Gastroenterol Hepatol. 2013;**36 (3)**:165-170

Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia

XVI Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología

Madrid, 20-22 de marzo de 2013

PÓSTERS CON MENSAJES RELEVANTES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

126. PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DEL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES INMUNOLÓGICO EN LA POBLACIÓN DE RIESGO FAMILIAR TRAS 3 RONDAS DE CRIBADO

M. Carrillo, A.Z. Gimeno-García, I. Alonso, M. Hernández-Guerra, D. Nicolás, A. Jiménez y E. Quintero

Hospital Universitario de Canarias, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: El cribado mediante el test de sangre oculta en heces inmunológico (SOHi) permite detectar neoplasia colorrectal avanzada (cáncer colorrectal –CCR- y adenoma avanzado) en la población de riesgo intermedio, pero no ha sido evaluado en la población de riesgo familiar.

Objetivo: Evaluar la precisión diagnóstica del test de SOHi en FPG de pacientes con CCR.

Métodos: Diseño: estudio prospectivo. Participantes: entre septiembre 2006 y septiembre 2011, 1.918 FPG asintomáticos (edad media 51 ± 10 años, 59% H) de 985 casos índices con CCR se aleatorizaron (1:1) a colonoscopia o SOHi anual (OC Sensor®, punto de corte 50 ng/mL) y colonoscopia en los positivos. Tras 3 rondas de cribado a todos los participantes del brazo de SOHi incluidos que entregaron el test (n = 724) se les ofreció una colonoscopia. Se excluyeron 182 (19,1%) FPG por síntomas, edad < 40 años, síndromes hereditarios de CCR, cribado reciente o rechazo a participar. Además, 75 (7,6%) no entregaron ningún test de SOHi y 88 (8,9%) no se realizaron la colonoscopia.

Resultados: 636 FPG se realizaron al menos un test de SOHi y colonoscopia (M 42,5% y H 57,5%). La mayoría tenía un solo FPG de CCR (92,4%), y el 64,4% de los casos índice tenían edad = 60 años. El test de SOHi resultó positivo en 112 (15,5%) participantes: 61 (8,4%) en la primera ronda, 41 (7,8%) en la segunda ronda y 10 (3,7%) en la tercera ronda de cribado. La colonoscopia detectó neoplasia colorrectal avanzada en 42 (6,6%, 40 adenomas avanzados y 2 CCR) FPG, 25 de ellos con SOHi (+) y 17 con SOHi (-). La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo para neoplasia avanzada del test de SOHi fue 59,5% (IC95% [45-74]), 85,5% (IC95% [83-88]), 22,5% (IC95% [15-30]) y 96,8% (IC95% [95-98]), respectivamente. La mayoría de las neoplasias avanzadas en los pacientes con SOHi positivo fueron detectadas en la primera ronda, incluyendo los 2 CCR (N = 21; 84%).

Conclusiones: El test anual de SOHi representa una alternativa eficaz a la colonoscopia para el cribado del CCR en la población de riesgo familiar. El presente estudio sugiere que el cribado bienal con SOHi podría ser más eficiente que el cribado anual en esta población.

158. UN TEST DE SOBRECARGA CON DEGLUCIÓN RÁPIDA DE AGUA INCREMENTA LA DETECCIÓN DE TRASTORNOS MOTORES EN PACIENTES CON SÍNTOMAS ESOFÁGICOS

I. Marín, C. Julià y J. Serra

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Unidad de Motilidad y Trastornos Funcionales Digestivos, CIBERehd.

Introducción: El estudio de la motilidad esofágica convencional se realiza mediante la ingesta de pequeños bolos de 5 ml de agua, espaciados 20-30 segundos. Nuestra hipótesis fue que un test de provocación sencillo, mediante ingesta rápida de 200 ml de agua, podía mejorar la detección de los trastornos de la motilidad esofágica.

Objetivo: 1. Caracterizar las respuestas al test de deglución rápida múltiple en pacientes con trastornos motores esofágicos diagnosticados de acuerdo a criterios estandarizados. 2. Determinar las respuestas en los pacientes con síntomas esofágicos pero manometría esofágica estrictamente normal.

Métodos: Se estudiaron 20 voluntarios sanos (11 mujeres, 9 varones; 18-68 años) y 161 pacientes (117 mujeres, 64 varones; 18-85 años) remitidos a nuestro laboratorio de motilidad por clínica sugestiva de trastorno motor esofágico (disfagia 33%, dolor torácico 25% y pirosis 50%). Los pacientes fueron diagnosticados de acuerdo con los Criterios de Chicago de: trastorno hipertensivo (n = 37), trastorno hipotensivo (n = 44), y manometría normal (n = 80). En cada sujeto, en posición sentada, se evaluó la respuesta a la deglución rápida de 200 ml de agua tras finalizar el protocolo estándar de manometría esofágica de alta resolución.

Resultados: Durante la deglución rápida múltiple, todos excepto dos de los controles sanos presentaron una inhibición completa de la presión del cuerpo esofágico y en todos se evidenció una relajación completa del esfínter esofágico inferior (< 15 mmHg). Al final de la deglución el 30% de los controles tuvieron una contracción peristáltica normal, mientras que la mayoría de controles (70%) no tuvieron ninguna contracción posterior o tuvieron una contracción hipotensiva. Por el contrario, más de la mitad (62%) de los pacien-

0210-5705/$ - see front matter © 2013 Publicado por Elsevier España, S.L

tes con trastornos hipertensivos tuvieron presurizaciones del cuerpo esofágico durante el test, y el 75% de ellos presentaron contracciones simultáneas posdeglución (p < 0,05 vs sanos para ambos). Los pacientes con trastornos hipotensivos presentaron inhibición completa de la presión del cuerpo esofágico durante la deglución múltiple (28% NS vs sanos) y una predominancia de onda hipotensiva posdeglución (55% ausencia de onda o onda hipotensiva, 15% onda normal y 30% onda simultánea; p < 0,05 vs sanos). Por otro lado, una proporción importante de los pacientes con manometría normal de acuerdo a criterios estándar, presentaron presurización del cuerpo esofágico durante la deglución (32%; p < 0,05 vs sanos), onda simultánea posdeglución (44%; p < 0,05 vs sanos), o una de ambas alteraciones (59%; p < 0,05 vs sanos). En estos pacientes, la presurización del cuerpo esofágico se correlacionó con la presencia de disfagia (p = 0,03) y la presencia de onda simultánea posdeglución con dolor torácico (p = 0,02).

Conclusiones: La adición de un test de sobrecarga con deglución rápida de agua al protocolo estándar de manometría esofágica incrementa la detección de alteraciones motoras esofágicas en pacientes con sospecha clínica.

1. LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA (CE) ES SUPERIOR A LA RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (RMN) EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES DE INTESTINO DELGADO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN (EC): ESTUDIO COMPARATIVO

A. Díaz-González[a], S. Rodríguez[b], C. Rodríguez de Miguel[a], I. Ordás[a], A. Jauregui[a], E. Ricart[a], A. Ramírez[a], M. Gallego[a], J. Rimola[b], M. Pellisé[a], G. Fernández-Esparrach[a], A. Ginés[a], J. Llach[a], J. Panés[a] y B. González-Suárez[a]

Hospital Clínic de Barcelona: [a]Servicio de Gastroenterología; [b]Servicio de Radiodiagnóstico.

Introducción: La capacidad diagnóstica de la CE comparada con la entero-RM en el estudio del intestino delgado no está bien establecida. La cápsula endoscópica colónica (CCE) es un avance tecnológico importante, con un ángulo de visión superior y una mejor calidad de imágenes comparada con la cápsula de intestino delgado (SBCE). Estudios previos comparen la SBCE y la RMN, pero no hay estudios que la comparen con la CCE.

Objetivo: Evaluar y comparar el rendimiento diagnóstico de la entero-RM y la cápsula endoscópica en la detección de lesiones en pacientes con EC. Pacientes y métodos: Se incluyeron 34 pacientes (13 hombres y 21 mujeres) con sospecha o EC establecida (28 pacientes con EC establecida, 3 pacientes con colitis indeterminada y 3 pacientes con sospecha de EC). A todos los pacientes se les hizo inicialmente una entero-RM para descartar una estenosis intestinal y después una CE. A 23 pacientes se les hizo una CCE y a 11 SBCE. Cuatro pacientes con sospecha de estenosis en la entero-RM les hicimos previamente una Cápsula Agile Patency.

Resultados: Se encontraron lesiones con CE en 28 pacientes y con entero-RM en 22 pacientes (82% vs 64%, p < 0,05). Para la presencia o ausencia de patología, CE y entero-RM tuvieron una concordancia del 65% (23/34 pacientes). Cuatro pacientes con sospecha de estenosis en la RM (engrosamiento de pared ileal), ingirieron la cápsula Agile Patency que se expulsó con éxito en el 100% de los casos. La CE detectó afectación de intestino delgado proximal-medio en 9 pacientes que la RM no identificó (p = 0,002). Lesiones ileales se diagnosticaron en 19 pacientes con CE y en 12 pacientes con RM (55% vs 35%).

Conclusiones: Con estos resultados preliminares: 1. La CE es superior a la RM en la detección de lesiones en intestino delgado proximal y medio. 2. La CCE es una buena herramienta para el estudio de lesiones en intestino delgado en pacientes con EC 3. En nuestro estudio, el 100% de los pacientes con sospecha de estenosis intestinal por entero-RM pudieron ser sometidos a un estudio completo con cápsula endoscópica sin complicaciones.

38. DESARROLLO DE UNA TÉCNICA INMUNOLÓGICA NO INVASIVA PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA DIETA SIN GLUTEN EN PACIENTES CELÍACOS

I. Comino[a], A. Real[a], S. Vivas[b], M.A. Síglez[c], A. Caminero[d], E. Nistal[d], J. Casqueiro[d], A. Rodríguez-Herrera[e], A. Cebolla[c] y C. Sousa[a]

[a]Universidad de Sevilla, Facultad de Farmacia. [b]Hospital Universitario de León, Servicio de Aparato Digestivo. [c]Biomedal S.L. [d]Universidad de León, Facultad de Biología y Ciencias Ambientales. [e]Instituto Hispalense de Pediatría, Unidad de Gastroenterología y Nutrición.

Introducción: Ciertos péptidos inmunotóxicos del gluten son resistentes a la digestión gastrointestinal y pueden interaccionar con factores inmunológicos de pacientes celíacos desencadenando una respuesta anormal. La dieta sin de gluten (DSG) es el único tratamiento efectivo para la enfermedad celíaca, y su cumplimiento debería ser monitorizado para evitar un daño acumulativo. Sin embargo, la falta de un marcador preciso para el control del cumplimiento de la DSG es todavía una cuestión sin resolver.

Objetivo: Se evaluó la capacidad para determinar la ingesta de gluten y la monitorización del cumplimiento de la DSG en pacientes celíacos mediante detección de gluten y epítopos equivalentes al péptido 33-mer en heces humanas. Diseño: se recogieron muestras fecales de 26 sujetos no celíacos y 53 pacientes celíacos bajo diferentes condiciones dietéticas. El contenido en gluten y péptidos tóxicos fueron analizados en las muestras mediante el uso técnicas inmunocromatográficas y ELISA competitivo basadas en el anticuerpo anti-gliadina 33-mer G12.

Resultados: La resistencia a la digestión gastrointestinal de una parte significativa de epítopos tóxicos relacionados con el 33-mer fue demostrada tanto in vitro como in vivo. Estas técnicas permitieron detectar péptidos del gluten en heces de individuos sanos tras el consumo de una dieta normal en la que se incluía el gluten, después de una DSG combinada con ingestas controladas de una cantidad fijada de gluten y después de ingestas inferiores a 100 mg de gluten al día. Estos métodos fueron capaces de detectar transgresiones de la DSG en pacientes celíacos.

Conclusiones: Péptidos derivados del gluten pueden ser sensiblemente detectados en heces humanas en una correlación positiva con la cantidad de gluten ingerida en la dieta. Las técnicas antigliadina 33-mer podrían servir para el control del cumplimiento de la DSG y ser utilizadas para investigación clínica en estrategias relacionadas con la eliminación de péptidos inmunotóxicos del gluten.

150. PREDICTORES PRECOCES DE SECUESTRO DE FLUIDOS EN PANCREATITIS AGUDA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL

N. Moya-Hoyo[a], M. Rey-Riveiro[a], N.G. Acevedo-Piedra[a], P.A. Banks[b], B. Wu[b], J. Martínez[a], F. Lluís[a], J. Sánchez-Payá[a], V.K. Singh[b] y E. de Madaria[a]

[a]Hospital General Universitario de Alicante. [b]Centro de Enfermedades Pancreáticas, División de Gastroenterología, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, EE.UU.

Introducción: Los pacientes con pancreatitis aguda (PA) pueden requerir fluidos escasos (no secuestro de fluidos) hasta grandes cantidades de los mismos (secuestro y/o pérdidas elevadas de fluidos). La predicción del secuestro de fluidos podría ayudar a seleccionar a los pacientes que se beneficiarían de una fluidoterapia agresiva.

Objetivo: 1) Determinar qué variables disponibles en puerta de urgencias podrían ser predictores del secuestro de fluidos en las primeras 48 horas. 2) Determinar el pronóstico asociado al secuestro de fluidos.

Asociación entre variables determinadas en puerta de urgencias y secuestro de fluidos

Variable		Secuestro 48h; Mediana (p25-p75) (L)	p univariante	p multivariante
Edad	< 40	5,7 (3,5-8,6)	0,09	< 0,05
	40-50	5,4 (3,2-7,5)		
	50-60	5 (3,4-7,1)		
	> 60	4,4 (2,9-6,2)		
Sexo	Varón	5,3 (3,5-7,7)	< 0,01	NS
	Mujer	4,8 (2,8-7,2)		
Etiología	Litiasis	4,7 (3,4-7,4)	< 0,001	< 0,001
	Alcohol	6 (4,1-9)		
	Idiopática	4,6 (0,9-6,2)		
	Otras	4,8 (2,7-7,1)		
Hematocrito (%)	< 36	4,2 (2,2-5,9)	< 0,001	< 0,01
	36-40	4,9 (3,1-6,7)		
	40-44	5,1 (3,8-7,3)		
	> 44	6,6 (4,7-10,8)		
Glucosa (mg/dl)	< 100	4,5 (2,4-6,5)	< 0,01	< 0,05
	100-126	4,6 (3,3-6,4)		
	126-150	5,8 (3,5-8,4)		
	> 150	5,4 (3,5-8,7)		
Criterios SRIS	0	2,8 (1,3-4,7)	< 0,001	< 0,001
	1	4,8 (2,4-7,1)		
	2	4,6 (2,7-6,3)		
	3	5,3 (3,8-7,9)		
	4	6,7 (4,9-11,5)		

P: p valor en análisis univariante y multivariante. NS: p valor < 0,005 (se especifican aquellas variables univariantes con una p valor entre 0,005 y 0,1). SRIS: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Métodos: Se evaluaron dos bases de datos prospectivas sobre PA de dos hospitales terciarios. Se calculó el secuestro de fluidos (seq48h) restando al total de fluidos administrados, el total de pérdidas en las primeras 48h de hospitalización. Se realizó el análisis uni y multivariante.

Resultados: Se incluyeron 392 PA. La mediana (p25-p75) seq48h fue 4,6L (2,9-6,5L). El análisis univariante (variables con asociación < 0,1) se muestra en la tabla. En el análisis multivariante la edad joven, el alcohol, el número de criterios SRIS, el Hto y la glucosa se asociaron de manera independiente con un incremento de secuestro de fluidos (tabla). El IMC, APACHE II, sodio, creatinina y BUN no predijeron el seq48h. De los pacientes con TAC aquellos sin necrosis, con necrosis < 30% y con necrosis > 30% tuvieron una media de seq48h de 6,8, 8,6 y 14L (p < 0,001). Los pacientes con y sin colecciones tuvieron una media de seq48h de 4,5 y 7,1L (p < 0,001). Dieciséis pacientes murieron (4.1%); la media de secuestro de fluidos en los pacientes fallecidos fue de 5,6L vs 4,6L de los pacientes que sobrevivieron (p > 0,05). La estancia media hospitalaria se asoció al seq48h (p < 0,01).

Conclusiones: La etiología alcohólica, el número de criterios de SRIS, la hemoconcentración, glucosa y la edad temprana fueron factores predictivos independientes de secuestro elevado. Los pacientes con seq48h aumentado tienen un mayor riesgo de complicaciones y mayor estancia.

39. INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA FERTILIDAD DE PACIENTES VARONES

P. Valer[a], A. Algaba[a], E. Nieto[b], I. Guerra[a], M. Chaparro[c], P. López-Serrano[d], E. Quintanilla[e], B. Piqueras[a], A. Bermejo[a], J.P. Gisbert[c], A. Páez[f] y F. Bermejo[a]

Hospital Universitario de Fuenlabrada: [a]Servicio de Digestivo; [b]Servicio de Análisis Clínicos; [c]Hospital Universitario La Princesa, IP, CIBERehd, Servicio de Digestivo. [d]Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Servicio de Digestivo. [e]Hospital Universitario Severo Ochoa, Servicio de Digestivo. [f]Hospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Urología.

Objetivo: Relativamente poca atención se ha centrado en la fertilidad de los varones con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de la EII sobre la función reproductiva, la calidad del semen y los niveles de hormonas sexuales.

Métodos: Estudio prospectivo en varones con EII y controles (CTR). Una muestra de sangre para la determinación de hormonas sexuales (prolactina, testosterona, hormona luteinizante y hormona estimulante del folículo) y zinc (Zn) fue obtenida de cada sujeto. Se obtuvo una muestra de orina de 24 horas para la determinación de excreción de Zn y una muestra de semen recogida tras 3-5

días de abstinencia sexual. En la muestra de semen se determinó el volumen y el PH y la concentración, movilidad, vitalidad y morfología de los espermatozoides de acuerdo a los parámetros de la OMS. Los niveles de Zn en semen y los anticuerpos antiespermatozoides también fueron analizados.

Resultados: Se incluyeron 82 varones, 19 controles y 63 pacientes con EII (38 enfermedad de Crohn (EC), 44 colitis ulcerosas (CU) y 1 colitis indeterminada). El 33% de los pacientes estaba en tratamiento con mesalazina, el 3% con budesonida, el 51% con tiopurinas y un 25% estaba con fármacos anti-TNF-a. De acuerdo a los índices clínicos, el 87% de los pacientes no tenía actividad en el momento de la inclusión. En los pacientes con EII, se observó una tendencia a valores más altos de prolactina (EC 18,1 ± 10,2 ng/ml; CU 17,9 ± 6,4; CTR 12,2 ± 2,7; p = 0,052) cercana a la significación estadística. No hubo diferencias entre los distintos grupos en cuanto a los niveles de testosterona, hormona luteinizante y hormona estimulante del folículo. La movilidad progresiva "a" (EC 8,7 ± 13,7%; CU 21,2 ± 28,6; CTR 34,7 ± 27) fue significativamente más baja en los pacientes con EC que en los CTR (p = 0,004). Hubo una tendencia a valores más bajos de concentración espermática en pacientes con EC (EC 59,5 ± 89,3 mill/mml; CU 116 ± 137,1; CTR 74,4 ± 53,8 p = 0,062). No se encontraron diferencias en el volumen de semen (EC 2,7 ± 1,44 ml; CU 2,9 ± 1,3; CTR 3,3 ± 0,9; p = 0,317), la vitalidad (EC 66 ± 14,7%; CU 65 ± 20,4; CTR 69,7 ± 13,1; p = 0,621) o en la movilidad no progresiva "c" (EC 8,4 ± 6,7%, CU 8,7 ± 4,4; CTR 9,5 ± 4,9; p = 0,585). Los anticuerpos antiespermatozoides fueron todos negativos. Se observó una tendencia a valores más altos de Zn en la muestra de orina (EC 14,1 ± 9,9 μmol/24; CU 14,5 ± 8,6; CTR 10,1 ± 5,6) y semen (EC 1.958 ± 1.513 μmol/L; CU 2.017 ± 1.147; CTR 1.639 ± 1.091) en pacientes con EII respecto a los CTR (p = 0,06).

Conclusiones: La EII podría tener un efecto negativo en la calidad del semen y en las hormonas sexuales. Serán necesarios estudios adicionales para conocer el significado clínico de estos hallazgos en la fertilidad del varón con EII.

125. SÍNDROME DE POLIPOSIS SERRADA: FENOTIPOS Y CARACTERÍSTICAS MOLECULARES

C. Guarinos[a], C. Sánchez-Fortún[b], M. Rodríguez-Soler[a], L. Pérez-Carbonell[a], C. Egoavil[c], M. Juárez[a], A. Serradesanferm[d], L. Bujanda[e], F. Fernández-Bañares[f], J. Cubiella[g], L. de Castro[h], A. Guerra[i], E. Aguirre[j], A. Herreros-de Tejada[k], X. Bessa[l], M. Herráiz[m], J.C. Marín-Gabriel[n], J. Balmaña[ñ], M. Cuatrecasas[o], F. Balaguer[p], A. Castells[p], J.L. Soto[q], C. Alenda[c], A. Payá[c] y R. Jover[b]

Hospital General Universitario de Alicante: [a]Unidad de Investigación; [b]Unidad de Gastroenterología; [c]Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínic de Barcelona: [d]Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd. [e]Hospital de Donostia, Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd. [f]Hospital Mútua de Terrassa, Servicio de Gastroenterología. [g]Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servicio de Aparato Digestivo. [h]Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Servicio de Gastroenterología. [i]Complejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Gastroenterología. [j]Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, Servicio de Oncología. [k]Hospital Puerta de Hierro, Servicio de Gastroenterología. [l]Hospital del Mar, Servicio de Gastroenterología. [m]Clínica Universitaria de Navarra, Servicio de Gastroenterología. [n]Hospital 12 de Octubre, Servicio de Gastroenterología. [ñ]Hospital Vall d'Hebron, Servicio de Oncología. [o]Servicio de Anatomía Patológica. [p]Hospital Clínic de Barcelona, Servicio de Gastroenterologia, CIBERehd. [q]Hospital General Universitario de Elche, Unidad de Investigación.

Introducción: El síndrome de poliposis serrada (SPS) es una enfermedad relativamente rara caracterizada por la presencia de múltiples y/o grandes pólipos serrados en el colon. Este síndrome está asociado a un incremento del riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (CCR) y su diagnóstico se realiza a través del cumplimiento de los criterios clínicos de la OMS. Sin embargo, estos criterios han sido considerados restrictivos por lo que este síndrome podría tratarse de una enfermedad infradiagnosticada. Se han propuesto diferentes fenotipos en base a la definición clínica de esta enfermedad, pero poco se sabe de las diferencias clínicas y moleculares entre los dos principales fenotipos.

Objetivo: Estudiar las posibles diferencias clínicas y moleculares entre los diferentes fenotipos de SPS y determinar la frecuencia mínima de mutaciones en BRAF y/o KRAS en los pólipos de pacientes que cumplen criterios de la OMS para este síndrome.

Métodos: El estudio EPIPOLIP es un proyecto multicéntrico cuyo objetivo es determinar las posibles causas de las poliposis atenuadas .En este subestudio se incluyeron un total de 50 pacientes que cumplen los criterios de la OMS para SPS. Estos pacientes se dividieron según el tipo de SPS: Tipo 1) Aquellos que al menos presentaban 5 pólipos serrados en el colon proximal. 2 de los cuales eran mayores de 10 mm (criterio A de la OMS); Tipo 2) Aquellos que presentan más de 20 pólipos serrados distribuidos por todo el colon y que no cumplen el criterio anterior. Se compararon características clínicas, patológicas y moleculares entre los pacientes de ambos grupos. Además se realizó el análisis mutacional de KRAS (codones 12 y 13) y BRAF (V600E) en un total de 432 pólipos pertenecientes a 37 pacientes. El estudio del fenotipo metilador (CIMP) se llevó a cabo en 272 de estos pólipos.

Resultados: 15 pacientes (30%) cumplieron criterios para el tipo 1 de SPS y 35 pacientes fueron incluidos en el tipo 2. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad de diagnóstico, sexo, hábito tabáquico, IMC o predisposición a CCR. Sin embargo, los pacientes SPS tipo 2 presentaron con mayor frecuencia historia familiar de CCR o pólipos colorrectales en familiares de primer grado (p = 0,01). Tampoco se encontraron diferencias relativas a características patológicas y moleculares entre los pólipos de pacientes de ambos tipos de SPS. El 63% de los pólipos presentaba mutación en BRAF mientras que este porcentaje fue de 9,9% para KRAS. El 43,4% de los pólipos presentaba el fenotipo CIMP. De un total de 32 pacientes que tenían más de 5 pólipos con un resultado valorable del análisis molecular, se observó que mutaciones en BRAF o KRAS estaban presentes en más del 25% de los pólipos de cada paciente. El 84,8% de los pacientes presentaron mutación en BRAF o KRAS en más del 50% de sus pólipos.

Conclusiones: No encontramos diferencias significativas en relación a las variables demográficas, clínicas o moleculares entre los pacientes con SPS tipo 1 y 2; excepto para la historia familiar de CCR o pólipos colorrectales, que fue más frecuente en pacientes con SPS tipo 2. Todos los pacientes de esta cohorte presentaron mutaciones en BRAF o KRAS en al menos el 25% de sus pólipos.

2. SEGURIDAD DE LA SEDACIÓN CON PROPOFOL EN PACIENTES ADULTOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA Y SENSIBILIZACIÓN A HUEVO Y SOJA

D. Vara Brenes, R. Prados Manzano, C. Martínez Alcalá, J.M. González Santiago y J. Molina Infante

Hospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Propofol es un agente hipnótico de uso generalizado para la sedación en endoscopia, que contiene lecitina de huevo y aceite de soja, por lo que la ficha técnica recomienda evitar su administración en pacientes con hipersensibilidad al huevo o a la soja. Esto puede tener implicaciones de gran importancia en pacientes con esofagitis eosinofílica (EEo), que suelen necesitar múltiples endoscopias y en los que la prevalencia de hipersensibilización alimentaria es muy alta.

Objetivo: Valorar la seguridad de la administración de propofol para la sedación en la endoscopia digestiva alta en una cohorte de pacientes con EEo, teniendo en todos ellos evaluación, previa o posterior al procedimiento, de su perfil de sensibilización alimentaria.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Todos los pacientes fueron evaluados por el Servicio de Alergia realizándose estudio de alergias alimentarias mediante IgE especificas, test cutáneos (skin prick test y prick prick test) y test epicutáneos para huevo (y pollo, que puede presentar reactividad cruzada con el huevo) y soja (y el resto de leguminosas (lentejas, garbanzos, judías, guisantes, habas, altramuces y cacahuete), que pueden presentar reactividad cruzada con la soja. Se consideró que el paciente estaba sensibilizado a algún alimento si uno o más de las pruebas realizadas era claramente positiva. Todas las endoscopias se realizaron con sedación con propofol dirigida por endoscopistas, excepto en 2 pacientes de 14 años con obstrucción del bolo alimentario, que se realizaron en quirófano intubados por anestesistas, combinando propofol con otros fármacos. Se registraron el número de endoscopias, la dosis media de propofol y los eventos adversos acontecidos.

Resultados: De 45 pacientes con EEo y estudio completo de alergias alimentarias, 18 pacientes se realizaron 58 endoscopias bajo sedación con propofol (mediana dosis 135 mg (90-270)), realizándose 6 dilataciones endoscopicas. La edad media de la muestra fue 28 años (14-49), con predominio de hombres (13/18, 72%), historia personal de atopia en 88% (16/18) y familiar en el 55% (10/18), siendo las enfermedades más comunes la rinoconjuntivitis (82%) y la bronquitis asmática (70%). La prevalencia de sensibilización a los alimentos descritos previamente fue: huevo (41%), soja (41%), pollo (23%), cacahuete (52%), lenteja (64%), judía verde (17%) y guisante (17%). No se registraron efectos adversos relacionados con el propofol en ningún paciente, excepto en uno de los pacientes realizados en quirófano, que presentó broncoespasmo postintubación tras haber recibido inducción con ketamina, midazolam y propofol, y sin que se pudiera demostrar a posteriori sensibilizacion cutánea a propofol en consultas de Alergia .

Conclusiones: La sedación con propofol es segura en pacientes con EEo sensibilizados a huevo y soja, documentándose una única complicación (5%) en la serie (broncoespasmo), de muy dudosa relación con la administración de propofol. Se deben replantear las advertencias de la ficha técnica del propofol, cuando el diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria viene dado por inmunoglobulinas o pruebas cutáneas.

95. LA SEROLOGÍA NEGATIVA NO DESCARTA ENTEROPATÍA EN LOS FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CELÍACOS

L.M. Vaquero Ayala[a], B. Álvarez Cuenllas[a], M. García Alvarado[a], C. Pisabarros Blanco[a], L. Rodríguez Martín[a], M. Aparicio Cabezudo[a], M. Hernando[b] y S. Vivas Alegre[a]

Complejo Hospitalario de León: [a]Servicio de Gastroenterología; [b]Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: Los familiares de primer grado de los pacientes celíacos constituyen el principal grupo de riesgo para el desarrollo de esta patología. Aunque la serología es el método de cribado más utilizado, su negatividad no descarta la presencia de enteropatía.

Objetivo: Evaluar el rendimiento de la biopsia duodenal en los familiares de primer grado adultos con genética de riesgo para EC pero con serología negativa.

Métodos: Desde enero de 2010 hasta agosto de 2012 fueron seleccionados los familiares mayores de 18 años, de los pacientes celiacos diagnosticados en esas fechas. Se incluyeron los sujetos HLA DQ2 o DQ8 positivos, considerando bajo riesgo los individuos heterocigotos y alto riesgo los homocigotos para estos haplotipos. Analizamos la presencia de sintomatología asociada o enfermedades autoinmunes, el riesgo genético y la clasificación de la biopsia según Marsh.

Resultados: Fueron incluidos un total de 97 familiares adultos (edad media 41,7 años, rango 18-68), el 53% mujeres. Eran homocigotos para el HLA DQ2 oDQ8 el 22,6%, y el resto eran heterocigotos para estos alelos. Presentaban clínica asociada 59/97, principalmente diarrea (18,6%), estreñimiento (14,4%) y distensión abdominal (14,4%). Presentaban alguna enfermedad autoinmune el 23%. A pesar de que todos tenían Ac antitransglutaminasa IgA negativa, en la biopsia duodenal presentaron alteraciones en la histología 35/97 (36%): 30 Marsh I y 5 Marsh IIIa. Los familiares homocigotos para el alelo de riesgo del HLA (alto riesgo genético) presentaban un mayor porcentaje de alteraciones histológicas que los heterocigotos (47,6% vs 32,9%; p = 0,113). No observamos asociación entre la presencia de clínica digestiva o enfermedad autoinmune y la presencia de lesión duodenal o una genética de riesgo para EC.

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de familiares con haplotipo HLA de riesgo con atrofia intestinal y linfocitosis duodenal no detectado mediante los procedimientos serológicos. La presencia de clínica o enfermedades autoinmunes no se comportan como factores de riesgo para el daño intestinal.

45. CALPROTECTINA FECAL COMO MARCADOR INDIRECTO DE INFLAMACIÓN MICROSCÓPICA AGUDA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA EN REMISIÓN ENDOSCÓPICA

T. Lobatón Ortega[a], E. Dueñas[a], A. López-García[a], F. Rodríguez-Moranta[a], C. Loayza[b], X. Sanjuán[b], L. Rodríguez[a], A. Ruiz[a] y J. Guardiola[a]

Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL: [a]Servicio de Gastroenterología; [b]Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: La presencia de inflamación microscópica aguda (IMA) en pacientes con colitis ulcerosa (CU) en remisión endoscópica ha demostrado tener un valor pronóstico (Riley et al. Gut. 1991;32:174-8) por aumentar el riesgo de recidiva. La calprotectina fecal (CF) ha mostrado una buena precisión para predecir actividad endoscópica pero la evidencia acerca de su habilidad para predecir actividad histológica en pacientes en remisión endoscópica es escasa. Nuestro objetivo era evaluar la habilidad de la CF para predecir la actividad histológica en pacientes con CU y remisión endoscópica.

Métodos: 59 pacientes diagnosticados de CU en remisión endoscópica (definido como subíndice endoscópico de Mayo 0-1) fueron incluidos prospectivamente entre enero 2011 y enero 2012. Se realizaron 55 colonoscopias completas con biopsias de recto, colon izquierdo, colon transverso y colon derecho, y 4 rectosigmoidoscopias con biopsias rectales. La actividad histológica se clasificó en inflamación aguda con presencia de leucocitos polimorfonucleares (IMA), inflamación crónica o ausencia de inflamación. Para cada paciente se consideró la biopsia con actividad histológica más severa. La CF se determinó mediante un test de enzimoinmunoanálisis ligado a enzimas (ELISA, Bühlmann®) y un test rápido quantitativo (Quantum Blue, Bühlmann®).

Resultados: La correlación entre ambas técnicas fue buena con un índice de correlación interclase (ICI) 0,904 (IC95%: 0,864-0,932; p < 0,001). Los resultados se presentan con el test de ELISA. Los niveles de CF fueron significativamente más elevados en pacientes con subíndice endoscópico de Mayo 1 (n = 31), que en pacientes con subíndice endoscópico de Mayo 0 (n = 28): media de niveles de CF de 351,60 ± 452,95 vs 172,86 ± 322,46 (p = 0,002) La IMA era más frecuentemente presente en pacientes con subíndice endoscópico de Mayo 1 que en los pacientes con subíndice endoscópico de Mayo 0 (48.3% (16/31) vs 8% (2/28), p < 0,001). Los niveles de

CF eran significativamente más altos en pacientes con IMA (n = 18) que en pacientes con inflamación crónica o ausencia de inflamación (n = 41): niveles de CF de 486,02 ± 533,27 vs 158,59 ± 301,10, p = 0,023). En el análisis multivariado, después de ajustar por actividad endoscópica, la CF, con un punto de corte de > 155 μg/g era un predictor independiente de actividad hsitológica: OR 7,8 (IC95%: 1,69-35,7 p = 0,009). La actividad clínica y resto de biomarcadores (leucocitos, plaquetas y proteína C reactiva) no pudieron predecir la actividad histológica.

Conclusiones: La calprotectina fecal predice la inflamación microscópica aguda en pacientes con colitis ulcerosa en remisión endoscópica.