaluar la eficacia de una nueva “intensificación” del tratamiento en los pacientes que presentan actividad después de la “desintensificación”.

Métodos: Se incluyeron pacientes con EC en los que se había “intensificado” el tratamiento por presentar respuesta parcial o pérdida de respuesta y en los que se “desintensificó” posteriormente por encontrarse en remisión. La actividad de la EC se calculó mediante el índice de Harvey-Bradshaw. El mantenimiento de la remisión tras la “desintensificación” se evaluó mediante el método de Kaplan-Meier. Mediante regresión de Cox se evaluaron los factores asociados con la pérdida de eficacia del tratamiento “intensificado”.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes, con una mediana de edad de 41 años. El 50% fueron hombres, el 58% con localización ileocólica y el 54% con patrón inflamatorio. La indicación del anti-TNF fue la enfermedad luminal en el 58% de los pacientes, la enfermedad perianal en el 25% y ambas en el 16%. El anti-TNF que se “desintensificó” fue infliximab en el 63% y adalimumab en el 37% de los pacientes. La mediana de tiempo en remisión antes de la “desintensificación” fue de 7 meses. La mediana de seguimiento con el tratamiento “desintensificado” fue de 7 meses. La tasa de incidencia de pérdida de respuesta tras la “desintensificación” fue de 40% por paciente-año de seguimiento. La pérdida de respuesta fue del 32%, 42% y 71% a los 12, 18 y 24 meses de tratamiento “desintensificado”. El tratamiento se “intensificó” de nuevo en todos los pacientes que perdieron respuesta y, de ellos, el 38% no respondió, el 25% presentó respuesta parcial y el 37% entró en remisión. No se identificaron factores asociados con el riesgo de pérdida de respuesta del tratamiento “desintensificado”.

Conclusiones: 1) La pérdida de respuesta tras la “desintensificación” del tratamiento con fármacos anti-TNF en los pacientes con EC que se encontraban en remisión es elevada (40% por paciente-año de seguimiento). 2) Dos tercios de los pacientes que presentan actividad tras la “desintensificación” no logran alcanzar la remisión tras la nueva “intensificación” del tratamiento. 3) No se han identificado factores predictores de recidiva tras la “desintensificación” del tratamiento con anti-TNF que permitan seleccionar a los pacientes en los que sea posible aplicar esta estrategia sin perder eficacia.

47. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON PRÓTESIS METÁLICA AUTOEXPANDIBLE DE LA ESTENOSIS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

L. Pardo^a, C. Loras^a, F. Pérez Roldán^b, J.C. Espinós^a, P. González^b, J. Barrio^c, F. Igea^d, M. Pérez-Miranda^c, F. González-Huix^e, J.B. Gornals^f, F. Fernández-Bañares^a y M. Esteve^a

^aHospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona. ^bHospital General La Mancha-Centro, Alcázar de San Juan. ^cHospital Universitario Río Ortega, Valladolid. ^dHospital Río Carrión, Palencia. ^eHospital Josep Trueta, Girona. ^fHospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La estenosis es una de las complicaciones más frecuentes de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC), y dentro de su abordaje se incluye el tratamiento médico, endoscópico y quirúrgico. El tratamiento endoscópico de elección es la dilatación

neumática (con o sin inyección de esteroides). Excepcionalmente se han reportado casos aislados de colocación de prótesis.

Objetivo: Describir una nueva alternativa en el tratamiento endoscópico de estenosis cortas sintomáticas en la EC, mediante la colocación temporal de prótesis metálicas.

Material y métodos: Se incluyen 11 pacientes con EC, procedentes de 6 centros hospitalarios, tratados con prótesis metálica autoexpandible, por estenosis cortas sintomáticas refractarias a tratamiento médico y/o endoscópico.

Resultados: Se han colocado 15 prótesis en 11 pacientes (edad media 49 años; localización 2 ileal y 9 ileocólica) con estenosis corta (2-6 cm) localizadas en 6 casos en el colon y 6 en la anastomosis íleo-cólica. Cinco casos recibían inmunosupresores + biológicos y el resto tratamiento inmunosupresor (5) o biológico (1) en monoterapia. En 2 pacientes se colocaron 2 prótesis simultáneamente. Todos los casos, excepto 2, habían presentado fracaso previo a dilatación endoscópica (\pm inyección esteroides) (número dilataciones: 1-6). Cuatro prótesis fueron parcialmente recubiertas (PR) y 11 totalmente recubiertas (R) (longitud 6-9 cm y diámetro 16-24 mm). Las prótesis se mantuvieron de 1 a 16 semanas (mediana de 5). El tratamiento fue eficaz en 7 pacientes (seguimiento entre 7 a 48 meses; 2 casos pendiente de extracción). En 4 casos (2 PR y 2 R mantenida 16 y 8 semanas) la retirada de la prótesis fue técnicamente difícil por impactación de la misma. Cinco prótesis migraron espontáneamente. No se observaron complicaciones.

Conclusiones: La colocación de prótesis metálica es eficaz y segura en el tratamiento de las estenosis cortas por EC refractarias a dilataciones endoscópicas y puede ser una alternativa a estas. A pesar del número limitado de pacientes tratados, la colocación de prótesis R durante un periodo de 4-6 semanas, parece ser el tratamiento más adecuado.

48. ESTUDIO CASO-CONTROL DE FACTORES DE RIESGO DE COLITIS MICROSCÓPICA: PROYECTO RECOMINA

F. Fernández Bañares^a, M.R. de Sousa^b, A. Salas^a, B. Beltrán^c, M. Piqueras^d, E. Iglesias^e, A. Rodríguez^f, B. Lobo^g, V. Puig-Diví^h, E. García Planellaⁱ, I. Ordás^j, M. Andreu^k, M. Calvo^l, M. Montoro^o, L. Pardo^a, M. Esteve^a, J.M. Viver^a y Grupo RECOMINA

^aHospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona. ^bHospital San Jorge, Huesca. ^cHospital La Fe, Valencia. ^dServicio de Aparato Digestivo, Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona. ^eServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ^fServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ^gHospital Vall d'Hebron, Barcelona. ^hServicio de Aparato Digestivo, Hospital Parc Taulí, Barcelona. ⁱServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^jHospital Clínic, Barcelona. ^kHospital del Mar, Barcelona. ^lServicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Cristina, Madrid.

Introducción: La causa de la colitis colágena (CC) y de la colitis linfocítica (CL) es desconocida.

Objetivo: Evaluar la presencia de factores de riesgo epidemiológico de CC y CL.

Métodos: Estudio caso-control con recogida prospectiva de variables en una base electrónica (www.recomina.com) en 12 hospitales españoles, finalizando el reclutamiento en mayo-2010. En todos los casos y controles se registró información relativa a: datos demográficos; historia familiar de CC/CL, EII, celiaquía, diarrea crónica. Antecedentes personales de tabaquismo, apendicectomía, amigdalectomía, colecistectomía, GEA previa, cáncer, HTA, dislipemia, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica; Consumo previo de fármacos (durante al menos 1 mes). Todos los diagnósticos de CC y CL fueron revisados por un mismo patólogo experto. Se realizó un

análisis de regresión logística binaria por separado para CC y CL, introduciendo en el modelo, por el método paso a paso, todas las variables con significación estadística ($p < 0,05$) en el análisis univariante. Se calculó la OR (IC95%) para cada asociación significativa.

Resultados: Se incluyeron 120 pacientes con CC, 70 con CL y 128 controles sanos ajustados para edad y sexo. Se observó una asociación independiente con el diagnóstico de CC para: Consumo de omeprazol (OR 2,3; IC 1,1-5); lansoprazol (OR 6,7; IC 1,4-33); AAS a dosis antiagregantes (OR 2,9; IC 1,1-7,6); beta-bloqueantes (OR 3,2; IC 1,1-9); antagonistas angiotensina II (OR 0,24; IC 0,08-0,7). En el caso de la CL para: consumo de tabaco (OR 4; IC 1,7-9); sertralina (OR 16,3; IC 1,9-139); omeprazol (OR 2,4; IC 1,01-6); AAS dosis antiagregantes (OR 4,7; 1,6-14); antidiabéticos orales (OR 0,15; IC 0,03-0,8).

Conclusiones: El consumo de fármacos aumenta de forma independiente el riesgo de colitis microscópica, siendo la única variable asociada al riesgo de CC. Por otro lado, el consumo de algunos fármacos se asocia a una disminución del riesgo tanto de CC como de CL. En el caso de la CL, el tabaquismo también se asocia con un aumento de riesgo.

Ayuda del FIS PI061577; Patrocinado por Dr Falk Pharma España y Faes Farma.

49. EFICACIA DE ADALIMUMAB COMO RESCATE EN PACIENTES CON RESERVORITIS CRÓNICA REFRACTARIA A INFLIXIMAB

M. Barreiro de Acosta^a, I. Marín Jiménez^b, O. García Bosch^c, R. Souto^a, J. Gordillo^d, M. Mañosa^e y L. Menchen^f

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña. ^bHospital Gregorio Marañón, Madrid. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínic, Barcelona. ^dHospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^eServicio de Aparato Digestivo, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: La reservoritis es una complicación relativamente frecuente en los pacientes con colitis ulcerosa (CU) colectomizados. En las reservoritis refractarias se ha empleado infliximab (IFX) como terapia de rescate. En caso de fracaso, se podría intentar tratamiento con un segundo biológico para evitar una ileostomía definitiva, pero no existe ninguna evidencia sobre el empleo de adalimumab (ADA) en estos pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de ADA en pacientes con reservoritis crónica refractaria que previamente hubiesen sido tratados con IFX.

Material y métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo, abierto y multicéntrico del Grupo Joven de GETECCU en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años con reservoritis crónica refractaria que hubiesen sido tratados con ADA (160/80 mg de inducción y 40 mg cada dos semanas de mantenimiento). Todos los pacientes debían haber recibido previamente IFX. Se excluyeron los pacientes en los que la histología de la colectomía fuese sugestiva de enfermedad de Crohn. Se evaluó la eficacia de ADA en las semanas 8, 26 y 52. Se definió remisión como ausencia de diarrea, tenesmo y rectorragias, mientras que se definió respuesta como una notable mejoría clínica pero con persistencia de alguna sintomatología. Se analizó la posible influencia del sexo, tabaco, manifestaciones extraintestinales y tratamiento inmunosupresor concomitante en la eficacia de ADA. Los resultados se expresaron en porcentajes y se ha empleado para el análisis un chi-cuadrado y cuando fue preciso el test exacto de Fisher.

Resultados: Se incluyeron consecutivamente 8 pacientes con reservoritis. La media de años desde el diagnóstico de la CU fue de 13 (rango 2-28). Previamente al ADA todos los pacientes habían sido tratados para la reservoritis con IFX, 5 (62%) habían dejado el

tratamiento por efectos adversos y 3 (38%) por pérdida de respuesta. Tras 8 semanas, el 13% de los pacientes estaban en remisión y el 62% habían presentado respuesta clínica. En la semana 26, el 13% estaba en remisión y el 38% presentaba respuesta. En la semana 52 el 50% de los pacientes había evitado la ileostomía permanente, pero solo el 25% estaba en remisión. Ninguno de los factores predictivos analizados tenía influencia en la respuesta a ADA.

Conclusiones: El tratamiento con ADA es una alternativa en los pacientes con reservoritis refractaria. Al año la mitad de los pacientes evitan la ileostomía definitiva. Serán necesarios más estudios para determinar la eficacia de ADA en la reservoritis.

50. FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M.L. de Castro, L. Sanromán Álvarez, V. Hernández Ramírez, J.R. Pineda, J.A. Hermo e I. Rodríguez-Prada

Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario-CHUVI, Vigo.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba a un grupo de enfermedades crónicas de curso recidivante y patrón impredecible. La difícil predicción de los brotes de actividad inflamatoria impide a los pacientes un acceso ágil y rápido a sus especialistas de referencia, obligándolos a recurrir al servicio de urgencias con las incomodidades inherentes: largas esperas, personal sin experiencia en el manejo de la EII, solicitud de pruebas innecesarias... Esto, unido al progresivo empleo en la EII de fármacos inmunomoduladores o biológicos, que requieren un manejo estrecho y supervisado por personal adiestrado justifica la creación en la EII de un acceso sanitario a demanda y gestionado por profesionales expertos. En nuestro centro se ha puesto en marcha una unidad integral de EII coordinada por un profesional de enfermería, que está encargado de facilitar el acceso directo y a demanda priorizando la atención a distancia (telefónica, e-mail) respecto a la tradicional asistencia presencial en consulta.

Objetivo: Conocer el resultado de la actividad de enfermería en la Unidad de EII durante sus primeros veintidós meses de funcionamiento.

Métodos: Estudio prospectivo de la actividad de enfermería en la Unidad desde el 01/01/2009 al 31/10/2010, recogiendo número de consultas de enfermería, atenciones telefónicas y las monitorizaciones de tratamientos.

Resultados: El número de atenciones en la consulta de enfermería ha sido de 1301, siendo los pacientes con tratamiento inmunomodulador y/o biológico los más visitados (54%). En este grupo se han detectado un total de 43 efectos adversos que han requerido la retirada del tratamiento. Se han realizado en este periodo 995 atenciones telefónicas: el 76% fueron llamadas realizadas por los pacientes y el 24% llamadas realizadas por enfermería. Un 69% de las llamadas se resolvieron directamente por enfermería, y en el resto se recabó el apoyo del médico. De las 756 llamadas procedentes de pacientes con EII, se resolvió el problema por vía telefónica en el 88% de los casos, en el 7% se derivó el paciente a las consultas externas, un 2% requirieron atención en urgencias y otro 2% requirió ingreso. La principal causa de las llamadas (46%) ha sido la aparición de clínica de la enfermedad (25% por brote y 21% como seguimiento del mismo).

Conclusiones: La consulta de enfermería es una pieza clave en la Unidad de EII, con una alta tasa de utilización por los pacientes. La labor organizativa, educativa y sanitaria del personal de enfermería de EII permite aumentar la capacidad resolutoria de la Unidad, lo que redundará en un bajo número de derivaciones a urgencias e ingresos hospitalarios. La unidad proporciona un importante ahorro

de gasto sanitario, una mejor atención y un aumento en la seguridad y calidad de vida de los pacientes.

51. LA ENFERMEDAD DE CROHN REDUCE SIGNIFICATIVAMENTE LA PRODUCTIVIDAD LABORAL: RESULTADOS DE UN ESTUDIO NACIONAL EN 1.688 PACIENTES

J. Hinojosa^a, Y. González-Lama^b, M. Maroto^c, M. Iglesias^d, L. Oltra^e, T. Castro^f, F. Muñoz^g, I. Pérez^h y F. Gomollónⁱ

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Manises, Valencia.

^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. Servicio de Digestivo, Hospital de Cruces,

Vizcaya. ^dFundación para la Investigación de las Enfermedades del Aparato Digestivo, A Coruña. ^eServicio de Aparato Digestivo,

Hospital de Manises, Valencia. ^fHospital General de Jerez, Cádiz.

^gHospital de León, León. ^hACCU-España, Madrid. ⁱServicio de

Aparato Digestivo, CIBERehd, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) puede afectar gravemente la calidad de vida, y disminuir la capacidad laboral. Los datos disponibles sobre la vida laboral son relativamente escasos, y no se conoce bien su correlación con la actividad de la enfermedad y con el tratamiento.

Objetivo: Analizar el efecto de la EC sobre la vida laboral, y su posible correlación con la actividad de la enfermedad, los tratamientos recibidos y la calidad de vida.

Métodos: Se lleva a cabo un estudio multicéntrico, transversal y observacional; basado en una encuesta estructurada realizada a pacientes seleccionados por medio de ACCU-España y a partir de las consultas médicas de los médicos participantes. Los pacientes rellenaron un cuestionario que incluía variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas. La calidad de vida se evaluó con el IBDQ9 y la situación laboral mediante el WPAI (índices previamente validados en español). Se lleva a cabo un análisis estadístico descriptivo, y de correlación entre variables, así como un análisis multivariante (en elaboración). Los datos se presentan como media+desviación estándar, y como índice de correlación. El estudio fue elaborado bajo el patrocinio de ACCU España y GETECCU, y con el soporte logístico de Laboratorios Abbott.

Resultados: Se obtuvieron resultados completos de 1.688 pacientes con EC (edad media 45 ± 11,2 años; 51% mujeres). La duración de la enfermedad era de menos de dos años en el 88% y el 64% pertenecían a una asociación de pacientes. En el momento del estudio un 35% de los pacientes referían sintomatología que sugería enfermedad activa, y el 65% estaban en situación quiescente. Un 19,1% de los pacientes habían sido sometidos al menos a una intervención quirúrgica, el 41% recibían tratamiento con azatioprina, el 35% con mesalazina, y el 12% con adalimumab como fármacos más frecuentes. El 57% era trabajador en activo en el momento del estudio, y el 34% informaron de haber perdido al menos una hora de trabajo en la semana anterior, con un promedio de 3,54 horas laborales perdidas. La pérdida de productividad laboral global (PPLG) fue de 26,9%, y el índice medio de reducción de la limitación de actividad diaria (LAD) fue del 35%. La puntuación media del IBDQ-9 fue 63,5 ± 9,78. Se observó una correlación significativa entre el IBDQ-9 y PPLG ($r = -0,55$) y LAD ($r = -0,66$). Los pacientes tratados con agentes biológicos tenían un "presentismo" mayor que el resto de pacientes.

Conclusiones: A pesar del sesgo de selección (pacientes con EC de corta evolución) se observó una importante repercusión en la productividad laboral. Una mejor calidad de vida se asoció con un menor efecto negativo en la vida laboral, y un tratamiento con agentes biológicos mejoró el índice de "presentismo". Los efectos sobre la vida laboral de la EC son muy relevantes y deben incluirse en los estudios de coste-efectividad de los tratamientos.

52. RELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) Y LOS FACTORES IMPLICADOS EN LA ANGIOGÉNESIS Y LA LINFANGIOGÉNESIS (FAL)

A. Algaba^a, P.M. Linares^b, M.E. Fernández-Contreras^b, I. Guerra^a, M. Chaparro^b, A. Ordóñez^c, J. Trápaga^c, J.L. Rodríguez-Agulló^a, J.P. Gisbert^b y F. Bermejo^a

^aServicio de Digestivo; ^cServicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivo: Comparar los niveles de los principales FAL en suero y sobrenadante de cultivo de tejido cólico con la actividad endoscópica e histológica de los pacientes con EII.

Métodos: Estudio transversal en 60 pacientes con EII que acuden a la realización de una colonoscopia por criterio médico. De cada paciente se obtuvieron tres tipos de muestra: sangre para determinación de FAL en suero, muestras de tejido para su cultivo y determinación en sobrenadante de los mismos FAL, y biopsias para estudio histológico. En aquellos pacientes con actividad durante la colonoscopia y en los que la extensión de la enfermedad así lo permitió se tomaron muestras de zona afectada y zona no afectada. Los pacientes se clasificaron en 4 grupos según el grado de actividad endoscópica (subcore Mayo endoscópico para la colitis ulcerosa, SES-CD para enfermedad de Crohn): no actividad de la enfermedad, actividad leve, moderada o grave. Según los hallazgos histológicos, los pacientes se clasificaron también en cuatro grupos: EII quiescente, afectación leve, moderada y grave. Las concentraciones de VEGFA, VEGFC, VEGFD, VEGFR1, VEGFR2, VEGFR3, PlGF, Ang1, Ang2 y Tie2 en suero y sobrenadante de cultivo se determinaron mediante ELISA.

Resultados: El 49% de los pacientes no presentó actividad endoscópica, 23% actividad moderada, 20% leve y 8% grave. Hubo diferencias significativas en las concentraciones en sobrenadante de cultivo de tejido de VEGFA ($p < 0,001$), VEGFC ($p < 0,05$), VEGFD ($p < 0,001$), PlGF ($p < 0,001$), VEGFR1 ($p < 0,01$), Ang-1 ($p < 0,001$), Ang-2 ($p < 0,001$) y de Tie-2 ($p < 0,001$), en función de la actividad endoscópica, siendo estas concentraciones mayores cuanto mayor era la afectación en la colonoscopia. En la histología el 45% tenía EII quiescentes, 25% tenía afectación moderada, el 22% leve y 8% grave. Los niveles de todas las proteínas estudiadas (excepto VEGFR3) también fueron significativamente mayores en aquellos pacientes con mayor afectación histológica: VEGFA ($p < 0,001$), VEGFC ($p < 0,01$), VEGFD ($p < 0,001$), PlGF ($p < 0,001$), VEGFR1 ($p < 0,01$), VEGFR2 ($p < 0,05$), Ang-1 ($p < 0,001$), Ang-2 ($p < 0,001$) y de Tie-2 ($p < 0,001$). La concordancia entre la actividad endoscópica e histológica fue del 88%. Se tomaron muestras de zona afectada y zona no afectada en el 67% de los pacientes con actividad. Los niveles de Ang-1 ($p < 0,05$), Ang-2 ($p < 0,001$) y VEGFR3 ($p < 0,05$) fueron significativamente más altos en las biopsias tomadas en zonas afectadas que en zonas sin afectación. Los niveles séricos de VEGFA ($p < 0,05$) y Ang-1 ($p < 0,01$) fueron significativamente más altos en pacientes con actividad endoscópica que sin ella.

Conclusiones: Los niveles de FAL y sus receptores en sobrenadante de cultivo de tejido cólico y de VEGFA y Ang-1 en suero se correlacionan con la actividad endoscópica e histológica de la EII. La determinación de VEGFA y Ang-1 en suero podrían evitar así la realización de colonoscopias innecesarias.

53. CRITERIOS DE ROMA II DE SII-D O DIARREA FUNCIONAL EN LA COLITIS MICROSCÓPICA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO (PROYECTO RECOMINA)

F. Fernández-Bañares^a, M. Montoro^b, A. Salas^a, B. Beltrán^c, M. Piqueras^d, E. Iglesias^e, A. Rodríguez^f, B. Lobo^g, V. Puig-Diví^h, E. García-Planellaⁱ, I. Ordás^j, M. Andreu^k, M. Calvo^l, M.R. de Sousa^b, L. Pardo^a, M. Esteve^a, J.M. Viver^a y Grupo RECOMINA

^aHospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona. ^bHospital San Jorge, Huesca. ^cHospital La Fe, Valencia. ^dServicio de Aparato Digestivo, Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona. ^eServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ^fHospital de la Princesa, Madrid. ^gHospital Vall d'Hebron, Barcelona. ^hServicio de Aparato Digestivo, Hospital Parc Taulí, Barcelona. ⁱServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^jHospital Clínic, Barcelona. ^kHospital del Mar, Barcelona. ^lServicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Cristina, Madrid.

Introducción: La colitis microscópica –colitis colágena (CC) y colitis linfocítica (CL)– es una entidad rara que podría ser catalogada erróneamente como una enfermedad funcional ya que puede presentarse clínicamente con síntomas similares. Existen pocos estudios que hayan comparado la respuesta al tratamiento farmacológico entre CC y CL.

Objetivo: 1) Evaluar la presencia de criterios de Roma II de SII-D y diarrea funcional en la CC y CL. 2) Comparar la respuesta al tratamiento entre CC y CL.

Métodos: Estudio prospectivo con recogida de variables en una base electrónica en 12 hospitales. Los diagnósticos fueron revisados por un mismo patólogo experto. En todos los casos se recogió información relativa a demografía, presentación clínica, cumplimiento de criterios de Roma II, y tasas de remisión clínica obtenidas de forma espontánea, tras la retirada de fármacos potencialmente causantes de la enfermedad o inducida por el tratamiento específico. El tratamiento específico realizado en cada caso fue decisión del médico responsable. Se realizó un análisis estadístico univariante.

Resultados: Se incluyeron 255 pacientes (150 CC, 105 CL), confirmando el diagnóstico en 120 CC (80%) y 70 CL (67%). No hubo diferencias de sexo y edad entre CC y CL (75% vs 69% mujeres; $62,4 \pm 1,4$ vs $62,6 \pm 1,9$ años). 92 CC y 36 CL presentaban una duración de los síntomas > 3 meses. De estos, 48 CC (52%) y 15 CL (42%) cumplían criterios de diarrea funcional ($p = \text{NS}$), y 29 CC (32%) y 19 CL (53%) de SII-D ($p = 0,026$). Se observó remisión clínica en el 97,3% de las CC y en el 100% de las CL; en la CC la remisión fue espontánea en 14%, inducida por tratamiento específico en 79% y tras retirada de fármacos en 6%; en la CL estas cifras fueron 24%, 71% y 5% ($p = \text{NS}$). No hubo diferencias significativas en la respuesta a mesalazina (65 vs 79%; $p = 0,16$) y budesonida (89 vs 92%; $p = 0,8$) entre CC y CL.

Conclusiones: Un porcentaje importante de pacientes con CC y CL cumplen criterios de Roma II, siendo más frecuentes los criterios de SII-D en la CL. Aunque un 20-30% de los pacientes con colitis microscópica puede mejorar de forma espontánea o tras suspender fármacos potencialmente causantes, la mayoría requiere un tratamiento específico para inducir la remisión. La respuesta a budesonida es similar en ambas entidades, mientras que existe una tendencia a que la mesalazina sea más efectiva en la CL.

Ayuda del FIS PI061577; Patrocinado por Dr Falk Pharma España y Faes Farma.

54. UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE CALPROTECTINA FECAL EN LA DETECCIÓN DE RECURRENCIA ENDOSCÓPICA POSQUIRÚRGICA (RE) EN LA ENFERMEDAD DE CROHN (EC)

M. Mañosa^a, E. García-Planella^b, J. Gordillo^b, Y. Zabana^a, S. Sáinz^b, J. Boix^a, E. Cabré^a y E. Domènech^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ^bHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La RE tras resección intestinal en pacientes con EC es muy frecuente. El papel de la calprotectina en predecir RE en pacientes asintomáticos no ha sido evaluado.

Objetivo: Evaluar si los niveles de calprotectina fecal se relacionan con la existencia de RE y con su gravedad.

Métodos: Se determinaron los niveles de calprotectina fecal y proteína C reactiva en pacientes con EC y resección intestinal con anastomosis ileo-cólica a los que, sin haber presentado nunca recurrencia clínica, se les practicaron controles endoscópicos y clínicos. El grado de RE se estableció mediante el índice de Rutgeerts (IR), considerándose RE un IR = 2. La calprotectina fecal se determinó mediante técnica ELISA en una muestra de heces recogida los días previos a la preparación de la colonoscopia.

Resultados: Se incluyeron 64 pacientes con una mediana de edad de 39 años, 20% fumadores y 78% en tratamiento con tiopurinas como prevención de la RE. El 36% (23/64) presentaron RE (IR = 2), y de éstos el 69% (16/23) presentaron RE significativa (IR = 3). Los niveles de calprotectina fecal fueron significativamente superiores en los pacientes con RE ($96,3 \pm 71$ mg/kg en los pacientes sin RE vs $163,8 \pm 108$ mg/kg con RE, $p = 0,01$). La correlación entre la calprotectina fecal y el IR fue de $r = 0,446$ ($p < 0,0001$). El área bajo la curva ROC para evaluar la capacidad de la calprotectina para detectar RE fue de 0,70 (IC95% 0,56-0,84) con una sensibilidad del 62% y especificidad del 60% para una cifra de calprotectina de 100 mg/kg, y para detectar ausencia de lesiones, fue de 0,76 (IC95% 0,65-0,88) con una sensibilidad de 75% y especificidad de 60% para una cifra de 80 mg/kg.

Conclusiones: La calprotectina fecal solo parece tener cierta utilidad para predecir la ausencia de lesiones endoscópicas en pacientes con resección intestinal para EC, pero no para la existencia o la gravedad de RE.

55. AMILOIDOSIS SISTÉMICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS DE 17 PACIENTES

I. Pérez-Martínez^a, J.M. Duque^b, F. Muñoz^c, F. Román^d, R. de Francisco^a, E. Armesto^b, M. Sierra^c, L. Rodrigo^a, C. Saro^d y S. Riestra^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ^bSección de Aparato Digestivo, Hospital de San Agustín, Avilés. ^cServicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario, León. ^dSección de Aparato Digestivo, Hospital de Cabueñes, Gijón.

Objetivo: La amiloidosis sistémica (AS) es una rara complicación de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero su aparición es causa de una importante morbi-mortalidad. El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de AS en una serie amplia de pacientes con EII, así como describir las características clínicas y la evolución de los mismos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, multicéntrico (Hospital Universitario Central de Asturias, Hospital de Cabueñes y Hospital San Agustín en el Principado de Asturias, y Complejo Hospitalario de León). Se analizaron los registros médicos de todos los pacientes con EII controlados desde el año 1971 hasta el 2010 en los cuatro centros, y se seleccionaron los que habían desarrollado amiloidosis; en todos los casos, la AS se confirmó histológicamente. Se analizaron las características clínicas de la EII, la forma de presentación de la AS, los tratamientos pautados, y su evolución clínica; así como la prevalencia de AS en pacientes diagnosticados de EII en dos periodos de tiempo (1971-1990 y 1991-2010).

Resultados: Se diagnosticaron 17 pacientes de AS entre 4.119 sujetos con EII (0,41%); la prevalencia fue mayor entre los pacientes diagnosticados de EII en el periodo 1971-1990 que en el periodo 1991-2010 (0,91% y 0,23%, respectivamente; $p = 0,0060$). Las características de los pacientes con EII y AS fueron las siguientes: edad media al diagnóstico de la EII 34,5 años (25-43), predominio en varones (12:5), 15 tenían enfermedad de Crohn, 1 colitis ulcerosa y 1 colitis indeterminada; el fenotipo de la enfermedad de Crohn fue fundamentalmente L3 (73,3%) y B2-3 (86,7%), presentando enfermedad perianal asociada un 33% de los pacientes. El tiempo entre el diagnóstico de la

EII y la AS fue de 9,3 años (0-23), en 1 paciente el diagnóstico fue simultáneo, mientras que en otro la AS se diagnosticó cuatro años antes. La AS se presentó como afectación renal en 14 pacientes, como afectación hepática en 2 y como síndrome de malabsorción en 1. El diagnóstico de AS se hizo mediante biopsia rectal o de grasa subcutánea en 7 casos, biopsia renal en 5, biopsia hepática en 2, en pieza de resección quirúrgica en 2 y en necropsia en 1. El tratamiento de la AS fue: colchicina en 7 pacientes, de los que 4 acabaron en hemodiálisis (dos de ellos trasplante renal); 6 pacientes recibieron tratamiento biológico (5 con infliximab y 1 con adalimumab). La supervivencia global de las serie fue del 65%, siendo las principales causas de muerte las infecciones (66%) y la insuficiencia renal (34%).

Conclusiones: La AS es una rara complicación de EII, que ha disminuido en frecuencia en los últimos años, coincidiendo con el inicio del uso de fármacos inmunomoduladores y biológicos. La AS afecta sobre todo a hombres con enfermedad de Crohn ileocolónica y comportamiento estenosante-penetrante.

56. EFICACIA DE INFLIXIMAB COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN PACIENTES CON RESERVORITIS CRÓNICA REFRACTARIA

M. Barreiro de Acosta^a, V. García-Sánchez^b, O. García-Bosch^c, R. Souto^a, M. Mañosa^d, J. Miranda^e, J. Gordillo^f, S. Chacón^g, D. Carpio^h, N. Marotoⁱ, L. Menchen^e, M. Rojas Feiría^l, M. Sierra^k, A. Villoria^l e I. Marín-Jiménez^e

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña. ^bHospital Reina Sofía, Córdoba. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínic, Barcelona. ^dServicio de Aparato Digestivo, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ^eHospital Gregorio Marañón, Madrid. ^fServicio de Aparato Digestivo, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^gHospital Morales Messeguer, Murcia. ^hServicio de Aparato Digestivo, CHOP, Pontevedra. ⁱServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Manises, Valencia. ^jHospital de Valme, Sevilla. ^kHospital de León, León. ^lHospital Parc Taulí, Barcelona.

Introducción: Alrededor de un 30% de los pacientes con colitis ulcerosa (CU) son colectomizados durante el curso de su enfermedad, de éstos más del 25% desarrollan reservoritis crónica. La evidencia sobre el empleo de infliximab (IFX) en el tratamiento de la reservoritis es muy limitada.

Objetivo: Evaluar la eficacia del IFX en pacientes con reservoritis crónica refractaria a terapias convencionales e identificar potenciales factores predictivos de respuesta.

Métodos: Estudio retrospectivo, abierto y multicéntrico del Grupo Joven de GETECCU en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años con reservoritis crónica refractaria que hubiesen sido tratados con IFX. Se excluyeron los pacientes en los que la histología de la colectomía fuese sugestiva de enfermedad de Crohn. Se evaluó la eficacia de IFX en las semanas 8, 26 y 52. Se definió remisión como ausencia de diarrea, tenesmo y rectorragias, mientras que se definió respuesta como una notable mejoría clínica pero con persistencia de alguna sintomatología. En los casos en que fue posible se calculó el índice de actividad de la reservoritis (PDAI). Se analizó la posible influencia de factores predictivos en la eficacia de IFX. Los resultados se expresaron en porcentajes y se ha empleado para el análisis un chi-cuadrado y cuando fue preciso el test exacto de Fisher.

Resultados: Se incluyeron consecutivamente 31 pacientes con reservoritis crónica refractaria (16 varones, edad media 46 años, rango 21-67). Previamente al IFX el 87% había sido tratado con antibióticos y el 61% con inmunosupresores. En la semana 8, el 16% de los pacientes estaba en remisión y el 64% había presentado respuesta. El 70% presentaba un descenso significativo del PDAI. En la semana 26, el 26% estaba en remisión y el 32% presentaba respuesta, mientras que en la semana 52, el 26% estaba en remisión y el

29% presentó respuesta. Doce pacientes (39%) tuvieron que dejar el tratamiento (4 por falta de eficacia, 3 por pérdida de respuesta y 5 por efectos adversos). Solamente se asoció el sexo varón como un factor predictivo de mejor respuesta en la semana 8 ($p < 0,05$).

Conclusiones: IFX es un tratamiento eficaz en los pacientes con reservoritis crónica refractaria, sin embargo un número importante de pacientes tuvo que abandonar el tratamiento.

57. MORTALIDAD DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA EN EL ÁREA V DE GIJÓN, ASTURIAS. RESULTADOS DEL REGISTRO DEL ÁREA DEL HOSPITAL DE CABUEÑES 1992-2006

C. Saro Gismera^a, C. de la Caba^a, F.J. Román^a, R. García^a, A. Álvarez^a, J.M. Pérez-Pariente^a, R. Tojo^a, M. Posadilla^a, P. Varela^a, I. Méndez^b y P. Lázaro^b

^aServicio de Gastroenterología, Hospital de Cabueñes, Gijón.

^bTécnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS), Madrid.

Objetivo: Estudio de mortalidad en EIIC, que relaciona la mortalidad y supervivencia con distintos factores en los pacientes con EIIC del área Sanitaria del Hospital de Cabueñes (Gijón).

Material y métodos: Registro de datos de todos los pacientes con EIIC diagnosticados en el área sanitaria del Hospital de Cabueñes de 1992 a 2006. Se realizó un estudio descriptivo de las causas de mortalidad y los datos relacionados con las muertes en EIIC. Se estudia la supervivencia de la EIIC y sus factores relacionados por técnica de regresión de Cox. La mortalidad y la tasa de Mortalidad Estandarizada (SMR) se computó después de una agregación por sexos, edad al exitus, y en períodos de cinco años. Se estudiaron las tasas de mortalidad con técnica de regresión de Poisson. Los datos demográficos de la población del área se toman de fuentes estadísticas locales y nacionales. La estandarización se hace con los datos del CE-15 de la población europea.

Resultados: El registro incluyó los datos de 1,134 pacientes con EIIC de los que 373 (32,9%) pacientes se diagnosticaron antes de 1992. Consistió en 498 Enfermedad de Crohn (EC) (43,9%), 605 Colitis Ulcerosa (CU) (53,3%), y 31 Colitis Indeterminada (CI) (2,7%). Las muertes por todas las causas eran 106 (9,3%), siendo 40 (8,0%) en pacientes con EC, 65 (10,8%) en pacientes con CU, y 1 (3,2%) en el grupo de CI. De ellos, 14 muertes (13,2% de todas las muertes; 7 en EC y 7 en CU) estaba relacionadas con la EIIC. Los pacientes cuya muerte se relacionó con la EIIC tenían un tiempo de progresión de su enfermedad más corto, y más probablemente había padecido tumores relacionados con la EIIC. En el grupo de pacientes muertos por la EIIC, el diagnóstico de la EC se realizó en edades más tardías, mientras que en los pacientes con CU era más probable tener una extensión pancolónica de sus lesiones. El modelo de supervivencia de Cox mostró las tasas de riesgo más altas entre los pacientes más viejos al diagnóstico, y los que desarrollan tumores relacionados con la EIIC. Estos pacientes diagnosticados a una edad más avanzada, tienen un período más largo de síntomas de EIIC antes del diagnóstico, mostrando una tendencia casi significativa en la mortalidad. La SMR era de 0,77 años (IC95% = 0,63-0,94) similar a la población general. SMR para la EC era 1,00 años (IC95% = 0,71-1,37), y en la CU 0,69 (IC95% = 0,53-0,88). El estudio de SMR a lo largo del período del estudio no mostró diferencias con la población general. La mortalidad asociada a la EIIC se relacionó con ser mayor de 60 años, y disminuyó en los últimos 5 años del estudio.

Conclusiones: La mortalidad entre los pacientes de EIIC no es diferente a la mortalidad de la población general. Sin embargo, los que se mueren por causa relacionada con la EIIC se diagnostican después, a una edad mayor, tienen una evolución más corta de su enfermedad, y desarrollan tumores relacionados con la EIIC en una proporción más alta.

58. EFECTO DE LOS CAMBIOS EN LAS CONDICIONES ECOLÓGICAS DEL INTESTINO SOBRE LA PERSISTENCIA DE FAECALIBACTERIUM PRAUSNITZII EN EL COLON HUMANO

M. López-Siles^a, T.M. Khan^b, S.H. Duncan^c, X. Aldeguer^d, H.J.M. Harmsen^b, L.J. García-Gil^a y H.J. Flint^c

^aDepartament de Biologia, Universitat de Girona, Girona.

^bDepartment of Medical Microbiology, University of Groningen, Holanda. ^cMicrobial Ecology Group, Rowett Institute of Nutrition and Health, Reino Unido. ^dDepartament de Gastroenterologia, Hospital Josep Trueta, Girona.

Faecalibacterium prausnitzii es una de las bacterias comensales más abundantes del colon humano. Entre sus productos de fermentación, se halla el butirato, una de las principales fuentes de energía para los colonocitos que además interviene en la regulación de la expresión génica por parte del huésped, contribuyendo así a mantener una situación de salud intestinal. La prevalencia y abundancia de *F. prausnitzii* es menor en trastornos intestinales como la enfermedad inflamatoria intestinal y el cáncer colorrectal. Cuando se produce una enfermedad intestinal, las condiciones ecológicas del colon se ven alteradas, pero hasta la fecha se desconoce cómo las perturbaciones de los principales factores ambientales en el intestino afectan a la permanencia de bacterias comensales como *F. prausnitzii*. El objetivo del presente estudio es describir la diversidad filogenética de *F. prausnitzii* y determinar el efecto de los factores ambientales que pueden influir en la persistencia de esta especie en el tracto intestinal. La diversidad filogenética dentro de *F. prausnitzii* se determinó mediante el análisis de secuencias del gen del 16S rRNA procedentes de estudios metagenómicos recientes y se determinó para qué filotipos existían actualmente representantes cultivables. Ocho cepas de *F. prausnitzii*, incluyendo representantes de los filotipos más abundantes, fueron caracterizadas fenotípicamente mediante: (i) capacidad de fermentación polisacáridos que se puedan hallar en la mucosa intestinal o ser incorporados mediante la dieta, (ii) estudio del efecto de la variación del pH sobre la tasa de crecimiento y (iii) determinación de la sensibilidad a sales biliares. El análisis filogenético basado en secuencias parciales del gen del 16S rRNA mostró que, a pesar de ser varios los filotipos de *F. prausnitzii* que se hallan representados entre las bacterias dominantes del intestino en individuos sanos, las cepas aisladas corresponden solamente los dos filotipos más abundantes. La capacidad de fermentar carbohidratos varía entre las cepas estudiadas, pero todas ellas utilizaron sustratos de distinta complejidad molecular, ya fuesen procedentes de la dieta o el huésped. En cuanto a la fisiología de *F. prausnitzii*, todas las cepas mostraron la máximas tasas de crecimiento a pH 6,7 y se observó una inhibición del crecimiento a pH inferiores a 5,75. Todos los aislados revelaron ser extremadamente sensibles a la presencia de sales biliares, observándose descensos de hasta el 87% en el crecimiento a concentraciones de 0,5 µg/ml de sales biliares. En conclusión, todos los representantes cultivables de *F. prausnitzii* mostraron una elevada sensibilidad a algunos de los cambios en las condiciones ecológicas que se espera que sucedan bajo varias enfermedades intestinales, lo que puede comprometer la abundancia de esta bacteria comensal en un colon alterado.

59. RECURRENCIA POSQUIRÚRGICA DE LA ENFERMEDAD DE CROHN EN PACIENTES PORTADORES DE ILEOSTOMÍA DEFINITIVA

I. Marín Fernández, C. Leal-Valdivieso, J. Enrique Naves, M. Mañosa Ciria, E. Domènech Morral y E. Cabré Gelada

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: La recurrencia posquirúrgica (RP) en la enfermedad de Crohn (EC) es frecuente. Aunque el riesgo de RP después de

una ileostomía definitiva se considera bajo, no está bien caracterizada en este subgrupo de pacientes.

Objetivo: Evaluar la tasa de RP en pacientes con EC e ileostomía definitiva y sus características.

Métodos: Se identificaron los pacientes con EC e ileostomía definitiva. Se registraron datos clínicos, epidemiológicos, tratamiento recibido y la tasa de RP.

Resultados: De 598 pacientes con EC, a 284 se les practicó resección intestinal y/o de colon. De éstos, a 16 (5%) se les realizó ileostomía definitiva los 78 meses de mediana desde el diagnóstico (IIQ 14-118). Diez pacientes tenían afectación exclusivamente cólica y 6 íleo-cólica. Se disponía de exploración reciente de íleon terminal antes de la ileostomía en 9 pacientes (56,3%). El 62% de los casos recibieron tratamiento para la prevención de la RP (7 pacientes con mesalazina y 3 con tiopurinas). La mediana de seguimiento (hasta RP clínica, pérdida de seguimiento o última visita) fue de 77,5 meses (IIQ 45-142). Cinco de los dieciséis (31%; IC95%, 11-58) presentaron RP clínica después de una mediana de 68 meses (IIQ, 41-102), representando un riesgo de 3,7 RP clínicas por 100 pacientes-año. No se identificaron factores asociados de RP.

Conclusiones: La RP clínica en pacientes con ileostomía definitiva parece menos frecuente que en portadores de anastomosis íleo-cólica pero puede afectar hasta un tercio de los pacientes a los 10 años, por lo que la evaluación morfológica periódica parece estar justificada.

60. IMPACTO DE LA ADICIÓN DE MESALAZINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y RECURRENCIA ENDOSCÓPICA ASINTOMÁTICA A PESAR DE TIOPURINAS

Y. Zabana, M. Mañosa, I. Bernal, V. Lorenzo-Zúñiga, V. Moreno, J. Boix, E. Cabré y E. Domènech

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: Las tiopurinas han demostrado ser efectivas en la prevención de la recurrencia postquirúrgica de la enfermedad de Crohn (EC), pero hasta un 40-50% de los tratados presentan recurrencia endoscópica (RE) en los primeros 2 años post-cirugía.

Objetivo: Evaluar el impacto de añadir mesalazina en pacientes con EC que presentan RE a pesar de tratamiento preventivo con tiopurinas.

Pacientes y métodos: Se identificaron los pacientes con EC y resección ileocecal controlados en nuestro centro. Solo se incluyeron aquellos que, estando en tratamiento preventivo con tiopurinas, se les añadió tratamiento con mesalazina por presentar RE sin recurrencia clínica (RC). Se evaluó la aparición de RC y, en los pacientes con seguimiento endoscópico, la progresión en el índice de Rutgeerts.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes (74% fumadores) con una mediana de 3 años de evolución de la EC en el momento de la cirugía. La indicación de cirugía fue 48% estenosis y 52% patrón penetrante. La mesalazina se indicó por RE grado 2 de Rutgeerts en 9 casos, grado 3 en 9, y grado 4 en 5. Después de una mediana de seguimiento de 147 meses (IIQ, 80-184) desde la introducción de mesalazina, 6 pacientes (26%) presentaron RC. Se obtuvo colonoscopia de seguimiento en 18 pacientes, constatándose progresión endoscópica 4 (22%), sin cambios 1(6%) y mejora del índice endoscópico de Rutgeerts en 13 pacientes (72%) después de una mediana de 24 meses. No se identificó ningún factor asociado a un mayor riesgo de fracaso o éxito del tratamiento.

Conclusiones: La adición de mesalazina puede ser una estrategia a considerar en pacientes que desarrollen RE asintomática estando bajo tratamiento preventivo con tiopurinas.

61. PERFIL SÉRICO DE CITOQUINAS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA Y SU CAPACIDAD PARA DIAGNOSTICAR Y VALORAR LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD

M.L. Rodríguez Perálvarez^a, V. García Sánchez^a, R. González^b, C. Villar Pastor^c, E. Iglesias Flores^a, P. Ruiz Cuesta^a, A. Hervás Molina^a, J. Muntané Relat^b y F. Gómez Camacho^a

^aDepartamento de Gastroenterología; ^bUnidad de investigación experimental; ^cDepartamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: En la colitis ulcerosa (CU) se liberan al plasma citoquinas proinflamatorias, especialmente durante los brotes de actividad. La utilidad de su determinación en la práctica clínica no ha sido establecida.

Objetivo: Determinar si el perfil sérico de citoquinas puede ayudar al diagnóstico de la CU. Correlacionar la concentración sérica de citoquinas con la actividad clínica, endoscópica e histológica de la enfermedad.

Pacientes y métodos: Estudio transversal que incluye 67 pacientes con CU y 21 controles sanos. Se recogieron variables antropométricas y clínicas de la enfermedad. En los casos se determinó la actividad clínica (Truelove Witts modificado), endoscópica (escala Sninsky) e histológica (escala GEBOS) de la enfermedad. Se extrajeron muestras de plasma sobre las que se aplicó la tecnología Bio Plex (Bio Rad laboratories, USA) para cuantificación de citoquinas (IL1 β , IL2, IL6, IL8, IL 10, IL13, IL17, IFN γ y TNF α). Los contrastes de hipótesis fueron bilaterales y significativos para $p < 0,05$.

Resultados: La edad media de los casos fue de $42 \pm 2,1$ años mientras que en los controles fue de $43 \pm 1,4$. La puntuación Truelove Witts media fue de $14,3 \pm 4$. La actividad endoscópica fue nula en 9 pacientes (13,4%), leve en 13 (19,4%), moderada en 28 (41,8%) y grave en 17 (25,4%). La puntuación GEBOS fue de $3,2 \pm 1,6$. En el análisis multivariante, con respecto a los controles, los pacientes con CU presentaron sobreexpresión de IL8 (OR = 1,37, IC95% = 1,1-1,6, $p = 0,002$), IL10 (OR = 3,88, IC95% = 1,3-11,1, $p = 0,012$) y niveles menores de IFN γ (OR = 0,95, IC95% = 0,92-0,98, $p = 0,002$). La precisión global de este modelo para diagnosticar la enfermedad fue de 77,3%. En el grupo de CU, aquellos con brote clínico moderado-grave presentaron elevación de IL8 ($14,3 \pm 1,6$ y $20,7 \pm 2,6$; $p = 0,01$) e IL10 ($2,2 \pm 0,2$ y $8,9 \pm 6$; $p = 0,01$). IL8 se mostró elevada en pacientes con actividad endoscópica moderada-intensa ($19,2 \pm 2,1$ pg/ml) con respecto al resto ($11,8 \pm 1,1$ pg/ml) ($p = 0,01$). La actividad histológica moderada-intensa (GEBOS 3-5) implicó concentraciones más altas de IL8 ($18,5 \pm 1,7$ pg/ml contra $9,3 \pm 1,1$ pg/ml) ($p = 0,001$). La extensión de la enfermedad afectó a los niveles de IL8 siendo su media de $13,7 \pm 10$ pg/ml en pacientes con proctitis/colitis distal y de $20,3 \pm 13$ pg/ml en pacientes con pancolitis ($p = 0,023$). Los pacientes sin tratamiento de la enfermedad (diagnóstico de novo a su inclusión) presentaron niveles más elevados de IL6 ($23,1 \pm 22,6$ y $9,1 \pm 8,7$ pg/ml, $p = 0,012$) e IL8 ($26,5 \pm 17,6$ y $13,7 \pm 7,8$ pg/ml, $p = 0,03$). Finalmente, los pacientes tratados con corticoides sistémicos presentaron sobreexpresión de IL10 ($10,3 \pm 7,1$ pg/ml) comparados con el grupo de corticoides tópicos ($1,6 \pm 1,4$ pg/ml) o no corticoides ($2,2 \pm 1,5$ pg/ml).

Conclusiones: El perfil sérico de citoquinas podría ser una herramienta auxiliar para el diagnóstico de la CU. La concentración sérica de IL8 se comporta como un buen biomarcador en CU perfilándose como una diana terapéutica a considerar en futuros tratamientos.

62. ALTERACIONES EN LOS NIVELES DE PROTEÍNAS ANGIOGÉNICAS Y LINFANGIOGÉNICAS EN SOBRENADANTE DE CULTIVO CÓLICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Algaba^a, P.M. Linares^b, M.E. Fernández-Contreras^b, J. Trápaga^c, A. Ordóñez^c, I. Guerra^a, J.L. Rodríguez-Agulló^a, J.P. Gisbert^b y F. Bermejo^a

		VEGF	PIGF	VEGFC	VEGFD	VEGFR1	VEGFR2	VEGFR3	Ang1	Ang2	Tie2
CRTL	S	445 ± 290	36 ± 6	11 ± 3	703 ± 384	159 ± 43	12 ± 2	4 ± 1,4	40 ± 13	1.464 ± 471	25 ± 5
	T	11 ± 6	1,3 ± 0,7	9 ± 3	4 ± 1,3	11 ± 10	2 ± 1,7	69 ± 46	8 ± 2,4	23 ± 6	7 ± 2,6
CUA	S	558 ± 266 [†]	32 ± 7	12 ± 3	825 ± 661	184 ± 36	11 ± 2	5 ± 2,2*	58 ± 9*	1.475 ± 575	32 ± 8*
	T	21 ± 10* [†]	3 ± 1,2* [†]	16 ± 9	8 ± 2,6* [†]	22 ± 16* [†]	5 ± 4	76 ± 25	15 ± 7* [†]	40 ± 18* [†]	17 ± 11* [†]
CUQ	S	338 ± 230	35 ± 8	11 ± 3	599 ± 240	165 ± 52	13 ± 3	4 ± 2	50 ± 14*	1.502 ± 382	30 ± 6*
	T	12 ± 6	1,4 ± 0,9	9 ± 3	5 ± 2	5 ± 2	1,8 ± 1,8	67 ± 40	8 ± 3	22 ± 10	8 ± 3
ECA	S	585 ± 503	36 ± 4	13 ± 5	755 ± 413	146 ± 30	11 ± 2,3	3 ± 0,9	62 ± 23* [†]	1.694 ± 967	29 ± 6*
	T	20 ± 12* [†]	3 ± 1,8* [†]	11 ± 4 [†]	6 ± 3* [†]	16 ± 11	2 ± 1,5	86 ± 88	11 ± 5* [†]	35 ± 14* [†]	15 ± 6* [†]
ECQ	S	389 ± 245	32 ± 7	11 ± 4	640 ± 388	150 ± 47	12 ± 2,9	4 ± 1,6	46 ± 15	1.560 ± 493	30 ± 6*
	T	10 ± 24	1,3 ± 0,7	8 ± 5	4 ± 1,7	9 ± 5	1,6 ± 1,3	52 ± 33	8 ± 3	20 ± 8	9 ± 4

S: concentración en suero. Las concentraciones de VEGFA, PIGF, VEGFC, VEGFR1 y Ang2 se expresan en pg/ml, el resto en proteínas en ng/ml. T: concentración en SMI en pg/ml por mg de tejido. *Diferencias significativas con respecto a los controles sanos (p < 0,05).

[†]Diferencias significativas con respecto a los controles en remisión (p < 0,05).

^aServicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ^cServicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivo: Estudiar los principales factores angiogénicos y linfangiogénicos (FAL) y sus receptores en sobrenadante de mucosa intestinal (SMI) y sangre periférica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Métodos: Estudio descriptivo, transversal en 21 individuos controles sin EII (CRT) y 60 pacientes con EII activa o quiescente por criterios endoscópicos que acudieron a la realización de una colonoscopia. De cada paciente se tomó una muestra de sangre periférica que se centrifugó para la obtención de suero y varias muestras de mucosa intestinal que fueron cultivadas durante 24 h. Se determinaron las concentraciones de VEGFA, VEGFC, VEGFD, VEGFR1, VEGFR2, VEGFR3, PIGF, Ang1, Ang2 y Tie2 en suero y SMI mediante ELISA.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes en los siguientes grupos: colitis ulcerosa activa (CUA), colitis ulcerosa quiescente (CUQ), enfermedad de Crohn activa (ECA) y enfermedad de Crohn quiescente (ECQ). Se encontró una correlación positiva entre los niveles en suero y SMI de VEGFC (p = 0,04); VEGFD (p = 0,007); VEGFR1 (p = 0,017); Ang1 (p = 0,002) y Tie-2 (p = 0,006). El resto de resultados obtenidos se detallan en la tabla.

Conclusiones: 1. Los niveles de los principales FAL en SMI son significativamente más elevados en los pacientes con EII activa que en los controles sin EII. 2. Cuando los pacientes con EII logran la remisión endoscópica, la concentración de las principales FAL en SMI disminuyen hasta alcanzar valores semejantes a los controles. 3. Los pacientes con EII activa o quiescente tienen niveles séricos de Tie-2 significativamente más altos que los de los controles. 4. Se encontró una correlación significativa entre los niveles en suero y SMI en VEGFC, VEGFD, VEGFR, Ang1, y Tie-2.

63. ANÁLISIS PROSPECTIVO Y CONTROLADO DEL DÉFICIT DE VITAMINA B12 Y FOLATO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

F. Bermejo^a, A. Algaba^a, J.P. Gisbert^b, I. Guerra^a, A. Rodríguez^b, G. de la Poza^a, M. Chaparro^b, P. Valer^a, B. Piqueras^a, J.C. Villa^a, A. Bermejo^a y J.L. Rodríguez-Agulló^a

^aServicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivo: La enfermedad de Crohn (EC) afecta con frecuencia el intestino delgado, lugar donde se absorbe el ácido fólico y la vitamina B12. Nuestro objetivo fue conocer la incidencia del déficit de estas vitaminas en pacientes con enfermedad de Crohn, e identificar los posibles factores predictivos de aparición de dicho déficit.

Métodos: Estudio prospectivo durante 20 meses en 180 pacientes con EC seguidos en dos hospitales. Se consideró déficit de vitamina B12 y de folato los valores en sangre < 200 pg/ml y < 4 ng/ml, respectivamente con un valor basal dentro de los rangos normales en los 12 meses previos. Se analizaron los posibles factores predictivos de aparición del déficit: resección de intestino delgado, localización de la EC, actividad de la enfermedad (índice de Harvey-Bradshaw), duración de la EC, sexo, edad, tabaco. Se utilizó como grupo control pacientes diagnosticados de colitis ulcerosa (CU) seguidos en nuestros centros (n = 70). Se excluyeron los pacientes que habían recibido o estaban recibiendo tratamiento con vitamina B12 y/o ácido fólico, y aquellos que tenían otras causas potenciales del déficit distintas a la EC.

Resultados: La edad media fue de 40 ± 13 años, 53% mujeres. Fumaban el 34%. La incidencia acumulada del déficit de vitamina B12 en pacientes con EC fue del 15% (IC95% 9,7-20%) comparado con el 2,8% (IC95% 0,8-9,8%) en el grupo control (p = 0,007). La tasa de incidencia del déficit de vitamina B12 en pacientes con EC fue 9% por paciente-año. Con respecto al déficit de folato, la incidencia acumulada en pacientes con EC fue 22% (IC95% 16-28%) comparado con el 4,3% (IC95% 1,4-1,2) en el grupo control (p = 0,001). La tasa de incidencia del déficit de folato en EC fue del 13,2% por paciente-año. El 23% de los pacientes con déficit de vitamina B12 y/o folatos presentaba anemia macrocítica (IC95% 14-35%). En el análisis univariante y multivariante el único factor de riesgo que se asoció al déficit de vitamina B12 fue la existencia de resección ileal (OR 2,5; IC95% 1,1-6,2; p = 0,04), mientras que la existencia de actividad de la EC se asoció al déficit de folato (OR 2,4; IC95% 1,1-5,1; p = 0,02).

Conclusiones: El déficit de vitamina B12 y el de folato aparecen en una proporción significativa de pacientes con EC y pueden asociarse a anemia. Estos hallazgos refuerzan la actitud de controlar estas vitaminas en los análisis que se realizan periódicamente a los pacientes con EC. Los pacientes con resección ileal tienen mayor riesgo de padecer déficit de vitamina B12, mientras que aquellos con la EC activa son los que tienen mayor riesgo de desarrollar déficit de folato.

64. EFECTIVIDAD DE LAS DISTINTAS OPCIONES TERAPÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS PERIANALES EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

M. Chaparro^a, P. Burgueño^b, I. Vera^c, F. Bermejo^d, I. Marín-Jiménez^e, C. Yela San Bernardino^f, P. López^g, M.D. Martín Arranz^h, C. Taxoneraⁱ, B. Botella^j, R. Pajares^k, A. Ponferrada^l, M. Calvo^c, A. Algaba^d, L. Pérez^e, B. Casis^f, J. Maté^a y J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ^cServicio de

Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Fuenlabrada, Madrid. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ^dServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Alcorcón, Alcorcón. ^eServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ^fServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ^gServicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Cristina, Madrid. ^hServicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Sofía, Madrid. ⁱServicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Leonor, Madrid.

Introducción: La evidencia sobre la efectividad de las distintas opciones terapéuticas para el tratamiento de las fístulas perianales en los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) en la práctica clínica es limitada.

Objetivo: Conocer la efectividad de las distintas opciones en el tratamiento de las fístulas perianales en los pacientes con EC.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con EC y afectación perianal de 11 hospitales de la Comunidad de Madrid. La respuesta a las distintas opciones terapéuticas se evaluó mediante el índice Fistula Drainage Assessment.

Resultados: Se incluyeron 296 pacientes con EC y fístulas perianales. La media de edad fue de 41 años y el 55% fueron hombres. El 87% de los pacientes tenía una fístula perianal compleja y el 13% simple. El 64% de los pacientes había recibido tratamiento antibiótico, el 74% con inmunomoduladores, el 56% con biológicos y el 70% se había sometido a cirugía por la enfermedad perianal. El antibiótico más empleado fue metronidazol (54%), la mediana de duración del tratamiento fue de 1,7 meses y la mediana de dosis de 1.500 mg/día. El 33% de los pacientes presentó respuesta completa (60% en simples vs 31% en complejas). Los inmunosupresores más frecuentemente administrados fueron los tiopurínicos (89%). La mediana de tiempo de tratamiento fue de 12 meses. La mediana de dosis con azatioprina fue de 160 mg/día y de 100 mg/día con mercaptopurina. El 32% de los pacientes tuvo respuesta completa (58% simples vs 29% en complejas). Infliximab fue el fármaco biológico administrado en un 74% de los casos y adalimumab en el 26%. La mediana de tratamiento fue de 9 meses. Un 50% de los pacientes presentó respuesta completa (67% en simples vs 49% en complejas). La intervención quirúrgica más frecuente fue la fistulotomía (29%), seguida de la colocación de setones (26%) y drenaje de abscesos (24%). El 48% de los pacientes presentó respuesta completa (85% en simples vs 45% en complejas). Se observó recidiva de la fístula con el tratamiento antibiótico en el 65% de los casos (46% simples vs 66% complejas), en el 45% con el tratamiento con inmunosupresores (30% simples vs 47% complejas), en el 43% con el tratamiento con fármacos biológicos (25% simples vs 44% complejas) y en el 52% de los casos tratados con cirugía (25% simples vs 54% complejas). La suspensión del tratamiento antibiótico por efectos secundarios se produjo en un 5% de los pacientes, de los inmunosupresores en el 18% y del tratamiento biológico en el 14%.

Conclusiones: La respuesta a las distintas opciones en el tratamiento de las fístulas perianales de los pacientes con EC es baja. Además, existe un elevado porcentaje de recidivas en los pacientes que presentan respuesta inicial. Una proporción relevante de pacientes debe suspender el tratamiento por efectos adversos. Por lo tanto, la efectividad de los tratamientos disponibles para las fístulas perianales en los pacientes con EC es muy limitada.

65. EVALUACIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA

M. Chaparro^a, P. Burgueño^b, I. Vera^c, F. Bermejo^d, I. Marín-Jiménez^e, C. Yela San Bernardino^f, P. López^g, M.D. Martín

Arranz^h, C. Taxoneraⁱ, B. Botella^j, R. Pajares^k, A. Ponferrada^l, M. Calvo^c, A. Algaba^d, L. Pérez^e, B. Casis^f, J. Maté^a y J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ^dServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Fuenlabrada, Madrid. ^eServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ^fServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ^gServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Alcorcón, Alcorcón. ^hServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁱServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ^jServicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Cristina, Madrid. ^kServicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Sofía, Madrid. ^lServicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Leonor, Madrid.

Introducción: No se dispone de información sobre el coste del tratamiento de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y fístula perianal compleja en nuestro medio.

Objetivo: Conocer la carga de enfermedad en los pacientes con EC y fístulas perianales complejas.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico en el que se incluyeron pacientes con EC y fístulas perianales complejas que hubieran estado activas en algún momento desde el 1 de enero de 2005. Se consideraron los últimos 5 años para obtener una mayor homogeneidad en los datos. Se registraron los tratamientos recibidos por el paciente, las visitas médicas y las pruebas complementarias. Los costes de las visitas y de las pruebas complementarias se obtuvieron de la tarifa del Colegio Oficial de Médicos. No se evaluaron los costes indirectos.

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes con EC y fístula perianal compleja. La media de edad fue de 41 años, 56% hombres. El 74% de los pacientes había recibido tratamiento antibiótico, 80% con fármacos inmunosupresores, 75% con biológicos y el 74% se había sometido a cirugía. La media (DE) de visitas al especialista de Aparato Digestivo fue de 12 (10), al médico de Cirugía General 4,1 (4,4) y al médico de Atención Primaria de 2,1 (6,9). La media de visitas a urgencias fue de 0,84 (1,2). El 64% de los pacientes fueron hospitalizados durante el período de seguimiento, con una media de 1,2 (1,1) hospitalizaciones por paciente y 9,9 (15) días de ingreso por paciente. La prueba complementaria más frecuente fue el análisis de sangre, con una media de 14 (15) análisis por paciente (3,4 por paciente-año). El 80% de los pacientes se realizó al menos una endoscopia en el período de seguimiento, el 68% al menos una resonancia magnética pélvica, el 46% al menos una exploración anal bajo anestesia y el 31% al menos una ecografía endoanal. La mediana del coste asociado al tratamiento farmacológico fue 18.558 €, a las hospitalizaciones 1.351 €, a las visitas al especialista 1.485 €, a las pruebas diagnóstico-terapéuticas 731 € y a los análisis de laboratorio 122 €. La mediana de coste total por paciente en el período de seguimiento fue 26.342 € (rango 1.789-210.244 €), con una mediana de coste de 6.272 € por paciente-año.

Conclusiones: Los costes directos asociados al diagnóstico y tratamiento de las fístulas perianales complejas en los pacientes con EC son muy elevados. El mayor coste se deriva del tratamiento farmacológico.

66. IMPACTO CLÍNICO DE LA ENTERORM EN EL MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN. ANÁLISIS DE LOS 50 PRIMEROS PROCEDIMIENTOS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

C. Suárez

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La enteroRM se ofrece como un nuevo método para el estudio de la enfermedad de Crohn (EC), cuyo impacto en la práctica clínica real aún no ha sido evaluado.

Objetivo: Evaluar el impacto de la enteroRM en la práctica clínica real, en una unidad especializada de un hospital terciario.

Métodos: Se recogen retrospectivamente los datos clínicos y radiológicos de los 50 primeros pacientes sometidos a enteroRM para estudio de enfermedad inflamatoria intestinal en nuestro centro.

Resultados: Se evaluaron 50 enteroRM realizadas a 50 pacientes, de los cuales 29 (58%) eran mujeres, con una edad media de 41 años (rango 19-80), un 96% diagnosticados de EC según los criterios habituales. El 34%, se habían sometido a una resección intestinal previa relacionado con su EC. Respecto al tratamiento que recibían los pacientes en el momento de someterse a la enteroRM, el 18% recibía tratamiento biológico y el 32% inmunosupresores convencionales. En 22 (44%) pacientes, la indicación de la enteroRM fue la valoración de actividad inflamatoria más allá del alcance de la endoscopia convencional, confirmándose la misma en 17 (77%) pacientes. En 7 (41%) estos hallazgos supusieron el inicio del tratamiento con biológicos, en 4 (23%) con inmunosupresores y en 2 (12%) la decisión de optar por tratamiento quirúrgico. En 14 (28%) pacientes, la indicación de la enteroRM fue descartar la presencia de estenosis, confirmándose la misma en 9 (70%) pacientes. En 2 (22%) estos hallazgos supusieron el inicio del tratamiento con biológicos, en 3 (33%) con inmunosupresores y en 2 (22%) tratamiento quirúrgico. En 9 (18%) pacientes, se empleó en la aproximación al diagnóstico de EC, encontrando en 4 pacientes hallazgos positivos, a raíz de lo cual la mitad de ellos inician tratamiento esteroideo. En 6 (12%) pacientes, la indicación fue la valoración de la extensión de la enfermedad en tramos proximales del intestino delgado, confirmándose en 4 (80%) pacientes, lo que supuso el inicio de tratamiento biológico en uno de ellos. Globalmente, la realización de la enteroRM promovió la escalada terapéutica en 23 (46%) de nuestros primeros 50 pacientes. Como consecuencia de los hallazgos de la enteroRM, se administraron tratamientos biológicos en 10 pacientes (20% del total, 43,5% de aquellos a los que se les modificó el tratamiento).

Conclusiones: La enteroRM ha sido una prueba de fácil implantación en nuestro centro a la práctica clínica habitual. La indicación más frecuente por el momento, ha sido descartar actividad inflamatoria más allá de los límites de la endoscopia convencional. La enteroRM se presenta como un método accesible, no invasivo y que, una vez implantado en la práctica clínica habitual, tiene un gran impacto en el manejo terapéutico de los pacientes con EC.

67. LA CONCENTRACIÓN SÉRICA DE IL8 MEJORA LA PRECISIÓN DEL ÍNDICE DE ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

M.L. Rodríguez Perálvarez^a, V. García Sánchez^a, C. Villar Pastor^b, R. González^c, E. Iglesias Flores^a, C. García Caparrós^a, J. Muntané Relat^c y F. Gómez Camacho^a

^aDepartamento de Gastroenterología; ^bDepartamento de Anatomía Patológica; ^cUnidad de Investigación Experimental, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La curación mucosa en pacientes con colitis ulcerosa (CU) posee implicación pronóstica. Predecir la actividad histológica de la enfermedad mediante parámetros clínico-serológicos puede ser de utilidad en el manejo de estos pacientes.

Objetivo: Establecer el valor de la combinación del índice de Truelove-Witts modificado (TWM) con el perfil sérico de citoquinas en la predicción de la gravedad histológica en pacientes con CU.

Pacientes y métodos: Estudio transversal de 67 pacientes con CU. Se obtuvieron muestras de sangre para determinar la concentración sérica de citoquinas (IL1 β , IL2, IL6, IL8, IL 10, IL13, IL17,

IFN γ y TNF α) mediante la tecnología Bioplex (Bio Rad Laboratories, EEUU). La actividad clínica fue medida con el índice de TWM. Todos los pacientes fueron sometidos a una colonoscopia con toma de biopsias de la mucosa inflamada. La gravedad histológica se valoró mediante la escala GEBOES. El patólogo especialista implicado en el análisis fue cegado en cuanto a información clínica.

Resultados: La edad media fue de 43,3 \pm 12 años y 42 pacientes (62,7%) fueron hombres. La extensión de la enfermedad fue proctitis en 12 (17,9%), colitis distal en 24 (35,8%) y pancolitis en 31 (46,3%). La actividad clínica fue inactiva-leve en 41 pacientes (61,2%) y moderada-grave en 26 (38,8%). En cuanto a la actividad histológica, 9 pacientes (13,3%) fueron clasificados como enfermedad inactiva (GEBOES = 0), 5 pacientes como leve (GEBOES 1-2), 27 pacientes (40,8%) como moderada (GEBOES 3) y 26 pacientes como grave (GEBOES 4-5). Existió una interrelación significativa entre actividad clínica e histológica (OR 1,8; IC95% 1,2-1,6; p = 0,03) pero con baja especificidad (33,3%). El análisis de regresión logística múltiple identificó la concentración sérica de IL8 como variable predictora independiente de la actividad histológica (OR = 1,27 IC95% 1,01-1,61; p = 0,038). El resto de citoquinas no obtuvieron significación. La inclusión de IL8 en el modelo implicó una mejoría de la especificidad (de 33,3% a 58,3%), sensibilidad (de 92,5% a 94,3%), precisión global (de 81,5% a 87,7%) y bondad de ajuste del modelo (R2 corregida 0,25 a 0,33).

Conclusiones: La concentración sérica de IL8 mejora la especificidad de los índices de actividad clínica en la predicción de la gravedad histológica en pacientes con CU.

68. EFICACIA DE LAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS DEL ABSCESO ABDOMINAL ESPONTÁNEO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

F. Bermejo^a, E. Garrido^b, M. Chaparro^c, J. Gordillo^d, M. Mañosa^e, A. Algaba^a, A. López-Sanromán^b, J.P. Gisbert^c, E. García-Planella^d, E. Doménech^e e I. Guerra^a

^aServicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ^bServicio de Digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ^dServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^eServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivo: Conocer la eficacia de las distintas alternativas terapéuticas de los abscesos intraabdominales espontáneos (AIE) asociados a la enfermedad de Crohn (EC).

Métodos: Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados en 5 hospitales en los últimos 15 años. Se excluyeron abscesos postoperatorios. Se definió eficacia de un tratamiento como la ausencia de recidiva del AIE en el año posterior.

Resultados: Se identificaron 128 casos en 2.236 pacientes (incidencia acumulada de 5,7%). Distribución de la localización de la EC: 56,7% L1, 2,4% L2, 37% L3, 3,9% L1+L4. Forma de presentación: dolor abdominal (83%), fiebre (40%) y diarrea (27%). El 35% recibía tratamiento con corticoides, el 25% inmunosupresores (IMM) y el 5% biológicos. Localización del AIE: abdominal 60%, pélvico 24%, psoas 11%, pared abdominal 5%, siendo la localización anatómica más frecuente la fosa iliaca derecha (85%). El tratamiento inicial realizado fue: antibioterapia (ATB) sola 42,2%, ATB con drenaje percutáneo (DP) 23,4% y ATB con cirugía 34,4%. Las pautas de ATB más empleadas fueron: cefalosporina de 3.ª generación y metronidazol (31%), ciprofloxacino y metronidazol (26%), carbapenem (19%). El 60% de los pacientes recibió tratamiento con esteroides. El seguimiento medio de los pacientes tras el tratamiento inicial fue de 50 meses (22-108). Tamaño medio del global de los AIE: 4 cm (rango intercuartil 3-6). Los abscesos tratados con ATB sola fueron de me-

nor tamaño (3 cm, RIQ 2-4) que los tratados con ATB con DP (6 cm, RIQ 3-9) o ATB con cirugía (5 cm, RIQ 2-8). El 70% fueron abscesos simples, 25% múltiples y 5% multiloculados. En el estudio radiológico el 51% de los pacientes presentaba fístula intestinal. La eficacia de cada tratamiento fue: ATB sola, eficacia final 63%. Factores predictivos de fracaso: tratamiento IMM en el momento del diagnóstico (OR 8,45; IC95% 1,16-61,5; $p = 0,03$), fístula en el estudio radiológico (OR 5,43; IC95% 1,18-24,8; $p = 0,02$) y el tamaño del absceso (OR 1,65; IC95% 1,07-2,54; $p = 0,02$). Requirieron finalmente cirugía el 37%. ATB con DP: eficacia final 30%. El 19% presentó complicaciones (13% fístula enterocutánea). Precizaron cirugía finalmente el 70%. No se observó ningún factor predictivo de fracaso. ATB con cirugía: eficacia final 91%. El 5,7% precisó estoma y 95% con resección intestinal. En el 52% se detectó la existencia de fístula. El 13% presentó complicaciones perioperatorias (7,7% fístula enterocutánea). Tras la resolución del AIE, el 60% de los casos inició tratamiento con tiopurinas, el 9% terapia con biológico y en el 31% no se realizó modificaciones. El año de diagnóstico del AIE no influyó en los resultados.

Conclusiones: El manejo médico de los AIE con antibioterapia parece una buena opción en AIE de pequeño tamaño, sin fístula asociada y en pacientes no expuestos previamente a IMM. El abordaje quirúrgico obtiene mejores resultados en el resto de situaciones, aunque el DP puede evitar la cirugía en casi un tercio de casos.

69. RECUPERACIÓN DE UN PATRÓN NORMAL DE MICROBIOTA INTESTINAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN TRAS EL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB

T. Mas de Xaxars Rivero^a, L.J. García-Gil^a, M. López Siles^b, M. Martínez Medina^a, D. Busquets^b y X. Aldeguer Manté^b

^aDepartament de Biologia, Universitat de Girona, Girona.

^bHospital Josep Trueta, Girona.

La densidad y diversidad de la microbiota intestinal es diferente en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) que en individuos control. En los últimos años los tratamientos biológicos (anti TNF- α) se han incorporado a las soluciones terapéuticas contra la EC. El efecto de estos tratamientos sobre la microbiota intestinal es desconocido. Por otra parte, la cura de los pacientes con EC en remisión se puede determinar en función del grado de recuperación de la microbiota. En particular, la relación cuantitativa entre *Faecalibacterium prausnitzii* y *Escherichia coli* sería un buen indicador. El objetivo del estudio fue evaluar si el control de la actividad inflamatoria en la EC por un tratamiento efectivo con adalimumab se tradujo en cambios cualitativos y/o cuantitativos de la microbiota asociada a la mucosa intestinal. La evolución de la composición de la microbiota asociada a la mucosa intestinal del recto de 12 pacientes con EC bajo tratamiento con adalimumab se estudio mediante PCR-DGGE para la región V3-V5 del gen 16S rRNA. En el presente estudio también se incluyó un grupo de 4 individuos control sin ningún trastorno intestinal. Se comparó el patrón de la microbiota intestinal de los sujetos tras 1 y 3 meses de tratamiento con anti TNF- α con aquél que presentaban previamente al inicio de tratamiento. También se evaluó el efecto de la dosis de carga del medicamento tras un mes de tratamiento. La abundancia relativa de las bacterias indicadoras *F. prausnitzii* y *E. coli* se determinó por PCR a tiempo real en los mismos tiempos y muestras. La microbiota de los EC tratados con adalimumab se mantuvo estable durante el tratamiento, pero con pequeños cambios que podrían indicar un retorno a situaciones más cercanas a la normalidad. Por ejemplo, especies descritas en la literatura como más prevalentes en EC como *Ruminococcus sp.* o *Clostridium sp.* disminuye o desaparece la intensidad de sus bandas en los geles de DGGE a lo largo del tratamiento. Por otra parte, no se han hallado diferencias significativas en el índice *F. prausnitzii/E.*

coli debido a una elevada variabilidad intraindividual a lo largo del tiempo en la abundancia de estas bacterias indicadoras. El tratamiento con adalimumab podría favorecer la reversión del ecosistema microbiano de la mucosa intestinal de pacientes con EC hacia situaciones propias de mucosas sanas. Así mismo, dada la inestabilidad temporal de *E. coli* y *F. prausnitzii*, y que estas especies son consideradas buenos indicadores para I-CD, se debería incorporar otras especies indicadoras que permanezcan más estables en el grupo control. No obstante, el cambio en el patrón de la microbiota asociada a la mucosa intestinal podría ser un método complementario para medir la efectividad de éste y otros tratamientos.

70. EVOLUCIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL A LO LARGO DE 5 AÑOS

J.P. Gisbert^a, M. Chaparro^a, R. González^b y J. Maté^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bSección de Aparato Digestivo, Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Introducción: El tratamiento con fármacos esteroideos, la malnutrición y la propia actividad inflamatoria favorecen la alteración del metabolismo óseo en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El tratamiento con calcio y vitamina D o con bifosfonatos está indicado en los pacientes con osteopenia u osteoporosis, respectivamente.

Objetivo: Estudiar la evolución a largo plazo de la densidad mineral ósea en los pacientes con EII. Evaluar el efecto de la administración de calcio y vitamina D y bifosfonatos en la prevención y tratamiento de las alteraciones del metabolismo óseo e identificar factores asociados con un mayor riesgo de disminución de la densidad mineral ósea en estos pacientes.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes con EII a los que se realizó un estudio del metabolismo óseo y una densitometría basal y tras cinco años de seguimiento. Los valores densitométricos de referencia fueron los propuestos por la Organización Mundial de la Salud. Los pacientes con osteopenia en la densitometría inicial recibieron calcio (1.000-1.500 mg/día) y vitamina D (800 UI/día), y los pacientes con osteoporosis se trataron, además, con bifosfonatos. Se recogieron datos demográficos, de los tratamientos recibidos, las cirugías y el número de brotes de la EII durante el seguimiento. Se realizó un análisis multivariante para identificar factores predictores de disminución de la densidad mineral ósea.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes, el 58% eran mujeres y el 61% tenían enfermedad de Crohn. Según los resultados de la densitometría basal, 24 pacientes (67%) tenían osteopenia y 10 (28%) osteoporosis. A los 5 años de seguimiento, 24 pacientes (55%) presentaban osteopenia y 6 (17%) osteoporosis. Los 2 pacientes con densitometría basal normal desarrollaron osteopenia a los 5 años de seguimiento. Ambos pacientes habían presentado 2 brotes de su EII, aunque solo uno recibió tratamiento con esteroides. De los pacientes con osteopenia basal, el 70% (17/24) seguía con osteopenia a los 5 años, el 4% (1/24) desarrolló osteoporosis a pesar del tratamiento con calcio y vitamina D y el 26% (6/24) presentó una densitometría normal al final del seguimiento. De los pacientes con osteoporosis en la densitometría basal, el 50% (5/10) presentó una densitometría normal y el otro 50% (5/10) continuó con osteoporosis al final del seguimiento a pesar del tratamiento adecuado con calcio/vitamina D y bifosfonatos.

Conclusiones: Las alteraciones del metabolismo óseo son muy frecuentes en los pacientes con EII, por lo que estaría justificado el cribado de las mismas. La administración de fármacos (calcio y vitamina D o bifosfonatos, según la gravedad medida por densitometría) parece mejorar a largo plazo la densidad mineral ósea en los pacientes con EII.

71. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO RÁPIDO PARA EL ESTUDIO DE LOS POLIMORFISMOS DE LA TPMT

M. Chaparro^a, M. Román^b, T. Cabaleiro^b, J. Novalbos^b, F. Abad-Santos^b y J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bServicio de Farmacología Clínica, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La aparición de efectos adversos (EA) es uno de los principales factores limitantes del tratamiento con tiopurinas. Los EA secundarios al tratamiento con tiopurinas se asocian con frecuencia a determinados polimorfismos que pueden disminuir la actividad del enzima. La identificación de estos genotipos podría ayudarnos a prevenir la aparición de EA.

Objetivos: Validar un método rápido para el estudio del genotipo de la TPMT (LightSNiP, Roche[®]), comparándolo con el método tradicional. Calcular el coste de cada método. Evaluar la prevalencia de polimorfismos de la TPMT en nuestro medio.

Métodos: Se obtuvo una muestra de sangre periférica de cada paciente. El ADN fue extraído mediante un extractor automático. El método convencional para el genotipado de los polimorfismos *2, *3B y *3C (constituyen más del 90% de los polimorfismos de la TPMT), se realizó mediante amplificación del ADN por PCR y posterior secuenciación de los exones 5, 7 y 10. El método convencional permite además la detección de otros polimorfismos. El kit LightSNiP realiza una PCR en tiempo real en una LightCycler 480(Roche[®]) y detecta únicamente los polimorfismos *2, *3B y *3C. El método convencional se consideró el patrón oro.

Resultados: Se incluyeron 111 pacientes, 60% mujeres. El 61% había presentado mielotoxicidad por tiopurinas antes del genotipado y en el 39% se realizó el genotipado antes de iniciar el tratamiento con tiopurinas. El genotipado se realizó mediante el método convencional en todos los pacientes y mediante el LightSNiP en 83 de ellos. La sensibilidad y especificidad del método LightSNiP para la detección de los polimorfismos *2, *3B y *3C fueron del 100%. El 81% de los pacientes tenían el genotipo nativo. La mutación más frecuente fue la *3A (presencia de polimorfismos *3B y *3C en el mismo paciente), en un 9,9% de los casos, seguida de la *2 (3,6%) y *3C (2,7%). El método convencional detectó además el polimorfismo *8 en 2 pacientes y el *19 en un paciente, que no pudieron detectarse con el LightSNiP. La prevalencia de mutaciones fue más elevada entre los pacientes con mielotoxicidad por tiopurinas que entre los que se hicieron el genotipado antes de empezar el tratamiento (27% vs 7,7%, $p = 0,06$). El tiempo hasta la obtención de los resultados fue de 6 días con el método convencional y de 2 días con el LightSNiP. El coste fue de 23€ por paciente con el método LightSNiP y de 36€ con el convencional.

Conclusiones: LightSNiP es un método rápido, sensible y más barato que el convencional para la detección de los polimorfismos *2, *3B y *3C de la TPMT. Algunos polimorfismos no pueden detectarse con esta técnica. Los pacientes con mielotoxicidad tienen una prevalencia más alta de mutaciones del gen de la TPMT. No obstante, las mutaciones de la TPMT solo estuvieron presentes en un tercio de los pacientes con mielotoxicidad, por lo que se requieren estudios que permitan identificar nuevos factores de susceptibilidad para presentar EA por tiopurinas.

72. INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN 2 CENTROS DE REFERENCIA. PATRÓN EVOLUTIVO A LO LARGO DE LA ÚLTIMA DÉCADA

J. Guardiola Capón, T. Lobatón Ortega, F. Rodríguez Moranta y A. Berrozpe López

Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: La ICD es la principal causa infecciosa de diarrea nosocomial asociada a antibióticos (ATB). En los países industrializados, la incidencia, gravedad y gasto sanitario asociado a la ICD se ha incrementado enormemente durante la última década. Se desconoce la situación y patrón que sigue la ICD en nuestro medio.

Objetivo: Conocer la incidencia de la ICD y su patrón evolutivo entre 2000 y 2009 en nuestro medio. Determinar qué servicios del hospital son los más afectados.

Material y métodos: **Ámbito:** dos centros de referencia del área metropolitana de Barcelona. **Diseño:** estudio de vigilancia epidemiológica retrospectivo. **Diagnóstico de ICD:** determinación de la toxina del CD mediante efecto citopático en cultivo celular y cultivo de CD con determinación de toxigenicidad de la cepa. **Pacientes:** se han incluido todos los pacientes ingresados en uno de estos centros a los que se les hubiera procesado una muestra de heces para estudio de CD entre enero 2000 y diciembre 2009. **Definición de caso:** Se ha definido un caso de ICD nosocomial como un resultado positivo de la toxina del CD o detección de una cepa toxigénica en una muestra de heces recogida > 48 h después de la admisión del paciente al centro, siempre que éste no hubiera sido diagnosticado de ICD en los 28 días previos.

Resultados: Se han identificado 278 casos. Entre los años 2000 y 2005 la incidencia de ICD permaneció estable (0,52 y 0,54 casos/10.000 estancias hospitalarias en 2000 y 2005 respectivamente). Durante la segunda mitad de la década, la incidencia se cuadruplicó (0,79, 1,48, 1,95 y 2,33 casos/10.000 estancias hospitalarias en los años 2006, 2007, 2008 y 2009 respectivamente). Durante el mismo período se produjo un incremento en el uso de ATB (de 56 a 67 dosis diarias definidas/100 estancias entre 2000 y 2009) que se correlaciona con el aumento de incidencia de ICD ($r = 0,98$, $p < 0,001$). Los servicios con mayor incidencia fueron hematología, UCI, infecciosas y gastroenterología.

Conclusiones: La incidencia de ICD se ha cuadruplicado durante la segunda mitad de la última década coincidiendo con un aumento en el uso hospitalario de ATB. Parece necesario establecer mecanismos de vigilancia y prevención de esta infección, especialmente en los servicios más afectados.

73. INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE (ICD) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII). EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

T. Lobatón Ortega, J. Guardiola Capón, F. Rodríguez Moranta y M. Peñalva Peñas

Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: La ICD es una infección emergente en pacientes con EII. Esta asociación parecía infrecuente en nuestro medio a principios de los años 2000 (Navarro et al. Digestion).

Objetivo: Conocer la frecuencia y características de la ICD en pacientes con EII en nuestro medio.

Material y métodos: **Ámbito:** Hospital Universitario de tercer nivel. **Diseño:** serie retrospectiva de casos. **Pacientes:** se han considerado todos los pacientes con EII a los que se les hubiera procesado heces para diagnóstico de ICD entre enero de 2000 y diciembre de 2009. **Diagnóstico de ICD:** positividad de la determinación de la toxina en cultivo celular o cultivo toxigénico.

Resultados: Se han identificado 10 pacientes con EII e ICD: 1 en 2004, 2 en 2007, 4 en 2008 y 3 en 2009. La EII afectaba al colon en 8/10 pacientes (5 enfermedad de Crohn y 3 colitis ulcerosa). La adquisición de la ICD era comunitaria en 9/10. Habían recibido antibióticos 4/10. La mayoría (7/10) estaba en tratamiento inmunosupresor en el momento del diagnóstico (corticoides, azatioprina o metotrexato). No se ha detectado ninguna ICD asociada a anti-TNF.

La clínica y la endoscopia (pseudomembranas 0/7) eran indistinguibles de las de la actividad de la EII. El tratamiento antibiótico (metronidazol 6 casos y metro + vancomicina 4) consiguió negativizar la ICD en todos los casos, pero uno de ellos presentó múltiples recurrencias. En 6/10 casos el tratamiento antibiótico (3 de ellos asociado a corticoides) se asoció a una rápida resolución de la clínica. En el resto (4/10) se debió intensificar el tratamiento con anti-TNF (3/10) o proceder a cirugía (1/10).

Conclusiones: La frecuencia del diagnóstico de ICD en EII ha aumentado. Se caracteriza por adquisición mayoritariamente comunitaria, a menudo no relacionada con consumo de antibióticos y sí con el de inmunosupresores. En la mitad de los casos el tratamiento antibiótico se asocia a la resolución clínica lo que sugiere un papel patogénico predominante de la ICD en este subgrupo.

74. IMPACTO DE LA ENTERORRESONANCIA MAGNÉTICA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

I. Ferrer Bradley^a, A. Torregrosa^b, N. Maroto^a, R. Molina^b, A. López^a, C. Montón^a, R. Villagrasa^a, J. Clofent^a, Y. Pallardó^b y J. Hinojosa^a

^aServicio de Aparato Digestivo; ^bDepartamento de Radiología, Hospital de Manises, Valencia.

Objetivo: Valorar la aportación de la enterorresonancia (enteroRM) en pacientes con sospecha o enfermedad de Crohn, su correlación con la colonoscopia y su impacto sobre la toma de decisiones terapéuticas.

Materiales y métodos: Desde mayo del 2009 a septiembre del 2010 se realizaron 54 enteroRM a pacientes afectos o con sospecha de enfermedad de Crohn, previa ingesta de polietilenglicol y contraste intravenoso. Se compararon los resultados con los obtenidos en la colonoscopia en los pacientes con ambas técnicas. Así mismo hemos recogido los cambios en la actitud terapéutica tras los hallazgos radiológicos entendiendo como tal: Inicio de tratamiento inmunomodulador o biológico, intensificación (acortamiento/aumento de dosis), alargamiento del tratamiento con biológico o indicación de cirugía.

Resultados: N = 54 (rango 7-80; media 34) pacientes con enteroRM, de los cuales a 25 se les practicó colonoscopia antes o después; en 20 pacientes hubo concordancia en los hallazgos con ambas técnicas. En los que no existía correlación fue por un intervalo mayor de 6 meses entre ambas técnicas. La enteroRM diagnosticó 3 fístulas enterovesicales, 1 sinus y una afectación de neóleon no detectados en la colonoscopia y evaluó el intestino proximal por 2 estenosis. Se confirmó o descartó enfermedad en 10 pacientes. Ayudó a la toma de decisiones terapéuticas en 19 pacientes (n = 6 se inició tratamiento biológico, n = 7 se indicó cirugía, n = 4 se intensificó el biológico, en n = 1 se inició tratamiento inmunomodulador, en n = 1 se alargó intervalo de tratamiento biológico). En 2 pacientes se realizó enteroRM a los 6 meses del inicio del tratamiento biológico donde se observó curación mucosa y se retiró el fármaco biológico.

Conclusiones: La enteroRM es una técnica segura y con buena tolerancia, con muy buena correlación con la colonoscopia, útil ante dudas diagnósticas, que ayuda a la toma de decisiones en el manejo de la enfermedad de Crohn.

75. RELACIÓN ENTRE CONCENTRACIÓN DE FACTORES ANGIOGÉNICOS Y LINFANGIOGÉNICOS Y COMPORTAMIENTO, ACTIVIDAD, TRATAMIENTO Y REACTANTES DE FASE AGUDA (RFA) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

P. Muñoz Linares^{a,b}, A. Algaba^c, M.E. Fernández Contreras^{a,b}, I. Guerra^c, M. Chaparro^{a,b}, J.L. Rodríguez Agulló^c, J.P. Gisbert^{a,b} y F. Bermejo^c

^aCIBERehd. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivo: Estudiar la relación entre niveles de factores angiogénicos y linfangiogénicos (FAL) en suero y sobrenadante de cultivo de biopsias de colon (SBC) con el comportamiento, tratamiento, RFA y actividad clínica en pacientes con EII.

Métodos: Estudio de casos y controles en un total de 81 personas: 21 voluntarios sanos, 30 pacientes con colitis ulcerosa (CU) y 30 pacientes con enfermedad de Crohn (EC). La extensión y comportamiento de la EII se determinaron según la clasificación de Montreal. La actividad de la enfermedad se estableció mediante los índices CDAI (EC) y de Truelove-Witts (CU). Para la evaluación de los RFA se consideraron el recuento leucocitario y plaquetario, la hemoglobina, la proteína C-reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG). Las concentraciones de FAL en suero SBC se determinaron mediante enzoinmunoanálisis (ELISA).

Resultados: El 87% de los enfermos de EII estaban en tratamiento. Las características clínicas y demográficas de los pacientes estudiados se recogen en la tabla 1. Los FAL en suero o en SBC que mostraron una asociación significativa con EC o CU activa según los índices CDAI o de Truelove-Witts (CU o EC) o con las concentraciones de diversos RFA se enumeran en la tabla 2. Las concentraciones de VEGFC, Ang2 y Tie2 en suero y de VEGFA, D, R2 y R3 en SBC se asociaron significativamente al tratamiento con mesalazina, budesonida, corticosteroides o azatioprina. No se encontró relación con VSG, recuento leucocitario, extensión de la enfermedad, consumo de tabaco, presencia de manifestaciones extraintestinales y periodo de enfermedad.

Conclusiones: 1. Las concentraciones de VEGFA, D, Ang2, PIGF y Tie2 en SBC se correlacionan significativamente con la actividad clínica de la EII y con el tratamiento administrado. 2. Las concentraciones de PIGF, Ang1 y Ang2 en SBC son más elevadas en los pacientes que tienen aumentados los RFA (PCR, hemoglobina y plaquetas).

Tabla 1

Edad (media ± DE)	42 ± 11 años
Periodo de enfermedad (media ± DE)	10 ± 8 años
Sexo	
—Varones	58%
—Mujeres	42%
Tratamiento de la EII	
—Mesalazina	50%
—Azatioprina/mercaptopurina	39%
—Infliximab/adalimumab	19%
—Corticoides orales	14%
—Budesonida/metrotexato	2%
Extensión (CU)	
—Colitis distal	76%
—Pancolitis	17%
—Proctitis	7%
Localización (EC)	
—Ileocólica	43%
—Cólica	30%
—Ilíaca	23%
Actividad CU (Índice de Truelove-Witts)	
—Sin actividad	67%
—Actividad baja	30%
—Actividad moderada	3%
Actividad EC (Índice CDAI)	
—Sin actividad	59%
—Actividad baja	22%
—Actividad moderada	19%

DE: desviación estándar.

Tabla 2

FAL	Muestra	Actividad clínica/RFA	p
PIGF	SBC		< 0,05
Ang2		CD	
Tie2		CU	
VEGFA			
VEGFD	SBC	CD	< 0,05
Ang1			
Ang2	Suero	CU	< 0,05
Tie2			
VEGFA	Suero	Recuento placentario	< 0,01
VEGFC			
Ang1			
PIGF			
Ang1	SBC	Recuento placentario	< 0,05
Ang2		Hemoglobina	
PIGF		PCR	
VEGFR1	SB	Hemoglobina	< 0,05

76. EFECTIVIDAD DE LA AZATIOPRINA Y MERCAPTOPURINA A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

C. Castaño Milla, M. Chaparro Sánchez, J. Maté Jiménez y J. Pérez Gisbert

Hospital de la Princesa, Madrid.

Objetivo: Evaluar la efectividad inicial y a largo plazo de los fármacos tiopurínicos para el tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Identificar factores predictores de efectividad inicial y de mantenimiento de la remisión a largo plazo de este tratamiento. Evaluar la seguridad del tratamiento.

Métodos: Se incluyeron pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn (EC) o Colitis Ulcerosa (CU), mayores de 18 años y en tratamiento con tiopurínicos por esta indicación. La respuesta se definió como un descenso de 3 puntos en el Índice Parcial de Mayo en los pacientes con CU, un descenso de 4 puntos en el Índice de Harvey-Bradshaw en los pacientes con EC luminal y la reducción de al menos el 50% en el número de orificios fistulosos externos con drenaje en los pacientes con EC perianal. Se evaluó la respuesta a los 12 meses y a largo plazo mediante curvas de supervivencia, considerando el análisis por protocolo y por intención de tratar.

Resultados: 309 pacientes recibían tratamiento con azatioprina (AZA) o mercaptopurina (MP). A los 12 meses de tratamiento el 81,9% (IC95%, 77-86%) de los pacientes presentaron respuesta en el análisis por intención de tratar, sin diferencias en función del diagnóstico de EII (CU vs EC; $p = 0,265$). En el análisis por protocolo se analizaron los pacientes que no suspendieron el tratamiento por efectos adversos y que lo recibieron durante al menos cuatro meses; de éstos, un 96,2% (93-98%) presentaron respuesta al tratamiento. 243 pacientes mantuvieron tratamiento durante más de 12 meses. Las curvas de Kaplan-Meier estimaron una probabilidad de mantenerse en remisión del 95,9% (93-98%) a los 24 meses de iniciar el tratamiento, del 92,8% (89-96%) a los 36 meses y del 89,4% (85-93%) a los 48 meses en el análisis por intención de tratar. En el análisis por protocolo la posibilidad de mantenerse libre de recidiva con el tratamiento fue de un 95,9% (93-98%) a los 24 meses de iniciarlo, un 92,8% (89-96%) a los 36 meses y un 89,4% (85-93%) a los 48 meses. No se encontraron factores predictores de respuesta a 12 meses ni a largo plazo. Un 17,5% (13-22%) de los pacientes sufrieron algún tipo de efecto adverso, siendo la intolerancia gastrointestinal el más frecuente (5,5%); aunque solo un 9,7% suspendió el tratamiento por este motivo.

Conclusiones: AZA y MP tienen una aceptable efectividad a medio y largo plazo en el tratamiento de la EII. No se han encontrado

factores predictores de respuesta a los tiopurínicos, incluido el tipo de EII. El riesgo de recidiva de la EII en los pacientes tratados con tiopurínicos es relativamente bajo a largo plazo, inferior al descrito en los estudios en los que se interrumpe el tratamiento. Los fármacos tiopurínicos son relativamente seguros, tanto a corto como a largo plazo.

77. TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS INTESTINAL MEDIANTE TOCOTRIENOLAS EN UN NUEVO MODELO EXPERIMENTAL

J. Luna^a, R. Mora^a, M.C. Masamunt^a, T. Nunes^a, J. Llach^a, S. Delgado^a, X. Molero^b, E. Vaquero^a y M. Sans^a

^aHospital Clinic, Barcelona. ^bHospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Los tocotrienoles tienen una potente acción anti-fibrogénica “in vitro” sobre los fibroblastos intestinales. El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad de los tocotrienoles en el tratamiento de la fibrosis intestinal “in vivo”, en un nuevo modelo animal.

Métodos: Se trataron ratas Sprague-Dawley con diferentes pausas y dosis de TNBS por vía intrarectal, durante 3 semanas, para optimizar este modelo de fibrosis intestinal. Una vez definido el modelo, se trataron los animales con 10, 50 o 150 $\mu\text{l}/\text{día}$ de fracción rica en tocotrienoles (FRT) de aceite de palma, por vía oral, iniciada 10 días antes de la primera dosis de TNBS y hasta 3 semanas después. El grado de fibrosis intestinal se cuantificó en preparaciones teñidas con tricrómico de Mason, mediante estudio morfológico asistido por computador. La expresión colónica de colágeno I y III, TNF- α y vimentina se midió mediante RT-PCR y la activación de TGF- β 1 y la producción de MMP-3 y TIMP-1 mediante Western-blot.

Resultados: El tratamiento con 3 dosis semanales de 10 mg de TNBS indujo, de manera consistente, una fibrosis intestinal intensa. Durante la primera semana se produjo un marcado incremento de la submucosa, debido a infiltrado inflamatorio y edema, que a las 3 semanas fueron substituidos por tejido fibrótico. Ninguna de las dosis de FRT utilizadas consiguió reducir el grado de fibrosis colónica. No obstante, el tratamiento con FRT 150 $\mu\text{l}/\text{día}$ redujo de forma significativa ($p < 0,05$) la diarrea, sangrado rectal y pérdida de peso de los animales, así como la expresión de TNF- α y vimentina a nivel colónico.

Conclusiones: El tratamiento con tocotrienoles no consiguió reducir el grado de fibrosis intestinal en un nuevo modelo experimental. No obstante, este tratamiento disminuyó varios parámetros de inflamación colónica. Quizá un tratamiento con tocotrienoles más extenso podría resultar en una mayor eficacia anti-fibrogénica “in vivo”.

78. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS FÍSTULAS PERIANALES EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

M. Chaparro^a, P. Burgueño^b, I. Vera^c, F. Bermejo^d, I. Marín-Jiménez^e, C. Yela San Bernardino^f, P. López^g, M.D. Martín Arranz^h, C. Taxoneraⁱ, B. Botella^j, R. Pajares^k, A. Ponferrada^l, M. Calvo^c, A. Algaba^d, L. Pérez^e, B. Casis^f, J. Maté^a y J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ^dServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Fuenlabrada, Madrid. ^eServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ^fServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ^gServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Alcorcón, Madrid. ^hServicio de

Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ²Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Cristina, Madrid. ³Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Leonor, Madrid. ⁴Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Sofía, Madrid.

Introducción: La afectación perianal en los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) es especialmente relevante por su impacto en la calidad de vida. Existen pocos estudios sobre la epidemiología de las fístulas perianales en los pacientes con EC.

Objetivo: Conocer la epidemiología de las fístulas perianales en los pacientes con EC.

Métodos: Se realizó un estudio transversal y multicéntrico en el que se incluyeron los pacientes con EC atendidos en 11 hospitales de la Comunidad de Madrid. La fístula perianal se consideró compleja si cumplía alguno de los siguientes criterios: localización alta (interesfintérica alta, transesfintérica alta, extraesfintérica o supraesfintérica), con múltiples orificios externos, con absceso perianal, con estenosis anal o con proctitis. El resto de las fístulas perianales se consideraron simples.

Resultados: Se incluyeron 2.391 pacientes, de los cuales 581 habían presentado fístula perianal en algún momento desde el diagnóstico de la EC. La mediana de tiempo de evolución de la EC fue de 12 años. La incidencia acumulada de fístulas perianales fue del 24% (IC95%: 22-30%) y la incidencia acumulada de fístula perianal compleja del 12% (IC95%: 11-13%). La tasa de incidencia de aparición de fístulas perianales fue del 1,2% por paciente-año de seguimiento y de fístulas perianales complejas del 0,7% por paciente-año de seguimiento. En los pacientes con fístulas perianales la mediana de edad fue de 41 años, el 55% fueron hombres. El 83% de los pacientes presentaban afectación cólica (53% ileocólica) y un 62% patrón inflamatorio. El 51% de las fístulas simples fueron superficiales, el 27% transesfintéricas bajas y el 22% interesfintéricas bajas. La localización más frecuente de las fístulas complejas fue inter o transesfintérica alta (43%), seguida de inter o transesfintérica baja (31%), supraesfintérica (11%) extraesfintérica (9%) y superficial (10%). El 74% de las fístulas complejas se asociaron a absceso perianal, el 35% a proctitis, el 10% a estenosis anal y el 35% tenían varios orificios externos.

Conclusiones: Las fístulas perianales son muy frecuentes, apareciendo en un 25% de los pacientes con EC. De estas, aproximadamente la mitad son complejas. Las fístulas perianales complejas se asocian con frecuencia a la presencia de absceso perianal y en un porcentaje relevante de pacientes a estenosis anal.

79. INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE (ICD) DE ADQUISICIÓN COMUNITARIA (ICD-AC). UNA ENTIDAD EMERGENTE

T. Lobatón Ortega, J. Guardiola Capón, F. Rodríguez Moranta, J.M. Botargues Bote, M. Peñalva Peñas y J. Niubó Bosch

Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: La ICD se ha considerado tradicionalmente una infección nosocomial asociada al uso de antibióticos y edad avanzada, comorbilidad grave o estancia hospitalaria prolongada. Recientemente se han descrito casos de adquisición comunitaria.

Objetivo: Conocer la frecuencia y características de la ICD-AC.

Material y métodos: Ámbito: Hospital Universitario de tercer nivel. Diseño: serie retrospectiva de casos. Pacientes: se han considerado todos los pacientes que hubieran acudido al Servicio de Urgencias por diarrea y se les hubiera procesado una muestra de heces para diagnóstico de ICD entre enero de 2006 y diciembre de 2009. Diagnóstico de ICD: positividad de la determinación directa de toxina en cultivo celular o cultivo toxigénico. Definición de episodio de ICD-AC:

diagnóstico de ICD en pacientes que no hubieran sido dados de alta de un centro sanitario o sociosanitario en las 12 semanas previas y que no hubieran sido diagnosticados de ICD en los 28 días previos.

Resultados: Se han identificado 43 pacientes con ICD de los que 20 cumplían los criterios de ICD-AC: 2 casos en 2006, 3 en 2007, 8 en 2008 y 7 en 2009. 19/20 casos (95%) se asociaron al uso de antibióticos: quinolonas el 55% de casos, amoxicilina-clavulánico el 30%, amoxicilina el 20%, cefalosporinas el 20% y otros el 35%. El 85% estaba en tratamiento con IBPs. 12/20 (60%) tenían < 65 años. 5/20 (25%) eran individuos sanos que presentaron cuadro de colitis tras tratamiento antibiótico por: erradicación *Helicobacter* 3 casos, resfriado 1 caso, mastitis durante lactancia 1 caso. 7/20 (35%) casos precisaron ingreso hospitalario, la mayoría pacientes con comorbilidad. Ningún paciente presentó megacolon ni precisó cirugía. El tratamiento con metronidazol (15/20) o el cese del antibiótico asociado (2/20) fue eficaz en todos los casos excepto en uno asociado a colitis ulcerosa (3/20 no información sobre tratamiento). No hubo mortalidad a los 30 días.

Conclusiones: La ICD-AC es una entidad emergente que afecta individuos previamente considerados de bajo riesgo para infección por *Clostridium difficile*. El *Clostridium difficile* es un patógeno a considerar en el estudio diagnóstico de diarrea en pacientes ambulatorios con antecedente de consumo de antibióticos, particularmente quinolonas.

80. ¿EXISTEN PREDICTORES CLÍNICOS DE BUENA EVOLUCIÓN EN LA ENFERMEDAD DE CROHN DE RECIENTE DIAGNÓSTICO?

Y. Zabana^a, E. García-Planella^b, M. van Domselaar^c, M. Mañosa^a, J. Gordillo^b, A. López Sanromán^c, E. Cabré^a y E. Doménech^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^cHospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La identificación de factores asociados a una buena o mala evolución de la enfermedad de Crohn (EC) facilitaría la adopción de estrategias terapéuticas tipo "top-down". Se han identificado factores asociados a una evolución más agresiva pero su utilidad es limitada dado que la mayoría de los pacientes los presentan.

Objetivo: Identificar factores clínicos y demográficos al momento del diagnóstico de la EC asociados a una buena evolución a largo plazo.

Pacientes y métodos: Se identificaron pacientes con EC diagnosticados entre enero 1994 y diciembre 2003 en 3 centros españoles. Solo se incluyeron los pacientes con patrón inflamatorio, sin enfermedad perianal al diagnóstico y seguidos = 5 años. Se recogieron datos demográficos, epidemiológicos y clínicos desde el diagnóstico de la EC hasta octubre 2008. Se definió buena evolución a la ausencia de complicaciones estenosantes o penetrantes (incluida enfermedad perianal), juntamente con el no requerir reintroducción de esteroides, inicio de inmunomoduladores, anti-TNF ni resecciones quirúrgicas durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 151 pacientes (54% hombres). Al momento del diagnóstico de la EC, 38% presentaban afectación ileal, 28% cólica, 34% ileocólica, y 48% eran fumadores activos. La mediana de seguimiento fue de 96 meses (IIQ, 79-142). Veintinueve pacientes (19%) presentaron criterios de "buena evolución" al final del seguimiento. Durante el seguimiento, 73% de los pacientes requirieron reintroducción de esteroides, 64% inmunomoduladores, 19% biológicos, y 26% resección intestinal; 11% presentó estenosis intestinales, 12% complicaciones penetrantes intraabdominales, y 15% enfermedad perianal. Solo la localización cólica aislada se asoció a una mayor probabilidad de buena evolución ($p = 0,001$), pero esto se dio solamente en el 35% de aquellos pacientes. Resultados

similares se obtuvieron cuando se excluyeron las resecciones quirúrgicas debidas a estenosis o la reintroducción de esteroides como criterios de "buena evolución".

Conclusiones: No se han identificado factores predictivos de muy buena evolución en el momento diagnóstico de la EC que permitan identificar aquellos pacientes no tributarios de introducción precoz de inmunomoduladores y/o biológicos.

81. EVALUACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE LA DENSIDAD DE CAPILARES LINFÁTICOS Y SANGUÍNEOS Y DE LA EXPRESIÓN TISULAR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO DEL ENDOTELIO VASCULAR (VEGF-A) EN MUCOSA DE COLON DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA (CU)

P. Muñoz Linares^a, M.E. Fernández Contreras^a, A. Algaba^b, M. Guijarro Rojas^c, F. Bermejo^b, M. Chaparro^a y J.P. Gisbert^a

^aHospital de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Fuenlabrada, Madrid. ^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital de la Princesa, Madrid.

Introducción: La angiogénesis y la linfangiogénesis han adquirido una importancia notable entre los factores que podrían influir tanto en el desencadenamiento como en la evolución de la CU. Se considera que VEGF-A es el factor proangiogénico más importante de los cinco miembros que constituyen la familia VEGF.

Objetivo: Estudiar la densidad de capilares linfáticos y sanguíneos en epitelio de colon de pacientes con CU, las posibles diferencias entre muestras con expresión positiva y negativa de VEGF-A, mucosa afecta y no afecta y enfermedad activa y quiescente.

Métodos: Se utilizó la técnica de inmunohistoquímica para el estudio de biopsias de pacientes con CU. La densidad capilar se determinó con los anticuerpos monoclonales CD34 y D2.40 (DAKO, Glostrup, Dinamarca), que marcan respectivamente vasos sanguíneos y linfáticos maduros. La cuantificación se realizó por recuento directo de capilares en cuatro campos con el objetivo 40X. La expresión de VEGF-A se estudió con un anticuerpo policlonal (R&D Systems, Minneapolis, EEUU). De acuerdo con el subíndice endos-

cópico de Mayo, los casos se clasificaron como enfermedad quiescente y activa, y en estos últimos se tomaron muestras de mucosa afecta y no afecta, según criterio del endoscopista. Histológicamente, las muestras se clasificaron como mucosa normal, mucosa afecta, inflamación inespecífica y quiescente,

Resultados: Se estudiaron 60 biopsias de 40 pacientes con diagnóstico histológico de CU. La edad media fue de 48 ± 14 años y el 50% fueron varones. Hubo 23 casos con enfermedad activa y 17 con enfermedad quiescente. La tabla 1 muestra la relación entre los diagnósticos endoscópico e histológico. La media de capilares sanguíneos y linfáticos se relacionó con los diagnósticos endoscópico e histológico y con la expresión de VEGF-A (tabla 2). El recuento de capilares sanguíneos fue significativamente menor en las muestras con diagnóstico histológico de CU quiescente y mucosa afecta que en mucosa normal ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias con respecto al número de capilares linfáticos, ni relación entre densidad capilar y expresión tisular de VEGF-A.

Conclusiones: 1. En los pacientes con CU, la densidad de capilares sanguíneos en epitelio afecto y quiescente fue significativamente inferior a la observada en mucosa normal, lo que sugiere una relación inversa entre esta variable y la gravedad de las lesiones de la mucosa. 2. Es necesario investigar más a fondo si este hallazgo es una consecuencia del daño tisular que sufre la mucosa o es indicativo de que los cambios inflamatorios tienen lugar con anterioridad a la angiogénesis.

82. LESIONES CUTÁNEAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR Y/O BIOLÓGICO

J. Llaó Guàrdia, B. Gómez Pastrana, J. Gordillo Ábalo, L. Marín y L. Puig

Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La inmunosupresión (IMS) puede aumentar la incidencia de infecciones cutáneas y/o lesiones cutáneas de tipo inflamatorio, pero se dispone de pocos datos al respecto.

Tabla 1

Actividad endoscópica (pacientes)	Diagnóstico (muestras)					
	Endoscópico	Histológico				
		Mucosa normal	Inflamación inespecífica	Mucosa afecta	Quiescente	No valorable
Enfermedad activa (23)	Mucosa afecta (23)	6	3	9	1	4
	Mucosa normal (17)	3	5	7	0	2
Enfermedad quiescente (17)	Normal (20)	3	3	6	7	1

Tabla 2

	CD34 (media \pm DE)	p	D.240 (media \pm DE)	p
Actividad endoscópica				
Enfermedad activa	33,4 \pm 11,2	0,7	5,6 \pm 3,8	1,0
Enfermedad quiescente	31,5 \pm 12,6		5,7 \pm 4,4	
Diagnóstico histológico				
Mucosa normal	39,4 \pm 9,7	0,04	5,8 \pm 2,8	0,9
Inflamación inespecífica	35,2 \pm 10,7		4,7 \pm 4,3	
Mucosa afecta	31,1 \pm 8,9		5,2 \pm 4,0	
Quiescente	25,1 \pm 14,5		5,3 \pm 4,9	
VEGF-A				
Positivo	32,1 \pm 13,6	0,8	5,8 \pm 3,8	0,4
Negativo	31,1 \pm 10,4		4,7 \pm 3,7	

DE: desviación estándar.

Objetivo: Evaluar la incidencia de lesiones cutáneas en pacientes con EII en el contexto de tratamiento con tiopurinas y/o biológicos.

Métodos: Se envió por correo postal una encuesta dirigida a conocer la incidencia de lesiones cutáneas a todos los pacientes que habían recibido tratamiento con tiopurinas y/o agentes biológicos en nuestro centro. Aquellos pacientes que no respondieron se intentó contactar telefónicamente. Además, siempre que fue posible, se confirmaron los datos mediante la revisión de la historia clínica. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y del tratamiento referidos a la monoterapia con tiopurinas, y separadamente, al tratamiento biológico. Se tipificaron las lesiones cutáneas, los métodos diagnósticos utilizados, el tratamiento específico recibido y/o la necesidad de retirada del tratamiento IMS.

Resultados: Se obtuvieron datos de 195 pacientes (144 con E. Crohn, 51 CU) tratados con tiopurinas, de los cuales 111 recibieron posteriormente tratamiento combinado (tiopurinas + biológicos). El 47% de los pacientes presentaron lesiones cutáneas con tiopurinas, siendo las más frecuentes las verrugas (41%), infecciones herpéticas (35%) y el eccema seborreico (20%); se diagnosticaron 6 neoplasias cutáneas (3 espinocelulares, 3 basocelulares). En el 68% de los casos se instauró tratamiento específico y solamente se retiraron las tiopurinas en el 4%. Durante el tratamiento combinado, el 47% presentaron lesiones cutáneas, siendo las más frecuentes el eccema (27%), psoriasis (17%) e infecciones herpéticas (15%); se diagnosticaron 2 carcinomas basocelulares. En el 72% de los casos se instauró tratamiento específico y se retiraron los biológicos en el 12%.

Conclusiones: La mitad de los pacientes en tratamiento IMS presentaron lesiones cutáneas. Mientras las tiopurinas parecen favorecer las infecciones herpéticas, los agentes biológicos se asociaron a una mayor incidencia de lesiones de tipo inflamatorio. Contrariamente a lo esperable, no se evidenció una elevada incidencia de neoplasias cutáneas.

83. PSORIASIS INDUCIDA POR FÁRMACOS ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: SERIE DE 20 CASOS

I. Guerra Marina^a, A. Algaba García^a, J.L. Pérez Calle^b, M. Chaparro Sánchez^c, I. Marín Jiménez^d, R. García Castellanos^e, Y. González Lama^f, A. López San Román^g, N. Manceñido Marcos^h, P. Martínez Montielⁱ, E. Quintanilla Lázaro^j, C. Taxonera Samsó^k, M. Villafraña Cives^l, A. Romero Mate^m, P. López Serrano^o, J. Pérez Gisbert^c y F. Bermejo San José^a

^aServicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ^bHospital Fundación Alcorcón, Madrid. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ^dServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ^eServicio de Digestivo, Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ^fServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ^gServicio de Digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ^hServicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Sofía, Madrid. ⁱServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ^jSección de Digestivo, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés. ^kServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ^lServicio de Digestivo, Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. ^mServicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: Los fármacos anti factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF) son útiles para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y la psoriasis. Paradójicamente se han descrito casos de psoriasis inducida por el tratamiento con estos fármacos en pacientes con EII. Presentamos una serie de 20 casos registrados en la Comunidad de Madrid.

Métodos: Realizamos un análisis sistemático de los casos registrados de psoriasis, durante el tratamiento con fármacos anti-TNF por EII, en nuestra serie histórica de pacientes de centros pertenecientes al Grupo para el Estudio de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal de Madrid (ENICMAD).

Resultados: Veinte de los 1287 pacientes tratados con fármacos anti-TNF por EII presentaron psoriasis inducida por el tratamiento (incidencia acumulada 1,55; IC95% 1,01-2,39). 13 pacientes recibían infliximab y 7 adalimumab. Edad media 39 ± 10 años, 14 mujeres, 50% fumadores. El momento de aparición de las lesiones de psoriasis fue muy variable (12 ± 8 dosis), en todos durante la terapia de mantenimiento, excepto en un paciente que presentó lesiones tras la tercera dosis de inducción con infliximab. Tres pacientes tenían antecedentes de psoriasis previa al tratamiento, reapareciendo durante el mismo. Las zonas de aparición más frecuentes de las lesiones psoriásicas fueron las extremidades (60%), seguidas del tronco (45%) y el cuero cabelludo (40%). Presentación clínica: vulgar (55%), cuero cabelludo (15%), pustular palmoplantar (15%), pustular generalizada (5%), en gotas (5%), inversa (5%). En 4 pacientes se retiró el fármaco ante la aparición de psoriasis, desapareciendo la misma en 1 paciente, sin recidiva posterior. En los otros 3 pacientes la respuesta fue parcial, con retirada definitiva del fármaco en 2 de ellos. Los otros 16 pacientes fueron tratados con corticoides tópicos aislados o en combinación con otros tratamientos tópicos, asociando en 2 pacientes terapia con UVA. Solo un paciente no respondió a esta estrategia, con respuesta completa tras retirar el anti-TNF. En 2 pacientes se cambió de tratamiento anti-TNF (1 de infliximab a adalimumab y otro al contrario) por respuesta parcial. Con el segundo anti-TNF hubo en ambos casos recurrencia leve de psoriasis, con respuesta completa al tratamiento tópico.

Conclusiones: Durante la terapia de mantenimiento con anti-TNF en pacientes con EII pueden aparecer lesiones de psoriasis, siendo la presentación vulgar y la localización en extremidades las variantes más frecuentes. El tratamiento con esteroides tópicos es efectivo en la mayoría de los pacientes. La retirada del fármaco se debería reservar para los pacientes con psoriasis grave o sin respuesta al tratamiento tópico.

84. AUMENTO DE LA OXIDACIÓN DE ALBÚMINA EN LA COLITIS EXPERIMENTAL INDUCIDA POR SULFATO DE DEXTRANO SÓDICO (DSS)

L.G. Guijarro^{a,b}, I. Moreno Villena^b, I. Román Curto^b, B. Hernández Breijo^b, P. Muñoz Linares^{a,c} y J.P. Gisbert^{a,c}

^aCIBERehd. ^bDepartamento de Bioquímica y Biología Molecular, Unidad de Toxicología Molecular, Universidad de Alcalá, Madrid. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La albúmina se sintetiza en el hígado y es inmediatamente secretada en la sangre, donde circula durante un promedio de 30 días. Recientemente, se ha demostrado que la oxidación de diversos residuos de aminoácidos constituye un buen biomarcador del estado de la enfermedad del paciente con fallo renal y con cirrosis hepática. En la enfermedad inflamatoria intestinal se ha observado un desequilibrio antioxidante, así como una disminución en la concentración de albúmina circulante. Sin embargo, la determinación de la albúmina total en plasma tiene poco valor clínico para la monitorización de la enfermedad debido a su baja sensibilidad y especificidad.

Objetivo: a) Evaluar la calidad analítica de un método de purificación de la albúmina circulante y de su estado de oxidación mediante la presencia de residuos carbonilo; b) Determinar la calidad analítica del método para su uso en ratas con colitis inducida por DSS.

Métodos: Estudio de casos y controles en 4 ratas tratadas con DSS durante 5 días y cinco ratas sanas. La albúmina fue purificada del

suero mediante una columna de Cibacron Blue con un rendimiento del 50% y una pureza del 99%. Posteriormente, la proteína fue identificada mediante las técnicas de MALDI-TOF y Western-blot usando un anticuerpo anti-albúmina. La presencia de residuos carbonilo en la albúmina fue determinada por la técnica de Oxy-blot.

Resultados: Aplicando estas técnicas al suero de ratas con colitis inducida por DSS observamos un aumento significativo del 300% en la proporción de residuos carbonilo presentes en la albúmina (albúmina oxidada) comparado con los niveles de esta en las ratas control ($p < 0,01$).

Conclusiones: El aumento de los grupos carbonilo en la albúmina durante la colitis experimental sugiere que la proporción de albúmina oxidada/albúmina total pueda ser un marcador útil para estimar la actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal.

85. BENEFICIO DEL TRATAMIENTO CON AZATIOPRINA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

E. Leo Carnerero, C. Trigo Salado, M.D. de la Cruz Ramírez, J.M. Herrera Justiniano y J.L. Márquez Galán

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivo: Conocer la utilidad de azatioprina (AZA) entre los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tratados en un hospital de referencia en la práctica clínica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluye 568 pacientes con EII, 359 con enfermedad de Crohn (EC) y 209 con colitis ulcerosa (CU); excluyendo los pacientes tratados con AZA menos de 3 meses sin que el motivo sea cirugía o uso de anti-TNF, en cuyo caso se considera fracaso del tratamiento. Definimos beneficio del tratamiento con AZA si no es necesario progresar en el mismo (cirugía o antiTNF), modificarlo (otros inmunosupresores) o suspenderlo por fracaso terapéutico. Comparamos entre EC y CU la intención de tratar con AZA, así como el beneficio global y en los tratados en cada grupo. Analizamos los efectos secundarios y qué factores influyen sobre la eficacia de AZA (tabaco, edad al diagnóstico, momento del inicio del tratamiento, fenotipo, indicación terapéutica-profilaxis postquirúrgica vs tratamiento de mantenimiento en EC).

Resultados: La intención de tratar con AZA a los pacientes con EC es del 67% (240/359), frente al 27,3% (57/209) en la CU ($p < 0,001$). De los 346 pacientes con EC finalmente incluidos 116 obtienen beneficio del tratamiento, mientras en la CU se consigue en 29 de los 202 (beneficio global de 33% vs 14,5%; $p < 0,05$). Si analizamos el beneficio solo entre los pacientes tratados con AZA es similar en ambas patologías: el 50,4% de los pacientes tratados con EC obtienen beneficio frente al 58% en la CU ($p < 0,3$). Tampoco encontramos diferencias en cuanto a los efectos secundarios (EC 22% vs CU 15,8%, $p < 0,2$) aunque la pancreatitis aguda sucede solo entre los pacientes con EC (16/240, 6,66%) Aunque excluyamos estos pacientes por no poder valorar el efecto real de AZA, el beneficio obtenido es similar entre los pacientes tratados con EC y CU (65,7% vs 70,7%; $p < 0,5$). En la CU no encontramos ningún factor que influya en la eficacia de la AZA, mientras que en la EC actúan negativamente sobre la misma la existencia de patología perianal y el patrón de comportamiento fistulizante, no influyendo el resto de factores analizados incluyendo el momento de inicio del tratamiento.

Conclusiones: La eficacia terapéutica de la AZA es similar entre los pacientes con EC y CU, limitada por sus efectos secundarios. Algo más de la mitad de los pacientes tratados obtienen beneficio, precisando el resto de pacientes de otras alternativas terapéuticas. Sin embargo, dada su mayor indicación como principal tratamiento de mantenimiento en la EC, su uso es globalmente más beneficioso que en CU. No obstante, en la EC tan solo un tercio del total de los pacientes consiguen el control de la enfermedad con este fármaco. La afectación perianal y el patrón de comportamiento fistulizante son factores predictivos de falta de respuesta al tratamiento con

AZA en la EC. No encontramos beneficio del tratamiento precoz, aunque parece condicionado por el diseño del estudio.

86. VARIABILIDAD DE LAS MUTACIONES NOD2/CARD15 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EN DIFERENTES NÚCLEOS POBLACIONALES DE LA PROVINCIA DE SEVILLA

E. Leo Carnerero, C. Trigo Salado, M.D. de la Cruz Ramírez, J.M. Herrera Justiniano y J.L. Márquez Galán

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivo: Conocer si existen diferencias genotípicas (mutaciones NOD2/CARD15) en diferentes áreas de la provincia de Sevilla y su influencia en el fenotipo y evolución de la enfermedad.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 146 pacientes con enfermedad de Crohn (EC) en los que se realiza estudio de las mutaciones NOD2/CARD15 (polimorfismos R702W, G908R y L1007fs). Dividimos los pacientes según su lugar de procedencia en 3 grupos: Sevilla capital (zona A, n 67), la Campiña (zona B, n 22) y Aljarafe (zona C, n 29). Excluimos 29 pacientes de zonas no agrupables. Analizamos sexo, edad de diagnóstico y tiempo de seguimiento de la EC, tabaquismo, existencia de mutaciones NOD2/CARD15, localización y comportamiento de la EC (clasificación de Montreal), manifestaciones extraintestinales, necesidad de tratamiento inmunosupresor (IS), biológicos y cirugía. Comparamos estos parámetros en los diferentes grupos.

Resultados: Las mutaciones están presentes en 38/117 de los pacientes (32,4%), siendo superior en la Campiña (10/22; 45,5%) y el Aljarafe (11/28; 39,3%) que en la capital (17/67; 25,4%) sin significación estadística ($p < 0,07$ entre zonas B y A). No encontramos diferencias por sexo ni edad al diagnóstico de la EC. La afectación ileal es superior entre los pacientes de la zona B (90,9%, frente a 75% en los otros dos grupos; $p < ns$) y la del colon entre los pacientes de la zona C (82% vs 50%, $p < 0,006$), sin relación con las mutaciones. La afectación perianal es similar entre los grupos, así como las manifestaciones extraintestinales (44,8%, 40,9% y 46,4% respectivamente). El patrón de comportamiento es similar entre todos los grupos (inflamatorio en 45- 50%). En general la localización ileal, el patrón de comportamiento estenosante/penetrante ($p < 0,0001$) y el tiempo de evolución ($p < 0,0001$) son factores que favorecen el riesgo de cirugía, mientras que el uso de inmunosupresores (IS) actúa como factor protector ($p < 0,04$) aunque en el análisis multivariante la localización no es factor independiente. La existencia de mutaciones no influye en el pronóstico. Aunque el uso de IS es superior en la zona de la Campiña (86,4%) respecto a la zona A (65,7%) —siendo similar el uso de biológicos—, las diferencias en el riesgo quirúrgico no son significativas (38,8% zona A, 27,3% zona B y 37,6% zona C). Los pacientes de la Campiña menos tiempo de seguimiento (7,1 años vs 10 en zona A vs 12 en zona C, $p < 0,006$ entre zona B y C).

Conclusiones: En las zonas rurales la frecuencia de mutaciones es superior a la zona de la capital, posiblemente debido a una mayor variabilidad en el origen de los habitantes de esta última. Aunque la presencia de estas mutaciones ha sido asociada a peor pronóstico, no encontramos diferencias significativas en nuestra serie. La tendencia a un menor riesgo de cirugía en la zona con mayor número de mutaciones está condicionada por el uso de IS y menos tiempo de evolución, sin influencia de la carga genética.

87. COLITIS COLÁGENA (CC) REFRACTARIA TRATADA CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS

E. Sainz^a, M. Esteve^a, A. Salas^b, M. Forné^a, J.C. Espinós^a, J.M. Viver^a y F. Fernández-Bañares^a

^aGastroenterología; ^bAnatomía Patológica, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Barcelona.

Introducción: La CC es una enfermedad rara. No se ha reportado ningún caso con amiloidosis secundaria. La CC refractaria es todavía más excepcional y es indicación de colectomía. Solo se han reportado 2 casos de CC tratados con biológicos (Rodríguez E, Mahadevan U. DDW2008).

Métodos: Presentamos 2 casos de CC refractaria tratada con anti-TNF identificados a partir de la base de datos de RECOMINA (n = 190), uno con amiloidosis secundaria y el otro con enteropatía sensible al gluten asociada (ESG) (Marsh 1). Los datos demográficos, características clínicas y tratamientos previos se han extraído de la historia clínica y la respuesta clínica, analítica e histológica a los biológicos se ha valorado prospectivamente.

Resultados: Caso 1: mujer 60 años con CC de 23 años de evolución y amiloidosis secundaria. Tratada con antibióticos, antidiarreicos, colestiramina, mesalazina, budesonida y azatioprina sin respuesta. Inició infliximab después del diagnóstico de amiloidosis, presentando respuesta parcial y pérdida de respuesta precoz. Se cambió a adalimumab (dosis 160-80-40 mg) con retratamientos cada 15 días y seguimiento de 8 meses. Se detectó remisión clínica (20 dep/líquidas con incontinencia a 2 dep/formadas con continencia) y desaparición del dolor abdominal. Presentó respuesta histológica parcial. Caso 2: mujer 58 años diagnosticada d'ESG (Marsh 1) tratada con dieta sin gluten con respuesta parcial. Diagnosticada de colitis linfocítica el año 2000. Tratada con mesalazina, budesonida y azatioprina con buena respuesta inicial. El año 2009 por refractariedad a fármacos se revaloró siendo diagnosticada de CC, iniciando infliximab (inducción seguida de retratamientos cada 2 meses y seguimiento de 8 meses). Se detectó remisión clínica pasando de 10 dep/líquidas con incontinencia a 3 dep/formadas con continencia. A los 5 meses del inicio se sustituyó por adalimumab (40 mg/15 días) por prurito. No se detectó respuesta histológica. Ambas pacientes presentaban parámetros sistémicos de inflamación que se normalizaron en el caso 1 y disminuyeron en el caso 2.

Conclusiones: El tratamiento con fármacos anti-TNF es una alternativa eficaz a la colectomía en la CC refractaria.

88. CORRELACIÓN ENTRE LOS MARCADORES BIOLÓGICOS Y LA ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Chaparro^a, P. Miranda-García^{a,b} y J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ^bCIBERehd.

Introducción: Los marcadores biológicos se emplean de forma rutinaria para la monitorización de la actividad en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sin embargo, la correlación entre estos marcadores y la actividad clínica de la enfermedad no está bien establecida.

Objetivo: Conocer la correlación entre los distintos marcadores biológicos y la actividad clínica en los pacientes con EII. Identificar los marcadores biológicos que presenten un mayor rendimiento diagnóstico para la evaluación de la actividad inflamatoria en los pacientes con EII.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva pacientes en seguimiento en la Unidad de EII de nuestro hospital. Se obtuvo una muestra de sangre de cada paciente en la que se realizó un hemograma y se determinaron distintos marcadores biológicos: proteína C reactiva (PCR), orosomucoide, velocidad de sedimentación globular (VSG), ferritina y fibrinógeno. Se realizó una evaluación de la actividad clínica mediante la aplicación del Partial Mayo Score en el caso de la colitis ulcerosa (CU) y del Harvey-Bradshaw en la enfermedad de Crohn (EC). Se calculó el rendimiento diagnóstico de cada marcador biológico mediante el área bajo la curva ROC (ABC). Se identificaron los mejores puntos de corte para cada marcador biológico y para ellos se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN).

Resultados: Se incluyeron 263 pacientes con una mediana de edad de 43 años y una mediana de tiempo de evolución de la enfermedad de 7 años. El 52% fueron hombres y el 60% tenían EC.

Global (EC y CU)						
Marcador	ABC	Mejor punto de corte	S (%)	E (%)	VPP (%)	VPN (%)
Orosomucoide	0,69	110,5 g/dl	65	78	32	93
Fibrinógeno	0,67	400 g/dl	62	60	18	83
Hemoglobina	0,67	13 g/dl	70	62	25	90
Plaquetas	0,63	238.000/ml	60,6	54	17	89
VSG	0,62	16,5	57	65	21	90
PCR	0,57	0,2 g/dl	59	63	21	90

EC						
Marcador	ABC	Mejor punto de corte	S (%)	E (%)	VPP (%)	VPN (%)
Hemoglobina	0,77	13 g/dl	63	88	23	93
Orosomucoide	0,71	110 g/dl	70	75	29	94
VSG	0,68	18,5	70	66	24	93
Fibrinógeno	0,65	438 g/dl	59	76	26	90
PCR	0,65	0,2 g/dl	70,6	62	20	92
Plaquetas	0,62	262.000/ml	61	63	19	89

CU						
Marcador	ABC	Mejor punto de corte	S (%)	E (%)	VPP (%)	VPN (%)
Fibrinógeno	0,73	395 g/dl	67	62	24	91
Plaquetas	0,67	238.000/ml	60	61	23	88
Orosomucoide	0,66	114 g/dl	60	86	45	91

En las tablas se muestra la precisión de los marcadores biológicos que mostraron un mayor rendimiento para el diagnóstico de la presencia de actividad tanto globalmente como en EC y en CU.

Conclusiones: La correlación entre los marcadores biológicos empleados habitualmente y la actividad clínica en los pacientes con EII es baja. El rendimiento diagnóstico de estos marcadores es, en general, inferior en la CU que en la EC. Los marcadores con mayor precisión diagnóstica son el orosomucoide, el fibrinógeno y la hemoglobina. La utilidad de la PCR, tanto en la EC como en la CU, es muy limitada.

89. REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD DE LOS INMUNOSUPRESORES TIOPURÍNICOS (AZA/6MP) EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA INTESTINAL (EICI)

S. Torres^a, J.A. Arévalo^a, A. Orive^a, A. Bernal^a, M. Durán^a, M. Lorenzo^a, A. Hernández^a, M. López^a, S. Aresti^a, L. Bridet^a, M. Aguirresarobe^a, M. Navajas^a, I. Heras^b y J.L. Cabriada^a

^aHospital de Galdakao, Vizcaya. ^bServicio de Digestivo, Hospital de Basurto, Vizcaya.

Introducción: La azatioprina (AZA) y su metabolito activo la mercaptopurina (MP) son los fármacos inmunomoduladores más frecuentemente utilizados en los pacientes con EICI. Los efectos adversos (EA) obligan a la retirada del fármaco en el 15-20% de los pacientes. Durante el tratamiento con AZA/MP existen efectos adversos idiosincrásico o dosis-independiente que aparecen durante las primeras semanas de tratamiento y entre los que se incluyen las reacciones de hipersensibilidad RHS [fiebre, mialgia, artralgias y erupción cutánea].

Material y métodos: El objetivo de nuestra comunicación es recoger las RHS aparecidas durante el tratamiento con IMM tiopurínicos en una muestra consecutiva de pacientes de nuestra unidad monográfica de EICI, mayores de 18 años de edad, diagnosticados de EICI según criterios de Lennard-Jones y que precisaron iniciar tratamiento inmunomodulador con azatioprina (2,5 mg/kg) o mercaptopurina (1,5 mg/kg) según las indicaciones habituales.

Resultados: Durante el periodo de tiempo comprendido entre septiembre de 1993 y noviembre de 2009 se incluyeron 530 pacientes diagnosticados de EICI de los cuales el 36% (192/530) recibían o habían recibido tratamiento inmunomodulador con AZA/MP. El seguimiento medio fue de 30 meses (480 pacientes-año tratamiento AZA/MP). El 74% de los pacientes en tratamiento con AZA/MP estaban diagnosticados de EC, el 25% de CU y el 1% de colitis inclasificable. La indicación más frecuente de tratamiento con AZA/MP fue la corticodependencia (39%), seguido de la enfermedad perianal (22%) y la prevención de la recurrencia postquirúrgica (21%). El 32,2% (62/192) de los pacientes presentó algún efecto adverso (EA) atribuible a AZA/MP, en 41/192 (22%) hubo de suspender el tratamiento por EA. Las reacciones de hipersensibilidad (RHS) [fiebre, artralgias y erupción cutánea] aparecieron en 20/192 pacientes (15 hombres/5 mujeres) [incidencia acumulada: 10,4% (4,16% pacientes-año de tratamiento)]. La reacción de hipersensibilidad apareció tras 15,95 ± 10,842 días del inicio del tratamiento.

Conclusiones: En nuestra serie el 36% de los pacientes diagnosticados de EICI recibieron tratamiento con AZA/MP. Aproximadamente 1/3 de los pacientes que iniciaron tratamiento con inmunosupresores tiopurínicos (AZA/MP) presentaron uno o más efectos adversos, y el 22% lo tuvieron que suspender. Las reacciones de hipersensibilidad a AZA/MP presentaron incidencia acumulada de 10,4% (4,16% paciente-año de tratamiento)]. Las RHS aparecieron durante los primeros días/semanas de tratamiento.

90. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL METOTREXATE CON DOSIS ALTAS Y VÍA PARENTERAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

P. Ruiz Cuesta, V. García Sánchez, E. Iglesias Flores, J. Jurado García, P. Soto Escribano y F. Gómez Camacho

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El Metotrexate (MTX) se ha empleado como tratamiento de segunda línea en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Existen pocos estudios que evalúen su eficacia en enfermedad de Crohn (EC) y tan solo uno en colitis ulcerosa (CU). En todos ellos el número de pacientes ha sido pequeño y la dosis y vía de administración diferente, lo que hace que sean estudios poco homogéneos y no comparables. Son escasos los datos de seguridad en EII por lo su uso está limitado a pesar de su bajo coste.

Objetivo: Evaluar la eficacia a corto y largo plazo del MTX en la EII, la aparición de efectos adversos (EA) de interés e identificar variables asociadas a su eficacia y seguridad.

Métodos: Se revisaron 46 pacientes con EII (ENEIDA local) que recibieron tratamiento con MTX a dosis de inducción de 25 mg/semana vía subcutánea durante al menos 12 semanas. Los pacientes que respondieron continuaron mantenimiento con 10-15 mg/semana vía subcutánea. Se evaluó la eficacia a corto plazo (< 16 semanas) y largo plazo (> 16 semanas) así como la aparición de EA de interés que obligaron a su suspensión. La eficacia a corto plazo se evaluó como remisión: número normal de deposiciones, sin sangre y sin nuevo brote en un plazo de al menos tres meses y, respuesta: mejoría clínica significativa sin llegar a alcanzar la remisión. La eficacia a largo plazo se evaluó en función de la presencia de recidiva clínica significativa (RCS) a lo largo del seguimiento (corticodependencia o recidiva grave con necesidad de otros tratamientos). Todos fueron revisados en consulta a las 2 semanas, al mes y cada 3 meses desde el inicio del tratamiento así como si presentaban alguna sintomatología. Mediante estudio comparativo se identificaron variables que se asociaron a su eficacia y seguridad. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 17.0.

Resultados: 46 pacientes (49% CU y 51% EC). La indicación más frecuente fue corticodependencia e intolerancia/EA a tiopurinas. En CU, el 74% respondió inicialmente y de éstos, tan solo, el 7% presentó remisión completa. El 29% tuvo RCS a largo plazo con una mediana de tiempo de 9 meses (rango 1-19). En EC, el 70% respondió inicialmente y ninguno de ellos presentó remisión. El 14% mostró RCS con mediana de tiempo de 8.8 meses (rango 2-15). La incidencia acumulada de EA fue 28%, con una tasa de incidencia del 5% paciente/año. La mediana de aparición desde el inicio del tratamiento fue de 3 meses. Más de la mitad acontecieron en los seis primeros meses. Los más frecuentes fueron hepatotoxicidad (43%), intolerancia digestiva (37%) y mielotoxicidad (13%). Tan solo el antecedente de corticorefractariedad se asoció a un mayor riesgo. (69% vs 30%, p = 0,045).

Conclusiones: MTX puede ser una alternativa eficaz para inducir y mantener respuesta en pacientes con EC y CU corticodependientes e intolerantes a tiopurinas. Sin embargo, hasta un tercio tuvieron que suspender el tratamiento por EA, la mayoría durante los 3 primeros meses.

Oncología gastrointestinal

91. PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

G. Binefa i Rodríguez^a, F. Rodríguez-Moranta^b, A. Soriano-Izquierdo^b, J. Guardiola Capón^b y N. Díaz Milà^a

^aPrograma de Prevención y Control del Cáncer, Institut Català d'Oncologia, Barcelona. ^bHospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet del Llobregat.

Introducción: El Programa de Detección Precoz del Cáncer Colo-rectal de l'Hospitalet se implementó en el año 2000, siendo el primero que comenzó a funcionar en toda España. Su población diana son hombres y mujeres entre los 50 y 69 años. Se han llevado a cabo 4 rondas completas y a lo largo de los años se han realizado distintas estrategias con el fin de obtener mejores resultados (distintos test de sangre oculta en heces, circuitos, material de divulgación...).

Objetivo: Presentar los resultados de los principales indicadores del programa.

Material y métodos: Desde el principio, la prueba de cribado usada ha sido el test de sangre oculta en heces (TSOH) bioquímico, basado en la resina de guayaco (Hema-screen, Immunostics); en la última ronda, a la población de 2 áreas básicas de salud, se incorporó el test inmunológico (OC Sensor, Paalex). A todos los casos con un resultado positivo del TSOH se les indicó una colonoscopia con sedación. Los principales indicadores calculados, de manera global y para cada ronda, fueron: participación, positividad, aceptación de la colonoscopia, tasa de intubación cecal y de complicaciones, valor predictivo positivo (VPP), tasas de detección de adenomas y cáncer, estadivos del cáncer y adherencia al seguimiento de los adenomas.

Resultados: La participación pasó del 17,2% en la primera ronda al 31,2% en la última. La positividad al test de guayaco fue de 3,2% en la 1.ª ronda y alrededor del 1% en las siguientes; el test inmunológico alcanzó una positividad del 6,2% (hombres: 8,9%). La aceptación de la colonoscopia no llegó al 90% en las dos primeras rondas, aunque en la 3.ª y 4.ª se alcanzó el 95%. Más del 90% de las colonoscopias fueron completas. Con los años, el porcentaje de colonoscopias normales ha ido disminuyendo a expensas de un mayor porcentaje de colonoscopias con neoplasia (adenoma o cáncer). El VPP para adenomas avanzados pasó del 23,7% en 1.ª ronda al 44,9% en 4.ª y el del cáncer de 6,9% al 8,8%. La tasa de detección de adenomas avanzados en la última ronda, con el test de guayaco e inmunológico fue del 3,0 vs 26,4 por 1.000 personas cribadas, respectivamente; y la tasa de detección de cáncer del 0,9 con el guayaco y 4,1 por 1.000 con el inmunológico. El 59,4% de todos los cánceres detectados en los 10 años, se diagnosticaron en estadios iniciales (I o II). La tasa global de complicaciones graves ha sido del 11,9%. De los pacientes con adenomas avanzados detectados en la 1.ª ronda, solo el 57% han tenido seguimiento y, de éstos, el 35,6% presentaron otra lesión avanzada (en la 2.ª ronda fueron el 92,9% y el 17,9%, respectivamente).

Conclusiones: Globalmente, los resultados de los indicadores del Programa son aceptables y han ido mejorando en las sucesivas rondas realizadas, aunque la participación ciudadana debería mejorarse. Con la incorporación del test inmunológico (más fácil de realizar, de analizar y con una mayor sensibilidad), creemos que estos resultados mejorarán de manera considerable.

92. ESPECTRO MUTACIONAL Y RELACIÓN GENOTIPO-FENOTIPO EN LOS PACIENTES CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

C.J. Gargallo Puyuelo^a, A. Ferrández Arenas^a, E. Piazuelo^b, P. Roncales^a, M. Polo-Tomás^a, P. Sebastián^a, M. Stunk^b y A. Lanás Arbeloa^{a,c}

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ^bInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza. ^cCIBERehd.

Introducción. La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante causada por mutaciones germinales en el gen APC. Existe correlación entre la localización de la mutación y las manifestaciones clínicas de la enfermedad, pero esta correlación no es exacta.

Objetivo: Describir el espectro mutacional y la relación genotipo-fenotipo de los pacientes con PAF en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Material y métodos: Estudio descriptivo que incluyó los pacientes con fenotipo de PAF remitidos a las Consultas de Alto Riesgo de Cáncer de Colorrectal del HCU Lozano Blesa y a sus familiares de riesgo. El estudio genético se realizó mediante electroforesis en gel de gradiente desnaturizante, secuenciación directa, test de la proteína truncada, MLPA y estudio de ligamiento.

Resultados: A nuestras consultas fueron remitidos 33 pacientes con fenotipo de PAF (casos índice). A 32 (97%) se les realizó estudio genético encontrándose mutación en 20 casos (63%), 19 en gen APC y 1 en gen MYH. Posteriormente, se realizó estudio genético en 75 familiares. Se encontró mutación en 27 de ellos (35,5%). Todos, excepto uno, presentaron la misma mutación que su caso índice. En total se hallaron 15 mutaciones distintas del gen APC (40% deleciones, 6,6% inserciones y 53,4% mutaciones de sustitución nonsense). Todas productoras de proteína truncada afuncional. Las más frecuentes en nuestro medio fueron S367fsX376 (1100-1101delCT), K1061fsX1062 (3183-3187delACAAA) y R554X (1660C > T). Tres de las mutaciones halladas (Q793X, Q1930fsX1969, L954X) no habían sido descritas previamente. Ningún portador de mutaciones localizadas en la región del gen asociada a tumores desmoides los presentaron, aunque 6 de nuestros pacientes desarrollaron dichos tumores (todos postquirúrgicos). 9 pacientes presentaron poliposis profusa, pero ningún paciente de la muestra portaba mutación localizada entre los codones 1250-1464. Sin embargo, los pacientes con hipertrofia congénita del epitelio pigmentario de la retina (n = 4) y los pacientes con carcinoma papilar de tiroides (n = 2) presentaban mutaciones localizadas en regiones del gen asociadas a dichos fenotipos. Un 66% (8/12) de los portadores de mutaciones relacionadas con PAF atenuada (PAFA) presentaron fenotipo PAFA y en un 15% (4/26) de los pacientes con fenotipo PAFA no se encontró la mutación causal.

Conclusiones: 1. La mutación del gen APC causante de PAF se identifica en un alto porcentaje de pacientes 2. Las mutaciones más frecuentes en nuestro medio son: S367fsX376 (1100-1101delCT), R554X(1660C > T) y K1061fsX1062 (3183-3187delACAAA) 3. Hemos hallados tres mutaciones del gen APC no descritas previamente: Q793X, Q1930fsX1969, L954X 4. En nuestro medio hay una buena correlación genotipo-fenotipo en el caso del CHPRE, PAF atenuada y carcinoma papilar de tiroides. Sin embargo, hay mala correlación en cuanto a tumores desmoides y poliposis profusa.

94. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA MICROBIOTA DE LA MUCOSA COLÓNICA SANA Y DEL TUMOR EN ENFERMOS CON CÁNCER COLORRECTAL

T. Mas de Xaxars Rivero^a, M. López Siles^a, L.J. García-Gil^a, D. Busquets^b, M. Sabat Mir^c, C. Huertas^b y X. Aldeguer Manté^b

^aDepartament de Biologia, Universitat de Girona, Girona. ^bHospital Josep Trueta, Girona. ^cServei de Gastroenterologia, Hospital Santa Caterina, Girona.

El cáncer colorrectal (CCR) es el tipo de cáncer con mayor incidencia en España. Hasta el 90% de los casos se desarrollan espontáneamente, y hasta la fecha la etiología no ha sido resuelta. Sin embargo, distintos estudios apuntan que factores como la diabetes, el tabaco y la dieta aumentan el riesgo de desarrollar un tumor colónico. Además, recientemente se ha evidenciado que la microbiota del colon podría sumarse al conjunto de factores de riesgo para el CCR. El objetivo del estudio fue evaluar si existen diferencias entre el patrón microbiano de la mucosa sana cercana al tumor y del patrón microbiano del tumor. Se ha obtenido el patrón microbiano de biopsias procedentes de mucosa sana y del tumor, según la localización de éste (recto, sigma o colon), de 15

pacientes con CCR mediante la aproximación metodológica de la PCR-DGGE para las regiones V3-V5 del gen 16S rRNA. También se ha cuantificado las bacterias *Escherichia coli* y *Faecalibacterium prausnitzii* mediante PCR a tiempo real, a fin de determinar cambios en la abundancia de estas especies. A partir de los geles de la DGGE, se compararon los patrones microbianos entre pacientes y en su conjunto. Excepto un paciente, el resto mantuvieron el patrón microbiano estable (similitud > 80%), agrupándose los patrones microbianos por pacientes, y no por la zona de donde provenía la biopsia o por el tipo de muestra (tumor o mucosa sana). Se identificaron 27 filotipos diferenciables entre la mucosa sana y el tumor. Ningún filotipo se asoció directamente ($p > 0.05$) con la mucosa o el tumor, pero es remarcable la mayor prevalencia de filotipos como *Fusobacterium* sp., hallado más frecuente en muestras de mucosa sana y *Ruminococcus* sp. y *Prevotella* sp. en muestras tumorales. El análisis estadístico de la cuantificación, *E. coli* ($p = 0,139$), *F. prausnitzii* ($p = 0,120$) y el índice *F. prausnitzii*/*E. coli* ($p = 0,97$) reveló que no existen diferencias significativas entre ambos tejidos. La estabilidad de la microbiota refleja una estabilidad en las condiciones fisiológicas del colon cuando existe un CCR. Los resultados indican que la microbiota colónica coloniza el tejido tumoral manteniendo así la homogeneidad a lo largo del colon y/o recto y permitiendo la utilización de biopsias de la mucosa sana cercana al tumor una aproximación válida para el estudio de la microbiota asociada al CCR.

95. NIVELES ELEVADOS DEL FACTOR ANGIOGÉNICO VEGF-C RELACIONADOS CON GRANDES SUPERFICIES TUMORALES EN UN MODELO DE CARCINOGENESIS COLÓNICA EXPERIMENTAL

H.P. las Heras Alonso^a, C. Piñol Felis^a, J.M. Reñé Espinet^b, J. Buenestado García^b, A. Esquerda Serrano^c y J. Viñas Salas^d

^aDepartamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universitat de Lleida, Lleida. ^bServicio de Digestivo; ^cServicio de Análisis Clínicos; ^dServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: La angiogénesis es esencial para el crecimiento de los tumores sólidos y participa en el proceso metastático. El VEGF-C, un potente factor angiogénico, se encuentra elevado en pacientes con cáncer colorrectal (CCR). El VEGF-C sérico puede proporcionar información pronóstica.

Objetivo: Investigar la posible relación entre los valores séricos de VEGF-C y la suma de superficie colónica tumoral.

Material y métodos: Se utilizaron 100 ratas Sprague-Dawley no consanguíneas: a) 20 ratas con CCR inducido con DMH a dosis de 21 mg/Kg/semana durante 18 semanas sc. b) 20 ratas control. c) 20 ratas tratadas con celecoxib a dosis de 10 mg/Kg/día y DMH. d) 20 ratas tratadas con ácido acetilsalicílico a dosis de 30 mg/Kg/día y DMH. e) 20 ratas tratadas con indometacina a dosis de 2 mg/Kg/día y DMH. En cada grupo hubo 10 machos y 10 hembras. El sacrificio se realizó a las 38 semanas de vida. Se determinó el VEGF-C sérico mediante ELISA. Tras laparotomía media, se tomaron muestras de los segmentos del colon y de aquellos sugestivos de contener neoplasia y se observaron por microscopía óptica. Para analizar la relación entre los valores de VEGF-C y la suma de superficie tumoral se utilizó la correlación de Pearson. Se estableció un grado de significación de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se halló una correlación estadísticamente significativa entre el valor de VEGF-C y la suma de superficie tumoral ($p = 0,045$). Valores pequeños de superficie tumoral mostraron gran variabilidad en el VEGF-C. En cambio, superficies tumorales altas se correlacionaron con valores elevados de VEGF-C sérico.

Conclusiones: Valores altos de superficie colónica tumoral se correlacionan con valores elevados de VEGF-C sérico.

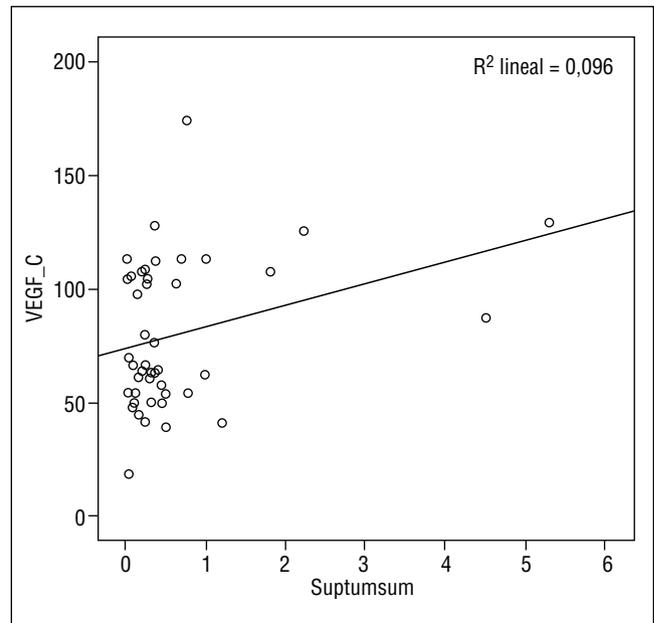


Figura 1 Relación entre los valores séricos de VEGF-C y la suma de superficie tumoral.

96. FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA EGFR/IRS-4 EN COLONOCITOS DE RATA Y SU IMPLICACIÓN EN EL CARCINOMA COLORRECTAL HUMANO

I.D. Román Curto^a, M.D. Fernández Moreno^{a,b}, B. Hernández Breijó^{a,b}, M.E. Fernández Contreras^{b,c}, M. Guijarro Rojas^d, F. Nogueras Fraguas^e, J.P. Gisbert^{b,c} y L. González Guijarro^a

^aDepartamento de Bioquímica y Biología Molecular, Unidad de Toxicología; ^bDepartamento de Cirugía, Universidad de Alcalá de Henares, Madrid. ^cCIBERehd. ^dServicio de Aparato Digestivo; ^eServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: Los sustratos del receptor de la insulina (IRS), adaptadores citoplásmicos que organizan complejos de señalización posterior a la activación de receptores de la superficie celular, están implicados en la mediación de señales en las células tumorales. Recientemente, se ha descrito una elevada expresión de IRS-1, IRS-2 e IRS-4 en el 80% de las muestras de carcinoma hepatocelular, y nuestro grupo ha demostrado que IRS-4 es una proteína esencial para la proliferación/diferenciación en células HepG2 de hepatoblastoma humano. Por otra parte, el cáncer colorrectal es uno de los más frecuentes en los países desarrollados, pero su tratamiento es difícil y las terapias sistémicas han sido relativamente ineficaces.

Objetivo: Estudiar la expresión de IRS-4 en diferentes modelos experimentales de cáncer de colon y en muestras humanas.

Métodos: El estudio se ha llevado a cabo en i) líneas celulares de cáncer de colon (HCT116, HT29, LOVO, MAWI, COLO205, RKO16), ii) colonocitos de rata sometidos a estimulación in vivo (30 min.) con factor de crecimiento epidérmico (EGF), iii) muestras de pólipos humanos y iv) muestras de cáncer colorrectal humano y de mucosa normal adyacente. La expresión de IRS-4 y EGFR se estudió mediante las técnicas de Western-blot e inmunohistoquímica con anticuerpos específicos. Los experimentos de inmunoprecipitación se llevaron a cabo utilizando anti-pTyr.

Resultados y conclusiones: En las muestras de colon humano, la expresión inmunohistoquímica de IRS-4 se localizó principalmente en el núcleo de los colonocitos de las criptas de la mucosa normal, mientras que en el tejido tumoral mostró un patrón citoplásmico, más intenso y algo más evidente en el extremo apical. La expresión

de EGFR fue citoplásmica en ambos tipos de muestras. Los niveles de IRS-4 fueron especialmente elevados en los pólipos humanos y en todas las líneas celulares derivadas de cáncer colorrectal. Además, en las muestras de colon humano, el IRS-4 está fosforilado de forma constitutiva en los residuos de tirosina, lo cual se considera la característica principal del estado activado. Los colonocitos de rata estimulados in vivo con EGF mostraron un incremento del perfil de fosforilación de p-Tyr (PY99), un descenso de la expresión de EGFR y un aumento de la proteólisis de IRS-4 (130 kDa), lo que sugiere una activación del sistema de señalización EGFR/IRS-4 tras la estimulación de EGF. Teniendo en cuenta el papel fundamental de EGF en la mayoría de los tumores humanos, nuestros resultados sugieren la importancia del sistema EGFR/IRS-4 en colonocitos de rata y su implicación en el cáncer colorrectal humano.

97. MARCADORES SÉRICOS Y NIVELES DE EXPRESIÓN DE MRNA PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

L. Bujanda^a, C. Sarasqueta^b, B. Suárez^c, A. Cosme^a, J.M. Enríquez-Navascués^d, J.L. Elósegui^d, M. Betanzos^c, E. Hijona^a e I. Montalvo^e

^aServicio de Digestivo, CIBERehd; ^bServicio de Epidemiología, CIBERES; ^cDepartamento de Cirugía General, Hospital Donostia, San Sebastián. ^dGAIKER, Vizcaya. ^eInstituto Oncológico, San Sebastián.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa de muerte por cáncer en la mayoría de países desarrollados.

Objetivo: Valorar marcadores séricos para el diagnóstico de CCR.

Material y métodos: Se determinaron de forma prospectiva en 41 pacientes con CCR y en 32 controles con colonoscopia normal, 3 marcadores séricos (antígeno carcinoembrionario, complemento C3 activado y alfa 1 antitripsina) y los niveles de expresión de mRNA de 14 marcadores (anhidrasa carbónica, guanil ciclasa C, inhibidor del activador del plasminógeno, metaloproteinasas de matriz, proteínas unidas a ácidos grasos del hígado, receptor del activador del plasminógeno tipo urokinasa, activador del plasminógeno tipo urokinasa, antígeno carcinoembrionario, survivina, tetranectina, factor de crecimiento del endotelio vascular, citoqueratina 20, timidilato sintetasa, ciclooxigenasa 2 y el CD44. Se calculó el área bajo la curva ROC para valorar la precisión diagnóstica de cada una de ellas.

Resultados: La alfa 1 antitripsina fue el marcador sérico más útil para el diagnóstico de CCR ($1,79 \pm 0,25$ en el grupo CCR vs $1,27 \pm 0,25$ en el grupo control, $p < 0,0005$). El área bajo la curva ROC para la alfa 1 antitripsina fue de 0,88 (0,79-0,96). Entre los niveles de expresión de mRNA fueron estadísticamente significativos para diferenciar casos y controles 7 proteínas. Los marcadores en los que el área bajo la curva ROC fue superior al 90% fueron el receptor del activador del plasminógeno tipo urokinasa (0,96) y la tetranectina (0,93). Otros dos marcadores tuvieron una área bajo la curva superior al 80%; el factor de crecimiento del endotelio vascular (0,87) y la ciclooxigenasa 2 (0,89).

Conclusiones: La alfa 1 antitripsina sérica y los niveles de expresión de mRNA para el receptor del activador del plasminógeno tipo urokinasa y la tetranectina tenían una buena precisión diagnóstica para el CCR.

98. ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA DE EXPRESIÓN DE LINFOCITOS T INTRAEPITELIALES EN EL CÁNCER COLORRECTAL

F. Borda^a, A. Borda^a, J.M. Martínez-Peñuela^b, F.J. Jiménez-Pérez^a, M. Muñoz-Navas^c y C. Carretero^c

^aServicio de Digestivo; ^bServicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ^cServicio de Digestivo, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción: El cáncer colo-rectal (CCR) puede presentar una infiltración intraepitelial de linfocitos T, que expresan el complejo T Cell Receptor-CD3. Actualmente sigue en discusión la posible relación entre dicha infiltración linfocitaria y determinadas características del tumor como la localización proximal, el tipo histológico mucinoso y la inestabilidad de microsatélites.

Objetivo: Estudiar la frecuencia de expresión intraepitelial de linfocitos T en el CCR, analizando sus posibles diferencias según las características del paciente y de la neoplasia.

Material y métodos: Revisamos 251 piezas de CCR, resecaos gen 2 hospitales de nuestra ciudad. Comparamos la frecuencia de infiltración intraepitelial por linfocitos T mediante la expresión inmunohistoquímica tisular del CD3 intraepitelial (CD3I), dividiendo los casos según los siguientes parámetros: hospital de origen, sexo, edad < 50 años, localización proximal o distal, tipo histológico y grado de diferenciación del CCR, expresión tisular de MLH-1, MSH-2 y MSH-6 y estadificación pTNM, agrupando los estadios más iniciales (I y II) versus los (III y IV). Empleamos los tests estadísticos de chi cuadrado y Fisher. Consideramos estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: Un 25,9% de los CCR expresaron CD3I (+). No registramos diferencias en la frecuencia de CD3I (+) entre: los 2 hospitales: 25,4% y 26,5% ($p = 0,84$); sexo: masculino = 24,4%, femenino = 29,1% ($p = 0,43$); edad: < 50 a. = 24,2%, = 50 a. = 26,9% ($p = 0,64$); localización: proximal = 32,1%, distal = 24,2% ($p = 0,12$); tipo mucinoso: 18,8%, resto: 26,6% ($p = 0,34$); buena diferenciación: 26,1%, resto: 25,5% ($p = 0,93$); algún marcador de inestabilidad de microsatélites (+): 27,3%, ninguno = 33,7% $p = (0,80)$ y estadios (I-II): 29,3%, (III-IV) = 19,3% ($p = 0,17$).

Conclusiones: 1. Uno de cada cuatro CCR mostró infiltración intraepitelial por linfocitos T (CD3I +), sin diferencias de frecuencia en cuanto al hospital de procedencia, las características del paciente, la localización ni la estadificación del tumor. 2.-En nuestra serie, la frecuencia de infiltración intraepitelial por linfocitos T no ha mostrado relación con los diferentes tipos histológicos, grados de diferenciación tumoral ni presencia de expresión de inestabilidad de microsatélites.

99. ¿PRESENTA DIFERENCIAS EN SU PRONÓSTICO EL CÁNCER COLORRECTAL EN LOS PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS?

A. Borda^a, J.M. Martínez-Peñuela^b, M. Muñoz-Navas^c, F. Borda^a, F.J. Jiménez-Pérez^a y C. Carretero^c

^aServicio de Digestivo; ^bServicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ^cServicio de Digestivo, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción: En la actualidad, sigue abierto el debate referente al pronóstico de los cánceres colo-rectales (CCR) diagnosticados en pacientes más jóvenes.

Objetivo: Estudiar los parámetros relacionados con el pronóstico y la supervivencia en una serie de CCR, analizando las posibles diferencias entre los grupos menores y mayores de 50 años en el momento diagnóstico.

Pacientes y métodos: Estudiamos retrospectivamente 382 CCR resecaos en 2 Hospitales de nuestra Comunidad, tratados con los mismos criterios oncológicos y con seguimiento clínico controlado. Analizamos las posibles diferencias entre los grupos < y = 50 años, con respecto a los siguientes parámetros: porcentaje de casos con cirugía aparentemente curativa, frecuencia de tumor indiferenciado, estadio pTNM agrupando (I-II) y (III-IV), progresión tumoral post-quirúrgica, recidiva, CCR metacrónico, aparición de otro cán-

	< 50 años	≥ 50 años	p
Cirugía aparentemente curativa	48/52 (92,3%)	615/330 (95,7%)	0,29
Tumor indiferenciado	8/48 (16,7%)	42/300 (14%)	0,24
Estadio avanzado (III-IV)	16/52 (30,8%)	99/330 (30%)	0,95
Progresión tumoral poscirugía	8/52 (15,4%)	83/330 (25,1%)	0,12
Recidiva tumoral	1/52 (1,9%)	15/330 (4,5%)	0,71
Cáncer metacrónico	1/52 (1,9%)	6/330 (1,8%)	0,61
Otro cáncer extracolónico	1/52 (1,9%)	25/330 (7,6%)	0,23
Mortalidad	5/52 (9,6%)	59/330 (17,9%)	0,14

cer extra-colónico durante el seguimiento y mortalidad al final del seguimiento.

Resultados: Registramos 52/382 (13,6%) pacientes menores de 50 años. El seguimiento post-quirúrgico global fue de $65 \pm 35,1$ meses, sin diferencias significativas entre el de < 50 años: $70,5 \pm 36,5$ y el de = 50 años: $64,2 \pm 35,3$ meses, $p = 0,23$. En la tabla se resumen las diferencias correspondientes a los diversos parámetros analizados entre ambos grupos de edad.

Conclusiones: 1. Uno de cada 7 casos de CCR se diagnosticó en pacientes menores de 50 años, porcentaje algo superior a la de otras series publicadas. 2. En nuestra serie, los cánceres en menores de 50 años no han mostrado diferencias en cuanto a la frecuencia de presentación de factores de mal pronóstico, con respecto al resto de pacientes. 3. Los índices de progresión tumoral post-cirugía y de mortalidad fueron inferiores en el grupo de menor edad, sin alcanzar una diferencia significativa frente a los mayores de 50 años.

101. UTILIDAD DEL MARCAJE CON TINTA CHINA EN EL SEGUIMIENTO ENDOSCÓPICO O PARA LA CIRUGÍA DE PÓLIPOS DEGENERADOS. ESTUDIO EPINEO

J. Cobián, A. Cosme, I. Gil, F. Múgica, C. Sarasqueta, N. Rojas, M. Larzábal, J.L. Elosegui, C. Placer, J.M. Enríquez-Navascués, E. Hijona y N. Bujanda

Hospital de Donostia, San Sebastián.

Introducción: El éxito del tratamiento endoscópico o quirúrgico de un pólipo degenerado (maligno o neoplasias no invasivas de alto grado) depende de la extirpación total del tumor con márgenes libres. En estos casos, es relevante la correcta señalización del pólipo extirpado, siendo el marcaje con tinta china uno de los mejores métodos. El objetivo del estudio era valorar si el marcaje con tinta china era útil para el seguimiento endoscópico o para la localización de la lesión durante la cirugía en pacientes que tienen pólipos degenerados.

Material y métodos: Desde enero 2009 hasta junio del 2010, se reclutaron de forma prospectiva 28 pacientes con pólipos degenerados. Se clasificaron los pólipos en 2 grupos según el grado de invasión de la pared intestinal. El grupo I incluyó a los pólipos en los que las células neoplásicas no infiltraban la submucosa (18 pacientes). En el grupo II se incluyeron los pólipos en los cuales las células neoplásicas invadían la submucosa (10 pacientes). Se recogieron de todos los pacientes datos clínicos, endoscópicos, histológicos y la evolución de los pacientes. A los pacientes que no se operaron se les realizó una endoscopia a los 3 meses de la exéresis del pólipo degenerado.

Resultados: De los 28 pacientes incluidos se realizó marcaje con tinta china en 6 pacientes (21,42%), 5 pacientes del grupo I y 1 del grupo II. 18 pacientes fueron seguidos endoscópicamente y 10 fueron intervenidos quirúrgicamente. De los 18 pacientes seguidos endoscópicamente solo en 6 se vio la zona del pólipo reseado con anterioridad, todos los marcados (2 casos) y 4 (25%) de los no marcados. Se tomo biopsias en los 6 casos, siendo normal en 2, en otros 2 tejido adenomatoso, uno con tejido hiperplásico sin atipia y otro con cambios inespecíficos. En el grupo de 10 pacientes que fueron

a cirugía, 4 pacientes estaban marcados, y de ellos, el 25% (1 de 4) mostraban afectación de la pared intestinal frente a un 50% (3 de 6) de los no marcados. El tiempo medio de duración de la cirugía en los pólipos marcados fue de 131 minutos frente a 124 minutos en los no marcados sin diferencias significativas.

Conclusiones: 1. El marcaje con tinta china ayuda a la localización de la zona del pólipo degenerado en el seguimiento endoscópico y en la cirugía. 2. No se objetivaron diferencias en la duración del acto quirúrgico entre los marcados y no marcados.

102. ¿AUMENTA EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES SINCRÓNICAS EN EL CÁNCER COLORRECTAL SI LA COLONOSCOPIA ES EFECTUADA POR UN MÉDICO DE PLANTILLA? ESTUDIO DE COSTE/EFFECTIVIDAD

F. Borda^a, A. Borda^a, F.J. Jiménez-Pérez^a, J.M. Martínez-Peñuela^b, J. Urman^a y J.M. Zozaya^a

^aServicio de Digestivo. ^bServicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: En el carcinoma colo-rectal (CCR) se han propuesto una serie de factores relacionados con la frecuencia de lesiones neoplásicas sincrónicas, pero no se ha estudiado si la experiencia del explorador puede influir en un aumento del diagnóstico de estas lesiones, ni el coste de los posibles hallazgos adicionales.

Objetivo: Estudiar el número necesario de exploraciones (NNE) efectuadas por un médico de plantilla para detectar un caso adicional de lesión sincrónica, con respecto a las diagnosticadas por un MIR. Determinar el coste de las nuevas lesiones sincrónicas, detectadas por un endoscopista más experto.

Material y métodos: Estudiamos retrospectivamente una serie de 278 CCR consecutivos, no obstructivos, diagnosticados mediante colonoscopia completa. Dividimos los CCR en 2 subgrupos, según la endoscopia diagnóstica fuera efectuada por un MIR ($n = 75$) o un médico de plantilla ($n = 203$). Analizamos las posibles diferencias entre ambos subgrupos con respecto a la frecuencia y características de las lesiones sincrónicas diagnosticadas: carcinomas y adenomas. Determinamos el NNE para diagnosticar un caso adicional de lesión sincrónica y su coste, con respecto a las detectadas por los MIR. Para el estudio estadístico empleamos los tests de Student, chi cuadrado y Fisher, considerando significativos los valores de $p > 0,05$.

Resultados: El coste adicional de efectuar la colonoscopia un adjunto en nuestro hospital fue de 11,1 €. En la tabla se resumen las diferencias de las lesiones sincrónicas registradas, en los 2 subgrupos, el NNE y el coste final.

Conclusiones: 1. En nuestra serie, la mayor experiencia del endoscopista no aumenta significativamente la frecuencia de las lesiones neoplásicas sincrónicas diagnosticadas, siendo prácticamente idéntica la frecuencia de carcinomas y adenomas avanzados sincrónicos entre MIR y médicos de plantilla. 2. El elevado número necesario de exploraciones efectuadas por un médico de plantilla para diagnosticar un caso adicional de lesión sincrónica, o de adenoma múltiple permite, en términos de coste-efectividad, que las colonoscopias puedan ser realizadas por MIR.

% lesiones sincrónicas	MIR	Plantilla	p	NNE	Coste
Lesiones sincrónicas globales	54,7	59,1	0,50	22,7	278,1
Carcinoma sincrónico	8	7,9	0,97	—	—
Adenoma avanzado	22,7	22,7	1	—	—
Adenomas múltiples	35,1	40,6	0,60	18,2	222,9

103. ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA) COMO FACTOR PRONÓSTICO DEL CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

L. Hijona^a, E. Hijona^b, R. Jover^c, F. Balaguer^d, X. Bessa^e, M. Andreu^e, X. Llor^f, A. Payá^c, J. Clófent^g, I. Montalvo^h, A. Castells^d, A. Cosme^b y L. Bujanda^b

^aServicio de Digestivo, Hospital de Basurto, Vizcaya. ^bServicio de Digestivo, CIBERehd, Hospital Donostia, San Sebastián. ^cServicio de Digestivo, Hospital General Universitario, Alicante. ^dHospital Clínic, Barcelona. ^eHospital del Mar, Barcelona. ^fHospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ^gHospital La Fe, Valencia. ^hInstituto Oncológico, San Sebastián.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) ocupa el segundo lugar en incidencia y en mortalidad por cáncer en la mayoría de los países desarrollados, tanto en varones como en mujeres, y cuando se consideran ambos sexos conjuntamente esta neoplasia ocupa el primer lugar. El CEA se ha utilizado como marcador de seguimiento en los pacientes que han sido tratados de CCR.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 871 pacientes diagnosticados de CCR durante 2001. A todos los pacientes, se les realizó una determinación de CEA inicial y se les realizó un seguimiento de 5 años para valorar la supervivencia. Se consideró valor significativo, $p < 0,05$.

Resultados: Al estudiar la supervivencia respecto a los niveles de CEA, se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto al estadio II, III y IV ($p < 0,05$). Pero esta diferencia, fue más notable en el estadio II ($p < 0,005$). Se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de CEA entre pacientes vivos y fallecidos, en el estadio II y III. Se objetivó que los valores de CEA se elevaban progresivamente según el número de ganglios afectados ($p < 0,001$). Existía una asociación entre los diferentes grupos de T y los niveles de CEA preoperatorio, pero no se apreció un ascenso progresivo de los niveles de CEA según aumentaba el tamaño tumoral. Los pacientes con una mejor diferenciación tumoral presentaban niveles de CEA superiores, sin embargo, no se objetivó una asociación estadísticamente significativa.

Conclusiones: 1. El CEA preoperatorio se asocia a un mayor tamaño tumoral, mayor afectación ganglionar y peor pronóstico de vida. 2. No se encontró relación entre el CEA y la diferenciación tumoral. 3. El valor de CEA ayudaba a predecir mejor el pronóstico en los pacientes con estadio II y III.

104. MARCAJE CON TINTA CHINA DE PÓLIPOS DEGENERADOS. ESTUDIO EPINEO

J. Cobián, A. Cosme, I. Gil, F. Múgica, C. Sarasqueta, N. Rojas, M. Larzábal, J.L. Elósegui, C. Placer, J.M. Enríquez-Navascués, E. Hijona y L. Bujanda

Hospital de Donostia, San Sebastián.

Introducción: El éxito del tratamiento endoscópico o quirúrgico de un pólipo degenerado (maligno o neoplasias no invasivas de alto grado) depende de la extirpación total del tumor con márgenes libres. En estos casos, es relevante la correcta señalización del pólipo extirpado, siendo el marcaje con tinta china uno de los mejores métodos.

Objetivo: Describir la utilización del marcaje con tinta china en pólipos degenerados.

Material y métodos: Desde enero 2009 hasta junio del 2010, se reclutaron de forma prospectiva 28 pacientes con pólipos degenerados. Se clasificaron los pólipos en 2 grupos según el grado de invasión de la pared intestinal. El grupo I incluyó a los pólipos en los que las células neoplásicas no infiltraban la submucosa. En el grupo II se incluyeron los pólipos en los cuales las células neoplásicas invadían la submucosa. Se recogieron de todos los pacientes datos clínicos, endoscópicos, histológicos y la evolución de los pacientes. A los pacientes que no se operaron se les realizó una endoscopia a los 3 meses de la exéresis del pólipo degenerado.

Resultados: De los 28 pacientes incluidos se realizó marcaje con tinta china en 6 pacientes (21,42%). De los cuales, el 83% pertenecían al grupo I. De los 10 pacientes del grupo II solo se marcó un 10%. La edad media de los pacientes con marcaje fue 65,5 años mientras que en los no marcados fue 63,8 años. En los grupos I y II, hubo predominio del sexo masculino con 66,67% y 68,18%, respectivamente. El tamaño medio de los pólipos marcados fue 40 mm frente a 26,2 mm en los no marcados ($p < 0,05$). Se marcaron un 13% (3 de 23) de los pólipos pediculados degenerados frente a un 60% (3 de 5) de los no pediculados ($p < 0,05$). Los pólipos fragmentados se marcaron con tinta china con más frecuencia que aquellos resecados en bloque (31% frente a un 8%; $p < 0,05$).

Conclusiones: 1. El marcaje con tinta china en pólipos degenerados es baja. 2. Los criterios que orientaban al marcaje con tinta china fueron la morfología no pediculada, el tamaño y la resección fragmentada.

105. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA COMARCA DE L'ALT PENEDÈS

G. Binefa i Rodríguez^a, G. Tremosa i Llurba^b, B. Verdura Pi^b y N. Díaz Milà^a

^aPrograma de Prevención y Control del Cáncer, Institut Català d'Oncologia, Barcelona. ^bAparato Digestivo-Medicina Interna, Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, Vilafranca del Penedès.

Introducción: El Programa de base poblacional de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal (PDPCCR) en la comarca de l'Alt Penedès se inició en el año 2004 en la capital y en el 2007 se extendió al resto de la comarca, siendo la primera región rural de España en implementarse un PDPCCR.

Objetivo: Describir las características principales de las lesiones detectadas en la última ronda del PDPCCR de l'Alt Penedès.

Métodos: Entre mayo de 2009 y septiembre de 2010 se llevó a cabo la 2.ª ronda en Penedès Rural y la 3.ª en Vilafranca. Como prueba de cribado se usó el test de sangre oculta en heces (TSOH) bioquímico basado en la resina de guayaco (Hemoccult® SENSEA) consistente en la recogida de 2 muestras de heces de tres días diferentes sin ningún tipo de restricción dietética inicial. En todos los casos con un resultado positivo final, se recomendó la realización de una colonoscopia con sedación. Se realizó un análisis descriptivo de los principales indicadores del programa y de las características de las lesiones (número, tamaño, localización, estructura, histología, grado de displasia y en los cánceres invasivos el TNM). Los adenomas se clasificaron como de alto riesgo (AAR) si existían más de 2 adenomas, tamaño = 10 mm, presencia de displasia severa o de componente vellosa; en el resto de casos se clasificaron como adenomas de bajo riesgo (ABR). Los carcinomas in situ se clasificaron como AAR.

Resultados: La participación global en el PDPCCR en toda la comarca fue del 28,9% con una positividad al test del 1,4%. Se realizaron 86 colonoscopias en 77 personas para alcanzar una polipectomía completa o un diagnóstico definitivo. El resultado de las colonoscopias por persona fue: 26 negativas (33,8%), 1 pólipo hiperplásico (1,3%), 5 ABR (6,5%), 36 AAR (46,7%) y 9 cánceres invasi-

vos (11,7%). Se detectaron un total de 147 pólipos, con una media de 3 por persona y un máximo de 10. La localización más frecuente fue rectosigma (56,5%). El 79,0% de las lesiones fueron adenomas y la mayoría (79,3%) con displasia de bajo grado. El tipo histológico más frecuente fue el tubular (59,8%) seguido del túbulo-veloso (24,1%). El pólipo de mayor tamaño midió 60 mm y el menor 0,5 mm (media = 11,5 mm). Los adenomas vellosos seguidos de los serrados fueron los más grandes (media de 26,7 mm y 25,0 mm respectivamente). De los 9 cánceres detectados, el 66,7% se diagnosticaron en estadios iniciales.

Conclusiones: A pesar de que la participación en el PDCCCR es baja, la detección de lesiones neoplásicas está dentro de los valores aceptables, incluso por encima. Las lesiones más frecuentemente detectadas fueron los adenomas avanzados siendo clasificados así mayoritariamente por presentar > 2 adenomas o un tamaño = 10 mm.

Esófago-Estómago-Duodeno

106. TRATAMIENTO ERRADICADOR DE *H. PYLORI* DE RESCATE BASADO EN LEVOFLOXACINO EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA EN LOS QUE PREVIAMENTE HA FRACASADO UN TRATAMIENTO CON CLARITROMICINA Y METRONIDAZOL

J.P. Gisbert^a, A. Pérez-Aisa^b, M. Castro-Fernández^c, J. Barrio^d, L. Rodrigo^e, A. Cosme^f, J.L. Gisbert^g, S. Marcos^h y R. Moreno-Otero^g

^aHospital de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bHospital Costa del Sol, Málaga. ^cHospital de Valme, Sevilla. ^dHospital Río Hortega, Valladolid. ^eHospital Central de Asturias, Oviedo. ^fHospital de Donostia, San Sebastián. ^gHospital de la Princesa, Madrid.

Introducción: Hasta el momento, la experiencia en el tratamiento erradicador de aquellos pacientes alérgicos a la penicilina es muy escasa, aunque esta circunstancia se describe en la práctica clínica con relativa frecuencia. Actualmente, en estos pacientes se recomienda como primera opción la combinación de un inhibidor de la bomba de protones (IBP), claritromicina y metronidazol. Cuando fracasa este primer tratamiento erradicador, la mayoría de los pacientes tendrán resistencia frente a la claritromicina y/o el metronidazol, lo que complica notablemente el tratamiento de rescate.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de un tratamiento erradicador de rescate con un IBP, claritromicina y levofloxacino en pacientes alérgicos a los beta-lactámicos en los que previamente ha fracasado un tratamiento con IBP-claritromicina-metronidazol, presentándose los resultados actualizados de un estudio multicéntrico de la AEG.

Métodos: Pacientes: estudio multicéntrico prospectivo incluyendo pacientes consecutivos alérgicos a la penicilina en los que ha fracasado previamente un tratamiento con IBP-claritromicina-metronidazol. Tratamiento: Se administró un tratamiento de 2.ª línea con un IBP (a las dosis habituales/12h), claritromicina (500 mg/12h) y levofloxacino (500 mg/12h), durante 10 días. Todos los fármacos se administraron juntos, después del desayuno y de la cena. El cumplimiento se evaluó mediante interrogatorio y recuperación de la medicación residual. Comprobación de la erradicación: Mediante prueba del aliento con 13C-urea 8 semanas después de completar el tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes alérgicos a la penicilina (edad media 50 años, 43% varones, 41% úlcera péptica, 59% dispepsia funcional). Todos los pacientes menos uno completaron correctamente el tratamiento (debido a efectos adversos: dolor abdominal). Las tasas de erradicación "por protocolo" y "por intención de tratar" fueron del 67% (IC95% = 57-76%) y del 66% (IC95% = 57-75%).

Se describieron efectos adversos en 16 pacientes (15%), todos ellos leves (a excepción del mencionado dolor abdominal): sabor metálico (8 pacientes), náuseas/vómitos (7 pacientes), astenia (2 pacientes), mialgias/artralgias (2 pacientes), dolor abdominal (1 paciente), diarrea (1 paciente) y candidiasis oral y vaginal (1 paciente).

Conclusiones: La terapia con levofloxacino (junto con un IBP y claritromicina) representa una alternativa de rescate en los pacientes alérgicos a los beta-lactámicos.

107. INFLUENCIA DE LAS ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN EN EL PRONÓSTICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) NO VARICOSA

C. Sánchez Montes^a, M. Aguas Peris^a, V. Ortiz Bellver^{a,b}, G. Bastida Paz^{a,b}, J.A. Ortuño Cortés^a, M. Rodríguez Soler^c, M. Iborra Colomino^a y P. Nos Mateu^{a,b}

^aUnidad de Gastroenterología, Hospital La Fe, Valencia.

^bCIBERehd. ^cServicio de Digestivo, Hospital General Universitario, Alicante.

Objetivo: Evaluar la influencia de los parámetros de hemostasia (Índice internacional normalizado [INR]) en el pronóstico de la HDA no varicosa.

Material y métodos: Estudio observacional de cohortes prospectivas. Se incluyeron consecutivamente todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Digestiva por HDA no varicosa, manifestada por hematemesis y/o melenas, desde enero de 2006 hasta septiembre de 2010. Se realizó endoscopia digestiva alta durante las primeras 12 horas tras la consulta. Se recogieron datos demográficos, la gravedad hemodinámica inicial (frecuencia cardiaca y tensión arterial), tratamiento concomitante y la comorbilidad. El pronóstico se evaluó mediante: a) estancia hospitalaria en días, b) tasa de mortalidad, c) necesidad de cirugía urgente, d) resangrado, e) ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI) y f) número de transfusiones de concentrados de hemáties en unidades (UCH). Se realizó un control analítico (hemoglobina e INR) al ingreso y a las 48 horas. Se definieron tres cohortes: pacientes con INR menor de 1,3 (cohorte 1), entre 1,3 y 2,5 (cohorte 2) y más de 2,5 (cohorte 3).

Resultados: Se incluyeron 839 pacientes (65% hombres) con una media de edad de 66,4 años (rango: 14-98). Cohorte 1: 641 pacientes (edad media: 65,1; 66,9% hombres); cohorte 2: 105 pacientes (edad media: 67,7; 62,9% hombres) y cohorte 3: 81 pacientes (edad media: 75,9; 56,8% hombres). La presencia de resangrado, la estancia hospitalaria y la necesidad de transfusiones en la cohorte 3 fue significativamente mayor que en las cohortes 1 y 2 (tabla). No hubo diferencias entre los grupos respecto a la mortalidad, ingreso en UCI o necesidad de cirugía urgente. Tras el ajuste del modelo a la edad, comorbilidad y tratamiento antiagregante concomitante, la cohorte 3 tuvo una mayor estancia hospitalaria (3,29 días más [IC95% 1,74-4,84; p < 0,001]); y precisó 1,2 veces más de UCH (IC95% 0,65-1,75; p < 0,001).

Conclusiones: El exceso de anticoagulación (INR > 2,5) se asocia con una estancia hospitalaria superior y un mayor número de UCH en pacientes con HDA no varicosa.

VARIABLES	INR < 1,3	INR 1,3-2,5	INR > 2,5	p
Estancia hospitalaria (días)	5,92	7,94	10,21	0,001
Resangrado	7,8%	15,2%	17,3%	0,3%
Cirugía urgente	2,0%	1,0%	2,5%	ns
Mortalidad	4,5%	8,6%	7,4%	ns
Ingreso en UCI	2,5%	6,7%	4,9%	ns
Transfusión de UCH	1,5	2,3	3	< 0,001

108. ACORTAMIENTO ESOFÁGICO EN ACALASIA PRIMARIA

F. Casals Seoane, E. de la Fuente Fernández, C. Santander Vaquero, C. Castaño Milla, M.C. López Martín, M.C. Rodríguez Grau, A. Ruiz Rubí, T. Álvarez Malé, M.J. Casanova González y P. Miranda García

Hospital de la Princesa y CIBERehd, Madrid.

Introducción y objetivo: La manometría de alta resolución (MAR) en pacientes con acalasia ha permitido diferenciar 3 patrones diferentes (Pandolfino JE. *Gastroenterology* 2008;135:1526-33): acalasia con presión esofágica mínima (tipo I, clásica), acalasia con compresión esofágica (tipo II) y acalasia con espasmo (tipo III). El interés de esta clasificación manométrica se debe a la diferente respuesta al tratamiento y por tanto a su valor pronóstico. En los estudios con manometría convencional, el acortamiento esofágico era interpretado como seudorrelajaciones del esfínter esofágico inferior (EEI), ya que esta malinterpretaba el movimiento vertical del EEI. El objetivo fue determinar mediante MAR la frecuencia e intensidad del acortamiento esofágico, y estudiar las diferencias existentes en cada subtipo de acalasia primaria.

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de acalasia primaria en el período 2008-2010. A todos ellos se les había realizado MAR, con al menos 10 degluciones líquidas, y la interpretación de los resultados se realizó según la clasificación de Chicago (Pandolfino et al. *Neurogastroenterol Motil* 2009;21:796-806). Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que en el momento de la realización de la manometría no habían recibido tratamiento endoscópico ni quirúrgico previo. Se definió la presencia de acortamiento esofágico como una disminución mayor del 5% de la longitud esofágica.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes diagnosticados de acalasia primaria no tratada. La edad media fue de 60,2 años (23-87), de los cuales el 53,3% eran varones. Se observó acortamiento esofágico en 10/15 pacientes: 8/10 en acalasia tipo II y 2/2 en acalasia tipo III. No se observó acortamiento esofágico en ninguna de las 3 pacientes diagnosticadas de acalasia tipo I. El acortamiento medio fue de 1,76 cm (6,84% de la longitud esofágica), 2,2 cm en el tipo II (8,45%) y 2,25 cm en el tipo III (9%). La presión media del EEI fue de 33,3 mmHg: 22,3 mmHg en el tipo I, 32,1 mmHg en el tipo II y 56 mmHg en el tipo III.

Conclusiones: El máximo grado de acortamiento se produce en la acalasia tipo III. La mayoría de los pacientes con acalasia tipo II presentan acortamiento esofágico, pero éste es de menor intensidad que en el subtipo III. El acortamiento esofágico no se observó en la acalasia tipo I. La presión de reposo espiratoria media del EEI se correlaciona con el grado de acortamiento esofágico mostrado en la MAR, siendo mínimas en el subtipo I y máximas en el subtipo III. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que el músculo liso longitudinal también participa en la fisiopatología de la acalasia, y no únicamente el músculo liso circunferencial y el EEI.

109. TERAPIA DE RESCATE CON LEVOFLOXACINO TRAS EL FRACASO ERRADICADOR DE *H. PYLORI*: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA SOBRE LA EFICACIA Y EVOLUCIÓN TEMPORAL EN 830 PACIENTES

J.P. Gisbert^a, A. Pérez-Aisa^b, F. Bermejo^c, P. Almela^d, M. Castro-Fernández^e, J. Barrio^f, A. Cosme^g, F. Bory^h, I. Modolellⁱ, M. Fernández-Bermejo^j, L. Rodrigo^k, J. Ortuño^l, P. Sánchez-Pobre^m, S. Khorraniⁿ, A. Franco^o, I. Guerra^c, E. Lamas^e, A. Tomás^l, J. Ponce^l y X. Calvet^o

^aHospital de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bHospital Costa del Sol, Málaga. ^cHospital de Fuenlabrada, Madrid. ^dHospital Clínico, Valencia. ^eHospital de Valme, Sevilla. ^fHospital Río Hortega, Valladolid. ^gHospital de Donostia, San Sebastián. ^hHospital del Mar,

Barcelona. ⁱHospital General de Cataluña, Barcelona. ^jHospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. ^kHospital Central de Asturias, Oviedo. ^lHospital La Fe, Valencia. ^mHospital Sureste, Arganda del Rey, Madrid. ⁿHospital Son Dureta, Palma de Mallorca. ^oHospital 12 de Octubre, Madrid. ^pHospital de Sabadell, Barcelona.

Introducción: 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.

Objetivo: Se presentan los resultados actualizados de un estudio multicéntrico de la Asociación Española de Gastroenterología en el que se evalúa la eficacia y seguridad de una terapia de rescate de segunda línea con levofloxacino, amoxicilina y un IBP, y se valora si las tasas de erradicación disminuyen con el paso del tiempo.

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 y alergia a los antibióticos empleados. Intervención: se administró un tratamiento durante 10 días con levofloxacino (500 mg/12 h), amoxicilina (1 g/12 h) y un IBP (dosis estándar/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. Cumplimiento y tolerancia: 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 830 pacientes (edad media 49 años, 43% varones, 35% con úlcera péptica y 65% con dispepsia funcional). El 96% de los pacientes completaron estrictamente el tratamiento. La erradicación "por protocolo" fue del 75% (IC95%, 72-78%) y del 74% (70-77%) "por intención de tratar". Las tasas de erradicación fueron similares en los pacientes con úlcera y con dispepsia funcional. La eficacia ("por intención de tratar") fue del 77% en el año 2006, 68% en 2007, 72% en 2008, 76% en 2009 y 74% en 2010. En el estudio multivariante, ninguna de las variables estudiadas (incluido el diagnóstico y el año de tratamiento) se asociaron al éxito erradicador. Se describieron efectos adversos en el 19% de los casos; los más frecuentes fueron: náuseas (8%), sabor metálico (5%), mialgias/artralgias (3,5%) y dolor abdominal (3%); ninguno de ellos fue grave.

Conclusiones: La terapia de rescate con levofloxacino 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. La eficacia de este tratamiento se mantiene estable con el paso del tiempo.

110. USO DE INTERNET ENTRE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DIGESTIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

O. Alarcón-Fernández, I. Alonso-Abreu, M. Carrillo-Palau, D. Nicolás-Pérez, A.Z. Gimeno, L. Ramos, M. Hernández Guerra de Aguilar y E. Quintero-Carrión

Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

Introducción: Internet ha supuesto un cambio radical en el acceso a la información médica para los pacientes. No se ha estudiado el uso de Internet con fines médicos que hace los pacientes con patologías digestivas en nuestro medio.

Objetivo: Determinar el nivel de acceso y el uso que hacen de Internet como fuente de información médica los pacientes con enfermedades digestivas en nuestro entorno.

Material y métodos: Se hizo una encuesta a 699 pacientes consecutivos que acudieron a un Servicio de Gastroenterología de un

hospital de tercer nivel entre junio y agosto de 2010. Se incluyeron tanto pacientes de consultas intrahospitalarias como ingresados y de consultas externas extrahospitalarias de Digestivo (CAE).

Resultados: Se entregó un cuestionario a 700 pacientes, de los cuales respondieron 671 (96%). El 55% eran mujeres. El rango de edad fue de 18 a 88 años con una media de 54 +16. Habían utilizado Internet el 36%. No hubo diferencias en el uso de Internet por sexos, pero sí por grupos de edad (86% los = 30 años de edad vs 6% los = 70 años, $p < 0,005$). Buscaron información específica sobre su enfermedad los pacientes que acudían al hospital vs los CAE (77% vs 54%, $p < 0,005$). Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) utilizaron más Internet que el resto (57% vs 33%, $p > 0,005$, OR 2,710 IC 1,628-4,511). La información médica en Internet les pareció bastante o muy fiable al 62% de los hombres y al 69% de mujeres (ns). La información obtenida en la red les pareció menos fiable que la proporcionada por el médico al 77% de los hombres y al 70% de las mujeres. Solo 2 pacientes utilizaron el correo electrónico para comunicarse con su médico, pero al 86% le gustaría poder hacerlo, con diferencia significativa entre los ≤ 50 años ($p = 0,01$). Al 89% les pareció que Internet era útil para resolver sus dudas, al 89% les gustaría recibir de su médico direcciones médicas de Internet y al 90% información periódica sobre su enfermedad. Los pacientes con estudios no universitarios demandaban más información periódica (94 vs 82, $p = 0,01$) y más formación sobre cómo buscar fuentes de información médica (89% vs 80%, $p = 0,03$).

Conclusiones: Aproximadamente una tercera parte de pacientes con patología digestiva utilizan Internet para informarse sobre su enfermedad, siendo la mayoría de ellos enfermos con EII. Los pacientes demandan una mayor información por parte de su médico sobre recursos de salud en Internet.

111. TRATAMIENTO DE RESCATE DE CUARTA LÍNEA CON RIFABUTINA TRAS 3 FRACASOS ERRADICADORES DE *H. PYLORI*

J.P. Gisbert^a, M. Castro-Fernández^b, A. Pérez-Aisa^c, A. Cosme^d, J.L. Cabriada^e, L. Rodrigo^f, J.L. Gisbert^g, E. Lamas^b y S. Marcos^g

^aHospital de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bHospital de Valme, Sevilla. ^cHospital Costa del Sol, Málaga. ^dHospital de Donostia, San Sebastián. ^eHospital de Galdakao, Vizcaya. ^fHospital Central de Asturias, Oviedo. ^gHospital de la Princesa, Madrid.

Introducción: En ocasiones, la infección por *H. pylori* persiste a pesar de haber administrado 3 tratamientos erradicadores consecutivos. Se desconoce hasta qué punto merece la pena (en cuanto a eficacia y seguridad) intentar un 4.º tratamiento erradicador en estos casos refractarios.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un 4.º tratamiento de rescate empírico con rifabutina en pacientes en los que han fracasado previamente 3 intentos erradicadores, presentándose los resultados actualizados de un estudio multicéntrico de la AEG.

Métodos: Diseño: estudio multicéntrico prospectivo. Pacientes: consecutivos en los que había fracasado un primer tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) + claritromicina + amoxicilina, un segundo con una cuádruple terapia (IBP + bismuto + tetraciclina + metronidazol) y un tercero con IBP + amoxicilina + levofloxacino. Criterios de exclusión: cirugía gástrica previa y alergia a alguno de los antibióticos mencionados. Intervención: se administró un cuarto tratamiento erradicador con rifabutina (150 mg/12 h), amoxicilina (1 g/12 h) e IBP (dosis estándar/12 h) durante 10 días. Todos los fármacos se administraron juntos, después del desayuno y de la cena. El cumplimiento se evaluó mediante interrogatorio y recuperación de la medicación residual. Variable de resultado: la erradicación de *H. pylori* se definió como la negatividad de la prueba del aliento con 13C-urea 2 meses después de finalizar el tratamiento.

Resultados: Por el momento se llevan incluidos 57 pacientes. La edad media fue de 51 años, el 40% eran varones, el 42% tenían úlcera péptica y el 58% dispepsia funcional. Cuatro pacientes no tomaron la medicación correctamente (debido a efectos adversos): fiebre, mialgias, dolor abdominal y diarrea (1 paciente), y vómitos (3 pacientes). Las tasas de erradicación, “por protocolo” y “por intención de tratar”, fueron del 52% (IC95% = 38-66%) y del 49% (IC95% = 35-63%), respectivamente. Se describieron efectos adversos en 17 pacientes (30%), ninguno de ellos grave: náuseas/vómitos (8 pacientes), diarrea (2), fiebre (2), mialgias (2), hipertransaminasemia (2), leucopenia (< 1.500 neutrófilos) (2), dolor abdominal (1) y trombopenia (< 150.000 plaquetas) (1). La mielotoxicidad se resolvió espontáneamente tras la finalización del tratamiento.

Conclusiones: Incluso tras el fracaso de 3 tratamientos previos, una cuarta terapia de rescate empírica (con rifabutina) puede ser efectiva para erradicar la infección por *H. pylori* en aproximadamente la mitad de los casos. El tratamiento de “rescate” con rifabutina constituye una alternativa tras el fracaso de múltiples terapias erradicadoras conteniendo antibióticos clave como amoxicilina, claritromicina, metronidazol, tetraciclina y levofloxacino.

112. METAANÁLISIS DE TRIPLE TERAPIA CON LEVOFLOXACINO FRENTE A CUÁDRUPLE TERAPIA CON BISMUTO COMO TRATAMIENTOS DE RESCATE DE SEGUNDA LÍNEA PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*

A.C. Marín, A.G. McNicholl y J.P. Gisbert

Hospital de la Princesa y CIBERehd, Madrid.

Introducción: La terapia cuádruple con sales de bismuto ha sido clásicamente recomendada como tratamiento de rescate tras el fracaso previo de un intento erradicador de la infección por *H. pylori*. Como alternativa de tratamiento de segunda línea se ha propuesto la terapia triple con levofloxacino.

Objetivo: Realizar un metaanálisis de los estudios aleatorizados que comparan la eficacia y seguridad de la terapia triple con levofloxacino frente a la cuádruple con bismuto en la erradicación de *H. pylori* tras un primer fracaso erradicador.

Métodos: Selección de estudios: estudios aleatorizados que comparan la terapia triple con levofloxacino frente a la cuádruple con bismuto en la erradicación de *H. pylori* tras un primer fracaso erradicador. Estrategia de búsqueda: electrónica y manual. Síntesis de los resultados: tasas de erradicación por “intención de tratar” y tasas de efectos adversos.

Resultados: Se incluyeron 12 estudios con un total de 2.374 pacientes (1.271 con tratamiento triple con levofloxacino y 1.103 con terapia cuádruple de bismuto). Un primer análisis con todos los estudios seleccionados reveló una mayor eficacia erradicadora del tratamiento triple con levofloxacino frente al cuádruple con bismuto (79% vs 70%; OR = 1,54; IC95% = 1,20-1,97; $p < 0,001$; I2 = 74%) y una menor tasa de efectos adversos (14% vs 32%; OR = 0,32; IC95% = 0,23-0,45; $p < 0,001$; I2 = 46%) y de efectos adversos graves (0,7% vs 7,8%; OR = 0,1; IC95% = 0,03-0,39; $p < 0,001$; I2 = 0%). Dos de los estudios (Wong et al. 2006 y Perri et al. 2003) mostraban que la terapia cuádruple era más efectiva, lo cual podría deberse a que en ambos casos el tratamiento con levofloxacino se administraba durante 7 días en lugar de 10, y concretamente en el caso de Perri et al. 2003 la administración de levofloxacino era en una única toma al día. Excluyendo estos 2 estudios discordantes, la heterogeneidad se redujo y aumentó la eficacia erradicadora de la terapia triple con levofloxacino (81% vs 68%; OR = 2,03; IC95% = 1,54-2,68; $p < 0,01$; I2 = 56%). La triple terapia con levofloxacino de 10 días demostró ser más eficaz que la de 7 días (89% vs 69%). Un subanálisis incluyendo únicamente estudios con tratamiento triple de 10 días con levofloxacino, amoxicilina y un inhibidor de la bomba de protones demostró aún una mayor eficacia con este tratamiento en com-

paración con el cuádruple con bismuto (89% vs 65%; OR = 2,6; IC95% = 2,93-7,26; $p < 0,001$; I2 = 0%; número necesario a tratar = 4) y una seguridad similar.

Conclusiones: La terapia triple con levofloxacino es más efectiva y mejor tolerada que la cuádruple con bismuto como tratamiento de rescate de segunda línea de la infección por *H. pylori*.

113. METAANÁLISIS: RABEPRAZOL Y ESOMEPRAZOL PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*

A.G. McNicholl^a, P. Muñoz Linares^a, O. Pérez Nyssen^a, X. Calvet^b y J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Sabadell y CIBERehd, Barcelona.

Introducción: Rabeprazol y esomeprazol son dos inhibidores de la bomba de protones (IBP) de nueva generación cuya eficacia relativa para la erradicación de *H. pylori* no ha sido suficientemente evaluada.

Objetivo: Realizar un metaanálisis de los estudios que comparan rabeprazol o esomeprazol con otros IBP, y entre ellos, para la erradicación de *H. pylori*.

Métodos: Selección de estudios: Estudios controlados, aleatorizados, que compararan esomeprazol o rabeprazol con otros IBP de primera generación (omeprazol, lansoprazol o pantoprazol) o entre ellos. El análisis se realizó con estudios que comparaban tratamientos que diferían únicamente en el IBP empleado, no en los antibióticos, duración o número de tomas al día. Estrategia de búsqueda: electrónica y manual. Calidad de los estudios: evaluada independientemente por dos investigadores. Síntesis de datos: metaanálisis combinando las odds ratio (OR), "por intención de tratar" y "número necesario a tratar" (NNT).

Resultados: El metaanálisis (incluyendo 40 estudios, 2.167 pacientes tratados con esomeprazol, 2.446 con rabeprazol y 3.436 con IBP de primera generación) demostró mejores resultados con esomeprazol y rabeprazol (tanto global como por separado) que con los otros IBP (global 81,4% vs 77,9%; OR = 1,23; IC95% = 1,09-1,39; NNT = 29/esomeprazol 83,2% vs 78,6%; OR = 1,27; IC95% = 1,06-1,52; NNT = 22/rabeprazol 79,9% vs 75,6%; OR = 1,20; IC95% = 1,02-1,40; NNT = 23). En los subanálisis basados en la dosis del IBP, solo esomeprazol 40 mg/12h demostró mejorar los resultados globales (83,5% para esomeprazol vs 72,4% para los IBP de primera generación; OR = 1,68; IC95% = 1,21-2,34; NNT = 9). Rabeprazol 20 mg/12 h mantuvo los resultados del análisis global. Dosis más bajas del IBP (esomeprazol 20 mg/12 h o rabeprazol 10 mg/12 h) redujeron la eficacia de los IBP de nueva generación. Se compararon directamente esomeprazol frente a rabeprazol en un subanálisis incluyendo 5 estudios (811 pacientes con esomeprazol y 769 con rabeprazol) y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (77,3% vs 76,5%; OR = 1,06; IC95% = 0,84-1,35).

Conclusiones: Esomeprazol y rabeprazol logran tasas de erradicación de *H. pylori* similares, pero mejores que las de los IBP de primera generación. Este beneficio clínico es más evidente en los regímenes que incluyen esomeprazol 40 mg/12 h.

114. ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI* Y PREVENCIÓN DE LA RECIDIVA HEMORRÁGICA POR ÚLCERA PÉPTICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL A LARGO PLAZO EN 890 PACIENTES

J.P. Gisbert^a, X. Calvet^b, A. Cosme^c, P. Almela^d, F. Feu^e, F. Bory^f, S. Santolaria^g, R. Aznárez^h, M. Castro-Fernándezⁱ, N. Fernández^j, R. García-Grávalos^k, A. Benages^d, N. Cañete^f, M. Montoro^g, F. Borda^h, A. Pérez-Aisa^j y J.M. Piqué^e

^aHospital de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bHospital de Sabadell, Barcelona. ^cHospital de Donostia, San Sebastián. ^dHospital Clínico, Valencia. ^eHospital Clínic, Barcelona. ^fHospital del Mar, Barcelona. ^gHospital San Jorge, Huesca. ^hHospital de Navarra, Pamplona. ⁱHospital de Valme, Sevilla. ^jHospital Costa del Sol, Málaga. ^kHospital de la Princesa, Madrid.

Introducción: La erradicación de *H. pylori* se asocia con una drástica reducción de la recurrencia ulcerosa, pero el efecto sobre la recidiva hemorrágica ha sido menos estudiado.

Objetivo: Evaluar la incidencia de recidiva hemorrágica por úlcera péptica tras la erradicación de *H. pylori* y comprobar que el tratamiento de mantenimiento con antisecretores no es necesario una vez que se ha confirmado la desaparición del microorganismo, presentándose los resultados actualizados de un estudio multicéntrico de la Asociación Española de Gastroenterología.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes con hemorragia digestiva por úlcera gastroduodenal. La ingesta previa de AINE no se consideró criterio de exclusión. La infección por *H. pylori* se confirmó por test rápido de ureasa, histología o prueba del aliento con 13C-urea. Se administraron diversos tratamientos erradicadores (generalmente un inhibidor de la bomba de protones junto con dos antibióticos durante 7-10 días). Posteriormente se administraron antisecretores (antagonistas H2) hasta confirmar la erradicación de *H. pylori* (mediante prueba del aliento a las 4-8 semanas), tras lo cual ya no se prescribió fármaco alguno. Cuando fue necesario se administraron varios tratamientos consecutivos hasta lograr la erradicación de *H. pylori*. Se realizaron controles clínicos anuales. Se recomendó evitar la ingesta de AINE durante el seguimiento.

Resultados: Hasta este momento, 890 pacientes han completado al menos 1 año de seguimiento, con un total de 3.198 pacientes-año de seguimiento. La edad media fue de 57 años, el 76% eran varones y el 39% habían recibido AINE previamente al sangrado. El 70% tenía una úlcera duodenal, el 26% gástrica y el 4% pilórica. Se observaron 2 episodios de recidiva hemorrágica al año de seguimiento (en ambos casos tras la ingesta de AINE), y otros 2 episodios a los 2 años (uno tras la ingesta de AINE y otro tras la reinfección por *H. pylori*). La incidencia acumulada de resangrado fue del 0,45% (IC95%, 0,12-1,15%) y la tasa de incidencia del 0,17% por paciente-año de seguimiento (IC95%, 0,034-0,32%).

Conclusiones: La desaparición de *H. pylori* elimina la práctica totalidad de las recidivas hemorrágicas por úlcera péptica, por lo que tras su erradicación no es preciso administrar tratamiento de mantenimiento con antisecretores. No obstante, la ingesta de AINE o la reinfección por *H. pylori* pueden originar una recidiva hemorrágica en los pacientes en los que previamente se ha erradicado la infección.

116. RESISTENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* A DIVERSOS ANTIBIÓTICOS: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL

E. Pérez-Trallero^a, M.J. Ramírez-Lázaro^b, H. Villar^c, G. Royo^d, M. Montes^a, S. Lario^b, J.P. Gisbert^e y F. Megraud^f

^aServicio de Microbiología, Hospital Donostia, San Sebastián. ^bServicio de Digestivo, Corporació Sanitària Parc Taulí, Barcelona. ^cServicio de Microbiología, Hospital San Agustín, Avilés. ^dServicio de Microbiología, Hospital General Universitario de Elche, Alicante. ^eHospital de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^fLaboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux Cedex, Francia.

Introducción: La resistencia de *H. pylori* a diversos antibióticos constituye el factor predictor más importante de fracaso del tratamiento erradicador. La prevalencia de dichas resistencias parece ir en aumento. En España, la eficacia de la triple terapia estándar se encuentra frecuentemente por debajo del 80%. No se ha realizado

en nuestro medio ningún estudio multicéntrico amplio que evalúe las tasas de resistencia antibiótica.

Objetivo: Evaluar la tasa de resistencia de *H. pylori* a diversos antibióticos en España.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo y multicéntrico en el que se incluyeron prospectivamente pacientes adultos remitidos a diversas unidades de endoscopia de España para la realización de una gastroscopia oral. Período de inclusión: de mayo de 2008 a junio de 2009. Criterios de exclusión: haber recibido tratamiento erradicador de *H. pylori* previamente. Se evaluó la resistencia de *H. pylori* (Etest, AB BIODISK, proporcionado a todos los centros) a los siguientes antibióticos, con los siguientes criterios de resistencia (CMI $\mu\text{g/mL}$): metronidazol (> 8), claritromicina (> 1), levofloxacino ($> 0,5$), tetraciclina (> 1), amoxicilina ($> 0,5$) y rifabutina (> 1).

Resultados: Se incluyeron 213 pacientes (57% varones) con cultivo positivo para *H. pylori*. Los síntomas por los que se había indicado la gastroscopia fueron los siguientes: dispepsia (89%), hemorragia digestiva (18%), anemia (9%) y otros (9%). Los hallazgos endoscópicos fueron: úlcera gastroduodenal (63%), gastritis (45%), gastroduodenitis erosiva (23%), tumor gástrico (2%) y endoscopia normal (34%). Las tasas de resistencia a los distintos antibióticos fueron: metronidazol (28%), levofloxacino (14%), claritromicina (12%), tetraciclina (0,9%), amoxicilina (0,5%) y rifabutina (0,5%).

Conclusiones: El presente estudio multicéntrico español demuestra una elevada tasa de resistencia de *H. pylori* al metronidazol (28%), mientras que la resistencia a la claritromicina (12%), aunque relevante, se encuentra todavía por debajo del límite (15-20%) a partir del cual se recomienda no emplear dicho antibiótico empíricamente como tratamiento de primera línea. La tasa de resistencia al levofloxacino, frecuentemente empleado en los tratamientos de rescate de segunda línea, es considerable (14%). La resistencia a otros antibióticos como amoxicilina, tetraciclina y rifabutina es excepcional ($< 1\%$). La realización rutinaria de cultivo en algunos centros permite conocer los patrones de resistencia de *H. pylori* y, consecuentemente, elegir el mejor tratamiento en España.

117. ¿ES ÚTIL LA REALIZACIÓN DE CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA PREVIO AL TRATAMIENTO ERRADICADOR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*?

M. Martos^a, A. Cosme^a, I. Gil^a, B. Ibarra^a, M. Recasens^a, U. Mendarte^a, M. Montes^b, A. Iribarren^a, E. Hijona^a y L. Bujanda^a

^aServicio de Digestivo, CIBERehd; ^bServicio de Microbiología, CIBERes, Hospital Donostia, San Sebastián.

Introducción: Las guías sobre erradicación del *Helicobacter pylori* (HP) en nuestro país recomiendan como primera línea de tratamiento la pauta con inhibidores de la bomba de protones, claritromicina y amoxicilina (OCA).

Objetivo: Comparar la eficacia erradicadora de la primera línea según la realización o no de cultivo y antibiograma previo al tratamiento en pacientes con infección por HP.

Material y métodos: Se analizan los protocolos clínicos de 190 pacientes, recogidos de manera consecutiva durante el año 2008 a los que por referir sintomatología gastroduodenal se les realiza gastroscopia con cultivo de biopsia gástrica, test del hilo o test de la urea respirada, según criterio del especialista. A los sujetos que habían sido tratados se les realizó un test de la urea respirada para confirmar la eficacia del tratamiento erradicador 6 semanas después. Los enfermos se clasificaron en dos grupos; Grupo I pacientes con cultivo positivo y antibiograma frente al HP (116 pacientes) y Grupo II pacientes con infección por HP mediante test de aliento sin realización de cultivo (74 pacientes).

Resultados: Las características de edad, sexo e indicación del tratamiento erradicador fueron similares en ambos grupos. De los

116 pacientes del grupo I, 64 eran sensibles a claritromicina y se trataron con OCA 7-10 días. La tasa de erradicación en este grupo fue del 89% (57 pacientes). De los 74 pacientes del grupo II se trataron con OCA 7-10 días a 52 y se confirmó la erradicación en 30 (58%). La resistencia a claritromicina en los pacientes del grupo I fue del 21,1%.

Conclusiones: 1. La realización de cultivo y antibiograma antes de iniciar un tratamiento con OCA 7-10 días aumentó la tasa de erradicación en más de un 30%. 2. La resistencia a claritromicina en nuestro medio es elevada.

118. INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* Y EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE P53 Y CASPASA-3 ACTIVADA EN BIOPSIAS GÁSTRICAS

A.G. McNicholl^a, M.E. Fernández Contreras^a, A.C. Marín Gómez^a, M. Guijarro Rojas^b y J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo y CIBERehd; ^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: *Helicobacter pylori* es la principal causa de gastritis crónica y es conocido que la bacteria induce esta alteración a través de la desregulación de genes implicados en el control de la apoptosis. Se ha descrito que este microorganismo es capaz de inducir la sobreexpresión de caspasa-3 y P53 mutada, entre otros factores proapoptóticos.

Objetivo: Estudiar la expresión de P53 y caspasa-3 activada, dos marcadores proapoptóticos esenciales, junto con la infección por *H. pylori*, en biopsias de pacientes con síntomas dispépticos.

Métodos: Se estudiaron mediante inmunohistoquímica biopsias de antro y cuerpo gástricos de pacientes sometidos a gastroscopia por indicación médica. La presencia de úlcera gástrica o duodenal, el uso regular de antiinflamatorios no esteroideos, el tratamiento erradicador frente a *H. pylori* o el tratamiento antibiótico en los 30 días previos a la inclusión en el estudio se consideraron criterios de exclusión. La expresión tisular de P53 y caspasa-3 activada se determinó mediante inmunohistoquímica con anticuerpos policlonales específicos (R&D Systems, Minneapolis, EE.UU). La infección por *H. pylori* se estableció mediante la prueba del aliento con urea marcada con 13C o por diagnóstico histológico. Según criterios histológicos, la actividad inflamatoria se clasificó como ausente, leve, moderada e intensa.

Resultados: Se estudiaron un total de 23 biopsias (12 de antro y 11 de cuerpo gástrico) correspondientes a 12 pacientes. La edad media fue de 50 ± 16 años, el 42% fueron varones, 8 pacientes tuvieron diagnóstico histológico de gastritis y 4 estaban infectados por *H. pylori*. De los 4 pacientes infectados, 2 fueron positivos para P53 y 2 para caspasa-3 activada. Respecto a los no infectados, en las muestras sin actividad inflamatoria o sin lesiones significativas ($N = 7$) no se observó expresión de factores proapoptóticos, pero sí en los que presentaban lesiones más avanzadas sugerentes de infección previa (atrofia y metaplasia fundamentalmente). En 4 de los 12 pacientes estudiados los resultados de expresión de P53 y caspasa-3 activada fueron divergentes en las muestras de antro y cuerpo del mismo enfermo.

Conclusiones: 1. En ausencia de *H. pylori*, la mucosa histológicamente normal o sin actividad inflamatoria no expresa marcadores de apoptosis (P53 y caspasa-3). 2. Las biopsias con lesiones histológicas más avanzadas (fundamentalmente atrofia o metaplasia), sugerentes de infección previa por *H. pylori*, expresan marcadores proapoptóticos aunque no se detecten bacilos en la mucosa. 3. En un tercio de los pacientes el estudio de la expresión de marcadores de apoptosis mostró resultados divergentes en antro y cuerpo, lo que indica que para poder valorar adecuadamente la apoptosis gástrica de un paciente, es necesario analizar simultáneamente ambas localizaciones.

119. SISTEMAS DE RETENCIÓN DE AMOXICILINA PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*

J.P. Gisbert^a, S. Torrado^b, P.M. de la Torre^b, A.G. McNicholl^a y S. Torrado^{b,c}

^aHospital de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bDepartamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica, Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. ^cCIBERehd.

Objetivo: Estudiar el efecto del ácido DL-poliláctico (PL), un polímero hidrofóbico, sobre la tasa de disolución y el comportamiento de erosión e hinchamiento de los complejos poliiónicos de retención gástrica, como sistemas de retención de amoxicilina para la erradicación de *H. pylori*.

Métodos: Los hidrogeles se prepararon con quitosán (CS), carboximetilcelulosa sódica (CMC) y PL. La amoxicilina trihidrato se agregó en una proporción constante (3,0) a todas las formulaciones. Las proporciones p/p de los hidrogeles fueron CS:PL:A (3:2:3), CS:CMC:A (3:2:3) y CS:CMC:PL:A (3:1:1:3). Caracterización de las formulaciones: Las microestructuras de los hidrogeles se estudiaron por SEM antes y después de ser inmersas en una solución de acetato (pH 5,0, USP 29). Los estudios de disolución se realizaron en el aparato 2 de la USP. Cada formulación fue pesada (Wi) e inmersa en 450 ml de la solución de acetato para los estudios de hinchamiento y erosión. El resto del sistema se pesó a tiempo t (Ww). Posteriormente, el sistema fue desecado a peso constante (Wd). Se calcularon el grado de hinchamiento [$S = (Ww - Wi) / Wi$] y la constante aparente de velocidad de erosión del polímero Ke (\min^{-1}) [$(a - Ke t = (Wd / Wi) 1/3$].

Resultados: Las formulaciones con CS y CMC presentan una superficie porosa irregular con diámetro entre 50 y 300 μm . La superficie de CS:CMC:PL:A era estructuralmente similar a la de CS:CMC:A, mostrando como diferencia un menor número de poros. Todas las formulaciones liberaron el total de la amoxicilina en menos de dos horas. Los hidrogeles CS:CMC:A y CS:CMC:PL:A evidenciaron una liberación más sostenida. Los complejos con CS y CMC mostraban un rápido grado de hinchamiento, con valores de "S" de 9 y 14 a los 10 minutos. La adición de PL moduló los perfiles de erosión debido a una disminución de las interacciones electrostáticas y a una reducción en la absorción de agua de los complejos. CS:CMC:PL:A presentó perfiles de erosión e hinchamiento válidos pasados los 120 minutos (Ke 0,672·10⁻³ min⁻¹).

Conclusiones: Las formulaciones de liberación controlada de retención gástrica se obtuvieron con éxito mediante un proceso de dispersión bajo condiciones ácidas seguido de un secado con aspiración a vacío. Los complejos interpolímeros de CS y CMC han demostrado tener propiedades de hinchamiento y de liberación del fármaco, adecuados en un medio de disolución pH 5,0, lo que permite una liberación sostenida de amoxicilina durante 2 h. La adición de PL en estos complejos modula los perfiles de hinchamiento y erosión, permitiendo su evacuación tras la liberación del fármaco.

120. RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS POR LA INFECCIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*. ¿ESTÁ JUSTIFICADO UN CAMBIO EN EL ESQUEMA ERRADICADOR?

M. Martos^a, A. Cosme^a, I. Gil^a, B. Ibarra^a, M. Recasens^a, U. Mendarte^a, M. Montes^b, A. Iribarren^a, E. Hijona^a y L. Bujanda^a

^aServicio de Digestivo, CIBERehd; ^bServicio de Microbiología, CIBERes, Hospital Donostia, San Sebastián.

Introducción: La resistencia a los antibióticos es un punto clave en la eficacia del tratamiento erradicador frente al *Helicobacter pylori* (HP). Se considera que cuando las resistencias son superiores al 15% la eficacia disminuye significativamente y que no es coste-efectiva.

Objetivo: Determinar la resistencia de diferentes antibióticos frente al HP.

Material y métodos: Se incluyen 437 pacientes recogidos de manera consecutiva durante el año 2008 con cultivo positivo para el HP. El cultivo se realizó a partir de biopsias gástricas o test del hilo. En el antibiograma se analizó la sensibilidad y resistencia "in vitro" de HP frente a macrólidos, quinolonas, metronidazol, tetraciclinas y amoxicilina.

Resultados: De los 437 pacientes con cultivo positivo se objetivó resistencia a claritromicina en el 21% (92 pacientes), a la eritromicina en el 20% (88%), a ciprofloxacino en el 15% (66 casos) y a metronidazol en el 34% de los casos. No hubo ninguna resistencia a la amoxicilina ni a la tetraciclina. De los 429 antibiogramas en los que se utilizó de manera conjunta claritromicina y eritromicina, hubo concordancia de los resultados de sensibilidad y resistencia frente a HP en 427 de los 429 casos (99,5%). La sensibilidad/resistencia frente a levofloxacino se comprobó solo en 94 casos del grupo y fue similar a la del ciprofloxacino. Hubo resistencias a dos grupos de antibióticos en el 12,3% de los casos (54 de 437), la mitad de ellos lo fueron simultáneamente a macrólidos y metronidazol. Además en 11 de los 437 casos (2,5%), hubo resistencia a tres de las familias de antibióticos analizados (macrólidos, quinolonas y metronidazol).

Conclusiones: 1.º Las resistencias a claritromicina es similar a otras zonas de nuestro entorno. 2.º La resistencia a metronidazol (34%) y levofloxacino (15%) son muy superiores a las esperadas.

121. VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR: EXPERIENCIA EN 2 CENTROS DE ASTURIAS

M. Ibáñez^a, E. Armesto^b, R. de Francisco^a, J.M. Duque^b, I. Pérez-Martínez^a y S. Riestra^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ^bSección de Aparato Digestivo, Hospital de San Agustín, Avilés.

Objetivo: En la práctica clínica, en los últimos años, existe la sensación de que se están produciendo cambios, tanto en las indicaciones como en las pautas de erradicación de *Helicobacter Pylori* (HP) utilizadas. Los objetivos del presente trabajo son, estudiar la posible variabilidad en las indicaciones y pautas de erradicación de HP en dos centros en Asturias, así como conocer las tasas actuales de erradicación en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo, realizado en dos hospitales del Principado de Asturias (centros A y B); se analizaron los últimos 200 tests del aliento de HP (en cada centro), indicados como control tras tratamiento erradicador. Se acudió a los registros médicos de los pacientes y se analizaron, globalmente y por centro, la indicación de erradicación, el método diagnóstico usado, la pauta de tratamiento y los porcentajes de erradicación.

Resultados: En total se incluyeron 375 controles de erradicación de HP. Globalmente, la infección por HP se había diagnosticado por test ureasa (49,9%), test aliento (39,5%), serología (5,3%) e histología (5,3%), con diferencias entre los dos centros (test ureasa 67,5% vs 30,3% y test del aliento 31,5% vs 48,3%, en centros A y B respectivamente; $p < 0,001$). Las indicaciones de erradicación fueron: úlcera gastroduodenal (UGD) (41,1%), dispepsia funcional (DF) (23,5%), antecedente familiar cáncer gástrico (11,5%), gastritis crónica (11,5%) y duodenitis (8,5%), de nuevo con diferencias entre centros (UGD 68% vs 11,2% y DF 6,6% vs 42,1%, en centros A y B respectivamente; $p < 0,001$). En cuanto al tratamiento, se trataba de una primera, segunda o tercera pauta en 308, 53 y 14 casos. Como primer tratamiento se utilizaron mayoritariamente las pautas CAO-7 (41,2%) y CAO-10 (49,7%), como segundo, LAO-10 (73,6%) y clásica (7,5%) y como tercer tratamiento, secuencial (30,8%) y clásica (30,8%), sin diferencias entre centros. El porcentaje global de erradicación en la serie fue del 69,1%, sin diferencias signifi-

tivas entre las distintas indicaciones. En los primeros tratamientos se consiguió una tasa de erradicación del 72,7%, y en los segundos tratamientos del 56,6%, sin diferencias significativas entre las distintas pautas erradicadoras en cada caso.

Conclusiones: En nuestro medio existe marcada variabilidad en las indicaciones de erradicación y en la forma de diagnosticar la infección por HP, aunque no en las pautas de erradicación utilizadas. Como tratamiento de primera elección se sigue utilizando la pauta CAO, mientras que como segundo tratamiento se usa la pauta LAO y como tercer tratamiento la secuencial y clásica.

122. INCIDENCIA DE LAS ALTERACIONES HEPÁTICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA

B. Urdin^a, F.J. Martínez Cerezo^a, V. Morente^b, G. Castillejo^c, F.J. Tena^a, J. Marsal^a, F. Riu^b y D. Pascual^a

^aServicio de Exploraciones Complementarias y Aparato Digestivo;

^bServicio de Anatomía Patológica; ^cServicio de Pediatría, Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Introducción: La enfermedad celíaca es una entidad asociada a múltiples procesos digestivos y extradigestivos. Series previas han comunicado la existencia de alteraciones de los parámetros analíticos hepáticos en el 30-50% de pacientes, asociándose a entidades como la hepatitis autoinmune, la cirrosis biliar primaria y la esteatohepatitis no alcohólica.

Objetivo: Analizar la incidencia de trastornos hepáticos en los pacientes con enfermedad celíaca, valorando su etiología.

Métodos: Se han revisado retrospectivamente los pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca, recogiendo sus datos epidemiológicos, forma de presentación de la enfermedad, histología y datos analíticos. Se ha considerado que un paciente presentaba alteración de la analítica hepática cuando presentaba una elevación superior a 1,5 veces el límite alto de la normalidad en alguno de los parámetros.

Resultados: Se han recogido datos de 30 pacientes, 9 hombres y 21 mujeres, con mediana de edad de 36,13 años (DE 9,49). Seis pacientes presentaban una forma clásica de la enfermedad, 12 una forma paucisintomática y 12 formas silentes. La histología fue compatible con lesión Marsh III en 21 casos, Marsh II en 2 casos y Marsh I en 7 casos. Solo 1 caso (3,33%) presentaba alteración de pruebas hepáticas, un hombre diagnosticado a raíz del estudio de la alteración comentada, con lesiones Marsh IIIc que presentaba un patrón citolítico, con niveles de AST y ALT > 1000 U/ml., al que se le practicó biopsia hepática después de 9 meses de haberse iniciado dieta sin gluten, siendo compatible con esteatohepatitis con actividad inflamatoria y fibrosis moderadas, normalizándose los parámetros analíticos 18 meses después de la instauración de la dieta.

Conclusiones: Hay una baja incidencia de alteraciones hepáticas en nuestros pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca. La incidencia previamente reportada en las series previas puede estar sobrevalorada.

Trastornos funcionales digestivos

123. LA RESPUESTA CONTRÁCTIL DEL ESÓFAGO EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN PERISTÁLTICA DEPENDE DE LA VISCOSIDAD DEL BOLO INGERIDO

J. Naves, I. Serra y J. Serra

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: En condiciones fisiológicas el individuo ingiere bolos de diferente consistencia y con frecuencia, los pacientes con trastornos de la motilidad esofágica refieren que los síntomas de-

penden de la consistencia del bolo ingerido. Sin embargo, el estudio de la motilidad esofágica se ha realizado tradicionalmente utilizando exclusivamente bolos líquidos. La manometría de alta resolución ha supuesto un avance que permite la evaluación precisa de la motilidad de todos los segmentos del esófago (desde la faringe hasta el estómago) utilizando diferentes composiciones de bolo ingerido.

Objetivo: Evaluar el efecto de los cambios de viscosidad del bolo ingerido sobre el peristaltismo esofágico, en pacientes con motilidad esofágica normal y en pacientes con diferentes grados de disfunción peristáltica.

Métodos: Se estudiaron 55 pacientes consecutivos referidos a nuestro laboratorio de motilidad: 15 pacientes con manometría normal como controles, 20 pacientes con disfunción peristáltica leve y 20 pacientes con disfunción peristáltica grave de acuerdo a los Criterios de Chicago (Kahrilas et al. J Clin Gastroenterol 2008;42:627). En cada paciente se analizó la topografía esofágica de presiones en respuesta a 5 degluciones con agua y a 5 degluciones con gel (Resource[®], 7 g en 100 ml de agua) aplicadas al final de un protocolo estandarizado de manometría de alta resolución.

Resultados: Por definición, la proporción de contracciones hipotensivas y no transmitidas fue significativamente mayor en los pacientes con disfunción peristáltica ($30 \pm 4\%$ y $36 \pm 4\%$, respectivamente) que en los controles ($8 \pm 2\%$ y $0 \pm 0\%$, respectivamente; $p < 0,05$ vs disfunción peristáltica ambos). El gel aumentó algo la presión contráctil integrada y la presión intrabolo (en un $7 \pm 5\%$ y $18 \pm 12\%$ respectivamente; NS) de las ondas propagadas en los controles, pero no modificó el tipo de onda ($4 \pm 4\%$ y $2 \pm 2\%$ ondas hipotensivas y no transmitidas, respectivamente; NS vs agua). Sin embargo el gel deterioró progresivamente la contractilidad en los pacientes con disfunción peristáltica: en los pacientes con disfunción leve se redujo el número de ondas normales ($30 \pm 6\%$ vs $42 \pm 6\%$, gel y agua, respectivamente; $p < 0,05$) y en los pacientes con disfunción grave disminuyó el número de ondas hipotensivas ($32 \pm 8\%$ vs $42 \pm 6\%$, gel y agua, respectivamente; $p < 0,05$) para aumentar el número de ondas no transmitidas ($56 \pm 8\%$ vs $42 \pm 8\%$ gel y agua, respectivamente; $p < 0,05$).

Conclusiones: La viscosidad del bolo alimentario determina la respuesta contráctil del esófago en pacientes con disfunción peristáltica. Un test simple de sobrecarga del esófago mediante pequeños incrementos de la viscosidad del bolo ingerido podría ser útil para valorar la capacidad de respuesta del esófago en pacientes con trastornos de la motilidad esofágica.

124. MECANISMOS QUE CONDUCEN A LA LIBERACIÓN DEL CITOCROMO C EN CÉLULAS EPITELIALES GÁSTRICAS COINFECTADAS CON *H. PYLORI*

M. Calvino Fernández^{a,b}, S. Benito Martínez^b y T. Parra Cid^{a,b}

^aCIBERehd; ^bUnidad de Investigación, Hospital Universitario, Guadalajara.

Introducción: Varios estudios han puesto de manifiesto que el *H. pylori* induce apoptosis en células epiteliales gástricas. El estrés oxidativo puede dirigir este proceso, que evolucionará vía intrínseca o mitocondrial con la liberación de citocromo c (citc) a citosol, donde iniciará la cascada de las caspasas. Los poros de transición mitocondrial (PTM), la familia del Bcl-2 e interacciones entre ellos, están implicados en la liberación de citc en procesos apoptóticos, aunque es desconocido el papel de estos componentes sobre las células epiteliales gástricas en las infecciones por *H. pylori*.

Objetivo: Analizar in vitro dos vías para explicar la liberación del citc en células epiteliales gástricas infectadas con *H. pylori*: apertura de PTM y translocación de Bax a la mitocondria.

Métodos: En células AGS (ATCC-CRL1739) coinfectadas con *H. pylori* (ATCC-51932) a densidades entre 104-108 UFC/mL durante

24 h se determinó: —Radicales libres intracelulares (ROS) y mitocondriales (O2.-), con las sondas H2DCFDA y MitoSOX Red, respectivamente. —Niveles citosólicos y mitocondriales de citc por ELISA (Quantikine® kit, R&D) —Porcentaje de apoptosis con naranja de acridina (AO) Los cultivos de densidad 108 UFC/mL se pretrataron con/sin vit. E y se evaluó: *PTM marcando con calceína-AM. *Potencial de membrana mitocondrial (PMM) con JC-1. *Apoptosis con AO. * Bax por Western Blot (WB). A la misma densidad bacteriana, se pretrató con V5 (inhibidor de la translocación de Bax) y se llevaron a cabo ensayos con “crosslinkers” (incubación con DSP) para analizar dimerización-oligomerización de Bax en extractos citosólicos y mitocondriales.

Resultados: Respecto al control, *H. pylori* incrementó los niveles de ROS y O2.- proporcionalmente a la densidad bacteriana de manera estadísticamente significativa; el porcentaje de células apoptóticas aumentó un 60%, y el cociente citc citosólico/mitocondrial también fue más alto en cocultivos ($3,07 \pm 1,30^*$ vs $2,03 \pm 0,95$). Además, el *H. pylori* disminuyó significativamente el PMM y causó apertura de los PTM (> 70% de las células presentaban disminuida la fluorescencia de la calceína). La coinfección aumentó 3,5 veces la cantidad de Bax. El tratamiento con vit. E, recuperó todos estos valores de manera estadísticamente significativa. Por WB, la bacteria provocó un descenso del cociente Bax citosólico/mitocondrial, y en la fracción mitocondrial se visualizó, además de la banda monomérica (23 kDa), bandas de pesos moleculares coincidentes con los correspondientes a dímeros y oligómeros de la proteína, bandas inexistentes en la muestra control. La adición de V5 atenuó estas alteraciones.

Conclusiones: *H. pylori* induce apoptosis en células AGS tras la liberación del citc a través de las dos vías analizadas. Existe una estrecha relación entre ambas y un tratamiento con antioxidantes y/o inhibidores de la translocación de Bax podrían bloquear la apoptosis y por tanto, ayudar a reducir los efectos tóxicos de la bacteria en células epiteliales gástricas.

127. EFECTO DE LA DILATACIÓN NEUMÁTICA (DN) SOBRE LOS SÍNTOMAS EN PACIENTES CON ACALASIA ESOFÁGICA IDIOPÁTICA (AEI)

V. Garrigues^{a,b}, V. Ortiz^{a,b}, V. Pertejo^{a,b}, C. Castellano^a y J. Ponce^{a,b}

^aHospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. ^bCIBERehd.

Introducción: Según algunos autores la DN es eficaz en un 60-90% de pacientes con AEI. Para otros, muchos pacientes mantienen síntomas importantes tras la DN.

Objetivo: Valorar el efecto de la DN sobre los síntomas en la AEI y evaluar si es posible predecirlo.

Métodos: En nuestra Unidad la AEI se trata con DN como terapéutica inicial y miotomía al fracasar la tercera sesión de DN, pudiendo anticiparse o retrasarse según la voluntad del paciente o el efecto previo. Tras la DN los pacientes se controlan a los 3 meses, cada año y ante cualquier incidencia clínica. El estado clínico se evalúa mediante una escala (0: asintomático; 1: disfagia, dolor torácico o regurgitación en la ingesta que no interfieren; 2: mismos síntomas que interfieren; 3: pérdida de peso, regurgitación postural o síntomas pulmonares). La DN se considera eficaz si el estado clínico es 0 o 1 durante 1 año. Para el estudio predictivo se ha realizado una regresión logística —variable dependiente: DN eficaz/no eficaz y variables independientes: edad, sexo, síntomas presentes, duración de los síntomas, diámetro Rx esofágico, tono del EEI y sesiones de DN.

Resultados: Se indicó DN en 511 pacientes con AEI, diagnosticada mediante manometría esofágica. De ellos, 5 no aceptaron el tratamiento y 9 fueron operados por perforación. De los 497 restantes 250 (50,3%) eran mujeres. La edad media era 50 años (DE: 19 años; límites 6-89 años). La duración media de los síntomas al

diagnóstico fue 70 meses; DE, 92 meses; mediana, 36 meses; límites, 2 y 780 meses. La frecuencia de presentación de disfagia fue 99,2%; regurgitación, 79,6%; pérdida de peso, 60,8%; pérdida > 5 Kg, 40,3%; dolor torácico, 42,4%; síntomas pulmonares, 32,1%; pirosis, 18,8%. La media del diámetro del cuerpo esofágico fue 45 mm (DE: 15 mm; límites: 5-96 mm). La media del tono del EEI fue 27 mmHg (DE: 13 mmHg; límites: 5-81 mmHg). Se realizó una sesión de DN en 239 pacientes (48,1%); dos sesiones en 107 (21,5%); tres sesiones en 116 (23,3%); cuatro sesiones en 28 (5,6%); cinco sesiones en 6 (1,2%) y seis sesiones en un paciente (0,2%). Se perdieron 36 pacientes (7%). En 44 pacientes (9%) el estado clínico era bueno pero con < 12 meses de seguimiento. La DN fue eficaz en 241 pacientes (49%), un tercio de ellos sin síntomas; la eficacia se alcanzó con una sesión de DN en un 30%, con dos en un 13%, con tres sesiones un 7%, y con cuatro sesiones en un 2%. La DN fue ineficaz en 176 (35%), 118 (24%) de ellos han sido operados (14 tras una sesión de DN; 24, con dos; 63, con tres; 13, con cuatro; 4, con cinco). Solo el número de dilataciones se asoció con la eficacia de la DN, siendo esta mayor en pacientes con menor número (OR 0,5; IC95%: 0,3-0,8).

Conclusiones: La DN consigue el alivio significativo de los síntomas en la mitad de los pacientes con AEI, especialmente con las primeras dos sesiones de dilatación. El alivio total es poco frecuente. Los datos relacionados con el paciente no predicen el resultado de la DN.

128. EVALUACIÓN DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO, MALDIGESTIÓN GRASA Y ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES GASTRECTOMIZADOS

F. Fernández Cano, A. Pérez Aisa, J.M. Rosalez Zabal, I.M. Méndez Sánchez, F. Rivas Ruiz, J. Gonzalo Marín, J.M. Navarro Jarabo, A. Chaves Elena, J. Alcaide, R. Rivera Irigoín y A. Sánchez Cantos

Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción: El papel del marco gastro-duodeno-pancreático en la digestión y posterior absorción de alimentos es esencial. Cuando este confluente sufre una alteración anatómica mediante la cirugía, se pueden alterar tanto la flora bacteriana como el proceso de digestión y absorción de principios inmediatos. Estas alteraciones pueden influir de manera directa en el estado nutricional de los pacientes sometidos a cirugía de resección gástrica.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) y maldigestión grasa en pacientes gastrectomizados. Valorar el estado nutricional y correlacionarlo, con las alteraciones (SIBO y maldigestión grasa) encontrados.

Material y métodos: Estudio de prevalencia desde mayo de 2009 hasta diciembre de 2010 en nuestra Unidad de Funcionales de Digestivo del Hospital Costa del Sol. Seleccionamos pacientes sometidos a gastrectomía total o subtotal por patología gástrica benigna o neoplásica como mínimo tres meses después de la resección. Se realiza una valoración nutricional inicial (clínica y analítica), y posteriormente test de aliento con Hidrógeno espirado con glucosa (TAH) para evaluar presencia de SIBO según la técnica estándar. Una vez descartado el SIBO se evalúan los datos de maldigestión grasa mediante test de aliento con triglicéridos marcados con ¹³C siguiendo un procedimiento estandarizado. Se realizó un análisis descriptivo con distribución de frecuencias para variables cualitativas, y mediana y rango intercuartílico para las cuantitativas.

Resultados: Incluimos 14 pacientes con una distribución balanceada entre hombres y mujeres (50%) con una media de edad de 65 años. El 85,7% (12) de los gastrectomizados lo fue por neoplasia gástrica, el 7,1% (1) por neoplasia de la unión esofagogástrica y el 7,1% (1) por patología benigna. El estadio tumoral se encontraba

entre IA y IIIB, El 7,7% (1) recibió quimioterapia neoadyuvante y el 30,8% (4) quimio-radioterapia. El 42,9% (6) fue sometido a gastrectomía total, mientras que el 57,1% (8) lo fue a gastrectomía subtotal. Se encontró una prevalencia de desnutrición entre leve y moderada de un 28,5% (4) de forma basal. El primer test de hidrógeno espirado para evaluar SIBO fue positivo en 6 de ellos (42,9%). Hasta el momento actual, se han realizado 12 test de maldigestión grasa, de éstos 9 han resultado negativos, es decir, sin déficit lipasa (75%) y 3 positivos (25%).

Conclusiones: En este grupo de pacientes gastrectomizados la prevalencia de SIBO se sitúa en el 42,9%. La maldigestión grasa en pacientes gastrectomizados con SIBO negativo alcanza al 25%. Los pacientes gastrectomizados que presentan SIBO o maldigestión grasa probablemente mejorarían en su estado nutricional con un manejo adecuado de estas dos situaciones.

129. EVALUACIÓN A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON ACALASIA ESOFÁGICA OPERADOS POR PERFORACIÓN TRAS DILATACIÓN NEUMÁTICA

B. Castelló^a, V. Ortiz^{a,b}, M. de Juan^c, C. Castellano^a, V. Garrigues^{a,b} y J. Ponce^{a,b}

^aUnidad de Gastroenterología; ^bCIBERehd; ^cCirugía, Hospital La Fe, Valencia.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida (CVRS) y evolución clínica a largo plazo en pacientes intervenidos por perforación esofágica tras la dilatación neumática (DN) por acalasia.

Material y métodos: Desde 1980, 510 pacientes con acalasia han sido tratados en nuestro hospital mediante dilatación forzada del cardias. Nueve casos (1,7%) presentaron una perforación que requirió tratamiento quirúrgico, en 6 de ellos tras la primera sesión de DN y en 3, tras la segunda sesión. El diagnóstico de la perforación se basó en los datos clínicos, en la Rx simple de tórax y Rx/TAC con contraste hidrosoluble en los casos sospechosos. Antes del tratamiento se realizó un análisis clínico, manometría esofágica, esofagograma y endoscopia alta. La cirugía consistió en el cierre de la perforación, miotomía de Heller y funduplicatura tipo DOR. Todos se evaluaron 3 meses tras la intervención. En 6 casos se ha realizado una evaluación reciente (seguimiento medio 5,5 años; límites 1-19 años) incluyendo una evaluación clínica y de la CVRS (genérica mediante SF-36 y específica mediante AE-18), una manometría, pH-impedanciometría esofágicas, esofagograma y endoscopia.

Resultados: De los 9 casos, 5 eran mujeres y la media de edad fue 53 años (DE 20 años). El tiempo medio desde la DN hasta la cirugía fue de 24 (2-48) horas, la longitud del desgarro fue 5 cm (DE: 3 cm); en 8 de los 9 casos se localizó en el lado izquierdo esofágico. La estancia media fue 16 (7-58) días. La mejoría clínica de los pacientes fue del 100% a los 3 meses y de 90% a largo plazo. La CVRS genérica fue inferior a la de la población general española; sin embargo, la CVRS específica fue similar a la de los pacientes tratados con DN sin complicaciones. El tono del EEI pasó de 27 (11-36) mmHg antes de la DN a 5 (0-8) mmHg a los 3 meses y 5 (0-8) mmHg a largo plazo. El diámetro esofágico fue 44 (25-75) mm, 20 (15-35) mm, y 33 (33-47) mm, respectivamente. Existía esofagitis en 2 casos a los 3 meses de la DN y en 2 casos a largo plazo. Al final del seguimiento se demostró reflujo ácido y no ácido en 2 casos; reflujo ácido en 1 caso; no ácido en 1 caso; y ausencia de reflujo en 2 pacientes.

Conclusiones: 1) Los pacientes que precisan cirugía por perforación en el curso de una DN presentan una buena situación clínica basada en datos subjetivos y objetivos, que se mantiene en el tiempo. 2) Su CVRS, evaluada a largo plazo, es inferior a la de la población general pero similar a la de los tratados con DN que no tuvieron complicaciones.

Páncreas y vías biliares

130. PRESCRIPCIÓN DE FLUIDOS POR GASTROENTERÓLOGOS FRENTE A NO GASTROENTERÓLOGOS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN URGENCIAS

N. Moya-Hoyo, E. de Madaria, I. López Font, L. Sempere, G. Soler-Sala, F. Lluís, J. Martínez y M. Pérez-Mateo

Unidad de Patología Pancreática, Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: La mayor parte de guías de práctica clínica sobre pancreatitis aguda (PA) recomiendan una fluidoterapia agresiva en los primeros días de ingreso. Nuestra hipótesis fue que los gastroenterólogos (GE) pautan una cantidad mayor de fluidos, al estar mejor informados de los beneficios de una fluidoterapia abundante precoz en el tratamiento de soporte de la PA que los no gastroenterólogos (NGE).

Objetivo: Comparar la cantidad inicial de fluidos prescrita a pacientes con PA desde urgencias para las primeras 24 h por GE y NGE, y si ello se asocia a diferente evolución.

Métodos: Estudio retrospectivo. Incluimos todo paciente adulto con PA ingresado en nuestra unidad entre diciembre de 2007 y marzo de 2009. Excluimos a pacientes en hemodiálisis previa. La prescripción inicial de fluidos se obtuvo de la revisión de historias clínicas. El resto de parámetros se obtuvo de nuestra base de datos prospectiva sobre PA.

Resultados: Analizamos 144 episodios de PA. Diecisiete (11,8%) tuvieron necrosis pancreática; 5 (3,5%) tuvieron fallo orgánico persistente y 2 (1,4%) fallecieron. Ochenta y siete (60,4%) episodios de PA fueron manejados en urgencias por NGE y 57 (39,6%) por GE. La mediana (p75-p25) de prescripción de fluidos fue 3,3 (3,8-3)L. Los NGE prescribieron 3,2 (3,5-2,7) frente a 3,5 (3,9-3,3)L por GE, $p < 0,01$. A Veintiocho (32,2%) pacientes atendidos por los NGE se les pautó menos de 3L (menos del percentil 25 de la muestra global) en las primeras 24h frente a 7 (12,3%) de los pacientes manejados por GE, $p < 0,01$. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a evolución de la enfermedad (incidencia similar de necrosis pancreática, colecciones agudas, fallo orgánico persistente y mortalidad).

Conclusiones: Los gastroenterólogos pautan una cantidad mayor de fluidos a los pacientes con pancreatitis aguda que los no gastroenterólogos, pero la relevancia clínica de esta diferencia podría ser baja.

131. HOSPITALIZACIÓN EN RÉGIMEN DE CORTA ESTANCIA U HOSPITAL DE DÍA PARA LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

J. Jurado García, C. Naveas Polo, A. Hervás Molina, M.L. Rodríguez Perálvarez, V. García Sánchez, P. Ruiz Cuesta, M. Pleguezuelo Navarro, C. Gálvez Calderón y S. Marín Pedrosa

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La realización de técnicas endoscópicas complejas exige que el paciente permanezca posteriormente unas horas bajo vigilancia médica. Esta se puede llevar a cabo de diversas formas, siendo los más habituales en régimen de hospital de día o en hospitalización de corta estancia.

Objetivo: Determinar qué tipo de técnicas y que pacientes son susceptibles de Hospital de día y cuáles son las principales limitaciones para un alta en el mismo día del procedimiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se incluyeron de forma consecutiva 153 pacientes que ingresaron de forma pro-

gramada entre los meses de mayo y octubre de 2010 para realización de CPRE o dilatación esofágica con bujías en régimen de hospitalización de corta estancia. Se tuvo en cuenta si era la primera vez de realización de la técnica o si era sucesiva. Se analizó procedencia y modo de transporte así como la indicación y tipo de técnica. Se consideró que el alta del paciente era posible a las 22 horas del mismo día del procedimiento si no aparecían complicaciones, otros síntomas relevantes ni necesitaba transporte en ambulancia, así como alta real la que se llevaba a cabo 24 horas tras la técnica.

Resultados: De los 153 pacientes, 87 fueron hombres (57%), con una edad de 74 ± 13 años. 127 (83%) tenían indicación de CPRE (106 primera ocasión y 21 con CPRE previa) y 26 de dilatación esofágica (3 primera vez y 23 sucesiva). 61 procedían de su domicilio, 5 de Residencia y 87 estaban ingresados en otro Hospital. 108 (71%) necesitaron transporte sanitario al alta. La indicación más frecuente de dilatación esofágica con bujías fue la estenosis cáustica y fibrosa (62,5%) y de la CPRE la coledocolitiasis (65%). Del total de CPRE

116 (91,3%) fueron altas 24 horas después del procedimiento habiendo sido posible que 25 (19,6%) de ellas hubieran abandonado el Hospital a las 22.00 horas del mismo día de la técnica por no haber presentado complicaciones, otros síntomas relevantes ni haber necesitado transporte sanitario. La principal limitación para que el resto continuara en el Hospital fue la necesidad de ambulancia (60,6%). Nueve de las CPRE no se fueron de alta, 6 por aparición de complicaciones (4,7%) y 3 por necesidad de completar estudio (2,3%). Solo apareció una complicación en el grupo de las dilataciones esofágicas (3,8%) y solo 4 de ellas necesitaron ambulancia por lo que el porcentaje de altas posibles a las 22 horas fue del 81%.

Conclusiones: No existieron mayores tasas de complicaciones relacionadas con la técnica que las descritas en la bibliografía. La dilatación esofágica con bujías es la técnica que con mayor facilidad puede realizarse en régimen de hospital de día. La principal limitación para el alta el mismo día de la técnica fue la necesidad de ambulancia.