

XVII Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología

Madrid, 26-28 de marzo de 2014

SESIÓN PÓSTERS

Endoscopia

1. PREPARACIÓN PARA LA COLONOSCOPIA ADAPTADA A PACIENTES DIABÉTICOS

S. Bacchiddu^a, L. Carot Bastard^a, L. Márquez Pérez^a, A. García Rodríguez^a, I. Ibáñez Zafón^a, A. Seoane Urgorri^a, M. Clea Renard^b, J. Flores Lerroux^b, V. Lorenzo-Zúñiga García^c, A. Fernández Clotet^a, J.M. Dedeu Cuscó^a, L. Barranco Priego^a, F. Bory Ros^a y M.A. Álvarez González^a

Hospital del Mar: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Endocrinología y nutrición, Barcelona. ^cHospital Universitario Germans Trias i Pujol, Servicio de Aparato Digestivo, Badalona.

Introducción: Estudios previos demuestran que los pacientes diabéticos responden peor a las preparaciones habituales. Un protocolo específico de preparación para pacientes diabéticos puede mejorar la limpieza y aceptabilidad.

Objetivo: Evaluar la eficacia, aceptabilidad y episodios de hipoglicemia entre un protocolo de preparación de colon convencional (DMc) y uno adaptado (DMA) en pacientes diabéticos con medicación hipoglicemiante.

Métodos: El protocolo adaptado consistió en una visita de enfermería explicando una dieta que incorporaba carbohidratos sólidos el día previo en sustitución de dieta líquida y un ajuste estandarizado de los fármacos hipoglicemiantes. Se aleatorizaron 1:1 pacientes diabéticos en régimen ambulatorio con colonoscopia programada por síntomas, para recibir DMc o DMA. Se incluyó un grupo de pacientes no diabéticos (ND) como control. Todos los pacientes recibieron 4 litros de polietilenglicol como laxante. El endoscopista valoró la limpieza de forma ciega mediante la clasificación de Boston. Se recogieron las variables demográficas y clínicas relacionadas con la limpieza, la aceptabilidad y los episodios de hipoglicemia.

Resultados: Se incluyeron 37 DMA, 36 DMc y 40 ND. Los pacientes DMc y DMA fueron similares en las todas las variables analizadas excepto la preparación recibida. La limpieza fue significativamente peor entre los diabéticos y los no diabéticos ($p = 0,001$). El grupo DMA mejoró la limpieza respecto al DMc ($p = 0,02$), a expensas del colon derecho y transversal sin diferencias en el colon izquierdo. Otras variables relacionadas con una peor limpieza fueron la edad

superior a 65 años ($p < 0,001$), la nacionalidad extranjera ($p = 0,03$) y la diabetes complicada ($p = 0,03$). En el grupo DMc un 19% de colonoscopias fueron no valorables (Boston ≤ 3) frente al 3% del grupo DMA ($p = 0,02$). Sólo se observó un episodio de hipoglicemia en cada grupo. No hubo diferencias en la aceptabilidad.

Conclusiones: El protocolo adaptado a pacientes diabéticos mejora la limpieza del colon y disminuye las colonoscopias no valorables. La dieta líquida no es necesaria para una correcta preparación. La aceptabilidad es similar entre ambos protocolos.

2. IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DE INDOMETACINA RECTAL COMO PROFILAXIS DE COMPLICACIONES EN LA CPRE

M. Aguirresarobe Gil de San Vicente, A. Orive Calzada, M. López López, S. Torres Burgos, L. Olondris Rengel, P. Guisasa Dorronsoro, A. Elorza Echaniz, A. Bernal Martínez y J.L. Cabriada Nuño

Hospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya.

Introducción: Una de las complicaciones más frecuentes y más graves de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es la pancreatitis. La profilaxis con supositorios de AINEs es una de las pocas opciones que tenemos para evitar esta complicación.

Objetivo: Evaluar y comparar la eficacia y beneficios de la administración de Indometacina rectal previa realización de CPRE.

Métodos: Análisis intermedio de un estudio comparativo, en el que se compara desde abril 2011 hasta junio 2013 una cohorte de pacientes tratados profilácticamente con indometacina rectal (grupo A: 107 CPREs sin esfinterotomía previa) con una cohorte histórica sin profilaxis con indometacina (grupo B: 207 CPREs sin esfinterotomía previa).

Resultados: Los grupos son homogéneos en cuanto a sexo y edad: - Sexo (H/M): grupo A: 58 (54,2%)/49 (45,8%) vs grupo B: 118 (57,3%)/89 (42,7%). Edad (años): grupo A: $75,37 \pm 14,30$ vs grupo B: $72,99 \pm 14,39$. Los pacientes del grupo A presentaron menos complicaciones, menos episodios de pancreatitis aguda y menor mortalidad, no encontrando diferencias estadísticamente significativas (probablemente por el bajo número de pacientes introducidos hasta el momento): o complicaciones (sí/no): grupo A: 8 (7,5%)/99

	Indometacina (Grupo A) n = 107	Sin indometacina (Grupo B) n = 207	p
Sexo (H/M)	58 (54,2%)/49 (45,8%)	118 (57,3%)/89 (42,7%)	0,6
Edad (media $\pm$ DE)	75,37 $\pm$ 14,30	72,99 $\pm$ 14,39	1,00
Complicaciones (Sí/No)	8 (7,5%)/99 (92,5%)	20 (9,7%)/187 (90,3%)	0,51
Pancreatitis aguda (Sí/No)	2 (1,9%)/105 (98,4%)	9 (4,4%)/198 (95,6%)	0,34
No pancreatitis aguda	105 (98,1%)	197 (95,6%)	0,64
Pancreatitis aguda leve	1 (0,9%)	4 (1,9%)	
Pancreatitis aguda moderada	0 (0%)	2 (1%)	
Pancreatitis aguda grave	1 (0,9%)	3 (1,5%)	
Exitus (Sí/No)	0 (0%)/107 (100%)	4 (1,9%)/202 (98,1%)	0,30

(92,5%) vs grupo B: 20 (9,7%)/186 (90,3%) n.s. o pancreatitis aguda (sí/no): grupo A: 2 (1,9%)/105 (98,1%) vs grupo B: 9 (4,4%) vs 197 (95,6%) n.s. o pancreatitis aguda (no/leve/moderada/grave): grupo A: 105 (98,1%)/1 (0,9%)/0 (0%)/1 (0,9%) vs grupo B: 197 (95,6%)/4 (1,9%)/2 (1%)/3 (1,5%) n.s. o exitus (sí/no): grupo A: 0 (0%)/107 (100%) vs grupo B: 4 (1,9%)/202 (98,1%) n.s.

Conclusiones: La administración de una única dosis de indometacina rectal previa realización de CPRE parece reducir en nuestros pacientes la probabilidad de pancreatitis aguda post-CPRE. Es necesario analizar de nuevo nuestros datos con un número mayor de pacientes para confirmar nuestros resultados.

3. SEGURIDAD Y TOLERANCIA DE LA PREPARACIÓN PARA LA COLONOSCOPIA CON PICOSULFATO SÓDICO/CITRATO DE MAGNESIO Y POLIETILENGLICOL EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS

D. Vara-Brenes^a, R. Prados-Manzano^a, J. González-Santiago^{b,c}, D. Pérez-Corte^{b,c}, C. Martínez-Alcalá^a, H. Marcos-Prieto^{b,c}, R. Acosta-Materán^{b,c}, A. Álvarez-Delgado^{b,c} y J. Molina-Infante^a

^aHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres. ^bHospital Clínico Universitario, Servicio de Aparato Digestivo, Salamanca. ^cInstituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL).

Introducción: La limpieza del colon con polietilenglicol (PEG) en pacientes mayores puede ser problemática por mala tolerancia. La preparación con picosulfato sódico/citrato de magnesio (PS/CM) podría ser una opción idónea para este grupo de pacientes, ya que sólo se deben tomar 300 cc de preparación. Sin embargo, este compuesto se debe utilizar con cautela en pacientes con insuficiencia renal, con baja ingesta oral o con medicamentos que puedan producir alteraciones hidroelectrolíticas, como antihipertensivos (IECA, ARA II), AINE, diuréticos, laxantes, antidepresivos.

Objetivo: Evaluar la seguridad hidroelectrolítica y clínica de la preparación para la colonoscopia en pacientes mayores de 60 años con PS/CM y PEG.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en 2 centros hospitalarios en pacientes consecutivos mayores de 60 años con indicación para realización de una colonoscopia. Se realizó preparación, según la práctica clínica habitual, en cada centro con un preparado distinto (PS/CM/PEG 4 l) en dosis fraccionadas (tarde previa y 2-6 horas antes de la colonoscopia). Se registraron de manera protocolizada comorbilidades y medicamentos, realizándose medición de constantes vitales (TAS, TAD, FC) y analítica con hematócrito, función renal (urea/Cr) e iones (Na, K, P, Mg, Cl, Ca) en las 4 semanas previas al inicio de la preparación y en la sala de endoscopia inmediatamente antes del procedimiento. Definición alteración electrolítica: valor fuera del rango de la normalidad, según laboratorio. Definición insuficiencia renal (IR): Cr > 1,2 mg/

dL. Los pacientes rellenaron un diario con la cantidad de líquidos ingeridos distintos de la preparación.

Resultados: Se han incluido 157 pacientes hasta la fecha (71 PS/CM, 86 PEG). Ambas poblaciones fueron homogéneas en sus características basales, con la excepción de un número superior de pacientes con IR en el grupo PS/CM (25% vs 9%). La mitad de la muestra tenía una edad superior a 70 años y una elevada tasa de ingesta de fármacos de riesgo (ARA II (28%), IECA (15%), diuréticos (25%), AINE (26%), ISRS (18%)). No se registraron cambios significativos en los valores medios pre y postpreparación de TAS, TAD, FC, hematócrito, urea, Cr, Na, K, P, Cl y Mg. Tras la preparación, se registraron un número significativamente superior de alteraciones electrolíticas en la preparación con PEG (13% vs 30%, p 0,03), sin objetivarse nuevos casos de IR o deterioro de la previa en ninguno de los 2 grupos. PS/CM: 1 hiponatremia sintomática (120 mmol/L con sintomatología neurológica), siendo el resto asintomáticas y leves (6 hiponatremias (128-131 mmol/L), 1 hipocalcemia (7,5 mg/dL) y 1 hipocloremia (93 mmol/L). PEG: todas leves y asintomáticas, 9 hipernatremias (146-151 mmol/L), 6 hiperfosforemias (4,9-5,6 mg/dL), 2 hiperpotasemia (5,9-7,1 mmol/L), 2 hipopotasemias (2,6-3,1 mmol/L), 2 hipocalcemia (6,5-7,9 mg/dL) y 2 hipomagnesemias (1,2-1,4 mg/dL). Se registró un número de efectos adversos con la preparación superior con PEG (10% vs 23%, p 0,09), a expensas principalmente de náuseas/vómitos (4% vs 17%, p 0,03). Los pacientes del grupo PS/CM ingirieron una media de 3,8 litros de líquidos adicionales a la preparación (300-500 cc), mientras que en el grupo PEG ingirieron 3,8 l de PEG con 0,73 l de líquidos adicionales.

Conclusiones: La preparación con PS/CM indujo un número significativamente inferior de alteraciones electrolíticas y efectos adversos que la preparación con PEG en pacientes mayores de 60 años. Ninguna de las preparaciones condicionó la aparición de insuficiencia renal.

4. RENTABILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS CON ANEMIA FERROPÉNICA

C. Garrido Durán, E. Iyo Miyashiro, C. Páez Cumpa, S. Khorrami Minaei, A. Erimeiku Barahona y A. Llopart Rigo

Hospital Son Espases, Servicio de Aparato Digestivo, Mallorca.

Introducción: Las guías clínicas establecen el estudio con cápsula endoscópica de intestino delgado (CE) en pacientes con anemia ferropénica (AF), pero se precisan estudios que demuestren su rentabilidad diagnóstica (RD), impacto clínico y coste en algunos subgrupos de pacientes.

Objetivo: 1. Determinar la RD de la CE en mujeres premenopáusicas con AF comparada con varones y mujeres posmenopáusicas con AF. 2. Identificar la presencia de factores predictivos de patología en mujeres premenopáusicas. 3. Realizar una aproximación del gasto en esta indicación en relación al impacto clínico generado.

Métodos: Estudio retrospectivo de 408 pacientes a los que se ha realizado una exploración con CE (PillCam SB2, Given Imaging) por diferentes indicaciones. Definición de AF: Hb < 12 g/dl en mujeres y < 13 g/dl en varones con ferritina < 20 ng/ml. Criterios de inclusión: Pacientes con AF (mujeres en edad fértil, posmenopáusicas o varones) con gastroscopia y colonoscopia completa previas sin causa de AF. El precio de una exploración con CE se estableció en 877 € según baremo de la Consejería de Salud en nuestra comunidad.

Resultados: 249 pacientes cumplieron criterios de inclusión, 131 mujeres (52,6%), 51 premenopáusicas y 80 post y 118 hombres, mediana de edad de 60,7 ± 16 años. La rentabilidad global de la exploración para el diagnóstico de AF fue de 44,6% (IC95% 39,9-50,8). La RD en varones vs mujeres fue 50,8% vs 38,9% (p 0,05) y en mujeres posmenopáusicas vs premenopáusicas de 55% vs 13,7% (p < 0,001). El análisis de factores predictivos de patología en premenopáusicas vs posmenopáusicas (edad, antiagregantes, anticoagulantes o AINES, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, necesidad transfusional, cifra de Hb) no detectó ninguno. La lesión más frecuente en mujeres posmenopáusicas fueron angiodisplasias (70,5%) y en premenopáusicas lesiones erosivas (57,1%). El gasto aproximado de exploraciones en mujeres premenopáusicas supuso una inversión de 44.727 €. El 86,3% de éstas no tuvo impacto clínico por lo que la inversión de 38.588 € no repercutió en el manejo posterior.

Conclusiones: 1. La rentabilidad diagnóstica de la CE en el estudio etiológico de AF en mujeres en edad fértil es baja. 2. No identificamos factores predictivos de patología en este subgrupo de pacientes. 3. La exploración, en este subgrupo, es poco costo-efectiva en relación al impacto clínico generado.

5. PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES CÓLICAS (PAC) EN LA OBSTRUCCIÓN COLORRECTAL: RESULTADOS CLÍNICOS A CORTO Y LARGO PLAZO

C.J. Gargallo Puyuelo^{a,b}, A. Ferrández Arenas^{a,b}, P. Carrera Lasfuentes^a, J. Ducons García^b, M.A. Simón García^b y A. Lanas Arbeloa^{a,b}

^aCIBERehd. ^bHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza.

Introducción: Las PAC son una opción terapéutica en el manejo de la obstrucción colorrectal.

Objetivo: 1) Evaluar los resultados clínicos a corto y largo plazo (incluida supervivencia) tras la colocación de PAC, 2) Valorar los factores que pueden influir en dichos resultados, 3) Evaluar si la seguridad y eficacia de las PAC para resolver la obstrucción varían en función de la técnica usada [radiológica (RX) vs endoscópica con control fluoroscópico (ER)].

Métodos: Estudio retrospectivo de las PAC implantadas en nuestro hospital de 2002 a 2012. Comparación de pacientes con cáncer colorrectal (CCR) obstructivo y pacientes con CCR no obstructivo para valorar la influencia de la obstrucción en la supervivencia. Curvas de Kaplan-Meier y regresión de Cox para análisis de supervivencia.

Resultados: Se implantaron 196 PAC en 179 pacientes (103 hombres, edad media 72 ± 12 años). La obstrucción fue distal a ángulo esplénico en 149 pacientes (83%). Las causas de obstrucción más frecuentes fueron CCR en 158 pacientes (88%), diverticulitis en 7 (4%) y estenosis de anastomosis en 6 (3%). 92 PAC (47%) fueron implantadas por método RX y 104 (53%) por método ER. Las tasas de éxito técnico fueron 95% en ambos grupos. Las tasas de éxito clínico fueron 77% y 82% en el grupo RX y ER respectivamente (p > 0,05). Entre las PAC que consiguieron éxito clínico, la tasa de complicaciones fue mayor en las implantadas radiológicamente que en las implantadas por método ER (34% vs 18,5%; p = 0,04). De los pacientes con CCR, las PAC se implantaron como tratamiento paliativo definitivo en 66 pacientes (42%). A pesar de ello, un 30%

de ellos (20) precisaron cirugía debido al fracaso técnico, no resolución de la obstrucción o aparición de complicaciones (perforación o reobstrucción). En 85 pacientes con CCR obstructivo las PAC se colocaron como puente a la cirugía para evitar cirugía urgente. A pesar de ello, un 18% de los pacientes (15) la precisaron debido al fracaso técnico, clínico o aparición de complicaciones. La mediana de supervivencia fue 18 meses. Los factores asociados con menor supervivencia fueron: índice alto de Charlson (p < 0,001), edad avanzada (p < 0,001), estadio D (p < 0,001), ausencia de mejoría de la obstrucción tras PAC (p = 0,001), aparición de complicaciones (p = 0,014) y tiempo a la cirugía tras la PAC (p = 0,002). Los pacientes con CCR obstructivo presentaron menor supervivencia que aquellos con CCR no obstructivo tras ajustar por sexo, edad, estadio tumoral y comorbilidad [HR: 1,9 (IC95: 1,4-2,6), p < 0,001].

Conclusiones: 1) La supervivencia de los pacientes con CCR obstructivo tras la implantación de PAC depende del estadio tumoral, edad, comorbilidad, fracaso clínico, aparición de complicaciones y tiempo a cirugía desde implantación. 2) La tasa de pacientes tratados con PAC de forma paliativa que requirió cirugía fue elevada. 3) El método de implantación ER es más seguro que el método RX. 4) La obstrucción es un factor independiente de mal pronóstico en los pacientes con CCR.

6. UTILIDAD DE LA CALPROTECTINA FECAL EN LA VALORACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN CANDIDATOS A CÁPSULA ENDOSCÓPICA: RESULTADOS PRELIMINARES

C. Romero Mascarell, C. Rodríguez de Miguel, I. Ordas Jiménez, E. Ricart Gómez, A. Jáuregui Amezaga, A. Ramírez Morros, M. Gallego Barrero, J. Llach Vila, J. Panés Díaz y B. González-Suárez

Hospital Clínic de Barcelona, Servicio de Gastroenterología, Barcelona.

Introducción: La cápsula endoscópica es una exploración costosa pero útil en el diagnóstico y en el estudio de extensión de la enfermedad de Crohn (EC). La sintomatología de los pacientes y los reactantes de fase aguda (PCR y VSG) no se correlacionan con la existencia de actividad endoscópica en intestino delgado. La calprotectina fecal es un biomarcador que se correlaciona bien con la actividad inflamatoria intestinal.

Objetivo: Evaluar si los niveles de calprotectina fecal se correlacionan con la existencia de actividad endoscópica en intestino delgado, evaluada por cápsula endoscópica y el índice de Lewis.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva aquellos pacientes con sospecha de enfermedad de Crohn o enfermedad ya diagnosticada remitidos para cápsula endoscópica. A todos ellos se les realizó PCR, VSG, CDAl, y calprotectina fecal en un tiempo no superior a 3 meses con respecto a la cápsula endoscópica.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, 17 mujeres y 13 varones, con una edad media de 38 ± 13 años. La indicación de la cápsula endoscópica fue sospecha de EC (7 pacientes), estudio de extensión y/o falta de respuesta al tratamiento (21 pacientes) y valoración de curación mucosa (2 pacientes). Un caso fue excluido por cápsula retenida en cavidad gástrica. Únicamente un 10% de los pacientes tuvieron niveles de calprotectina menores de 100 µg/g, dos de ellos con cápsula endoscópica normal. Para valores de calprotectina entre 100-499 µg/g el 75% de los pacientes tenían lesiones en la cápsula endoscópica. Cuando los niveles de calprotectina son superiores a 500 µg/g el 100% de los pacientes tienen lesiones en intestino delgado secundarias a EC. Los pacientes con niveles de calprotectina superiores a 100 µg/g tienen significativamente mayor probabilidad de presentar lesiones en la cápsula endoscópica (p = 0,006). Existe una correlación débil y positiva entre los niveles de calprotectina y los valores del Índice de Lewis (r = 0,4; p = 0,02).

No existe correlación entre la existencia de actividad endoscópica, los síntomas clínicos, la PCR ni la VSG.

Conclusiones: La determinación de niveles de calprotectina fecal parece ser útil en la identificación de pacientes con EC y afectación de intestino delgado, pudiendo ser una buena herramienta para seleccionar pacientes candidatos a la realización de cápsula endoscópica.

7. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE PÓLIPOS CÓLICOS GRANDES (PG). EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO LOZANO Blesa DE ZARAGOZA

C.J. Gargallo Puyuelo^{a,b}, P. Roncalés Lázaro^{a,b}, P. Carrera Lasfuentes^a, A. Ferrández Arenas^{a,b}, J. Ducóns García^{a,b} y M.A. Simón Marco^{a,b}

^aCIBERehd. ^bHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza.

Introducción: El tratamiento endoscópico de PG (> 20 mm), está relegando a la cirugía a un segundo plano.

Objetivo: 1) Evaluar la eficacia y seguridad de la polipectomía endoscópica (PE) de PG en nuestro centro. 2) Valorar qué factores influyen en la necesidad de realizar varias sesiones endoscópicas para realizar PE completa.

Métodos: Estudio retrospectivo de las PE de PG realizadas en nuestro centro entre 2009 y 2012, inclusive. Periodo de seguimiento hasta octubre 2013. El riesgo de precisar varias sesiones endoscópicas se estimó mediante modelos de regresión logística.

Resultados: Se extirparon 211 PG, 114 pediculados, 50 sésiles y 47 planos en 196 pacientes (133 hombres, edad media 67 ± 11,5 años). Histológicamente 59% eran adenomas (ad) túbulo-vellosos, 20% ad. tubulares, 16% ad. vellosos y 3,5% otros (2 serrados, 1 carcinoide, 2 hiperplásico y 3 adenocarcinomas). Displasia de alto grado estaba presente en 33% de los PG. En los PG Pediculados las localizaciones más frecuentes fueron sigma (42%) y recto (25%). Se realizó PE simple en todos, siendo fragmentada en un 29%. El tamaño medio fue 26 ± 8 mm. Se utilizaron medidas profilácticas de sangrado en un 18%. La tasa de complicaciones fue 8,8%, siendo todas hemorragias inmediatas que se trataron mediante endoscopia con éxito. Al final del seguimiento, 53% de los pólipos pediculados habían sido revisados y sólo en 4 casos (6,7%) persistían restos. En los PG No pediculados las localizaciones más frecuentes fueron recto (28%) y ciego (23%). Se realizó mucosectomía en 64% de los casos y PE simple en el 36%. El 68% de las PE fueron fragmentadas. El tamaño medio fue 30 ± 12 mm. Se utilizaron clips profilácticos (cerrando escara) en un 11%. La tasa de complicaciones fue 10% (6 hemorragias inmediatas tratadas mediante endoscopia con éxito y 4 hemorragias diferidas autolimitadas). Al final del seguimiento, se habían revisado 66% de los pólipos. Fue necesaria más de 1 sesión endoscópica para realizar PE completa en 20 casos y tratamiento quirúrgico en 6 casos (3 por adenocarcinoma y 3 por irresecabilidad endoscópica). Los 3 adenocarcinomas (2 Tis, 1 T1) presentaban datos endoscópicos sugestivos de malignidad que no confirmaron las biopsias diagnósticas y por ello se realizó PE. Los factores asociados con una mayor probabilidad de necesitar más de una sesión para realizar PE completa fueron: morfología no pediculada ($p < 0,001$), tamaño ($p < 0,001$), PE fragmentada ($p = 0,001$) y componente vellosos ($p < 0,05$). La localización o presencia de displasia de alto grado no influyeron. El número de pacientes con tratamiento quirúrgico fue muy bajo para poder valorar factores asociados.

Conclusiones: 1) La PE de PG es una técnica segura y eficaz, siendo de elección salvo en los casos de carcinoma invasivo, 2) Los pólipos de mayor tamaño, con componente vellosos, que hayan requerido PE fragmentada y no sean pediculados tiene más riesgo de precisar varias sesiones endoscópicas para conseguir PE completa.

8. ¿ES POSIBLE REDUCIR EL TIEMPO DE LECTURA DURANTE UNA EXPLORACIÓN CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA CON LA AYUDA DEL QUICKVIEW?

J.F. Juanmartiñena Fernández, I. Fernández-Urién, A. Borda Marín, I. Elizalde Apestegui, E. Macías y F.J. Jiménez Pérez

Complejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Aparato Digestivo, Pamplona.

Introducción: El tiempo medio empleado en la lectura de una CE es de 30-60 minutos. Sin embargo, existe la posibilidad de reducirlo empleando el Quickview, aunque existen datos discrepantes en la literatura acerca de su rendimiento. El objetivo de este estudio es evaluar la sensibilidad del Quickview en la detección de lesiones vasculares.

Métodos: De todos los vídeos realizados en nuestro Hospital en los últimos tres años, se han seleccionado aquellos con lesiones vasculares. Posteriormente, han vuelto a ser revisados en modo regular a 12 frames y se han recogido los siguientes datos: frames por lesión, tamaño de la lesión (milímetros), intensidad (VAS 1-10) y relación entre tamaño/intensidad. Seguidamente se ha repetido la misma operación para cada lesión, utilizando cada vez un "setting" distinto del Quickview (80%, 60%, 40% y 20%).

Resultados: Se han incluido 89 lesiones vasculares para un total de 48 exploraciones. La media de frames en modo de lectura regular fue de 5,9, con un tamaño medio, intensidad y relación tamaño/intensidad de: 2,9 mm, 6,7 y 19,2 respectivamente. La sensibilidad para la detección de las lesiones cuando se emplearon los diferentes espectros del Quickview (80%, 60%, 40%, 20%) fue de 98,8%, 94,3%, 87,6% y del 68,5% respectivamente. Ésta disminuyó cuando las lesiones evaluadas aparecían sólo en un único frame, siendo los valores recogidos del 86,6% (-7,7%), 60% (-27,3%) y 53,3% (-15,2%) para los espectros 60%, 40% y 20% del Qv. Se ha observado una relación directa entre la media de frames para cada lesión y el "setting" del Qv: 5,1 frames para Qv 80%, 4,1 Qv 60%, 3,4 Qv 40% y 2,2. Qv 20%. Por el contrario, ni la intensidad ni el tamaño de la lesión se han relacionado con la posibilidad de no ser detectada la lesión por el Qv ($p > 0,05$).

Conclusiones: El Quickview disminuye el tiempo de revisión al reducir el número de frames a revisar, pero se pierden lesiones, particularmente las que aparecen en un solo frame. Por lo tanto y aunque se pueda emplear como cribado o en la visualización preliminar, el Quickview no debe sustituir nunca a la visión en modo regular.

9. ALTA DETECCIÓN DE ADENOMAS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

L. Hernández Villalba, D. Rodríguez-Alcalde, J. López Vicente, M. Lumbreras Cabrera y D. Moreno Sánchez

Hospital Universitario de Móstoles, Sección de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: La historia familiar es uno de los factores de riesgo mejor establecidos para desarrollar cáncer colorrectal (CCR) como muestra el hecho de que la mayoría de las guías clínicas recomiendan la realización de colonoscopia en estos casos. Pero aunque se sabe que la mayoría de los CCR provienen de adenomas, son escasos los estudios que valoren el riesgo en este grupo de pacientes de presentar adenomas de colon. Nuestro objetivo fue evaluar el riesgo de presentar adenomas, adenomas avanzados y CCR en las personas con antecedentes familiares de CCR.

Métodos: Se incluyeron los pacientes derivados para cribado de CCR desde finales de marzo de 2011 hasta noviembre de 2013. Se revisaron los informes de la endoscopia y de la anatomía patológica definiendo como adenomas avanzados aquellos mayores de 1 cm o que presentaran componente vellosos o displasia de alto grado.

Resultados: Se incluyeron 354 pacientes que acudieron por cribado a nuestra Unidad, descartándose de este análisis a 53 que no tenían ningún familiar con CCR. De los 301 restantes, 125 (41,5%) eran varones, con una edad media de 53,2 años (rango: 20,2-77,2). Se observó CCR en 3 pacientes (1%), uno o más adenomas avanzados en 44 (14,6%), al menos un adenoma en 157 (52,2%) y múltiples adenomas (> 1 adenoma) en 91 (30,2%). En el estudio de subgrupos los varones presentaron con mayor frecuencia adenomas (63,2% vs 44,3%; $p = 0,002$) y adenomas avanzados (21,6% vs 9,7%; $p = 0,005$) que las mujeres. Aquellos con más de un familiar de primer grado con CCR presentaron más frecuentemente adenomas avanzados (31,3% vs 11,1%; $p = 0,005$) que aquellos con sólo uno y se vio una mayor tendencia a presentar adenomas (65,6% vs 50,2%; $p = 0,103$).

Conclusiones: Hemos observado que los pacientes con antecedentes familiares de CCR presentan adenomas de colon con más frecuencia que la población de riesgo medio y mayor que la descrita en estudios previos.

10. DISECCIÓN SUBMUCOSA (DSE) DE NEOPLASIAS DIGESTIVAS CON APRENDIZAJE INICIADO EN EL COLON: RESULTADOS COMPARATIVOS EN EL 5º AÑO DE EXPERIENCIA

J.C. Marín-Gabriel^a, J. Díaz-Tasende^a, A. González-Blanco^b, P. Hernán-Ocaña^a, S. Rodríguez-Muñoz^{b,c}, A. del Pozo-García^b, M. Pérez-Carreras^b, M. Alonso-Riaño^d, F. Colina-Ruizdelgado^d, A. Domínguez-Rodríguez^e y G. Castellano-Tortajada^b

^aHospital Universitario 12 de Octubre y Hospital Sanitas La Moraleja, Servicio de Medicina de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias. ^bHospital Universitario 12 de Octubre, Servicio de Digestivo. ^cClínica Ruber, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario 12 de Octubre, Departamento de Anatomía Patológica. ^eHospital Sanitas La Moraleja, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Los expertos nipones recomiendan completar el aprendizaje de la DSE en lesiones gástricas antes de intentar su ejecución en otras localizaciones. En nuestro medio, la escasa prevalencia de cáncer gástrico precoz dificulta el aprendizaje.

Objetivo: Evaluar los resultados así como las complicaciones a los 30 días de un modelo de aprendizaje en el que los casos iniciales se llevaron a cabo, predominantemente, en el área colorrectal.

Métodos: Se recogieron los datos prospectivamente y se compararon los resultados entre los 4 años iniciales, hasta diciembre de 2012 (período A), y el quinto año, en curso, entre enero y noviembre de 2013 (período B).

Resultados: Se llevaron a cabo 66 DSEs entre septiembre de 2008 y noviembre de 2013: 58 en el Hospital Universitario 12 de Octubre (H12O), 7 en el Hospital Sanitas La Moraleja y 1 en la Clínica Ruber. Las DSEs en centros diferentes del H12O las realizaron miembros del mismo grupo. Se realizaron 31 DSEs en el período A (24 colorrectales; 77,4%) y 35 en el B (21 colorrectales; 60%). Se logró una proporción de resecciones en bloque superior y estadísticamente significativa durante el año en curso (38,7% A vs 62,9% B; $p = 0,05$; OR = 2,68; IC95%: 1,01-7,25). El porcentaje de conversión a DSE híbrida o mucosectomía fragmentada fue del 77,4% en el período A y del 48,6% en el B ($p = 0,016$; OR = 0,27; IC95%: 0,09-0,80). Las resecciones R0, aumentaron en el período B, sin significación estadística (25,8% vs 40%; $p = 0,22$). Las hemorragias en los siguientes 30 días a la DSE se redujeron del 12,9% (A) al 8,6% (B), sin diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,69$). El porcentaje de perforaciones descendió del 16,13% (A) al 5,71% (B), también sin significación estadística ($p = 0,33$).

Conclusiones: Transcurridos 5 años de experiencia en DSE, con más del 75% de casos en el área colorrectal en los 4 primeros,

	Período A	Período B	p
n	31	35	
Sexo masculino (n; %)	16 (51,61)	21 (60)	0,66
Edad; media (desviación estándar)	71,55 (12,59)	66,34 (12,59)	0,09
Localización; n (%)			
Antro e incisura	4 (12,90)	11 (31,43)	0,13
Cuerpo	2 (6,45)	3 (8,57)	0,88
Fundus	1 (3,22)	0 (0)	0,53
Recto	20 (64,52)	16 (45,71)	0,2
Colon	4 (12,90)	5 (14,28)	0,84
Diámetro mayor en mm; media (desviación estándar)	34,42 (18,23)	28,49 (10,81)	0,12
Duración en minutos; media (desviación estándar)	184,23 (96,58)	180,71 (82,62)	0,87
DSE en lesiones residuales; n (%)	1 (3,22)	4 (11,43)	0,43

durante el 5º año se ha detectado un aumento significativo en el porcentaje de resecciones en bloque.

11. ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE CALIDAD DE ENDOSCOPIA AVANZADA, COMPLICACIONES ENDOSCÓPICAS Y EFECTOS ADVERSOS DE LA SEDACIÓN

C. Marra-López, C. Enciso, M. Salvador, C. Sánchez, C. Valero, C. Arias, E. Solana, M.T. Anda, E. Munguía y A. Orive-Calzada

Hospital Universitario Araba, Sede Txagorritxu, Álava.

Introducción: Las técnicas de endoscopia “avanzada” deben realizarse con la mejor calidad. Existen guías con indicadores de calidad para reconocer las exploraciones de más alta calidad pero no se han evaluado de manera prospectiva.

Objetivo: Evaluación de la calidad de pruebas de endoscopia avanzada (CPRE y USE).

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo aprobado por CEIC, incluyendo a todos los pacientes remitidos a nuestro hospital para realizar CPRE/USE. Durante la exploración realizamos monitorización de signos vitales, recogida de datos endoscópicos y anestésicos. Seguimiento con entrevista a las 24h y 30 días. Análisis de indicadores de calidad adaptados: comunes (proceso y sedación) y específicos para cada técnica (preprocedimiento, intraprocedimiento, posprocedimiento y complicaciones) (tablas).

Resultados: Entre 1/3/2012 y 1/3/2013 se realizaron 302 pruebas (168 USE y 134 CPRE). El 85,76% de los pacientes participó en el seguimiento. 99,3% indicaciones revisadas adecuadas. C. informado previo exploración presente en 91,1% vs sedación en 95,2%. Grado ASA (CPRE/USE): ASA1: 5%/10%, ASA2: 57%/63%, ASA3: 33%/22%, ASA4: 5%/5%. Asesoramiento del grado de dificultad ASGE (CPRE/USE): 1 (Estándar) 78,3%/59,5%, 2 (Avanzado) 15,5%/35,6%, 3 (Terciario) 6,2%/4,3% de los casos. Profilaxis anti-biótica en 100% pacientes. Efectividad global y éxito diagnóstico 91,8%.* Complicaciones sedación: Tasa eventos cardiovasculares 18,5% (6,5% requirió tratamiento), Tasa complicaciones respiratorias 22% (7,3% tratamiento). Tasa de complicaciones endoscópicas global: hemorragia 4,96%, pancreatitis 1,32%, colangitis 3,64% y perforación 0,33%. Mortalidad 0,003%. Informe final correcto en 100% de los pacientes.

Detalle de resultados. Indicadores de calidad y complicaciones endoscópicas y sedación

I. calidad (ASGE)	Grado recomendación	Objetivo	Resultado		
			Global	CPRE	USE
Éxito diagnóstico	1C/3	8D-95%	N = 294/302 (8 perdidos) 88,8%	Tasa canulación: 84% (1er intento), 95% (2º intento)	Visualización/Estadaje 95,1%
Éxito técnico	1C/3	> 90%	91,80%	96,9% (113/130)	95,7% (157/164)
Éxito terapéutico		> 85%	80,70%	82% (91/111) total; 87,8% (72/82) en coledocolitiasis	92,5% (5/8)*; drenaje, bloqueo/NPC
Indicación adecuada	3	100%	99,3% (285/302)	97%	99%
C. informado exploración	3	100%	91,1% (275)	99,2%	90,7%
C. informado sedación	3	100%	95,2% (278)	98,4%	92,6%
Profilaxis AB	2B/2C	100%	100%	100%	100%

Complicaciones. Registro y seguimiento completo (n = 259 pacientes)

Respiratoria	< 40%	Tasa = 22%	*Tratamiento 7,3% (n = 22). Subluxación mandibular 5,3% (n = 16). Ventilación mascarilla 1,6% (n = 5)		
		Hipoxemia	11,3%		
		Depresión resp.	7,4%		
		Obstrucción v.a.	1,6%		
		Hipoventilación	1,8%		
Cardiovasc.	< 40%	Tasa = 18,5%			
		Alt. ST (ECG)	0,4%		
		Arritmias	1,6%	Tratamiento = 3 pts	
		Hipotensión	3,5%		
		Hipertensión	6,6%	Tratamiento = 8 pts	
		Bradicardia	5%		
		Taquicardia	1,6%	Tratamiento = 6 pts	
Endoscopia	1C	< 10%	Tasa global	CPRE	USE
		Hemorragia < 1%	4,96%	7,46%. H. leve: 4,47%. H. mod: 2,23%. H. grave: 10,75%	2,97%. H. leve: 2,38%. H. mod: 0%. H. grave: 0,59%
		Pancreatitis < 10%	1,32%	2,98%. P. leve: 1,49%. P. mod: 0,75%. P. grave: 0,75%	0%
		Colangitis < 5%	3,64%	8,2%. P. leve: 4,47%. P. mod: 2,23%. P. grave: 1,49%	0%
		Perforación < 1%	0,33%	0%	0,59%

Conclusiones: Se evaluó nuestra práctica clínica diaria en las circunstancias más adversas (pruebas más complejas), demostrando a pesar del número de pacientes, una adecuada eficacia con bajo índice de complicaciones endoscópicas y efectos adversos cardiopulmonares.

12. INDICADORES DE CALIDAD Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS TRAS 7 AÑOS DE CRIBADO DE CCR EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Braithwaite Flores^a, M. Ponce Romero^a, N. Jiménez García^a, N. Alonso Lázaro^a, V. Martínez Escapa^b, M. Bustamante Balen^a, L. Argüello Viudez^a y V. Pons Beltrán^a

^aHospital Universitari y Politènic La Fe, Unidad de Endoscopias, Valencia. ^bHospital de Denia, Servicio de Digestivo, Alicante.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es un problema de Salud Pública dada su alta incidencia y mortalidad. Es susceptible de prevención por lo que la implantación de programas de cribado (PPCCR) es una realidad en muchas regiones de nuestro país. El Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia fue uno de los pioneros en España con la implantación del programa en el 2006, dirigido a sujetos de 50-69 años. Utiliza como prueba de cribado el test de sangre oculta en heces (TSOH), indicándose la colonoscopia en los positivos. El éxito de los PPCCR depende de la calidad de las pruebas utilizadas, por lo que determinar la calidad de las colonoscopias de cribado es esencial.

Objetivo: Describir los principales indicadores de calidad de la colonoscopia realizada después de un TSOH positivo en el PPCCR del Hospital La Fe de Valencia así como sus hallazgos en los primeros 7 años de experiencia.

Métodos: Análisis retrospectivo de algunos indicadores del PPCR relacionados fundamentalmente con la calidad de la colonoscopia y sus hallazgos.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 1.069 colonoscopias de cribado a 1.031 pacientes con TSOH positivo (564 en hombres y 505 en mujeres). El porcentaje de intubación cecal fue del 99,3%. La calidad de la limpieza fue buena/excelente en 837 de ellas (78,3%) y mala en 26 colonoscopias (2,4%) teniéndose que repetir la prueba en estos casos. En el 75,4% de los casos no se utilizó sedación. La prueba fue bien tolerada en el 84,8% de los casos. Las complicaciones se relacionaron todas con polipectomías. La tasa de hemorragias fue de 3,8%, polipectomías y la tasa de perforaciones de 1,8%. La anatomía patológica de las polipectomías relacionadas con las dos perforaciones fueron informadas como adenocarcinomas infiltrantes. La colonoscopia fue patológica en el 80,2% (CCR, adenomas, divertículos, EII). Se reseccó el 91,5% de los pólipos detectados. Se recuperaron el 90,5% de los pólipos reseccados. Se detectó CCR en 65 personas y 376 personas con adenomas de alto riesgo (AAR). El 70% de las neoplasias diagnosticadas se encontraban en estadios iniciales (0, I, II del TNM). El valor predictivo positivo global fue de 6,3% para neoplasias y 36,5% para adenomas. El valor predictivo positivo para la detección de lesiones avanzadas es de 41%, mayor en hombres que en mujeres (48% vs 30%, $p < 0,01$). El número de colonoscopias sin lesiones avanzadas necesarias para detectar una lesión avanzada fue de 1,6. Hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en el índice de detección de adenomas de alto riesgo y lesiones avanzadas, siendo mayor en hombres en ambos casos ($p < 0,001$).

Conclusiones: La colonoscopia de cribado del PPCR del Hospital La Fe detecta un alto porcentaje de lesiones, que es mayor en hombres. Se cumplen la mayoría de los indicadores de calidad propuestos (tasa de intubación, complicaciones, tasa de resección y recuperación de lesiones). Pese al escaso uso de sedación, la tolerancia a la exploración fue buena.

13. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENCKER: SEGURO Y EFICAZ A LARGO PLAZO

M.J. Domper Arnal^a, A. Lue^a, P. Lacarta García^a, T. Revuelto Artigas^b, Y. Ber Nieto^a, M.A. Simón Marco^a y J. Ducons García^a

^aHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^bHospital San Jorge, Huesca.

Introducción: El divertículo de Zencker (DZ) es una causa de disfagia poco frecuente (prevalencia 0,01-0,11% en la población general), que afecta sobre todo a personas de edad avanzada. El tratamiento estándar es la cirugía abierta con diverticulectomía asociada a miotomía del cricofaríngeo. En pacientes ancianos o con elevado riesgo quirúrgico, una alternativa es el tratamiento endoscópico.

Objetivo: Demostrar la seguridad del tratamiento endoscópico del DZ y su eficacia a largo plazo.

Métodos: Se diseñó estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos, recogiendo todos los casos realizados en la Unidad de Endoscopias del Hospital Clínico de Zaragoza desde enero de 2009 hasta octubre de 2013. Utilizando endoscopio flexible y diverticulosocopia Wilson-Cook® se procedió a la exposición del tabique del divertículo y posteriormente a la sección del mismo (miotomía del cricofaríngeo) con pinza Liga-Sure® o esfinterotomo de aguja Boston Scientific®. Se analizaron las siguientes variables: la seguridad, valorando las complicaciones (exitus por el procedimiento, perforación, dolor y hemorragia) y la eficacia a largo plazo definida como la resolución de los síntomas debidos al DZ, necesidad de nuevo procedimiento, número de visitas y tiempo de seguimiento en consultas externas.

Resultados: Se incluyeron 20 casos (11H-9M) con una mediana de edad de 81 años y un rango de seguimiento entre 4 y 56 meses. El tratamiento fue eficaz con una única sesión en el 85% ($n = 17$) de

los casos. No hubo ningún fallecimiento o perforación; en 4 casos se produjo hemorragia leve durante el procedimiento que se trató durante el mismo y en 1 caso se produjo hemorragia grave que cedió con tratamiento endoscópico. En 3 ocasiones fue necesaria una nueva sesión, que se realizó con una mediana de intervalo entre los procedimientos de 12 meses. En ningún caso fue necesario rescate quirúrgico. La mediana de seguimiento en consultas externas fue de 4 meses, con una mediana de 1,5 visitas por paciente.

Conclusiones: El tratamiento endoscópico de DZ es la técnica de elección en cuanto es segura y eficaz a largo plazo.

14. USO DE LA COLONOSCOPIA DE VIGILANCIA EN UNA POBLACIÓN NO SELECCIONADA

M. Rodríguez-Soler^a, M. Juárez-Quesada^b, C. Egoavil^c, C. Guarinos^b, E. Hernández-Illán^b, L. Castaño-Soler^a, L. Perez-Carbonell^b, J. Martínez-Sempere^d, F. Ruiz-Gómez^d, L. Compañy^d, J.R. Aparicio^d, J.A. Casellas^d, C. Alenda^c y R. Jover^a

Hospital General Universitario de Alicante: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bUnidad de Investigación; ^cServicio de Patología; ^dUnidad de Endoscopias Digestivas, Alicante.

Introducción: Una de las estrategias para la prevención de cáncer colorrectal (CCR) es la vigilancia endoscópica tras la polipectomía. El momento de realización de las colonoscopias de vigilancia en individuos con adenomas deriva del riesgo estimado de los mismos, basado su número, tamaño e histología. El objetivo de nuestro estudio es analizar el uso y la rentabilidad de las colonoscopias de vigilancia en nuestra población.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de adenomas en las colonoscopias realizadas en 2007 en el Hospital General Universitario de Alicante. Se recogieron datos de todos estos pacientes hasta 2012. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de CCR en el momento de la colonoscopia basal así como aquellos en los que no se realizó seguimiento endoscópico. La histología de los pólipos fue revisada por patólogos expertos de nuestro hospital. Se consideró adenoma de alto riesgo (AAR) en los casos en los que se encontraron 3 o más adenomas o al menos uno de ellos era ≥ 1 cm o presentaba histología vellosa o alto grado de displasia.

Resultados: Durante 2007, se incluyeron 217 pacientes con diagnóstico de adenomas. De ellos, 114 (52,5%) presentaron AAR y 103 (47,5%) adenoma de bajo riesgo (ABR) en la colonoscopia basal. En 117 pacientes se realizó al menos una colonoscopia de vigilancia, independientemente del grado de riesgo de los adenomas de la colonoscopia basal (AAR 51,8% vs ABR 56,3%; $p = 0,5$). Cuando analizamos los pacientes en los que se realizó vigilancia endoscópica (117), 74 (63,2%) eran hombres y la media de edad fue 62 ± 11 años. En la colonoscopia basal la mediana de adenomas fue de 1 (rango 1-8) y 57 pacientes (48%) tenían adenomas mayores de 1 cm. En 46 pacientes (39,3%) se encontraron adenomas en las colonoscopias de vigilancia. En la primera colonoscopia de vigilancia no se detectó ningún adenoma en el 70,9% de los pacientes, ABR en el 22,2% de los pacientes y AAR en el 6,8%. La detección de nuevos adenomas en las colonoscopias de seguimiento durante 5 años fue independiente del grado de riesgo del adenoma en la colonoscopia inicial. En los pacientes con AAR en la colonoscopia basal se detectaron más AAR en la primera colonoscopia de seguimiento (AAR 11,9% vs ABR 1,7%; $p = 0,03$). No se detectó ningún nuevo caso de CCR. El momento de realización de la primera colonoscopia de seguimiento fue similar en ambos grupos (AAR: 1 año 51,7%, 2 años 19%, 3 años 24,1% y 4 años 5,2% vs ABR: 1 año 54,2%, 2 años 25,4%, 3 años 18,6% y 4 años 1,7%; $p = 0,5$). Pocos casos en los que se realizó una colonoscopia de vigilancia de manera pudieron explicarse por una preparación deficiente o una colonoscopia incompleta (18,8%).

Conclusiones: Se realiza un exceso de colonoscopias de vigilancia tras polipectomía, especialmente en los pacientes con ABR en

la colonoscopia basal. El rendimiento de estas colonoscopias es bajo, y se encuentran pocas lesiones avanzadas.

15. PRÓTESIS DUODENALES EN PACIENTES CON LESIONES ESTENOSANTES DE ANTRO-PÍLORO DUODENO DE ETIOLOGÍA NEOPLÁSICA

L. Olondris Rengel, A. Elorza Echaniz, A. Orive Calzada, A. Bernal Martínez y J.L. Cabriada Nuño

Hospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya.

Introducción: La colocación de prótesis duodenales, es una opción en el tratamiento paliativo de las estenosis antro-píloro-duodenales, de origen neoplásico permitiendo mejorar la calidad de vida de estos pacientes. El objetivo es evaluar eficacia y complicaciones tanto inmediatas como tardías, de la colocación de prótesis duodenales en pacientes con lesiones estenosantes de antro-píloro-duodeno, de etiología neoplásica con intención paliativa.

Métodos: Hemos realizado un estudio prospectivo para analizar los resultados en el Hospital Galdakao-Usansolo de prótesis duodenales colocadas desde noviembre 2008 hasta junio 2013 incluyéndose 25 pacientes.

Resultados: Entre noviembre del 2008 y junio 2013 se colocaron prótesis duodenales en 25 pacientes de nuestro centro, siendo la edad media de estos pacientes de 77,48 años (DE 11,43). De los 25 pacientes, 16 (64%) presentaban neoplasia gástrica, 7 (28%) de ellos neoplasia de origen bilio-pancreático y 2 de ellos (8%) neoplasia de ampolla de vater. De las 25 prótesis colocadas, en el 100% se consiguió éxito técnico, y en el 88% (3 casos) éxito clínico. De las 3 restantes, 2 de ellas se solucionaron con la colocación de una 2ª prótesis en tándem. Dos pacientes presentaron complicaciones tardías, siendo en ambos casos la obstrucción de la prótesis la causa dicha complicación. En uno de los casos, la duración de la primera prótesis fue de 27 meses, solucionándose el cuadro con la colocación de una 2ª prótesis, que fue efectiva durante 19 meses hasta el exitus. En el otro caso, la duración fue de 3 meses, procediéndose a colocar 2ª prótesis que fue efectiva durante 4 meses y medio y se colocó una 3ª prótesis que fue efectiva durante 5 meses y medio hasta el exitus. - La muerte de los 25 pacientes se produce por progresión de la enfermedad, en ningún caso se da en relación a la colocación de la prótesis y su supervivencia media fue de 4 meses y medio.

Conclusiones: Las prótesis duodenales son un tratamiento eficaz en pacientes con estenosis duodenales de origen neoplásico en tratamiento paliativo. La colocación de prótesis duodenales es una técnica segura, con un bajo índice de complicaciones, que la convierten en una técnica factible en enfoque paliativo de estos pacientes.

16. IMPORTANCIA DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y PREVALENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES OBESOS ANTES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

L. Márquez, L. Carot, A. García, S. Delgado, I. Ibáñez, A. Seoane, S. Bacchiddu, L. Ilzarbe, J.M. Dedeu, L. Barranco, F. Bory y M.A. Álvarez

Hospital del Mar, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

Introducción: La obesidad es un problema sanitario de importancia creciente con una prevalencia del 15.5% en la población adulta española. Los estudios sobre la prevalencia de lesiones endoscópicas y de *Helicobacter pylori* (Hp) en pacientes obesos son observacionales y los resultados son discordantes. En nuestro entorno no hemos encontrado datos publicados.

Objetivo: Analizar la prevalencia de lesiones endoscópicas y de Hp en pacientes obesos antes de la cirugía bariátrica.

Métodos: Análisis retrospectivo de una serie consecutiva de pacientes obesos desde enero de 2006 hasta mayo de 2010 a los que se realizó una endoscopia digestiva alta previa a la cirugía bariátrica.

Resultados: Se incluyeron 138 pacientes, 110 mujeres (80%). La edad media fue 44 años (IC95% 42,5-45,7). El peso medio fue 113,6 kg (IC95% 110,8-116,2), el IMC medio 42,4 (41,4-43,3). Se demostraron lesiones endoscópicas en 51 pacientes (37%): 21 esofagitis por reflujo, 27 gastritis, 11 duodenitis, 6 úlceras gástricas y 1 úlcera duodenal. No hubo ninguna neoplasia. Se objetivó hernia de hiato en 45 pacientes (33%). La prevalencia de Hp fue 54% en los 99 pacientes en los que se analizó. No hubo asociación significativa entre la presencia de Hp o lesiones endoscópicas y el IMC. Tampoco hubo asociación significativa entre el IMC y la presencia de hernia de hiato. El tiempo de espera medio hasta la cirugía bariátrica fue 7,5 meses (IC95% 6,1-8,8) y la presencia de lesiones endoscópicas pépticas o de hernia de hiato no contraindicó ninguna intervención ni retrasó el tiempo hasta la cirugía.

Conclusiones: Los pacientes obesos presentan una prevalencia elevada de *H. pylori*, de lesiones endoscópicas de origen péptico y de hernia de hiato. Estos hallazgos no contraindican la cirugía ni la retrasan.

17. COLONOSCOPIA COMO CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

B. Arberas Díez, C. Chavarría Herbozo, J. Mendoza Jiménez-Ridruejo y J.A. Moreno Monteagudo

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

Introducción: La colonoscopia larga continúa siendo la técnica de elección para el cribado del CCR. La mala adherencia por parte de pacientes asintomáticos al tratarse de una prueba invasiva y su coste son sus principales limitaciones.

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos en nuestro centro con la colonoscopia como método de cribado del CCR.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes asintomáticos a los que se realizó una primera colonoscopia de cribado en nuestro hospital entre el 1 de julio de 2012 y el 1 de julio de 2013. Se recogió información sobre las características demográficas y los hallazgos en la colonoscopia.

Resultados: Se incluyeron 576 pacientes (46% varones, edad media 57,8 años). En el 31,8% de los pacientes la colonoscopia resultó positiva. La tasa de detección de adenomas fue del 25,5% y si incluimos los pólipos hiperplásicos, ésta asciende hasta el 30,4%. La histología más frecuente fue la de adenomas tubulares (53,2%), seguidos de los pólipos hiperplásicos en el 16,2% de los casos. El 32,6% de los pólipos adenomatosos hallados fueron pólipos de alto riesgo (número = 3, tamaño = 1 cm, displasia de alto grado o histología vellosa, tubulovillosa o adenoma serrado). La localización de los pólipos fue: 56,3% en colon izquierdo o recto, 21,3% en colon derecho y 17,8% en ambos colon derecho e izquierdo. En 8 pacientes (1,4%) se detectó la presencia de un tumor en el momento de la exploración, siendo en todos los casos adenocarcinoma. Las localizaciones más frecuentes de los tumores fueron colon derecho y recto (37,5% cada una).

Conclusiones: La colonoscopia larga sigue siendo el método de cribado de elección del CCR. La tasa de detección de adenomas en nuestro centro fue del 25,5%, permitiendo eliminar pólipos adenomatosos antes de su evolución a adenocarcinoma. El colon derecho fue la localización más frecuente de pólipos lo que convierte a la colonoscopia corta en una opción menos válida como cribado.

19. USO DE SONDAS NASO-BILIARES EN SITUACIÓN YEYUNAL PARA ALIMENTACIÓN ENTERAL

P. Guisasa Dorronsoro, A. Orive Calzada, M. Aguirresarobe Gil de San Vicente, L. Olondris Rengel, A. Elorza Echaniz, S. Torres Burgos, F.J. Fernández Fernández, L. Bridet, A. Bernal Martínez y J.L. Cabriada Nuño

Hospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya.

Introducción: La colocación endoscópica de sondas naso-yeyunales es una técnica de uso relativamente frecuente en patologías como gastroparesia, pancreatitis aguda grave, enfermedad grave con incapacidad de alimentación oral, postoperatorio, etc. Sin embargo su colocación endoscópica, aun siendo la más eficaz, es una técnica engorrosa consumiendo mucho tiempo y con gran cantidad de fracasos técnicos.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo en el que analizamos los resultados obtenidos tras utilizar sondas nasobiliares de 7 y 10 F colocadas endoscópicamente en posición yeyunal para alimentación enteral desde el año 2010.

Resultados: Se han colocado 29 sondas en 23 pacientes. Con una edad media de 64 años $\pm$ DE 15,11, De los cuales 13 (56,5%) hombres y 10 (43,5%) mujeres. Todas las exploraciones se hicieron bajo sedación profunda con propofol. Las indicaciones fueron las siguientes: paciente grave en contexto de cuidados intensivos (24,1%), estenosis bulbar (17,2%), postoperatorio con incapacidad de nutrición oral (20,7%), pancreatitis aguda grave (20,7%) y otros (17%). Se consiguió el éxito técnico en el 100% de los pacientes y el éxito clínico en el 76,92%. El tiempo medio durante el que se mantuvo la sonda de alimentación fue de 23 días $\pm$ DE 41,3. La comprobación radiológica se realizó en el 66% de los pacientes objetivando la no migración de la sonda en todos los casos. No hubo complicaciones en el 80,77% de los casos. Los dos únicos casos que se complicaron fueron uno al que se le retiró la sonda por obstrucción de la sonda y otro que se arrancó la sonda. Otras dos sondas presentaron obstrucción que se resolvió mediante guía.

Conclusiones: Las sondas nasobiliares de 7 y 10 F son eficaces para la administración de alimentación enteral- yeyunal en pacientes graves. No se han apreciado complicaciones relevantes en nuestros pacientes. Parece interesante la realización de estudios prospectivos que comparen diferentes sondas de alimentación y diferentes métodos endoscópicos de colocación.

20. COMPLICACIONES DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG): EXPERIENCIA DE 15 AÑOS

B. Arberas Díez, D. Burgos Santamaría y L. Consuelo García Buey

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

Introducción: La PEG se ha convertido en la técnica de elección para proveer nutrición enteral a largo plazo en pacientes con el tracto digestivo indemne. Se considera una técnica segura, pero hay pocos estudios que evalúen la tasa de complicaciones y los posibles factores de riesgo asociados.

Objetivo: Evaluar la tasa de complicaciones inmediatas y tardías de la PEG, así como identificar los posibles factores de riesgo asociados a las mismas.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes en los que se realizó colocación de PEG en nuestro centro desde agosto de 1998 hasta agosto de 2013. Se recogió información sobre las características demográficas y clínicas. Se evaluó la tasa de complicaciones tanto inmediatas como tardías y la posible relación con factores de riesgo descritos como la diabetes o la desnutrición.

Resultados: Se incluyeron 254 pacientes (57% varones, edad media 68 $\pm$ 17 años). Las indicaciones para la colocación de sonda de gastrostomía fueron: enfermedades neurológicas 71,3% (ACVs, demencias, esclerosis múltiple, otras), neoplasias 25,6% (neoplasias de cabeza y cuello y esofágicas fundamentalmente) y otras indicaciones representaron el 3,1%. El 11,8% de los pacientes presentaron complicaciones inmediatas siendo las más frecuentes la gastroparesia, la hemorragia tras punción y la perforación de víscera hueca (2% cada una). Un total de 5 pacientes (2%) fallecieron como consecuencia directa del procedimiento: 2 por neumonía aspirativa y 3 por peritonitis secundaria. El 13,4% de los pacientes presentó complicaciones tardías, entre las que destacan: retirada involuntaria de la sonda (5,1%), fuga perisonda (2,8%), obstrucción de la sonda (2,4%) e infección de la herida (1,6%). Uno de cada cuatro pacientes (26%) que tuvieron complicaciones tardías, presentó más de una complicación, asociándose en la mayoría de los casos al mal cuidado de la sonda. En el análisis por subgrupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de complicaciones en los pacientes diabéticos. Sin embargo, los pacientes con desnutrición presentaron una tasa de complicaciones inmediatas superior a la de los pacientes bien nutridos (18,8% vs 5,8%, $p = 0,001$).

Conclusiones: Las enfermedades neurológicas son la indicación más frecuente de colocación de sondas PEG en nuestro medio. Se trata de un procedimiento seguro, con una tasa de complicaciones y de mortalidad bajas. La desnutrición se asoció a una mayor tasa de complicaciones inmediatas.

21. ¿CAMBIA LA ACTITUD DEL CLÍNICO EL RESULTADO DE UNA RECTOSIGMOIDOSCOPIA EN EL ESTUDIO DE LA RECTORRAGIA?

H. León-Brito^a, M. Fraile González^a, A. Ciáuriz Munuce^b, M. Ostiz Llanos^c, I. Aresté Anduaga^a, A. Zúñiga Ripa^a, J.I. Úriz Otano^a, E. Albéniz Arbizu^a, J. Eguaras Ros^a, A.M. Pueyo Royo^a y A. Guerra Lacunza^a

^aComplejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Aparato Digestivo, Pamplona. ^bRed Asistencial Juaneda, Mallorca. ^cHospital Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo, Tudela.

Introducción: La rectosigmoidoscopia (RS) es una prueba empleada en la práctica clínica habitual, lo que conlleva cierto consumo de recursos en una unidad de endoscopias. Una de sus principales indicaciones es la rectorragia.

Objetivo: Estudiar el cambio de actitud diagnóstica o terapéutica tras la realización de una RS según la indicación, fundamentalmente en el estudio de rectorragia o hematoquecia.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo en el que se registraron las rectoscopias y rectosigmoidoscopias realizadas en nuestro centro de forma consecutiva entre agosto de 2010 y diciembre de 2011. Variables a estudio: demográficas, motivo de petición, hallazgos endoscópicos y si la actitud del médico se modificó tras el resultado.

Resultados: Se incluyeron 763 endoscopias (71 rectoscopias y 692 RS). El 52% de los pacientes eran varones, con una media de edad de 50,4 años (rango 15-95); 32% eran menores de 40 años. La rectorragia o hematoquecia fue el motivo del estudio en 49% de los casos (93% características distales). En los sujetos con rectorragia o hematoquecia, el resultado de la RS fue: 19% exploración normal, 52% hemorroides o fisura anal, 10,3% proctitis (35% tenían antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal (EII)). 17,4% de los enfermos presentaron pólipos (13,4% no avanzados, 4% avanzados) y 1% ($n = 4$) cáncer colorrectal (CCR). Los sujetos con pólipos avanzados eran en 59% de los casos mujeres, con una edad media de 68 años (rango: 44-90); 88% presentaban rectorragia de semiología

distal (RSD), 47% tenían además otra clínica acompañante (dolor abdominal, alteración del ritmo intestinal, tenesmo, anemia) y en 17,6% el tacto rectal era patológico. Los pacientes con CCR eran en 50% de los casos mujeres, con una edad media de 81 años (rango: 63-90); todos presentaban RSD, la mitad tenían otra sintomatología adicional y 50% presentaban un tacto rectal con hallazgos patológicos. En el subgrupo de enfermos menores de 40 no se diagnosticó ningún pólipo avanzado ni CCR. En ellos la actitud del clínico se vio modificada en un 17% (62% de estos tenían proctitis) y en el total de pacientes en un 21,4%.

Conclusiones: 1. La decisión clínica tras la realización de una RS se modificó únicamente en una quinta parte de los pacientes con rectorragia de semiología distal. 2. En el subgrupo de pacientes con edad menor de 40 años estudiado por rectorragia de semiología distal, no hubo ningún diagnóstico de pólipos avanzados o CCR. El motivo más frecuente por el que se modificó la estrategia diagnóstica o terapéutica en estos enfermos tras la RS fue la EI. 3. La patología maligna se dio en nuestra serie en enfermos de edad avanzada con otros signos o síntomas que sugerían un proceso neoplásico subyacente.

22. LEIOMIOMAS DE COLON: UN HALLAZGO NO TAN INFRECUENTE. CASOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES (2002-2013)

D. Rodríguez-Alcalde^a, J. López Vicente^a, L. Hernández Villalba^a, M. Lumberras Cabrera^a, T. Meizoso Latova^b y D. Moreno-Sánchez^a

Hospital Universitario de Móstoles: ^aSección de Aparato Digestivo; ^bServicio de Anatomía Patológica, Madrid.

Introducción: Los leiomiomas del tubo digestivo son lesiones benignas de musculatura lisa a partir de la muscularis mucosae o de la muscularis propia. Aunque se consideran una patología rara en colon, cada vez es más frecuente su diagnóstico y extirpación dado que endoscópicamente son indistinguibles de otras lesiones subepiteliales con potencial maligno. Nuestro objetivo fue caracterizar mejor estas lesiones y su manejo endoscópico.

Métodos: Búsqueda de los diagnósticos histológicos de leiomioma de colon en nuestro Centro desde el 1/1/2002 hasta el 11/11/2013. Se recogieron de manera retrospectiva los hallazgos endoscópicos, quirúrgicos y anatomopatológicos.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, 32 varones (76,2%) con una mediana de 58,1 años (rango: 35,0-86,3), en los que se diagnosticaron 44 leiomiomas (2 pacientes con 2 simultáneos), 33 de ellos (75,0%) en los últimos 4 años. La mediana del tamaño endoscópico fue de 5 mm (rango: 2-25), la morfología predominante fue la sésil (61,4%) y se localizaron sobre todo en sigma (34,1%) y recto (29,5%) frente a tramos más proximales (36,4%). Sólo en 10 pacientes (23,8%) primero se biopsió la lesión, sin resección posterior en 2 casos. En 38 pacientes se realizó resección endoscópica de 40 lesiones (una en 2 ocasiones por lesión residual), con las siguientes técnicas en función de su tamaño y morfología: pinza de biopsia (31,7%), asa fría (24,4%), diatermia (41,5%) y ligadura con bandas y diatermia (2,4%). No se infiltró la submucosa en 30 (73,2%), mientras que en 9 (22,0%) se empleó suero salino y en 2 (4,9%) adrenalina diluida. Ninguno presentó complicaciones inmediatas o diferidas. Sólo 1 de las resecciones, con asa de diatermia sin sobreelevación, fue incompleta y requirió una segunda con pinza. En 2 casos (4,5%) fue necesaria la cirugía: una resección anterior baja por "adenoma no reseccionable" en endoscopia (el leiomioma fue un hallazgo en la pieza quirúrgica), y una amputación abdomino-perineal por sospecha ecográfica de tumor del estroma gastrointestinal (que resultó un leiomioma de la muscular propia, único de la serie). Se realizó inmunohistoquímica para CD117 en 7 casos (17,5%), CD34 en 6

(15%) y S-100 en 2 (5%) siendo todas negativas, mientras que fue positiva en los 8 casos (20%) en los que se llevó a cabo para actina. De los 38 pacientes con extirpación endoscópica, sólo en 14 (36,8%) se realizó una colonoscopia de control con ausencia de lesión residual en todos ellos.

Conclusiones: Los leiomiomas de colon son una patología cada vez más diagnosticada, en especial en varones. Su manejo endoscópico y su seguimiento son muy heterogéneos. Las distintas técnicas de resección endoscópica son seguras y, pese a las limitaciones de la muestra, podrían ser igualmente eficaces.

23. CARACTERÍSTICAS DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN EL HOSPITAL SON LLÀTZER

R. Chacchi Cahuín, C. Dolz Abadía, N. Rull Murillo y L.N. Amado Villanueva

Hospital Son Llàtzer, Servicio de Aparato Digestivo, Palma de Mallorca.

Objetivo: Este estudio pretende analizar las características de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en el Hospital Son Llàtzer (HSL) y las complicaciones post CPRE presentadas.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal que analiza los informes de CPRE realizados en el centro de endoscopia digestiva del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Son Llàtzer desde enero de 2013 hasta julio de 2013.

Resultados: Se realizaron 183 CPREs desde enero de 2013 hasta julio de 2013. El 50,8% fueron realizadas en pacientes de sexo masculino. La edad promedio de los pacientes fue 64,9 años, con desviación estándar de 18,8 años. El 7,7% de las CPREs fueron de intención inicialmente terapéuticas pero terminaron siendo diagnósticas, mientras que el 84,2% fueron terapéuticas y 8,1% colangiografías no conseguidas. El diagnóstico final más frecuente fue coledocolitiasis (67/183; 36,7%), seguido de estenosis maligna (33/183; 18,03%). En el 72,7% de los casos se realizó esfinterotomía. De los pacientes con diagnóstico post CPRE de coledocolitiasis se les realizó extracción de cálculo a un 85,08%. De los pacientes con diagnóstico post CPRE de estenosis maligna se les realizó colocación de prótesis biliar plástica por 1º vez a un 51,72%, colocación de prótesis biliar metálica 1ª vez a un 13,8%, cambio de prótesis biliar plástica a un 10,34% y retiro de prótesis biliar plástica con colocación de prótesis metálica a un 13,8%. Entre las complicaciones post CPRE se encontraron: pancreatitis (1/183; 0,54%), colangitis (2/183; 1,09%), hemorragia post esfinterotomía (3/183; 1,6%) y prótesis migrada a colédoco (3/183; 1,6%). Se realizó administración de indometacina al 100% de los pacientes y sólo 1 desarrolló pancreatitis post CPRE (1/183; 0,5%).

Conclusiones: El diagnóstico más frecuente al que se llegó por la CPRE fue coledocolitiasis. Las CPREs terapéuticas representaron el 84,2%, siendo la esfinterotomía el procedimiento más frecuente (72,7%). De los pacientes con diagnóstico post CPRE de coledocolitiasis, se realizó extracción de cálculos a un 85,08%. De los pacientes con diagnóstico post CPRE de estenosis maligna, se realizó terapéutica al 96,96% de los pacientes (ya sea colocación de prótesis biliar (plástica o metálica) por 1ª vez, cambio de prótesis biliar, colocación de prótesis metálica), sólo una paciente no recibió tratamiento (ya se le había colocado una prótesis biliar metálica previamente). Las complicaciones post CPRE más frecuentes fueron hemorragia postesfinterotomía y prótesis migrada a colédoco (3/183; 1,6%, cada una de ellas). Se administró indometacina al 100% de los pacientes, siendo la prevalencia de pancreatitis post CPRE de 0,5%.

24. CPRE Y COMPLICACIONES. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

M. Solano Sánchez^a, I. Ariño Pérez^a, Y. Arguedas Lázaro^a, J. Ducons García^a, M.A. Simón Marco^a, J.M. Blas Lausín^a y A. Lanas Arbeloa^{a,b}

^aHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^bCIBERehd.

Introducción y objetivo: Valorar las complicaciones derivadas de la CPRE en nuestro centro a lo largo de 2012 y compararlas con los estándares de referencia publicados en la guía de la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) de 2012.

Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo que recoge las complicaciones que se han producido en las CPRE en el 2012 en nuestro centro. Según los criterios de la ASGE (Complications of ERCP. Gastrointestinal endoscopy guideline ASGE. 2012;75:467-473), consideramos como complicaciones derivadas de la técnica; pancreatitis, hemorragia, colangitis y perforación. Los pacientes a los que se les hizo CPRE a lo largo del 2012 se incluyeron en "Endobase" y posteriormente se hizo un examen exhaustivo de su historia clínica para objetivar si habían presentado alguna de las complicaciones mencionadas.

Resultados: Para interpretar correctamente los resultados hay que considerar la complejidad de los pacientes de un hospital terciario de referencia con un programa de trasplante hepático. De las 378 CPRE realizadas en 2012, se produjeron 7 pancreatitis (1,85%) de las que sólo falleció 1 paciente, lo que supone una mortalidad específica por pancreatitis postCPRE del 0,27%. Otras complicaciones fueron 6 hemorragias (1,59%) y 1 colangitis (0,27%) con 0% de mortalidad, así como 4 perforaciones (1,09%) falleciendo 2 pacientes, lo que supone una mortalidad específica por perforación del 0,53%. Mortalidad de la técnica: 0,79% (3/378).

Conclusiones: Comparándonos con los estándares de referencia de la ASGE observamos que nuestro porcentaje de pancreatitis y de colangitis es inferior y la tasa de hemorragias es similar. La incidencia de perforaciones y la tasa de mortalidad a pesar de ser bajas son ligeramente superiores, por lo que se propone la adopción de medidas que las reduzcan (diclofenaco rectal, prótesis pancreáticas, profilaxis antibiótica...). A pesar de todo la CPRE es una técnica segura y eficaz.

25. CURVA DE APRENDIZAJE EN CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE INTESTINO DELGADO

M. Millán Lorenzo, R. Calle Sanz, P. Ferrero León, C. Rodríguez Alonso, R. Aparcero López, E. Hoyas Pablos, R. Llorca y M. Romero Gómez

Hospital de Valme, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla.

Introducción: La cápsula endoscópica (CE) se ha convertido en la técnica de primera línea para el estudio del intestino delgado, permitiendo acceder a áreas difíciles de explorar por otros métodos.

Objetivo: a) Analizar las exploraciones realizadas en nuestro hospital durante los últimos 6 años; b) Comprobar la curva de aprendizaje y la rentabilidad diagnóstica de la cápsula endoscópica del intestino delgado.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron las cápsulas realizadas entre noviembre 2008 y octubre 2013. Se administraron tres tipos de cápsulas: Pillcam, Mirocam y Endocapsule, de forma aleatoria, no controlada. La lectura fue realizada por una única endoscopista (CRA). Se estudiaron las características de los pacientes, las indicaciones, los resultados y las complicaciones. Comparamos los resultados de las primeras 50 exploraciones con las 122 realizadas posteriormente.

Resultados: Se incluyeron 172 pacientes a los que se les realizó la CE (98 Pillcam, 32 Endocapsule, 42 Mirocam). El 58% eran mujeres, la edad media fue de 58 años (14-86 años). Las indicaciones fueron: anemia ferropénica 52%, hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) 20%, sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal 16%, dolor abdominal 5%, y otras 7%. No encontramos diferencias en la rentabilidad diagnóstica al comparar los resultados de las 50 primeras exploraciones (índice de éxitos 61%) frente a las 122 CE realizadas entre 2010-2013 (índice de éxito 66%); $p = 0,57$. En el análisis global de la serie, el 37% no mostro alteraciones, en el 23% se detectaron angiodisplasias, 16% lesiones tipo aftas y/o úlceras, 12% lesiones inespecíficas, 7% lesiones polipoideas, 3% atrofia vellositaria, y en un 2% fueron exploraciones no concluyentes. Detectamos angiodisplasias en el 32% de los casos solicitados por anemia ferropénica y en el 18% de los casos solicitados por HDOO, $p = ns$. Las angiodisplasias se localizaron más frecuentemente en yeyuno ($n = 20$), duodeno ($n = 6$), colon ($n = 4$) e íleon ($n = 3$). En los pacientes con sospecha de enfermedad de Crohn, se observaron lesiones aftoides compatibles en un tercio de los casos (32%). Tres pacientes presentaron retención de la capsula (1,79%) que se resolvió con tratamiento conservador.

Conclusiones: La CE es un procedimiento seguro y eficaz para el diagnóstico de lesiones del intestino delgado. El conocimiento y la experiencia previa en endoscopia digestiva acortan la curva de aprendizaje y mejoran la capacidad diagnóstica.

26. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN LA ANEMIA FERROPÉNICA

I. Aresté Anduaga, M. Fraile González, S. Oquién Legaz, H. León Brito, A. Zúñiga Ripa, M.R. Aznárez Barrio, D. Ruiz Clavijo García y A. Pueyo Royo

Complejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Aparato Digestivo, Pamplona.

Introducción: La cápsula endoscópica (CE) es una exploración diagnóstica endoscópica consolidada. La principal indicación es la hemorragia digestiva de origen oculto tanto oscura (anemia ferropénica) como manifiesta.

Objetivo: Analizar las exploraciones con cápsula endoscópica realizadas por anemia ferropénica en nuestro centro para evaluar la rentabilidad diagnóstica.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 351 exploraciones (abril de 2009/octubre de 2013). Se analizaron los siguientes ítems: edad, sexo, indicación, antiagregantes/AINEs, pruebas endoscópicas realizadas previamente, hallazgos de lesiones tras CE, CE completa, complicaciones de CE e intervención posterior. Utilizamos el paquete estadístico SPSS versión 20.

Resultados: Se analizan 351 exploraciones. El 57,8% (203) se realizaron por anemia ferropénica (AF). El resto de indicaciones fueron: HDOO manifiesta 12,5%, diarrea 12% y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) 2,8%. Se realiza estudio sobre el grupo de AF. El 98,5% y en el 100% tienen gastroscopia y colonoscopia previa respectivamente. La mediana de edad es 57,21 años (rango 12-89). 52,2% mujeres. El tratamiento sintomático de la anemia

Edad	Pacientes AINEs/AAS		CE con hallazgos	Hallazgo principal	Intervención posterior
< 50	26,60%	12,96%	35,00%	Úlcera	14,8%
50-70	43,80%	21,34%	48,30%	Ix vascular	18%
> 70	29,60%	17%	78,80%	Ix vascular	25%

Hallazgo de lesiones potencialmente sangrantes: 44,3%.

previo a la realización de la cápsula con derivados férricos y/o con concentrados de hematies es: 69,5% hierro oral, 21,2% hierro intravenoso y un 27% trasfundido. Asimismo, el tratamiento sintomático posterior con hierro oral-intravenoso fue del 24%. Se realiza intervención posterior con gastroscopia y/o colonoscopia, enteroscopia, cirugía, octeotrido y pruebas de imagen complementarias en el 19,7%.

Conclusiones: El 44,3% de las cápsulas realizadas por AF presentaron lesiones potencialmente sangrantes. El 57,7% de los pacientes > 50 años tomadores de AAS-clopidogrel tienen lesiones en CE, siendo el hallazgo principal las lesiones vasculares. La cápsula tiene un elevado rendimiento diagnóstico (78,8%) en los pacientes > 70 años a pesar de lo cual tan sólo en el 25% se realiza intervención posterior.

Enfermedad inflamatoria intestinal

27. METAANÁLISIS DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL QUE HAN RECIBIDO PREVIAMENTE OTRO ANTI-TNF

J.P. Gisbert, A.C. Marín, A.G. McNicholl y M. Chaparro

Hospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, CIBERehd, Madrid.

Introducción: Aproximadamente un tercio de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que reciben un anti-TNF no responden inicialmente al tratamiento (fracaso primario), y una proporción relevante experimenta pérdida de eficacia (fracaso secundario) o intolerancia al tratamiento. La eficacia de un segundo anti-TNF en estos casos no ha sido bien evaluada.

Objetivo: Investigar la eficacia y/o remisión de un segundo tratamiento anti-TNF tras la suspensión de un primero (por ineficacia o intolerancia).

Métodos: Selección de estudios: se metaanalizaron, mediante varianza inversa, estudios que evaluaran la respuesta o remisión de un segundo anti-TNF tras la suspensión de un primero, en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU). Criterios de inclusión: estudios que evaluaran la respuesta o la remisión con infliximab (IFX), adalimumab (ADA) o certolizumab (CTO) como segundo anti-TNF. Estrategia de búsqueda: búsqueda bibliográfica en PubMed hasta agosto de 2013. Síntesis de resultados: porcentaje de respuesta y/o remisión. Subanálisis: por tipo de EII, fármaco anti-TNF, motivo de suspensión del primer anti-TNF, dosis de inducción/mantenimiento del segundo anti-TNF y momento (tiempo) en el que se evalúa la respuesta al tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 41 estudios (35 en EC y 6 en CU; 30 con cambio IFX- > ADA, cuatro IFX- > CTO y uno ADA- > IFX). Globalmente, el porcentaje de remisión con el segundo anti-TNF en EC fue del 43% (IC95% = 38-48%; I² = 75%; 27 estudios; 2.345 pacientes) y la respuesta del 65% (IC95% = 57-73%; I² = 92%; 26 estudios; 1.922 pac.). El porcentaje de remisión fue mayor cuando el motivo de abandono del primer anti-TNF fue la intolerancia (61%; IC95% = 40-82%; I² = 89%; 225 pac.) que cuando fue por fracaso secundario (45%; IC95% = 34-57%; I² = 79%; 11 estudios; 367 pac.) o primario (30%; IC95% = 22-37%; I² = 8%; 9 estudios; 175 pac.). Los porcentajes de respuesta fueron, respectivamente, 72%, 66% y 60%. La remisión con IFX- > ADA no mostró diferencias con los resultados globales; no se pudo subanalizar la remisión con IFX- > CTO por falta de datos. Sólo se pudo subanalizar la influencia de la dosis de inducción con ADA en el fracaso secundario, mostrando mayor

remisión y respuesta la dosis de 180/60 (51% y 81%) que la de 80/40 (44% y 66%). Globalmente, la remisión en la CU fue del 17% (IC95% = 2-32%; I² = 85%; 4 estudios; 151 pac.) y la respuesta del 47% (IC95% = 34-59%; I² = 64%; 6 estudios; 203 pac.).

Conclusiones: La eficacia del cambio de anti-TNF es mayor en la EC que en la CU. En la EC, el segundo tratamiento es más eficaz cuando el primero se interrumpe por intolerancia (remisión del 61%) que por fracaso secundario (45%), y a su vez es más eficaz que tras el fracaso primario (30%). Aunque los resultados son heterogéneos y deben interpretarse con precaución, todos los análisis muestran consistentemente que la eficacia del cambio de anti-TNF depende de la causa que lo motiva.

28. DEPLECIÓN DE ESPECIES MICROBIANAS NO CONOCIDAS COMO CAUSA DE LA BAJA DIVERSIDAD EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

N. Borruel^a, F. Casellas^a, C. Manichanh^b, E. Varela^b, M. Antolín^b, A. Torrejón^a, V. Robles^a, X. Calvet^c, P. Nos^d, F. Guarner^b, CIBERehd^e y METAHIT Consortium^f

Hospital Universitari Vall d'Hebron: ^aUnitat d'Atenció Crohn-Colitis, Servicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^cServei d'Aparell Digestiu, Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Sabadell. ^dHospital La Fe, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^eCIBERehd. ^fMETAHIT Consortium.

Introducción: El análisis de secuencias del gen 16SrRNA en una muestra biológica permite estimar la taxonomía de las bacterias presentes, pero no informa sobre su funcionalidad (recursos genéticos) ni sobre la presencia de elementos no bacterianos (virus, levaduras, protistas) en la comunidad. La alternativa que permite superar esas limitaciones es la secuenciación de todo el material genético de la muestra, seguida de su análisis por comparación con genomas de referencia.

Métodos: Se han estudiado todas las secuencias (Illumina) obtenidas de 396 muestras de 318 individuos de la cohorte de MetaHIT (177 de Copenhague y 141 de Barcelona; 137 individuos sanos, 99 con sobrepeso, 61 con colitis ulcerosa en remisión, y 21 con enfermedad de Crohn en remisión).

Resultados: Se generó un catálogo de 3,9 millones de genes no redundantes, de los cuales el 69,7% se reconocían como bacterianos, 2,2% de arqueas, 1,2% de virus o fagos, 0,6% de protistas y 0,2% de levaduras sin existir referencia para el 26% de los genes. Además, solo un 10% de los genes podían asignarse a nivel de especie con un 95% de identidad. Con el objeto de detectar entidades taxonómicas no referenciadas, se desarrolló una estrategia consistente en investigar grupos de genes que se correlacionan en abundancia en los distintos individuos. De este modo se detectaron 7.381 agrupaciones de genes co-abundantes; 6.640 son agrupaciones de pequeño tamaño (menos de 700 genes, mediana de 44) que corresponden a virus o genes extra-cromosómicos (fagos, plásmidos o islas genómicas). Las restantes son 741 agrupaciones de gran tamaño (Metagenomic Species o MGS, con una mediana de 1.700 genes) y corresponden a especies bacterianas o arqueas de las cuales solo 115 MGS son plenamente identificables (95%) en genomas de referencia, 108 MGS son parcialmente identificables, y 518 MGS representan especies desconocidas. En las muestras de pacientes con enfermedad de Crohn se observó una depleción marcada del número de MGS desconocidas (71, IC95% 60-82) con respecto a los controles sanos (168, 162-176), y también aunque menos marcada con los pacientes con colitis ulcerosa (149, 141-157) y sobrepeso (155, 146-164).

Conclusiones: La baja diversidad microbiana en el ecosistema intestinal de los pacientes con enfermedad de Crohn se debe principalmente a la depleción de especies desconocidas.

29. COLITIS COLÁGENA Y COLITIS LINFOCÍTICA: DOS ENTIDADES CLÍNICAS SIMILARES CON FENOTIPO INMUNE CELULAR Y MOLECULAR DIFERENCIADO

A. Carrasco^a, M. Esteve^a, E. Pedrosa^a, M. Rosinach^a, M. Aceituno^a, X. Andújar^a, C. Loras^a, Y. Zabana^a, M. Forné^a, A. Salas^b y F. Fernández-Bañares^a

Hospital Universitari Mutua de Terrassa: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Anatomía Patológica, Barcelona.

Introducción: La fisiopatología de la colitis microscópica (CM) está poco estudiada y se desconoce si las dos formas de presentación, colitis colágena (CC) y colitis linfocítica (CL), comparten mecanismos comunes.

Métodos: Se han incluido 15 pacientes con CC y 7 pacientes con CL con diarrea y sin tratamiento. Como grupo control se han incluido 10 pacientes con colonoscopia endoscópica y microscópicamente normal. Se han tomado biopsias de colon izquierdo y se han analizado subpoblaciones linfocitarias por citometría de flujo y producción de citocinas por qPCR.

Resultados: El número absoluto de células fue significativamente superior y el número de células apoptóticas (Caspasa3+) inferior en la CC y CL respecto a los controles. Existieron diferencias significativas en la subpoblaciones linfocitarias entre CC y CL, el % CD3+, CD3+ CD8+, CD3+ CD4+ TCRgammadelta+, CD3+ CD4-CD8-estaban incrementadas en la CL respecto a CC y controles; sin embargo, el % CD3+ CD4+ y CD3+ CD4+ CD8+ estaban disminuidas en la CL respecto a CC y controles. En la CC el % de estos tipos celulares no difería del grupo control. Por otra parte, las células Treg (CD4+CD25+ FoxP3+) estaban significativamente aumentadas tanto en la CC como la CL. Además en la CL se observó un aumento de células CD4+CD25-FoxP3+. La expresión génica ('fold increase' respecto a controles) de IFNgamma e IL-17A se encuentra incrementada en ambos tipos de CM, siendo superior en la CL. Además, el mRNA de IL15 fue inferior en CC y CL mientras que la IL10 se encontró incrementada en la CL pero no en la CC.

Conclusiones: Se detectan diferencias marcadas en la respuesta inmune celular entre CC y CL, lo que sugiere que no comparten los mismos mecanismos fisiopatológicos. La disminución de la apoptosis puede jugar un papel importante en el incremento de la celularidad tanto a la CC como la CL.

Beca ACMB 2010 de Investigación Básica.

30. DISCREPANCIA ENTRE LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ESTUDIO EFECT

D. Ginard^a, S. Khorrami^a, L. Pérez Carazo^a, E. Tavío^b, A. López San Román^b, M. García-Alvaredo^c, F. Muñoz^c, L. Ibáñez^d, I. Marín-Jiménez^d, J. Guevara^e y F. Casellas^e

^aHospital Universitario Son Espases, Servicio de Aparato Digestivo, Palma de Mallorca. ^bHospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^cComplejo Hospitalario de León, Servicio de Aparato Digestivo, León. ^dHospital Gregorio Marañón, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^eHospital Universitari Vall d'Hebron, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

Introducción: Los estudios aleatorizados y controlados (ECA) constituyen la mejor evidencia científica sobre la eficacia de los fármacos biológicos frente al placebo en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En cambio, los estudios observacionales proporcionan la efectividad de dichos fármacos en la práctica clínica (PC), en donde se realizan modificaciones y se añaden tratamientos adyuvantes para optimizar el manejo de los pacientes.

Objetivo: Comparar la eficacia teórica de los fármacos biológicos (en condiciones de ECA) con su efectividad (en condición de

PC) en pacientes con EII e identificar los factores que influyen en esta diferencia.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, aleatorizado y multicéntrico. Se incluyeron pacientes adultos con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU) tratados con fármacos biológicos en 5 hospitales terciarios españoles y con seguimiento posterior de al menos 1 año. Los criterios de inclusión y exclusión para ECA se extrajeron de los principales estudios pivotales de los fármacos biológicos en la EII. Se determinó la eficacia de la terapia biológica en la PC así como en la hipotética situación en la que el paciente hubiera sido incluido en un ECA, mediante las definiciones habituales de remisión, respuesta y fracaso.

Resultados: De los 378 pacientes con EII se incluyeron a los 171 que cumplían criterios de inclusión para un EC (130 pacientes con EC y 41 con CU). El beneficio clínico al año fue superior en condiciones de PC que en la situación de ECA (68,4% vs 44,4%, $p < 0,001$). El 35% de los pacientes con beneficio clínico en la PC se hubieran considerado un fracaso terapéutico si hubieran sido incluidos en un ECA. En la EC se observaron unos porcentajes de remisión y de respuesta clínica al año del 50,8% y 19,2% en la PCR, frente a 42,3% y 6,9% en condición de ECA ($p < 0,001$). En la CU, un 51,2% de los pacientes alcanzaron la remisión clínica al año de seguimiento en la PC frente a 29,3% según condiciones de ECA ($p < 0,001$). Las principales causas de discrepancia entre la PC y el ECA fueron la intensificación (75,6%), haber realizado un nuevo ciclo corticoides (12,2%) y el retraso en la administración del tratamiento fuera de la ventana terapéutica (4,9%).

Conclusiones: La efectividad de los fármacos biológicos en la práctica clínica es superior a su eficacia.

31. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA CON CROMOENDOSCOPIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE LARGA EVOLUCIÓN

S. Carballa^a, E. Sanabria^a, M. López-Cerón^a, E. Ricart^a, C. Rodríguez de Miguel^a, M. Cuatrecasas^b, I. Romero^a, I. Ordás^a, A. Baiges^a, Marta Ubré^c, I. Quintanilla^d, L. Moreira^a, F. Balaguer^a, A. Castells^a, J. Llach^a, J. Panés^a y M. Pellisé^a

Hospital Clínic: ^aServicios de Gastroenterología y Endoscopia; ^bServicio de Anatomía Patológica, CIBERehd, IDIBAPS, Barcelona. ^cHospital Clínic, Servicio de Anestesia, Barcelona. ^dHospital Clínic, Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona.

Introducción: Las principales sociedades científicas apoyan el uso de la pancromoendoscopia (CE) con biopsias dirigidas para la detección de neoplasia intraepitelial (NIE) asociada a enfermedad inflamatoria intestinal de larga evolución (L-EII). Sin embargo, no hay datos sobre la eficacia de esta estrategia en un entorno asistencial fuera de los ensayos clínicos.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un programa específico de vigilancia con biopsias dirigidas por CE en pacientes con L-EII.

Métodos: Inclusión prospectiva de todos los individuos con L-EII referidos para cribado de NIE entre octubre del 2005 y octubre del 2012 en un centro de tercer nivel. La vigilancia se realizó utilizando CE con índigo-carmin al 0,4% y biopsias dirigidas de las lesiones sospechosas. Se analizaron datos demográficos, endoscópicos y anatómo-patológicos recogidos en una base de datos específica para el estudio. Se realizaron análisis univariante y multivariante para identificar factores asociados a NIE.

Resultados: Se incluyeron 188 pacientes (51,6% hombres, edad: $47,8 \pm 14$ años): 133 (70,7%) presentaban colitis ulcerosa, 3 (1,6%) enfermedad de Crohn y 4 (2,1%) EII no clasificable. El seguimiento total fue de 2.707 meses ($14,4 \pm 21,6$ meses/paciente). Un 75% tenía pancolitis, el 18,6% eran fumadores, el 9% tenía colangitis esclerosante primaria y el 6,4% algún antecedente

familiar de cáncer colorrectal (CRC). El 84% de los pacientes seguía algún tratamiento de mantenimiento. Se realizaron 362 colonoscopias (media/paciente: 1,9, IC: 1-5). Ciento doce de 1.163 biopsias dirigidas mostraron NIE (tasa de detección de neoplasia 9,6%). Se encontró al menos 1 NIE en 52 pacientes (27,7%): 88,5% de bajo grado (DBG) y 11,5% displasia de alto grado (DAG). Cinco (2,6%) pacientes requirieron colectomía debido a NIE irresecable (2 DBG/3 DAG). La historia familiar de CCR y la colitis extensa fueron predictores independientes para el desarrollo de NIE (RR: 7,6; IC95%: 2-28, $p < 0,02$ y RR: 2,4; IC95%: 1-5,7; $p < 0,04$, respectivamente), mientras que el tratamiento de mantenimiento con 5-ASA o azatioprina eran factores protectores independientes (RR: 0,4; IC95%: 0,17-0,91, $p < 0,03$). En 38 (73%) pacientes la NIE se detectó en la primera colonoscopia de cribado (34 DBG/4 DAG) y en 14 (27%) durante el seguimiento (12 DBG/2 DAG). La tasa de detección de NIE fue significativamente superior en la primera colonoscopia con respecto al resto: 61/460 (13,2%) vs 51/703 (7,2%), respectivamente ($p: 0,002$). Un CRC pT1 fue detectado en la pieza de colectomía de un paciente con una lesión irresecable con DAG. El tiempo medio de aparición de NIE incidente fue de $33,5 \pm 11$ meses. Los pacientes con una NIE previa tenían 3,8 (IC95%: 1,2-12; $p: 0,02$) veces más riesgo de desarrollar la nueva NIE que los pacientes sin neoplasia.

Conclusiones: La vigilancia de la L-EII mediante biopsias dirigidas por CE es una estrategia eficaz. La primera colonoscopia es crucial, proporcionando la tasa más alta de detección de neoplasia y permitiendo identificar pacientes en riesgo.

32. ¿LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LOS ESTUDIOS PIVOTALES REPRESENTAN A TODOS LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL? ESTUDIO EFECT

D. Ginard^a, S. Khorrami^a, L. Pérez Carazo^a, E. Tavío^b, A. López San Román^b, M. García-Alvaredo^c, F. Muñoz^c, L. Ibáñez^d, I. Marín-Jiménez^d, J. Guevara^e y F. Casellas^e

^aHospital Universitario Son Espases, Servicio de Aparato Digestivo, Palma de Mallorca. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ^cComplejo Hospitalario de León, Servicio de Aparato Digestivo, León. ^dHospital Gregorio Marañón, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^eHospital Universitari Vall d'Hebron, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

Introducción: Los estudios aleatorizados y controlados (ECA) constituyen la mejor evidencia científica sobre la eficacia de los fármacos biológicos frente al placebo en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los criterios de selección utilizados en los ECA son muy estrictos por lo que sus resultados podrían no ser aplicables en la práctica clínica (PC).

Objetivo: Determinar el porcentaje de pacientes tratados con fármacos biológicos en práctica clínica que hubiesen cumplido criterios de inclusión en un ECA y comparar la respuesta clínica al año de tratamiento entre estos pacientes elegibles y los pacientes no elegibles.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, aleatorizado y multicéntrico. Se incluyeron pacientes adultos con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU) tratados con fármacos biológicos en 5 hospitales terciarios españoles y con seguimiento posterior de al menos 1 año. Los criterios de inclusión y exclusión para ECA se extrajeron de los estudios ACCENT 1, ACCENT 2 y SONIC para infliximab en EC, CLASSIC 1 y CHARM para adalimumab en EC, ACT 1 y ACT 2 para infliximab en CU.

Resultados: Se incluyeron a 378 pacientes (276 con EC y 99 con CU). Un 45,2% de los pacientes (47,1% con EC y 41,4% con CU) cumplían los criterios de selección de los ECA. Las causas más frecuentes de no elegibilidad fueron la indicación del fármaco por un motivo diferente a un brote moderado-severo o a una enfermedad

perianal (36,2%), las estenosis sintomáticas (17,9%) y el uso de fármacos tópicos (12,1%). La respuesta al año en condiciones de PC fue similar en los paciente elegibles en comparación con los no elegibles, tanto en la EC (67,1% vs 70,1%, $p = 0,608$) como en la CU (72,4% vs 63,4%, $p = 0,342$).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con EII tratados con fármacos biológicos no estarían representados en los ECA. Sin embargo, los anti-TNF presentaron una efectividad similar en los pacientes no elegibles en comparación con los pacientes representados en los ECA.

33. EVOLUCIÓN Y MANEJO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL TRAS EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

I. Guerra^a, A. Algaba^a, E. Quintanilla^b, J. Lázaro Pérez Calle^c, C. García Sánchez^d, C. Taxonera^e, G.J. Gómez^f, M. Chaparro^g, B. Botella^h, R. Pajaresⁱ, M.D. Martín Arranz^j, A. Castaño^k, M. Arias^b, A. López Sanromán^d y F. Bermejo^a

^aHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Digestivo.

^bHospital Universitario Severo Ochoa, Servicio de Digestivo.

^cHospital Universitario Fundación Alcorcón, Servicio de Digestivo.

^dHospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Digestivo.

^eHospital Clínico San Carlos, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

^fHospital Universitario 12 de Octubre, Servicio de Digestivo.

^gHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid.

^hHospital Universitario Infanta Cristina, Servicio de Digestivo.

ⁱHospital Universitario Infanta Sofía, Servicio de Digestivo.

^jHospital Universitario La Paz, Servicio de Digestivo. ^kHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Anatomía Patológica.

Objetivo: 1) Describir el manejo clínico de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y cáncer. 2) Determinar la relación entre el tratamiento de la EII y el desarrollo de distintos tipos de cáncer. 3) Estudiar la evolución y tratamiento del cáncer en estos pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, en 10 hospitales de la Comunidad de Madrid con inclusión de los pacientes con EII en los que se diagnosticó un cáncer durante un periodo de 5 años (2007-2011). El tratamiento de la EII y las estrategias de manejo tras el diagnóstico del cáncer fueron recogidas. Se analizó el tratamiento y evolución del cáncer, además de la posible asociación entre el tratamiento de la EII y el desarrollo de distintos tumores.

Resultados: Se incluyeron 96 pacientes (47 con enfermedad de Crohn, 47 con colitis ulcerosa y 2 con colitis no clasificable) con 107 tumores. La edad media fue de 58 ± 14 años, 57% hombres, 38% fumadores, 25% con antecedentes familiares de cáncer. En 17 casos (15,9%), al diagnóstico del tumor el paciente estaba en tratamiento con tiopurinas, en 3 con metotrexato (2,8%), en 2 con un fármaco anti-factor de necrosis tumoral (TNF)- α (1,9%) y 11 (10,3%) con terapia combinada con un inmunosupresor junto con un anti-TNF- α . La duración media del tratamiento con tiopurinas fue de 72 meses (RIQ 6-102) y de 6 meses en el caso de adalimumab/infliximab (RIQ 2-13). Tras el diagnóstico del cáncer, se mantuvo el tratamiento con tiopurinas en 8 pacientes (47,1%) y en 1 paciente con terapia combinada (11,1%). En el resto de pacientes se suspendió el inmunosupresor y/o anti-TNF- α ($n = 24$), reintroduciéndose posteriormente en 5 (20,8%) de ellos de acuerdo con la opinión de los oncólogos de cada centro. No se encontró asociación entre el tratamiento con tiopurinas/anti-TNF- α y el riesgo de cáncer. Evolución del cáncer: 55 tumores (51,4%) requirieron tratamiento con cirugía oncológica, 9 (8,4%) con quimioterapia, 2 (1,9%) con radioterapia y 33 (30,8%) con terapia combinada. De estos tratamientos, el 82,5% fueron con intención curativa y el 17,5% paliativos. Los pacientes tuvieron una mediana de seguimiento desde el diagnóstico del cáncer de 39 meses (RIQ 24-57). Durante este periodo, 15 pacientes fallecieron (15,6%) como consecuencia del cáncer (me-

dia de edad = 66 ± 13 años), 4 (4,2%) tuvieron recurrencia del tumor y 77 (80,2%) se mantuvieron en remisión al fin del seguimiento.

Conclusiones: 1.) El tratamiento con tiopurinas se mantiene en la mitad de los pacientes con EII tras el diagnóstico de cáncer. Por el contrario, los fármacos anti-TNF- α son habitualmente retirados. 2.) En nuestra serie no se ha encontrado relación entre estos fármacos y un mayor riesgo de tumores, apoyando la reintroducción del tratamiento en pacientes seleccionados, siempre de acuerdo con las recomendaciones de oncología.

34. EL TRATAMIENTO CON CROMOGLICATO DISÓDICO REDUCE LA EXPRESIÓN DE GENES DE MM9 Y CCL-2 MEJORANDO LA COLITIS INDUCIDA POR SULFATO DE DEXTRANO SÓDICO

L. Ramos^a, F.J. González Paredes^a, B. Abrante Pérez^a, C.N. Hernández León^b, E. Salido^b, A. Hernández Camba^a y E. Quintero Carrión^a

Hospital Universitario de Canarias: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Anatomía Patológica, Tenerife.

Introducción: Un defecto en el sistema inmune intestinal podría ser responsable de la alterada respuesta inflamatoria en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los mastocitos forman parte de la respuesta de la inmunidad innata y modulan la inflamación colónica presente en la colitis ulcerosa (CU) mediante la activación de peptidasas y quimiocinas.

Objetivo: Determinar si la estabilización del mastocito mediante el tratamiento con cromoglicato disódico (CGDS) mejora la colitis en un modelo animal de CU.

Métodos: Ratones C57BL/6 recibieron la administración oral de dextrano sódico sulfato (DSS) al 3% durante 5 días en el agua ad libitum para inducir una CU. Posteriormente, Los animales fueron tratados con vehículo (500 μ l/día) o CGDS (100 mg/kg/día) intraperitoneal durante 5 días consecutivos y sacrificados al sexto día. El índice de actividad inflamatoria (Disease activity index -DAI; una medida que combina la pérdida de peso, presencia de sangre en heces y diarreas) se calculó cada día. Los niveles de citoquinas inflamatorias (IL1 β , IL6 y TNF) y la expresión de genes relacionados con la inmunidad innata (Toll like Receptor-TLR1-9 y NOD1-2) así como quimiocinas (Ccl2-3) y la metaloproteinasina-9 (MMP-9) fueron medidas en muestras de colon.

Resultados: Los ratones tratados con DSS+vehículo presentaron un DAI significativamente mayor que los ratones sin CU (10 ± 1 vs 0 puntos; $P = 0.002$) y un aumento de expresión de los genes TLR4, TLR5, TLR8, NOD2, Ccl2, Ccl3 y MMP3 ($p < 0,05$) en el sexto día. Además, la colitis inducida por DSS produjo un aumento significativo de los niveles de IL1 β , IL6 y TNF en la mucosa colónica ($p < 0,05$). Por contra, los animales tratados con DSS+CGDS presentaron un índice DAI significativamente menor que lo animales tratados

con vehículo (7 ± 1 vs 10 ± 1 puntos; $p = 0,02$). Los animales del grupo-CGDS tenían un mayor peso (20 ± 2 g vs 18 ± 1 g; $p < 0,05$) y una menor cantidad de sangre en las heces ($2,2 \pm 0,7$ vs $3,5 \pm 0,5$ puntos; $p < 0,05$) que los tratados con DSS-vehículo. El tratamiento con CGDS se asoció a una reducción significativa en la expresión génica de Ccl2 y MMP-9 ($p = 0,01$). El tratamiento con CGDS no modificó los niveles de citoquinas inflamatorias en la mucosa colónica, ni la expresión génica relacionada con la inmunidad innata ($p > 0,2$).

Conclusiones: El tratamiento con CGDS mejoró la colitis experimental inducida por DSS, un efecto que podría estar relacionado con la disminución en la expresión de genes proinflamatorios. El bloqueo de la degranulación de los mastocitos mediante la administración de CGDS, podría constituir una nueva opción terapéutica para la colitis ulcerosa.

35. MANEJO DE LOS PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: EVALUACIÓN A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO CROSSOVER

M. Barreiro-de Acosta^a, I. Ordas^b, R. Camargo^c y C. Taxonera^d

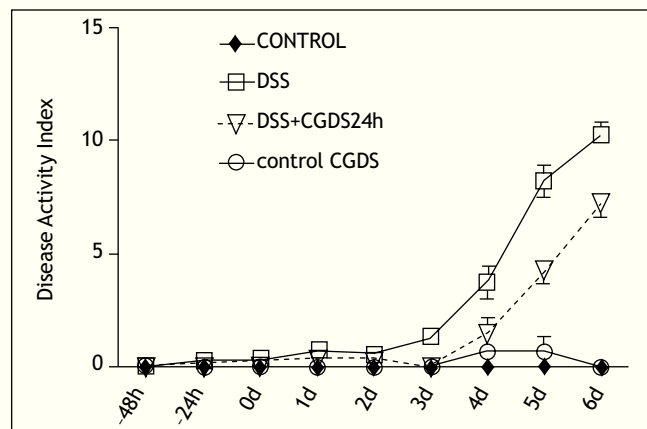
^aHospital Clínico Universitario, Servicio de Aparato Digestivo, Santiago de Compostela. ^bHospital Clínic de Barcelona, Servicio de Gastroenterología. ^cHospital Virgen de la Victoria, Málaga. ^dHospital Clínico San Carlos, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: El manejo de los pacientes con colitis ulcerosa (CU) puede variar entre distintos países e incluso dentro de un mismo país. El objetivo de este proyecto fue describir como los gastroenterólogos españoles diagnostican y tratan a los pacientes con CU en la clínica diaria con el fin de identificar factores o datos inesperados sobre los que incidir en programas futuros.

Métodos: Estudio descriptivo basado en la información obtenida de un cuestionario de 30 preguntas con respuesta múltiple llamado CROSSOVER, que se ha realizado a gastroenterólogos tanto especializados en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) como generales de todo el país. El cuestionario se dividió en 4 secciones: diagnóstico, tratamiento, seguimiento/monitorización y seguridad. Los resultados se muestran en porcentajes.

Resultados: El cuestionario se realizó en 260 gastroenterólogos, el 35% generales y el 65% especialistas en EII. El 26% de los médicos seguían a más de 300 pacientes con CU. A la hora de diagnosticar la CU, el 90% realizaba rutinariamente ileocolonoscopias con biopsias, pero menos del 50% tomaban biopsias de todos los segmentos del colon para determinar la extensión de la enfermedad. Con respecto al tratamiento, la principal indicación para fármacos anti-TNF fue la corticorrefractoriedad (62%) y brotes graves que requirieron hospitalización (52%). Sin embargo el empleo de estos fármacos en casos de corticoddependencia (24%) y en pacientes con enfermedad moderada no hospitalizada (5%) fue menor que lo recomendado en las guías. En pacientes en remisión clínica con terapia combinada (anti-TNF e inmunosupresores) durante al menos un año, el 52% de los médicos retira la terapia biológica, el 21% retira los inmunosupresores y solamente el 27% mantiene ambos fármacos largo plazo. El dato más relevante con respecto a la monitorización de la CU fue el escaso empleo de los índices de actividad en la práctica clínica: solamente el 16% el índice de Truelove Witts y el 11% el Mayo parcial. 50% se conforma con la definición de remisión clínica basada en los síntomas del paciente. En lo relativo a aspectos de seguridad, más del 90% de los gastroenterólogos chequea las serologías virales previamente al inicio de terapia inmunosupresora o biológica, pero el 6% reconoce que no realiza screening para tuberculosis. El 18% de los médicos mantiene los fármacos anti-TNF durante todo el embarazo, mientras que el 75% los retira tras el 2º trimestre y el 46% recomienda lactancia a las pacientes bajo tratamiento anti-TNF.

Conclusiones: Un alto porcentaje de los gastroenterólogos españoles sigue las guías en la práctica clínica en lo referente a los



aspectos de diagnóstico y seguridad. Con respecto al tratamiento y monitorización existen aspectos controvertidos como el uso de índices de actividad, las indicaciones para comenzar tratamiento con anti-TNF y el alto porcentaje de retiradas de estos fármacos que difieren con las guías.

36. VALOR DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA PREDECIR ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN LA ENTERO-RM EN LA ENFERMEDAD DE CROHN DE INTESTINO DELGADO

E. Cerrillo Bataller^a, A. Echarri Piudo^b, B. Beltrán Niclós^c, A. Salazar Laya^b, J.C. Gallego Ojea^d, M.L. Martínez Triguero^e, S. Pous Serrano^f, M. Iborra Colomino^c, G. Bastida Paz^c, M. Aguas Peris^c y P. Nos Mateu^c

^aInstituto de Investigación Sanitaria Hospital La Fe, Servicio de Medicina Digestiva. ^bComplejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital La Fe, Servicio de Medicina Digestiva, Valencia. CIBERehd. ^dComplejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Servicio de Radiología. Hospital La Fe: ^eServicio de Análisis Clínicos; ^fServicio de Cirugía General, Valencia.

Introducción: La entero-RM es útil en la valoración del intestino delgado (ID) en la enfermedad de Crohn (EC). La calprotectina fecal (CF) muestra mejor correlación con la actividad endoscópica e histológica que otros marcadores serológicos (PCR) sobre todo para lesiones colónicas.

Objetivo: Evaluar la correlación entre la CF y la actividad inflamatoria cuantificada por resonancia e histología (patrón oro) cuando existe participación ileal.

Métodos: Se incluyeron 122 pacientes en una base de datos prospectiva durante el año 2012, procedentes de dos centros nacionales (Hospital La Fe y Complejo Hospitalario de Ferrol). Todos afectados de EC con participación de ID y entero-RM indicada por práctica clínica. Se documentaron datos clínicos, radiológicos e histológicos y marcadores serológicos/fecales (PCR y CF). Se valoró la actividad clínica en el momento de la RM mediante el índice de Harvey-Bradshaw (HBI). La CF fue determinada por ELISA (Calprest®, Eurospital), y la actividad en entero-RM mediante el índice de MaRIA. Otros parámetros radiológicos evaluados fueron: grosor y longitud del segmento afecto, presencia de edema/úlceras, patrón de curva obtenido en el estudio dinámico y presencia de abscesos/fístulas. El índice de Chiorean se utilizó para gradar la actividad histológica en los pacientes sometidos a resección quirúrgica.

Resultados: De 122 pacientes (64H, 58M, edad media: 42; rango: 18-74), el 69% presentaba afectación ileal, el 29,5% ileocólica y el 1,5% afectación ileal más de ID proximal. Un 64% se encontraba en remisión (HBI < 5) y un 36% clínicamente activos en el momento de la entero-RM. Los valores de CF se asociaron de forma significativa con el índice de MaRIA ($p < 0,01$), siendo el coeficiente de correlación (rho de Spearman) de 0,503 ($p < 0,001$). El área bajo la curva ROC fue 0,843 (IC95%: 0,763-0,912; $p = 0,001$). Un punto de corte de 166 $\mu\text{g/g}$ tuvo una S del 91%, E del 63%, VPP de 83% y VPN de 78% para el diagnóstico de actividad inflamatoria en la entero-RM. La CF se asoció también con la presencia de edema y úlceras ($p < 0,001$) y con el patrón de curva en el estudio dinámico, diferenciando entre patrón fibrótico e inflamatorio ($p = 0,006$). No hubo asociación significativa entre los valores de CF y el HBI o la PCR. De los 122 pacientes, 28 fueron sometidos a resección quirúrgica (identificándose 66 lesiones de ID). La actividad histológica en la pieza se asoció de forma significativa con la CF para un índice de Chiorean moderado ($p = 0,03$) o grave ($p = 0,01$). No se detectó asociación con la PCR.

Conclusiones: La CF predice actividad inflamatoria en la EC con afectación ileal y podría ser un marcador útil para seleccionar a los pacientes candidatos a la realización de entero-RM. El punto de corte más adecuado para ello sería en torno a 170 $\mu\text{g/g}$, este

valor cribaría la realización de estudios radiológicos y apoyaría la toma de decisiones. Además, la CF parece ser el único marcador asociado con la presencia de lesión histológica.

37. INCONTINENCIA FECAL (IF) EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA (EIIC). TAN IMPORTANTE COMO PREVALENTE

L. Flor, M. Mínguez, J. Tosca, R. Antón, M. Maia Bosca y F. Mora

Hospital Clínico de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia.

Introducción: Recientemente, el único estudio publicado al respecto, observa una prevalencia de IF del 79% en EIIC. Este resultado se considera sobredimensionado porque se obtuvo del 48% de pacientes que respondieron a una encuesta remitida por correo postal, por lo que se desconocen los datos del 52% que no respondieron.

Objetivo: Evaluar la prevalencia real de IF en nuestra población, los factores asociados a la presencia de IF y la repercusión en la calidad de vida de la IF respecto a los que no la padecen.

Métodos: Estudio prospectivo, en el que se seleccionó para el cálculo de prevalencia una muestra aleatoria de 340 pacientes afectados de EIIC mayores de 18 años, de un total de 1.004 pacientes atendidos en nuestro Servicio (tamaño seleccionado estimando un 20% de prevalencia, precisión del 3% y seguridad del 90%). Para evaluar el efecto de la IF sobre la calidad de vida se aleatorizaron de la muestra de 340 pacientes, 100 pacientes con IF y 100 pacientes sin IF. A todos los pacientes se les recogieron datos demográficos e historial médico. A los 200 pacientes seleccionados para analizar el impacto de la IF se les realizó un cuestionario de calidad de vida genérico (SF-36) y otro para EIIC (IBDQ-32). A los pacientes con IF, además se les pasó el de IF (FIQLS) y un test de gravedad de la IF (test de Wexner). Se consideraron criterios de exclusión los pacientes con estomas. Las encuestas se realizaron presencial o telefónicamente por gastroenterólogos.

Resultados: 334 pacientes aceptaron participar en el estudio de prevalencia y 194 en el de calidad de vida. La prevalencia de IF fue del 53,6% (58,3% en CU vs 49,4% en EC), siendo la forma más frecuente la asociada a heces líquidas (90,5%) y durante los brotes de actividad (64%). La IF no está relacionada con el sexo o el tipo de EIIC pero sí con la edad en la CU que incrementa el riesgo (OR = 2,61; IC95%: 1,03-6,61) y la existencia de cirugía digestiva, que incrementa el riesgo tanto para EC (OR = 2,77; IC95%: 1,21-6,33) como para la CU, OR = 3,80 (IC95%: 1,10-13,11). La repercusión negativa de la IF en la calidad de vida se vio reflejada en los distintos cuestionarios (SF-36 y IBDQ-32) en todas sus dimensiones obteniéndose una buena correlación entre peor calidad de vida, presencia de IF y mayor gravedad de la IF.

Conclusiones: La presencia de IF en pacientes de EIIC es muy elevada, se produce fundamentalmente en los brotes de actividad y para heces líquidas y condiciona una peor percepción de la calidad de vida.

38. CURACIÓN MUCOSA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA TRATADOS CON INFLIXIMAB. ¿QUÉ PASA DESPUÉS DE SUSPENDER EL TRATAMIENTO?

C. Muñoz Villafranca, M.T. Bravo Rodríguez, J. Ortiz de Zarate Sagastagoitia, M.P. Arreba González, I. García Kamiruaga, J.I. Heras Martín, P. Cabezudo Gil, L. Buendía, A.B. Díaz Roca y V.M. Orive Cura

Hospital Universitario de Basurto, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya.

Introducción: Infliximab (IFX) es eficaz en el tratamiento y curación mucosa de la colitis ulcerosa (CU). Aún no conocemos bien el

papel de la curación mucosa (CM) en la evolución de la enfermedad y más aún, que sucede después de suspender el tratamiento.

Objetivo: Conocer la CM en pacientes con CU tras un año de tratamiento con IFX. Estudiar la evolución de los pacientes con CM después de suspender IFX.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo y observacional en pacientes con CU moderada o grave, corticorresistente/corticodependiente, naïves a anti-TNF. Se trataron con infliximab 5 mg/kg 0, 2, 6 y, al menos cada 8 semanas hasta la 54. Se realizó endoscopia antes de iniciar tratamiento y después de la semana 54. La actividad clínica se valoró con el índice Mayo, y la mucosa con el subíndice endoscópico (0-3). Posteriormente a los pacientes con CM, se les suspendió IFX y siguieron controles al menos 12 meses (12-48). Consideramos remisión clínica (RC): un índice (Mayo) < 2; Respuesta clínica: una caída de al menos 3 puntos, y CM: un subíndice 0-1. El análisis estadístico se hizo con el software SPSS 20.0, utilizando el test de chi cuadrado para el análisis univariante y la correlación de Pearson para variables dependientes. En los pacientes con CM se aplicó una curva de Kaplan-Meier.

Resultados: De 21 pacientes, 19 completaron el estudio (uno, fue colectomizado y otro no respondedor), 12 eran hombres, edad media 47,79 años (31-82). La CU fue grave en 13 y moderada en 6, con predominio de la corticorresistencia (11). Más de la mitad (57,8%) tuvieron tratamiento combinado con inmunosupresores, y el 31,5%, intensificó infliximab. En la semana 54, 13 pacientes tuvieron RC (68,4%), 16 respuesta clínica (84,2%), y 12 CM (63,2%). Se encontró relación significativa entre las variables dependientes (RC y CM), con la respuesta clínica ($p < 0,05$) y el valor de PCR ($p < 0,01$). La intensificación del tratamiento, fue un factor predictivo de no respuesta ni CM ($p < 0,01$). Las variables RC y CM se correlacionaron en un 85,4% ($p < 0,05$). De los 12 pacientes con CM en la semana 54, 6 presentaron nuevos brotes de CU, de los que 3 (25%) se trataron de nuevo con IFX, todos en las primeras 12 semanas y todos con respuesta. El 91,7% permaneció libre de IFX a las 8 semanas y el 75% a las 12 semanas y hasta los 24 meses. Ninguno precisó hospitalización ni cirugía.

Conclusiones: IFX es un fármaco eficaz en la CU para obtener CM. Existe una relación positiva entre la actividad clínica y la actividad mucosa. Los pacientes que obtienen la CM después de un año de tratamiento con IFX, presentan un curso clínico favorable después de suspender el tratamiento.

39. INCREMENTO DE LOS REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS EN PACIENTES DE ETNIA GITANA CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

L. Zacarías^a, M. Mañosa^a, I. Marín^b, R. Martín-Mateos^c, V. García-Sánchez^d, M. Barreiro-de-Acosta^e, P. Nos^f, D. Busquets^g, L.A. Menchén^h, A. López-Sanromán^c, E. Cabré^a y E. Domènech^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Unitat de Malaltia Inflammatory Intestinal, Servei d'Aparell Digestiu, CIBERehd.

^bHospital Gregorio Marañón, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^cHospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Digestivo. ^dHospital Reina Sofía de Córdoba. ^eCHU Santiago.

^fHospital La Fe, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^gHospital Universitari de Girona Dr. Trueta, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Se han descrito particularidades clínicas y fenotípicas de la EII en algunos grupos étnicos, pero no disponemos de información en la etnia gitana.

Objetivo: Describir las características clínicas y requerimientos terapéuticos de la EII en la etnia gitana en comparación a la población caucásica.

Métodos: Se identificaron los pacientes de etnia gitana con EII registrados en las bases de datos de siete centros estatales. Para cada caso, se identificó un control apareado por centro, sexo, año de nacimiento, tipo de EII, año de diagnóstico y hábito tabáquico.

Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y requerimientos terapéuticos. La agresividad de la EII se valoró con una variable combinada que incluía requerimiento de inmunomoduladores (IMM) y/o agentes biológicos (AB) y/o resección intestinal (CR) en enfermedad de Crohn (EC), y AB y/o IMM en caso de colitis ulcerosa (CU).

Resultados: Se identificaron 68 gitanos (24 CU, 44 EC), 29 (42%) mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de 24 años (IIQ: 20-29), una mediana de seguimiento de 71 meses (IIQ: 38-143), y una tasa de tabaquismo al diagnóstico de 25% y 51% en la CU y la EC, respectivamente. Fenotípicamente, no se identificaron diferencias significativas en relación el patrón y localización de la enfermedad (para la EC), extensión (para la CU), manifestaciones extraintestinales, ni complicaciones entre gitanos y caucásicos. Se observó una mayor incidencia de enfermedad perianal en el grupo de gitanos con EC sin alcanzar significación estadística ($p = 0,078$). De manera esperable, se demostró una mayor agregación familiar de la EII en gitanos ($p = 0,0001$). En relación a los requerimientos terapéuticos, globalmente se observó un mayor requerimiento de esteroides ($p = 0,039$) y de IMM ($p = 0,012$) en gitanos que en caucásicos. Estas diferencias no se observaron para la EC pero sí un mayor requerimiento de esteroides e IMM en CU ($p = 0,04$). En relación a la variable combinada, tanto en EC ($p = 0,06$) como en CU ($p = 0,009$) los pacientes gitanos mostraron una mayor agresividad de la enfermedad.

Conclusiones: En la etnia gitana, la EII presenta una mayor agregación familiar y mayores requerimientos terapéuticos no explicables por un fenotipo más complicado de la EII.

40. LA RMN ES MEJOR PREDICTOR DE CIRUGÍA QUE LA ENDOSCOPIA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN EN LA ERA DE LOS BIOLÓGICOS

A. Jauregui-Amezaga^a, J. Rimola^b, I. Ordás^a, S. Rodríguez^b, A. Ramírez-Morros^a, M. Gallego^a, S. Pinó-Donnay^a, M.C. Masamunt^a, B. González^a, E. Ricart^a y J. Panés^a

Hospital Clínica: ^aServicio de Gastroenterología; ^bServicio de Radiología, Barcelona.

Objetivo: Las lesiones endoscópicas graves (SELs: severe endoscopic lesions) en la enfermedad de Crohn (EC) colónica se han relacionado con un mayor riesgo de colectomía y lesiones penetrantes. El objetivo de este estudio fue la evaluación del riesgo de cirugía en pacientes con EC y lesiones endoscópicas graves y compararlo con la capacidad predictiva de la entero-colono resonancia magnética nuclear (RMN). Se analizó también la influencia del tratamiento médico en la evolución de la enfermedad.

Métodos: Se incluyeron pacientes con EC de un centro de referencia en el contexto de 2 estudios prospectivos entre 2006 y 2011. El estudio basal evaluó actividad clínica, biomarcadores, colonoscopia y RMN. Las SELs fueron definidas como ulceraciones profundas que cubrían > 10% del área mucosa de al menos un segmento de íleon-colon y las MELs (moderate endoscopic lesions) como cualquier lesión endoscópica que no cumpliera criterios de SELs. Los pacientes fueron seguidos hasta cirugía o fin de seguimiento.

Resultados: De los 116 pacientes incluidos, 109 realizaron seguimiento en nuestro centro tras la evaluación inicial. La localización de la EC fue ileal (29%), colónica (32%) e ileocolónica (39%). En la colonoscopia basal se observaron úlceras en 83% de casos (siendo SELs un 44%), estenosis en 35% y pseudopólipos en 17%. En la RMN basal se identificaron úlceras en 70%, estenosis en 25% y fístulas en 17%. Durante el seguimiento (mediana 50 meses) 72% pacientes recibieron tratamiento anti-TNF y 29 pacientes (27%) fueron intervenidos quirúrgicamente, 23/29 en los primeros 2 años tras

su inclusión. La indicación para la cirugía fue estenosis en 13 casos (45%), complicación fistulizante en 7 (24%), perforación en 3 (10%), actividad inflamatoria (10%), displasia en 1 (3%) y otras en 2 (7%). El riesgo de cirugía fue mayor en pacientes diagnosticados antes de los 16 años (Montreal A1, $p < 0,02$) o patrón estenosante o fistulizante (Montreal B2/B3, $p < 0,001$), pacientes con enfermedad perianal ($p < 0,02$) y en los de mayor tiempo de evolución de la EC ($p < 0,006$). Los requerimientos quirúrgicos no se relacionaron con la presencia de úlceras profundas en la endoscopia basal (23% SELs vs 30% no SELs) ni en la RMN (29% úlceras vs 21% no úlceras), pero la detección de estenosis o fistulas en la RMN sí se asoció a mayor riesgo de cirugía ($p < 0,001$). En el análisis multivariante la enfermedad perianal (OR 5,7, $p < 0,02$) y la detección de fistulas por RMN (OR 10,5, $p < 0,003$) se asociaron con mayor riesgo de cirugía, mientras que el tratamiento anti-TNF durante el seguimiento disminuyó muy discretamente el riesgo de cirugía (OR 0,9, $p < 0,002$).

Conclusiones: La presencia de fistulas en la RMN o la enfermedad perianal se asocian con mayor riesgo de cirugía en pacientes con EC, mientras que el tratamiento anti-TNF disminuye muy discretamente este riesgo. Con las estrategias terapéuticas actuales, la presencia de úlceras en la colonoscopia o RMN basal no es predictor de cirugía en la EC.

41. PAPEL DEL ALLOGRAFT INFLAMMATORY FACTOR 1 (AIF-1) EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

D. Cano-Martínez^a, J. Monserrat^b, B. Hernández-Breijo^a, P. Sanmartín-Salinas^a, C. García-Torrijos^b, I.D. Román^a, M.D. Fernández-Moreno^a, P.M. Linares^{c,d}, M. Chaparro^{c,d}, A. Julià^e, S. Marsal^e, J.P. Gisbert^{c,d} y L.G. Guijarro^{a,c}

Universidad de Alcalá: ^aDepartamento de Biología de Sistemas; ^bDepartamento de Medicina y Especialidades Médicas, Alcalá de Henares. ^cCIBERhd. ^dHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid. ^eInstituto de Investigación Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se caracteriza por la inflamación crónica del tracto gastrointestinal y engloba dos enfermedades, la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC). En esta última patología, la respuesta inmunitaria exhibe un fenotipo Th-1. Recientemente, Genome-wide association Studies (GWAS) han asociado el Allograft Inflammatory Factor 1 (AIF-1) con el riesgo de padecer EC. El propósito de este estudio consiste en elucidar el papel del AIF-1 en la EII.

Métodos: Para determinar la expresión de AIF-1 en células mononucleares de sangre periférica (PBMC) humana, se procedió a su separación en las distintas poblaciones celulares mediante citometría de flujo, y la presencia de AIF-1 se valoró determinando los niveles de expresión de ARN mensajero (RT-qPCR). El estudio se completó con la expansión clonal y polarización hacia Th-1 in vitro de PBMC, valorándose el efecto del AIF-1 sobre la proliferación (IL-2) y la activación (INF γ). Paralelamente se valoró mediante Western blot los niveles proteicos de AIF-1 en lisados celulares y medios de cultivo. Por otro lado, los niveles séricos de AIF-1 fueron determinados en 47 sujetos (56,4 $\pm$ 13,5 años; 19 hombres/ 28 mujeres) por Western blot. Se dispuso de tres grupos experimentales: 10 controles sanos, 18 pacientes con EII activa (9 con EC/9 con CU) y 19 pacientes con EII inactiva (10 con EC/9 con CU). La actividad en EC fue valorada con el índice de Harvey-Bradshaw y la CU mediante el índice de Mayo parcial.

Resultados: En PBMC, la expresión de AIF-1 es mayoritaria en linfocitos T, detectándose los mayores niveles de AIF-1 en las células Naïve CD4+. La activación de las células Naïve con un estimulante fisiológico (CD3-CD28) aumenta la expresión de AIF-1, así como la de IL-2 e INF γ . Además, la estimulación de las PBMC con CD3-CD28, en presencia y ausencia de AIF-1 exógeno, aumenta la transcripción de AIF-1, IL-2 e INF γ , siendo este aumento más acusado en la polariza-

ción a Th-1 (con CD3-CD28, IL-12, anti-IL-4) en presencia de AIF-1. Además, se determinó un aumento de AIF-1 en el medio de cultivo de células activadas. Respecto a los niveles séricos de AIF-1 en pacientes con IBD, se encontraron diferencias significativas al 99% de confianza entre pacientes con EII activa e inactiva (p valor = 0,002).

Conclusiones: AIF-1 se encuentra mayoritariamente en los linfocitos T Naïve CD4+ y juega un papel en el proceso de diferenciación a Th-1. Se trata de una proteína de secreción, que presenta mayores niveles séricos en pacientes con EII activa, y por lo tanto podría ser utilizado como biomarcador en la monitorización de dicha enfermedad.

42. UTILIDAD DE UN TEST RÁPIDO SEMICUANTITATIVO DE CALPROTECTINA FECAL PARA PREDECIR LA RECIDIVA EN LA COLITIS ULCEROSA EN REMISIÓN

E. García Planella^a, M. Mañosa^b, M. Chaparro^c, M. Barreiro-de-Acosta^d, B. Beltrán^e, E. Ricart^f, V. García-Sánchez^g, M. Esteve^h, M. Piquerasⁱ, F. Bermejo^j, A. López-Sanromán^k, C. Taxonera^l, J. Llaó^m, J.P. Gisbert^c, E. Cabré^b y E. Domènech^b, en representación del estudio PRECUCALⁿ

^aHospital de la Santa Creu i Sant Pau, CIBERNED, Barcelona.

^bHospital Germans Trias i Pujol, Badalona, CIBERhd. ^cHospital de la Princesa, IP, Madrid, CIBERhd. ^dCHU Santiago. ^eHospital La Fe, Valencia, CIBERhd. ^fHospital Clínic, Barcelona, CIBERhd. ^gHospital Universitario Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo, Córdoba. ^hHospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ⁱConsorci Hospitalari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^jHospital de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^kHospital Ramón y Cajal, Madrid. ^lHospital Clínico San Carlos, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^mXarxa Hospitalària Althaia, Manresa. ⁿGETECCU.

Introducción: La calprotectina fecal (CALf) ha demostrado una buena correlación con la actividad clínica/endoscópica y una buena capacidad de predicción de recidivas en la colitis ulcerosa (CU). Sin embargo, su uso rutinario se ve limitado por la necesidad de que el paciente transporte muestras de heces, la manipulación y el procesamiento de las mismas en el laboratorio. La disponibilidad de tests rápidos de un solo uso, sin necesidad de laboratorio y que pudiese realizar el propio paciente facilitaría su empleo habitual en la práctica clínica.

Objetivo: Evaluar la utilidad de un test rápido y semicuantitativo de CALf en la predicción de la recidiva en pacientes con CU.

Métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico que incluyó pacientes con CU (no proctitis) en remisión clínica durante = 6 meses y en tratamiento de mantenimiento con mesalazina. Basalmente y cada 3 meses se valoró la actividad clínica y la CALf semicuantitativa mediante un test rápido de inmunocromatografía monoclonal (PreventID CaldetectTM, Immunodiagnostic AG, Alemania) -sin necesidad de manipulación de las heces ni de aparataje de laboratorio-, hasta la recidiva o 12 meses de seguimiento.

Resultados: Se dispuso de al menos una determinación de CALf y seguimiento clínico posterior en 192 de los 206 pacientes inicialmente incluidos. 55% tenían CU extensa, 62% habían requerido corticoides en algún momento y 88% no eran fumadores activos. De un total de 695 determinaciones de CALf, 81 (12%) tuvieron valores superiores al umbral de normalidad del test ($> 60 \mu\text{g/g}$) y 57 (8%) tuvieron valores límite (15-60 $\mu\text{g/g}$). Durante el seguimiento, se detectaron 32 recidivas (17% de los pacientes). Presentar alguna determinación de CALf $> 60 \mu\text{g/g}$ se asoció de forma significativa con el desarrollo de recidiva en el seguimiento (35% vs 12%, $p < 0,0001$), con un valor predictivo positivo (VPP) del 35% y valor predictivo negativo (VPN) del 88%. Se dispuso de 644 determinaciones con seguimiento a los 3 meses; una CALf indetectable se asoció significativamente a ausencia de recidiva (0% vs 6%, $p = 0,002$), con un VPP del 100% y un VPN del 93%.

Conclusiones: La determinación semicuantitativa de CALf mediante un test rápido sin necesidad de laboratorio ni manipulación de las muestras fecales puede ser útil para la monitorización de pacientes con CU en remisión.

43. EVOLUCIÓN DE LOS FÁRMACOS ADMINISTRADOS EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO Y COSTES DE LA TERAPIA BIOLÓGICA DESDE EL AÑO 2000: RESULTADOS DE LA UNIDAD DE TERAPIAS BIOLÓGICAS (UTB) DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

M. Arredondo^a, M. Chaparro^{b,c}, I. Cañamares^d, E. Daudén^e, G. Fernández-Jiménez^f, V. Meca^g, A. Morell^d, L. Carmona^{h,i}, J.M. Álvaro-Gracia^g y J.P. Gisbert^{b,c}

^aHospital de la Princesa, IP, Unidad de Terapias Biológicas, Madrid.

^bCIBERehd. Hospital de la Princesa: ^cServicio de Aparato Digestivo, Unidad de Terapias Biológicas; ^dServicio de Farmacia, Unidad de Terapias Biológicas; ^eServicio de Dermatología, Unidad de Terapias Biológicas; ^fServicio de Documentación; ^gServicio de Reumatología, Unidad de Terapias Biológicas; ^hUnidad de Terapias Biológicas, IP, Madrid. ⁱInstitute for Musculoskeletal Health, Madrid.

Introducción: La UTB fue creada con el objetivo de optimizar la utilización de los medicamentos biológicos. Se trata de una unidad multidisciplinar, integrada por los servicios de Reumatología, Dermatología, Neurología, Digestivo y Farmacia.

Objetivo: 1) Analizar el fármaco biológico más utilizado en primera línea de tratamiento para las patologías inmunomediadas más prevalentes y 2) describir el impacto económico del tratamiento biológico desde el año 2000 hasta la actualidad en nuestro hospital.

Métodos: Se seleccionaron pacientes que iniciaron tratamiento biológico por primera vez en los periodos 2000-2005, 2006-2010 y 2011-2012. Se recogieron las siguientes variables: fármaco biológico, fecha inicio, indicación, servicio (Reumatología, Dermatología, Digestivo, Neurología) y precio medio contable. Se consideraron las siguientes patologías: artritis reumatoide, artritis psoriásica, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, esclerosis múltiple, espondilitis anquilosante y psoriasis. Fuente de información: base de datos de la UTB y programa de gestión de Farmacia (Farmatools®).

Resultados: Desde el año 2000, 1.462 pacientes (61% mujeres) han iniciado terapia biológica: 414 en 2000-2005, 617 en 2006-2010 y 254 pacientes en 2011-2012. Los fármacos más utilizados en primera línea, en cada uno de los periodos, se resumen en la tabla. La evolución de consumo en terapia biológica por periodo estudiado fue: en 2000-2005 (n = 475) supuso 8.494.538€ (1.698.908€/año); en 2006-2010 (n = 1.095) ascendió a 33.609.418€ (6.721.884€/año) y en

2011-2012 (n = 1.107) ha supuesto 17.657.677€ (8.828.838€/año).

Conclusiones: La terapia biológica es un área de innovación constante y los patrones de tratamiento de elección de primera línea varían considerablemente con el tiempo. El gasto derivado del empleo de las terapias biológicas es muy relevante.

44. IDENTIFICACIÓN DE NUEVAS VARIANTES GENÉTICAS ASOCIADAS A LA MIELOTOXICIDAD POR TIOPURINAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y TIOPURINA S-METILTRANSFERASA NORMAL: ESTUDIO DE ASOCIACIÓN DE EXOMA COMPLETO

M. Chaparro^a, A. González Neira^b, M. Román^c, G. Pita^b, T. Cabaleiro^c, D. Herrero^b, B. Herráez^b, R. Alonso^b, C. Taxonera^d, P. López Serrano^e, P. Martínez Montiel^f, M.I. Vera^g, F. Bermejo^h, A. López-San Románⁱ, F. Abad-Santos^c y J.P. Gisbert^a

^aHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid.

^bCentro Nacional de Investigaciones Oncológicas, Madrid.

^cHospital de la Princesa, Servicio de Farmacología Clínica, IP, Madrid.

^dHospital Clínico San Carlos, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

^eServicio de Aparato Digestivo, Hospital de Alcorcón, Madrid.

^fHospital 12 de Octubre, Departamento de Gastroenterología, Madrid.

^gHospital Universitario Puerta de Hierro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

^hHospital de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

ⁱServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Únicamente una minoría de pacientes con mielotoxicidad secundaria a las tiopurinas presenta actividad baja del enzima tiopurina metiltransferasa (TPMT).

Objetivo: Identificar variantes genéticas asociadas con el riesgo de desarrollo de mielotoxicidad secundaria a tiopurinas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y genotipo y fenotipo de la TPMT normal.

Métodos: Se incluyeron 93 pacientes con EII y fenotipo y genotipo de la TPMT normal. Casos: pacientes con mielotoxicidad secundaria a tiopurinas, sin ningún otro efecto adverso. Controles: Pacientes sin efectos adversos secundarios al tratamiento con tiopurinas. El fenotipo de la TPMT se consideró normal por encima de 13,7 UI/mL. El ADN se extrajo de células nucleadas de sangre periférica. El genotipo de la TPMT se estudió mediante secuenciación (alelos TPMT*2, *3A, *3B, *3C, *3D, *4, *5, *6, *7, *9, *10, *15, *16, *19 and *22). La mielotoxicidad se definió como < 3.000/mL leucocitos, < 1.500/mL neutrófilos o < 100.000/mL plaquetas. El ADN genómico se analizó mediante el array Illumina OmniExpress Exome BeadChip. Este array interroga un total de 951.117 polimorfismos

Enfermedad (n pacientes)	2000-2005	2006-2010	2011-2012
Artritis reumatoide (461)	Etanercept (39%) Infliximab (32%)	Adalimumab (40%) Etanercept (29%)	Etanercept (26%) Adalimumab (26%) Certolizumab (23%)
Artritis psoriásica (128)	Etanercept (56%) Infliximab (42%)	Adalimumab (48%) Etanercept (45%)	Adalimumab (54%) Etanercept (27%)
Enfermedad de Crohn (132)	Infliximab (100%)	Adalimumab (63%) Infliximab (37%)	Adalimumab (74%) Infliximab (26%)
Colitis ulcerosa (29)	Infliximab (100%)	Infliximab (95%) Adalimumab (5%)	Infliximab (100%)
Esclerosis múltiple (212)	Interferón β-1a (77%) Interferón β-1b (15%)	Interferón β-1a (77%) Acetato de glatirámico (34%)	Interferón β-1a (77%) Acetato de glatirámico (41%)
Espondilitis anquilosante (135)	Etanercept (50%) Infliximab (48%)	Etanercept (44%) Adalimumab (38%)	Etanercept (44%) Adalimumab (39%)
Psoriasis (188)	Etanercept (68%)	Etanercept (41%)	Ustekinumab (54%) Adalimumab (33%)

de una base (SNPs) (660K comunes y 200K variantes raras). Las asociaciones entre los SNPs y la mielotoxicidad se evaluaron mediante análisis de regresión logística mediante el paquete PLINK. Las asociaciones entre los genes y la mielotoxicidad se analizaron mediante el programa SKAT.

Resultados: Se incluyeron 93 pacientes (37 casos y 56 controles). La distribución de sexo, tipo de EII, edad media, actividad media de la TPMT y dosis media de mercaptopurina (1,3 vs 1,4 mg/kg) fue similar en los casos y en los controles. El porcentaje de pacientes con mercaptopurina fue superior entre los casos (32 vs 12%, $p = 0,02$) y la dosis media de azatioprina fue más alta en los controles (2,2 vs 2,5 mg/kg, $p = 0,03$). Los SNPs que mostraron una asociación más fuerte fueron: SNP1 ($p = 6,2 \times 10^{-5}$, Odds ratio (OR) = 0,1), SNP2 ($p = 7,6 \times 10^{-5}$, OR = 10,2), SNP3 ($p = 8 \times 10^{-5}$, OR = 7,3), SNP4 ($p = 9,4 \times 10^{-5}$, OR = 4,2) y SNP5 ($p = 7,8 \times 10^{-5}$, OR = 6,5). El SNP5 se encuentra próximo a un gen que codifica un enzima relevante del metabolismo de las tiopurinas. En el análisis de asociación de genes, un gen (GEN1), que codifica un enzima que cataboliza un mediador de la inflamación presente en la médula ósea, se asoció con el desarrollo de mielotoxicidad ($p = 1,7 \times 10^{-4}$).

Conclusiones: Este estudio de asociación de exoma completo ha identificado 5 SNPs y variantes en un gen que podrían explicar la mielotoxicidad secundaria a tiopurinas en pacientes con TPMT normal. Las variantes genéticas en este gen podrían alterar los niveles de un mediador de la función de los leucocitos, agregación plaquetaria e inflamación, por lo que podrían explicar la diferente susceptibilidad para sufrir mielotoxicidad. Aunque estos hallazgos deben validarse, estos SNPs podrían ser prometedores predictores genéticos de mielotoxicidad secundaria a tiopurinas.

45. INCIDENCIA A 2 AÑOS DE NUEVAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS INMUNOLÓGICAMENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ESTUDIO AQUILES

I. Marín-Jiménez^a, V. García^b, J.P. Gisbert^c, J.L. Pérez-Calle^d, M. Luján^e, S. Tabernero^f, M. Andreu^g, R. García-Vicuña^h, B. Juliáⁱ, L. Cea-Calvo^j y F. Vanaclocha^k

^aHospital Gregorio Marañón, Departamento de Gastroenterología. ^bHospital Reina Sofía, IMIBIC, UCO, Departamento de Gastroenterología. ^cHospital La Princesa IP y CIBERehd, Departamento de Gastroenterología. ^dHospital Fundación Alcorcón, Departamento de Gastroenterología. ^eConsorcio Hospital General de Valencia, Departamento de Gastroenterología. ^fHospital Príncipe de Asturias, Departamento de Gastroenterología. ^gHospital del Mar, Departamento de Gastroenterología. ^hHospital La Princesa IISP, Departamento de Reumatología. ⁱDepartamento Médico Merck Sharp & Dohme de España. ^jHospital 12 de Octubre, Departamento de Dermatología.

Objetivo: Describir la incidencia a 2 años de enfermedades inflamatorias mediadas inmunológicamente (EIMI) en una cohorte de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) reclutados en el estudio AQUILES.

Métodos: Estudio observacional con 3 cohortes independientes de pacientes de edad = 18 años y con diagnóstico de EII, psoriasis o espondiloartritis (SpA) reclutados en servicios de EII, reumatología y dermatología en 15 hospitales españoles, y seguidos durante 2 años. El diagnóstico de nueva EIMI se basó en los informes de reumatólogos (SpA), dermatólogos (psoriasis) u oftalmólogos (uveítis).

Resultados: Completaron 2 años de seguimiento 341 pacientes con EII (edad media: 39,6 años; 53% mujeres). Los diagnósticos fueron enfermedad de Crohn (61%) y colitis ulcerosa (38%). El 16% tenía historia familiar de EII, y el 15% presentó manifestaciones extra-intestinales de EII. Al inicio, un 14,4% tenía otra EIMI (10,6% SpA; 3,5% psoriasis; 1,5% uveítis y 0,6% pioderma gangrenoso). En los 2 años de seguimiento, se observaron 22 nuevos diagnósticos

Tabla 1. Incidencia a dos años de EIMI en pacientes con EII

	Nuevos casos, n	Incidencia acumulada (IC95%)	Tasa de incidencia por 10.000 pacientes-año (IC95%)
EII, todas	22	6,5 (3,7-9,2)	25,9 (16,0-39,0)
SpA, todas	15	4,4 (2,1-6,7)	17,7 (10,0-29,0)
Artritis enteropática	6	1,8 (0,2-3,3)	7,1 (3,0-15,0)
Espondilitis anquilosante	2	0,6 (0,1-2,1)	2,4 (0,0-9,0)
SpA indiferenciada	6	1,8 (0,2-3,3)	7,1 (3,0-15,0)
Síndrome SAPHO	1	0,3 (0,0-1,6)	1,2 (0,0-7,0)
Psoriasis	5	1,5 (0, 5-3,4)	5,9 (2,0-14,0)
Uveítis	2	1,8 (0,2-3,3)	2,4 (0,0-9,0)

Tabla 2. Incidencia acumulada a 2 años de EIMI en pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, número (%) ($p = NS$)

	Enfermedad de Crohn (n = 206)	Colitis ulcerosa (n = 130)
EII, todas	12 (5,8%)	10 (7,7%)
SpA, todas	7 (3,4%)	8 (6,2%)
Artritis enteropática	4 (1,9%)	2 (1,5%)
Espondilitis anquilosante	1 (0,5%)	1 (0,8%)
SpA indiferenciada	2 (1,0%)	4 (3,1%)
Síndrome SAPHO	0 (0,0%)	1 (0,8%)
Psoriasis	3 (1,5%)	2 (1,5%)
Uveítis	2 (1,0%)	0 (0,0%)

de EIMI en 21 pacientes (incidencia acumulada: 6,5%, IC95%: 3,7-9,2; tasa de incidencia: 26 casos por 10.000 pacientes-año, IC95%: 16-39). La incidencia de cada EIMI se muestra en la tabla. La incidencia fue similar en pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa (tabla 2, $p = NS$). En el análisis multivariante, la incidencia de nuevas EIMI se asoció a la historia familiar de EII (OR: 3,6, IC95%: 1,4-9,4) y a la presencia de manifestaciones extra-intestinales de EII (OR: 1,8, IC95%: 0,7-5,2).

Conclusiones: La incidencia a 2 años de nuevas EIMI en la cohorte de EII del estudio AQUILES fue de 6,5%. Los nuevos diagnósticos de EIMI fueron más frecuentes en pacientes con manifestaciones extra-intestinales e historia familiar de EII.

46. ASPECTOS QUE DETERMINAN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL MANEJO DE LA COLITIS ULCEROSA LEVE-MODERADA: UN ESTUDIO DELPHI DE PACIENTES Y MÉDICOS

F. Casellas Jordá^a, D. Ginard Vicens^b, S. Riestra Menéndez^c, A.J. Blasco Bravo^d y P. Lázaro y de Mercado^d

^aHospital Universitari Vall d'Hebron, Unitat Atenció Crohn-Colitis, Barcelona. ^bHospital Universitario Son Espases, Servicio de Aparato Digestivo, Palma de Mallorca. ^cHospital Universitario Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo. ^dTécnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS), Madrid.

Introducción: En el manejo de la colitis ulcerosa (CU) leve-moderada se dispone de fármacos eficaces, sin embargo se sabe poco de los factores que determinan la satisfacción de los pacientes. El propósito del estudio es conocer las percepciones y actitudes de pacientes con CU leve-moderada y de médicos especialistas en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en cuanto a aspectos

relevantes que determinan la satisfacción de los pacientes en el manejo de la CU.

Métodos: Método Delphi a dos rondas, dirigido a médicos y pacientes. El cuestionario de la primera ronda se construyó a partir de una búsqueda bibliográfica y de los hallazgos de un estudio cualitativo (grupo de discusión) de pacientes con CU. El cuestionario final, dirigido a 20 pacientes, consta de 258 ítems agrupados en 6 apartados: diagnóstico, seguimiento, y tratamiento general, con mesalazina, inmunomoduladores y corticoides. El cuestionario, dirigido a 22 médicos, consta de los 258 ítems de los pacientes más 32 ítems específicos para médicos. La relevancia de los ítems en la satisfacción de los pacientes fue puntuada en una escala del 1 (poco relevante) al 9 (muy relevante). El grado de acuerdo entre panelistas fue medido según el método IPRAS de RAND/UCLA. La concordancia entre médicos y pacientes se definió como la igualdad en el nivel de relevancia (muy alta, alta, media, baja). Los ítems puntuados como de relevancia muy alta por los pacientes, o por los médicos en los ítems específicos de médicos, constituyen las recomendaciones.

Resultados: La mayoría de los aspectos analizados, aunque no todos, son considerados por los médicos y los pacientes con niveles similares de relevancia. Los pacientes otorgan mayor relevancia que los médicos a que el seguimiento del brote moderado se realice desde el hospital en lugar que desde atención primaria o especializada extrahospitalaria, y a que se les informe sobre aspectos como la dieta, las repercusiones de la CU en su salud y en la vida cotidiana, las contraindicaciones, o las interacciones de los fármacos con otros tratamientos. Para médicos y pacientes es altamente relevante la eficacia, seguridad y mejora de la calidad de vida que se consiga con los tratamientos. Los médicos consideran que se puede mejorar la satisfacción de los pacientes reduciendo el número de tomas, el número y tamaño de los comprimidos, mientras que para los pacientes lo más relevante es que se evite la vía rectal y se utilice la vía oral.

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio contribuyen a mejorar el conocimiento sobre los aspectos relevantes que influyen en la satisfacción de los pacientes con CU leve-moderada, y pueden ayudar a desarrollar estrategias o intervenciones dirigidas a mejorar la satisfacción de estos pacientes.

47. PERCEPCIONES Y VIVENCIAS DE LOS PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA LEVE-MODERADA SOBRE EL MANEJO DE SU ENFERMEDAD

F. Casellas Jordá^a, D. Ginard Vicens^b, S. Riestra Menéndez^c y N. Alfaro Oliver^d

^aHospital Universitari Vall d'Hebron, Unitat Atenció Crohn-Colitis, Barcelona. ^bHospital Universitario Son Espases, Servicio de Aparato Digestivo, Palma de Mallorca. ^cHospital Universitario Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo. ^dTécnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS), Madrid.

Introducción: La importancia de la colitis ulcerosa (CU) está aumentando en los sistemas de salud de los países desarrollados. A pesar de la gran repercusión de la CU en la calidad de vida del paciente, poco se sabe de su satisfacción con el manejo clínico de su patología, ni con el tratamiento. Conociendo la percepción y satisfacción que tienen los pacientes con CU sobre su manejo asistencial podrán diseñarse estrategias dirigidas a mejorar su calidad de vida, adherencia y la eficacia del tratamiento. Por ello, esta investigación se centra en conocer las percepciones, vivencias, y satisfacción sobre el manejo clínico de los pacientes con CU leve-moderada, especialmente en los aspectos relacionados con el tratamiento.

Métodos: Estudio cualitativo exploratorio para el que se realizó un grupo de discusión de pacientes adultos con CU en remisión que no hubiesen tomado biológicos nunca, ni corticoides en el último año. Para asegurar la heterogeneidad de la muestra, se seleccionaron por:

evolución (leve/moderada), tiempo de diagnóstico (< 5 años, 5-9 años, > 10 años), ámbito de seguimiento (Atención primaria [AP]-Hospital, AP-especialista extrahospitalario, Hospital), tratamiento (sí/no), atención en unidad de enfermedad inflamatoria intestinal (sí/no), pertenencia a asociaciones de pacientes (sí/no) y género. Se realizó un análisis de contenido descriptivo-interpretativo para detectar categorías emergentes, dotándolas de un marco explicativo.

Resultados: Las menciones más frecuentes están relacionadas con el tratamiento, el seguimiento y el proceso diagnóstico. Los pacientes con CU leve-moderada perciben que existe demora diagnóstica por falta de sospecha clínica desde AP y retraso en pruebas diagnósticas. Prefieren una atención a demanda, canalizada mediante teleasistencia, que facilita la resolución de dudas, problemas con el tratamiento o ante un brote, minimizando las visitas al hospital. Perciben, en ocasiones desconocimiento en AP en cuanto al manejo de los síntomas, aunque en general se muestran satisfechos con el seguimiento realizado tanto por AP como por especialistas. Se muestran bastante insatisfechos con el manejo en las visitas a urgencias debido a la demora en la solución clínica, principalmente por desconocimiento del manejo de la CU. Para evitarlo, sugieren la posibilidad de recibir atención a demanda de un especialista en CU. En relación al tratamiento, los pacientes esperan que sea eficaz, reduciendo los síntomas, y seguro, minimizando los efectos adversos a corto y largo plazo. En cuanto a las características de los tratamientos que los pacientes mejorarían, mencionan reducción en el número de tomas y comprimidos por día, y un aumento en el número de comprimidos por caja.

Conclusiones: Los resultados apuntan a la relevancia de desarrollar estrategias para facilitar la atención a demanda, teleasistencia e investigar sobre tratamientos eficaces y seguros para minimizar el detrimento de la calidad de vida de los pacientes.

48. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO A 1 AÑO DE UNA COHORTE INCIDENTE DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL ÁREA DE VIGO. SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO EPICOM

V. Hernández Ramírez^a, A. Fernández Villaverde^b, D. Martínez Ares^a, L. Sanromán Álvarez^a, C. Salgado Álvarez^a, M.L. de Castro Parga^a, J.R. Pineda Mariño^a, A. Carmona^b, J. Martínez Cadilla^a, S. Pereira Bueno^a, M. Figueira Álvarez^a, C. González Portela^b y J.I. Rodríguez Prada^a

^aComplejo Hospitalario Universitario de Vigo CHUVI, Servicio de Aparato Digestivo, Vigo. ^bHospital POVISA, Servicio de Aparato Digestivo, Pontevedra.

Introducción y objetivos: La cohorte EPICOM es una cohorte incidente prospectiva de base poblacional, formada por 1560 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de 26 países europeos, diagnosticados del 1-1-2010 al 31-12-2010. El objetivo de este subestudio fue valorar la evolución y el tratamiento en el primer año tras el diagnóstico de EII en el área de Vigo.

Métodos: Se incluyen los pacientes adultos diagnosticados de EII en el área de Vigo que aceptaron participar en el estudio. Los pacientes fueron seguidos cada 3 meses hasta el 31-12-2011. Se analizó la actividad (índice de Harvey-Bradshaw y Simple Clinical Colitis Activity Index) en el momento del diagnóstico y al año. Se establecieron 7 niveles de tratamiento (ausencia de tratamiento, 5-ASA, corticoides tópicos, corticoides sistémicos -CS-, inmunomoduladores -IMM-, biológicos y cirugía), y se estudió el porcentaje de pacientes en cada grupo cada trimestre. Se analizó la probabilidad de recibir CS, IMM, biológico o quirúrgico, así como el tiempo medio hasta este tratamiento mediante el test de Kaplan-Meier. Se analizaron las variables relacionadas con la probabilidad de recibir tratamiento IMM y biológico.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes (57 hombres, edad media 43,2, rango 16,4-80,6 años); 47 con enfermedad de Crohn (EC), 42 con colitis ulcerosa (CU) y 6 con colitis indeterminada (CI). Fallecieron 2 pacientes a los 3 y 21 meses del diagnóstico por una neoplasia pulmonar y un linfoma. Entre los pacientes con EC, el 16% presentaban un brote al menos moderado en el momento del diagnóstico, y el 3,9% al año. El 27,9% de los pacientes con CU presentaban un brote grave al diagnóstico y 2,3% al año. El 78,9% de los pacientes recibió 5-ASA, corticoides tópicos el 29,5%, CS el 56,8%, IMM el 48,4%, biológicos el 11,6% y fueron intervenidos 5 pacientes (todos EC). Los pacientes con EC recibieron más frecuentemente IMM y biológicos que los pacientes con CU y CI (72,3%/19,1% vs 26,2%/2,4% vs 16,7%/16,7%, $p < 0,001$ y $p = 0,044$, respectivamente). 20 pacientes fueron diagnosticados durante un ingreso, y otros 8 ingresaron durante el periodo de seguimiento. El porcentaje de pacientes con nivel de tratamiento máximo CS/IMM/biológico/quirúrgico en el primer trimestre y en el cuarto trimestre fue 27,4%/21,1%/3,2%/1,1% y 4,3%/30,9%/9,6%/1,1%, respectivamente. Los pacientes con EC recibieron un tratamiento agresivo (CS, IMM, biológicos o cirugía) durante el primer trimestre más frecuentemente que los pacientes con CU o CI (70,2% vs 35,7 vs 33,3%, $p = 0,003$). La mediana del tiempo hasta el inicio de CS fue 1,7 meses, y el tiempo medio hasta el inicio de IMM, biológicos y cirugía fue 14,4, 22 y 23,3 meses, respectivamente.

Conclusiones: La evolución de los pacientes con EI es favorable en el primer año de seguimiento. El uso de IMM y biológicos se incrementa a lo largo del seguimiento. Los pacientes con EC reciben un nivel de tratamiento superior y de forma más precoz que los pacientes con CU o CI.

49. INFECCIÓN TUBERCULOSA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF ALFA EN UN ÁREA DE ALTA PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS

M.L. de Castro, V. Hernández, J.R. Pineda, L. Sanromán, J. Martínez-Cadilla, S. Pereira y J.I. Rodríguez-Prada

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

Introducción: La incidencia de tuberculosis en Galicia tradicionalmente es elevada situándose en 2012 en 27 casos por 100.000 habitantes, frente a la media española de 15,5/100.000. Por otra parte se han comunicado numerosos casos de tuberculosis tras el empleo de agentes terapéuticos inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) alfa. Nuestro objetivo ha sido estudiar la prevalencia de tuberculosis latente e infección tuberculosa activa en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EI) antes y durante el tratamiento con anti-TNF en esta área geográfica.

Métodos: Efectuamos un estudio retrospectivo mediante la revisión clínica de los pacientes con EI sometidos a tratamiento anti TNF alfa desde enero 2000 a diciembre de 2012 en el CHUVI, identificando aquellos casos con infección tuberculosa latente e infección tuberculosa clínicamente activa. La infección tuberculosa latente fue definida ante una induración cutánea con diámetro > 5 mm tras realizar la prueba de tuberculina (PT) o Booster en caso

de negatividad de PT. La infección tuberculosa activa fue definida como la positividad en cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*.

Resultados: 225 pacientes recibieron fármacos anti-TNF alfa: 136 hombres (60,4%), 173 (76,9%) con enfermedad de Crohn. Se documentó la realización previa de PT en 190 pacientes (84,4%) y de Booster en 100 (44,4%). Infección tuberculosa latente fue diagnosticada en 21 casos (9,3%): 20 en PT y 1 paciente tras Booster, recibiendo todos profilaxis con isoniácida. Siete pacientes presentaron una infección tuberculosa activa (3,1%): 4 hombres (57,1%) con edad 49,6 años y un 57,1% con colitis ulcerosa. Cuatro de estos casos habían presentado negatividad en PT y Booster, aunque ambas pruebas se realizaron bajo tratamiento inmunosupresor no esteroideo, mientras que los otros 3 pacientes habían recibido isoniácida durante 3-6 meses debido a su positividad previa en PT. El tiempo transcurrido desde la última dosis de anti-TNF alfa hasta el inicio de los síntomas y desde este momento hasta el diagnóstico de tuberculosis fue de 6,3 semanas y 48,6 días respectivamente. La presentación clínica de la infección activa fue diseminada (85,5%) requiriendo hospitalización para su diagnóstico y estabilización clínica. El tratamiento se realizó con politerapia durante 6-12 meses y en un caso se produjo el fallecimiento del paciente. El tratamiento anti TNF-alfa no se ha reanudado con posterioridad en ninguno de estos pacientes.

Conclusiones: La infección tuberculosa activa en pacientes con EI a tratamiento con anti-TNF alfa en nuestra área geográfica fue 3,1%. Su presentación fue generalmente diseminada requiriendo hospitalización y causando mortalidad. La realización de pruebas cutáneas previas PT y Booster y la quimioprofilaxis con isoniácida no elimina el riesgo de padecer una infección activa en estos pacientes por lo que nuevas estrategias preventivas deben ser desarrolladas.

50. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS Y PSORIASIS. ESTUDIO AQUILES

I. Marín-Jiménez^a, V. García^b, M. Chaparro^c, J.L. Pérez-Calle^d, P. Zarco^e, A. Rodríguez de la Serna^f, F. Vanaclocha^g, B. Juliá^h, L. Cea-Calvoⁱ y R. García-Vicuñaⁱ

^aHospital Gregorio Marañón, Departamento de Gastroenterología.

^bHospital Reina Sofía, IMIBIC, UCO, Departamento de Gastroenterología. ^cHospital La Princesa IP y CIBERehd, Departamento de Gastroenterología. ^dHospital Fundación Alcorcón: ^eDepartamento de Gastroenterología; ^fDepartamento de Reumatología. ^gHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Departamento de Reumatología. ^hHospital 12 de Octubre, Departamento de Dermatología. ⁱDepartamento Médico Merck Sharp & Dohme de España. ^jHospital La Princesa IISP, Departamento de Reumatología.

Objetivo: Describir la prevalencia basal de enfermedad inflamatoria intestinal (EI) en las cohortes con espondiloartritis (SpA) y psoriasis del estudio AQUILES.

Métodos: Estudio observacional de 2 años de seguimiento en tres cohortes independientes de pacientes = 18 años con EI, SpA o psoriasis reclutados en consultas de EI, reumatología y dermatología en 15 hospitales españoles. Los datos se recogieron por entrevista directa y revisión de historias clínicas.

Prevalencia de EI en pacientes con diferentes diagnósticos de SpA

	Todos los pacientes con SpA (n = 601)	Espondilitis anquilosante (n = 332)	Artritis psoriásica (n = 151)	SpA indiferenciada (n = 97)	Artritis enteropática (n = 15)
EI (cualquiera), n (%)	31 (5,1%)	13 (3,9%)	1 (0,7%)	1 (2,4%)	15 (100,00%)
Enfermedad de Crohn, n (%)	18 (3,0%)	7 (2,1%)	1 (0,7%)	2 (2,1%)	9 (60,0%)
Colitis ulcerosa, n (%)	6 (1,0%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (33,3%)
Colitis indiferenciada, n (%)	7 (1,2%)	5 (1,5%)	0 (0,0%)	2 (2,1%)	1 (6,7%)

Resultados: La cohorte de SpA incluyó 601 pacientes (edad media 48 años, 63% hombres) con diagnósticos de: espondilitis anquilosante (EA; 55%), artritis psoriásica (APs; 25%), SpA indiferenciada (16%), artritis enteropática (2,5%), y otras (1,5%). La prevalencia de EII (tabla) fue 5,1% (IC95%: 3,7-7,2), y los diagnósticos específicos: enfermedad de Crohn (3,0%, IC95%: 1,9-4,7), colitis ulcerosa (1,0%, IC95%: 0,5-2,2), y colitis indiferenciada (1,2%, IC95% 0,6-2,4). Excluyendo a pacientes con artritis enteropática, la prevalencia de EII en pacientes con otros diagnósticos de SpA fue 2,7% (IC95%: 1,7-4,4), con cifras de 3,9%, 0,7% y 2,4% en EA, APs o SpA indiferenciada, respectivamente. La prevalencia fue similar en hombres y mujeres y en aquellos con o sin manifestaciones extra-articulares de SpA, y fue ligeramente más alta en aquellos con SpA de mayor duración (3,5%, 4,4% y 6,9% en SpA de < 4 años, 4-8 años, o > 8 años), y en pacientes sin historia familiar de SpA (6,4% vs 1,7%, $p = 0,048$). El análisis multivariante identificó la ausencia de historia familiar de SpA como la única variable asociada a la EII (OR: 3,9 [IC95%: 1,1-16,7]). La cohorte de psoriasis incluyó 528 pacientes, y sólo 7 tuvieron EII (prevalencia 1,3%, IC95%: 0,6-2,7).

Conclusiones: Los pacientes con SpA tienen una prevalencia moderada de EII, pero mayor que la población general. La ausencia de historia familiar de SpA fue la única variable asociada a la presencia de EII. La prevalencia de EII en psoriasis fue baja.

51. EFECTO DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB SOBRE LOS NIVELES DE FACTORES ANGIOGÉNICOS EN CULTIVOS DE MUCOSA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

P.M. Linares^{a,b}, M.E. Fernández-Contreras^{a,b}, A. Algaba^c, M. Chaparro^{a,b}, F. Bermejo^c y J.P. Gisbert^{a,b}

^aCIBERehd. ^bHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid. ^cHospital de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: La efectividad del tratamiento con adalimumab (ADA) podría relacionarse con la modificación de diferentes proteínas angiogénicas como VEGFA, Ang1, Ang2 y Tie2.

Objetivo: Comparar las concentraciones de varios factores angiogénicos (FA) en sobrenadante de cultivos de mucosa (SCM) de colon de pacientes con EII y de controles, y analizar sus cambios con la exposición a ADA in vitro.

Métodos: Estudio prospectivo en pacientes con EII y controles sometidos a endoscopia. Se obtuvieron duplicados de mucosa cólica de zona afecta y no afecta. Las biopsias se cultivaron 24 horas a 37 °C en medio con 5% de CO₂. A uno de los duplicados, se le añadió ADA hasta una concentración final de 10 µg/ml. Las concentraciones

de los FA en los SCM se determinaron por ELISA. Las actividad endoscópica de la colitis ulcerosa (CU) y de la enfermedad de Crohn (EC) se determinó mediante los índices de Mayo y SES-CD, respectivamente.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes con EII (16 CU y 12 EC) y 21 controles. La edad media fue de 41 años. En función de la actividad endoscópica, el 36% de los pacientes no tenían actividad, el 32% leve, el 32% moderada o grave. La media de los FA fue mayor en la mucosa afecta que en la no afecta; VEGFA (19,1 ± 18,7 vs 8,7 ± 10,5 pg/ml/mg) y Ang2 (21,3 ± 15,7 vs 11,8 ± 8,9 pg/ml/mg) ($p < 0,05$). Los niveles de VEGFA, Ang1 y Ang2 de SCM afecta, y VEGFA y Tie2 de la no afecta fueron más bajos en los cultivos expuestos a ADA (tabla 1). En los pacientes con CU, los niveles de VEGFA y Ang1 fueron inferiores en el SCM afecta expuesta a ADA, que en los cultivos sin exposición. En la mucosa no afecta, los niveles de todos los FA fueron menores en los SCM expuestos que en los no expuestos (tabla 2). En los pacientes con EC no se observaron diferencias con respecto a la exposición a ADA.

Conclusiones: ADA podría reducir la expresión de FA en el SCM. La exposición a ADA influye sobre los niveles de FA en los SCM cólica de pacientes con CU.

52. UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES VALLE Y DE ANTICUERPOS ANTI INFLIXIMAB EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ESTIMACIÓN DE PARÁMETROS FARMACOCINÉTICOS (PK) INDIVIDUALES A TRAVÉS DE MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL

G. Juan^a, A. Alvaríño^a, L. Oltra^b, N. Maroto^b, N. Cano^b, I. Ferrer^b y J. Hinojosa^b

Hospital de Manises: ^aServicio de Farmacia; ^bServicio de Medicina Digestiva, Valencia.

Introducción: Los agentes anti-TNF son eficaces en inducción y mantenimiento de la remisión en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (IBD). Sin embargo, 10-15% son no respondedores primarios y hasta un 40% pierden la respuesta en el seguimiento, en relación con la formación de anticuerpos anti-fármaco (ADA) y su efecto sobre los niveles valle del mismo (TLI). Recientemente se ha señalado la importancia del aclaramiento plasmático del fármaco en la individualización del tratamiento.

Objetivo: Analizar los TLI y ADA de infliximab (IFX) en una cohorte de pacientes con EII. Estimación de parámetros farmacocinéticos (PK) individuales a través de modelo farmacocinético poblacional (Clin Ther. 2011;33:946-64) y ajuste bayesiano.

Tabla 1. Niveles de los FA en SCM de pacientes con EII tras el cultivo con ADA

	Mucosa afecta	Mucosa afecta + ADA	p	Mucosa no afecta	Mucosa no afecta + ADA	p
VEGFA	19,1 ± 18,7	14,6 ± 14,5	0,003	8,6 ± 10,5	5,8 ± 6,1	0,027
Ang1	15,7 ± 8,8	12,2 ± 6,2	0,021	12,5 ± 9,3	9,1 ± 7,1	0,069
Ang2	21,3 ± 15,7	19,4 ± 13,1	0,021	11,8 ± 8,9	10,4 ± 6,7	0,406
Tie2	12,0 ± 5,5	12,4 ± 16,1	0,911	8,8 ± 7,0	5,3 ± 5,2	0,021

Las concentraciones están expresadas en pg/ml por mg de tejido.

Tabla 2. Niveles de los FA en SCM de pacientes con CU tras el cultivo con ADA

	Mucosa afecta	Mucosa afecta + ADA	p	Mucosa no afecta	Mucosa no afecta + ADA	p
VEGFA	20,4 ± 13,9	15,7 ± 10,9	0,015	7,0 ± 7,2	5,0 ± 6,0	0,015
Ang1	18,2 ± 9,6	13,8 ± 6,4	0,049	13,0 ± 9,6	8,7 ± 5,8	0,020
Ang2	27,2 ± 14,6	25,7 ± 10,9	0,743	14,5 ± 9,8	12,2 ± 7,8	0,001
Tie2	12,7 ± 4,6	14,7 ± 18,8	0,720	7,5 ± 3,7	4,4 ± 3,1	0,026

Las concentraciones están expresadas en pg/ml por mg de tejido.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de 27 pacientes con EII y tto con IFX (2012-2013) con pérdida de respuesta (PR), respuesta sostenida (RS) y tras inducción (IR). Análisis de suero obtenido pre-infusión para ADA y niveles valle de IFX mediante ELISA (Promonitor). Presencia de ADA se considera positivo (al margen nivel) y niveles > 2,5 µg/ml terapéuticos para IFX. Se estimaron los parámetros PK individuales con programa NONMEN VI y se simuló diferentes regímenes posológicos.

Resultados: 27 pacientes (21 CD/6 UC); 12 M/15 H; edad media 39 años (15-74). 16 con azatioprina. PR: 13, RS: 8, IR: 6 pacientes, respectivamente. TLI-IFX: indetectable 7%; < 3 µg/ml, 30%; 3-7 µg/ml, 23%; > 7 µg/ml, 40%. Los pacientes con TLI-IFX indetectables todos tenían ADA presentes (> 1 µg/ml). En PR acortar intervalo + 10 mg/Kg obtiene TLI superiores a solo acortar intervalo (13,2 vs 8,8 µg/ml, respectivamente). IR (TLI 2,74 µg/ml; 0,01-9,53) 3 pacientes niveles bajos y 2 ADA presentes. Se estimó una semivida biológica t_{1/2}: 9,5 días y en presencia de ADA 5,8 días, aclaramiento plasmático de 0,35 L/d (rango: 0,2-0,6 L/d), volumen distribución central de 3,55 L (rango: 2,5-4,9 L) y volumen distribución periférico de 1,27 L (rango: 0,95-1,55 L). La disponibilidad de TLI junto a la estrategia de simulación de regímenes posológicos mediante metodología bayesiana hubiera modificado la actitud terapéutica postintensificación en 10 (77%) pacientes con PR (8 desintensificar; 1 aumentar dosis; 1 cambio biológico).

Conclusiones: La determinación de niveles valle y ADA de IFX junto con la estimación de parámetros PK individuales permiten optimizar el tratamiento en los pacientes con EII.

53. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE ASOCIADA A LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Ramos^a, X. Calvet^b, B. Sicilia^a, M. Vergara^b, A. Villoria^c, A. Figuerola^b y F. Gomollón^d

^aHospital Universitario de Burgos, Servicio de Aparato Digestivo, Burgos. ^bCorporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Sabadell. ^cDepartamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona. ^dCorporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Sabadell. ^eHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Zaragoza.

Introducción: En pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de larga evolución puede aparecer discapacidad laboral. Sin embargo, se desconoce la prevalencia poblacional y los factores relacionados. El hospital de Burgos atiende a todos los pacientes de su área de referencia con EII independientemente de la gravedad. Por ello se trata de un área ideal para evaluar la prevalencia de discapacidad laboral en la EII.

Objetivo: Evaluar la prevalencia poblacional de discapacidad laboral en forma de incapacidad y/o minusvalía en la EII y los factores relacionados.

Métodos: De enero 2012 a junio de 2013 se contactó con todos los pacientes con EII entre 18 y 65 años controlados en el Hospital de Burgos. Se solicitó consentimiento informado. Se recogieron variables demográficas, características de la EII, pensión por incapacidad y grado de minusvalía. Los pacientes cumplimentaron los cuestionarios: WPAL, IBDQ-9 y EuroQol-5. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 21 (IBM Corporation, Chicago, IL).

Resultados: Se incluyeron 292 pacientes, 151 con Enfermedad de Crohn (EC) y 141 con colitis ulcerosa (CU); 137 eran mujeres, con una edad media de 45 ± 11 años. El tiempo medio de evolución de la EII fue de 10,6 ± 11 años. Cincuenta pacientes recibían inmunosupresores (la mayoría azatioprina) y un 15% fármacos anti-TNF. Doce pacientes (6,1%) recibían una pensión por incapacidad; de ellos 4 (1,4%) tenían una incapacidad absoluta. En 10, la

EII fue la única causa de incapacidad. Además, 93 pacientes (32%) tenían reconocido algún grado de minusvalía; leve (< 33%) en 4 pacientes, moderada (= 33%- < 55%) en 73 (26%) e importante (= 55%) en 16. Las tasas de incapacidad y minusvalía fueron superiores cuando la evolución de la EII fue mayor de 20 años (fig.). El análisis univariado mostró que la edad, tiempo de evolución, presencia de EC, incontinencia fecal, afectación perianal, uso de biológicos y antecedentes de una o más cirugías o resecciones intestinales y de ostomía permanente eran predictivos de minusvalía. La presencia de enfermedad extensa, incontinencia, uso de fármacos biológicos y antecedentes de una o más cirugías o resecciones intestinales y de ostomía predecían la concesión de pensión por incapacidad.

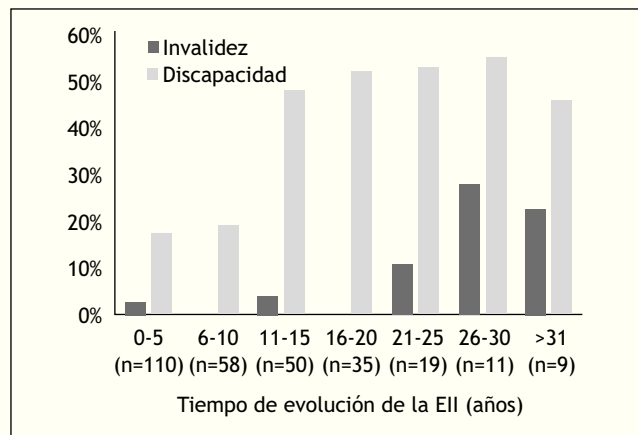


Figura 1. Prevalencia de invalidez y discapacidad en función del tiempo de evolución de la EII.

Conclusiones: La discapacidad en la EII afecta alrededor del 5% de los pacientes. Los factores predictivos de minusvalía y/o incapacidad laboral son el tiempo de evolución, la incontinencia fecal, la necesidad de tratamiento médico agresivo y/o de cirugías repetidas y ser portador de una ostomía.

54. EFECTO DEL ESTADO DE REMISIÓN EN LA CAPACIDAD DE MANTENER O ALCANZAR LA REMISIÓN CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA COMPLETA TRAS 12 MESES DE TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON MESALAZINA MMX EN PACIENTES ADULTOS CON COLITIS ULCEROSA

G.R. D'Haens^a, J.P. Gisbert^b, S. Inglis^c, E. Magee^d, P. Streck^d, D. Solomon^d, D.T. Rubin^e y The Ulcerative Colitis Remission Study Group

^aAcademic Medical Center, Amsterdam, Holanda. ^bHospital de la Princesa, IP, Ciberehd, Madrid. ^cShire, Basingstoke, RU. ^dShire, Wayne, PA, EEUU. ^eUniversity of Chicago Medicine, Chicago, IL, EEUU.

Introducción: La mesalazina MMX[®], es una formulación de ácido 5-aminosalicílico de administración única diaria, que ha demostrado eficacia en la inducción y mantenimiento de la remisión de la colitis ulcerosa (CU). Poco se sabe acerca de la correlación entre alcanzar la remisión y los resultados más a largo plazo con el tratamiento de mantenimiento después de la inducción.

Métodos: Es un estudio prospectivo, abierto en el que se comparan los resultados a largo plazo de pacientes en remisión completa (clínica y endoscópica, RC) y remisión parcial (RP) tras tratamiento de inducción con mesalazina MMX. Durante la fase de inducción, pacientes con CU leve-moderada activa (en brote o de nuevo diagnóstico, con una puntuación de 4-10 en el índice modificado de

actividad de la CU (UCDAI), una puntuación endoscópica = 1, y una puntuación de la evaluación global del médico = 2) recibieron 4,8 g/día, una vez al día de mesalazina MMX durante 8 semanas. Los pacientes que alcanzaron la RC (UC-DAI modificado = 1; puntuación combinada de sangrado rectal y frecuencia de las deposiciones = 0; reducción = 1 en la puntuación endoscópica desde el inicio) o RP (UC-DAI modificado = 3; puntuación combinada de frecuencia de las deposiciones y sangrado rectal = 1; sin RC) durante la fase de inducción, cumplían los criterios para pasar a la fase de mantenimiento: 2,4 g/día, una vez al día de mesalazina MMX durante 12 meses. El objetivo primario del estudio era determinar el porcentaje de pacientes en RC tras 12 meses de tratamiento de mantenimiento.

Resultados: De los 722 pacientes incluidos en el estudio, 717 recibieron tratamiento y 639 completaron las 8 semanas de la fase de inducción; 472 alcanzaron la RC (clínica y endoscópica) o la RP. De los 469 pacientes incluidos en la fase de mantenimiento, 461 recibieron tratamiento y 459 cumplieron = evaluación de eficacia. 373 pacientes completaron los 12 meses de la fase de mantenimiento; las principales razones para el abandono temprano del estudio fueron: la falta de eficacia ($n = 40$) y los eventos adversos (EA, $n = 24$). De los pacientes en RC y RP en el mes 0 de la fase de mantenimiento, el 47,8% (87/182) y el 26,0% (72/277) estaban en RC en el mes 12, respectivamente ($p < 0,001$). Los efectos adversos relacionados con el tratamiento reportados durante la fase de mantenimiento (pacientes en remisión completa mes 0; pacientes en remisión parcial mes 0): CU (7,7%; 10,4%); cefalea (3,3%; 3,6%); fiebre (1,6%; 2,9%); y nasofaringitis (2,7%; 2,2%).

Conclusiones: Se cumplió el objetivo primario del estudio: en el mes 12 de la fase de mantenimiento, significativamente más pacientes presentaban RC (21,8%), en el grupo de pacientes que ya había alcanzado la respuesta completa, en comparación con aquellos que estaban en respuesta parcial. No se detectaron nuevas alarmas de seguridad.

55. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y VIRUS EPSTEIN-BARR: ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla.

Introducción: La infección por virus de Epstein-Barr (VEB) se ha relacionado con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), aunque su implicación en la patogénesis o exacerbación de la enfermedad es incierta. Sin embargo, su papel en el desarrollo de síndromes linfoproliferativos asociados a inmunosupresión es bien conocido, principalmente en trasplantados y en la EII desde la introducción de las tiopurinas. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y demográficas, tratamiento para la EII, así como valorar la asociación de la inmunosupresión y VEB como factor de riesgo para el desarrollo de infiltrado linfoplasmocitario que pudiera preceder al desarrollo de linfoma.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre cohorte de pacientes afectados de EII con hallazgo histológico de infiltrado linfoplasmocitario polipático (cadenas lambda y kappa) y linfoma asociado a virus de Epstein-Barr (VEB) entre diciembre del 2010 hasta octubre de 2013. Se recogieron variables generales del paciente, características de la EII, tratamiento, hallazgos histológicos en el momento de diagnóstico de la infección por VEB y evolución posterior. Se realizó estudio de la presencia de VEB mediante técnica de hibridación de la sonda EBER con el respectivo ARN mensajero viral.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes con EII con una duración media de la enfermedad desde el diagnóstico (meses) de

125,46 $\pm$ 84,94. 7/13 (53,8%) eran hombres y la edad media actual fue de 40,46 $\pm$ 9,98. En cuanto al tipo de EII, 7/13 (53,8%) presentaban enfermedad de Crohn (EC); 5/13 (38,5%) colitis ulcerosa (CU) y 1/13 (7,7%) EII no clasificable. En 11 pacientes la histología mostró infiltrado linfoplasmocitario polipático asociado a VEB sin datos de malignidad y en 2 pacientes se halló un linfoma asociado a VEB. El tratamiento seguido por los pacientes en el momento del diagnóstico fue corticoides en 7/13 (53,8%); azatioprina en 5/13 (38,5%) y biológicos en 7/13 (53,8%). Otros 2 pacientes habían tomado azatioprina previamente al diagnóstico. La media de la duración del tratamiento con azatioprina (meses) fue de 75,14 $\pm$ 34,85. Todos los pacientes 13/13 (100%) se encontraban en fase de exacerbación de su EII. La evolución a linfoma del infiltrado linfoplasmocitario polipático asociado a VEB en los 11 paciente afectos fue del 0%, con un seguimiento medio (meses) de 18 $\pm$ 7,5, a pesar del uso de inmunosupresores y/o biológicos en 8/13 (72,73%).

Conclusiones: El infiltrado linfoplasmocitario asociado a VEB es un hallazgo histológico de significado incierto que se aprecia en un subgrupo de pacientes con EII de larga evolución, actividad inflamatoria grave y uso crónico de inmunosupresores y/o biológicos, sin que quede claro la implicación en el desarrollo secuencial a síndromes linfoproliferativos ni las medidas de vigilancia a seguir. Dado el aumento de incidencia de linfomas y su asociación con VEB desde la introducción de las tiopurinas, a pesar de la baja incidencia del mismo en la EII, consideramos que ante estos hallazgos, se debería realizar un seguimiento más a largo plazo con colonoscopias para valorar la evolución de la lesión.

56. EFECTO DEL CONDOITÍN SULFATO SOBRE LOS MEDIADORES PROINFLAMATORIOS Y LAS RECIDIVAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

P.M. Linares^{a,b}, M. Chaparro^{a,b}, A. Algaba^c, M. Román^d, I. Moreno Arza^d, F. Abad Santos^{a,d}, D. Ochoa^d, F. Bermejo^c y J.P. Gisbert^{a,b}

^aCIBERehd. Hospital de la Princesa; ^bServicio de Aparato Digestivo; ^cServicio de Farmacología Clínica, IP, Madrid. ^dHospital de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: El condroitín sulfato es un glicosaminoglicano que modula al NF- κ B y podría modificar la expresión de varias proteínas proinflamatorias implicadas en la patogénesis de la EII. El objetivo de este estudio fue evaluar la incidencia de recidivas en pacientes con EII en tratamiento con condroitín sulfato y el efecto de dicho tratamiento sobre las concentraciones de diversos mediadores proinflamatorios en suero y en orina.

Métodos: Estudio postautorización observacional y prospectivo de 12 meses de seguimiento de pacientes con EII en remisión durante al menos 6 meses, que comienzan tratamiento con condroitín sulfato (Condrosan[®], CS Bio-Active[™], Bioibérica S.A., Barcelona, España) por artrosis (800 mg/día). Las visitas del estudio fueron: visita basal, previa a la administración de condroitín sulfato, y a los 3, 6, 9 y 12 meses de tratamiento. Para evaluar la actividad de la enfermedad se emplearon los índices clínicos CDAI y Truelove-Witts modificado para la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), respectivamente. También se determinaron varios reactantes de fase aguda, como la proteína C reactiva (PCR), el orosomucoide, y la velocidad de sedimentación globular (VSG). Los niveles de VEGFA, VEGFC, FGF2, HGF, Ang1, Ang2, TGF, IL1 β , TNF α , IL-6, -12, -17, -23, ICAM1, VCAM1, MMP3 y PGE2 se cuantificaron por ELISA. El dolor articular se evaluó mediante una escala analógica visual (EAV).

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes con EII (19 CU, 18 EC). La edad media fue de 59,8 años, y el 70% eran mujeres. La dura-

ción media de la enfermedad fue de 12,7 años. El 62% de los pacientes estaban en tratamiento con mesalazina, el 5% con sulfasalazina, el 22% con tiopurinas, y el 3% con metotrexato. Sólo hubo un paciente (con CU) que tuvo un brote durante el seguimiento (a los 6 meses). La tasa de incidencia de recidiva fue del 3,4% por paciente-año de seguimiento; esa cifra es menor que la tasa de recidiva que se ha descrito previamente, en diversos estudios, en pacientes con EII. El seguimiento de 12 meses lo completaron 12 pacientes con CU y 11 con EC. En la media de los pacientes se observó un aumento de los niveles de VEGFA entre la visita basal (492 pg/ml) y la de los 12 meses de tratamiento (799 pg/ml) ($p < 0.05$). No se encontraron diferencias con respecto a los otros marcadores proinflamatorios estudiados. A los 12 meses, el dolor de las articulaciones mejoró en todos los pacientes menos en cuatro (de 5,9 a 3,0 puntos en la EAV) ($p < 0,01$). La aparición de efectos adversos se produjo en el 43% de los casos, aunque únicamente el 5% se relacionaron con el fármaco.

Conclusiones: La incidencia de recidiva de la EII en pacientes en tratamiento con condroitín sulfato es menor que la descrita habitualmente. El tratamiento con este fármaco podría modular los niveles séricos de VEGFA. El condroitín sulfato disminuye el dolor relacionado con la artrosis en pacientes con EII.

57. CAPACIDAD DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA PREDECIR LA PRESENCIA DE ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

V. Jusué^a, M. Chaparro^{a,b} y J.P. Gisbert^{a,b}

^aHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid.
^bCIBERehd.

Introducción: La calprotectina fecal (CF) es un marcador indirecto de la inflamación utilizado en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Objetivo: Evaluar la capacidad de la CF para el diagnóstico de lesiones endoscópicas en pacientes con EII.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con EII con indicación de una exploración endoscópica por práctica clínica. Para la cuantificación de la calprotectina se utilizó el kit Quantum Blue[®] de Bühlmann. Existen dos tipos de pruebas diferentes, una de menor y otra de mayor rango. Se calculó la actividad endoscópica mediante el subíndice endoscópico de Mayo para la colitis ulcerosa (CU) y el índice de SES-CD para la enfermedad de Crohn (EC). Los pacientes con EC y afectación ileal en los que no se pudo realizar una ileocolonoscopia, fueron excluidos. Además, se calculó la actividad clínica mediante los índices de Mayo parcial para la CU y el índice de Harvey-Bradshaw para la EC, y se recogieron los valores de diversos marcadores séricos de inflamación (plaquetas, leucocitos, PCR y albúmina).

Resultados: Se han incluido hasta el momento 34 pacientes. La concentración de CF fue más alta en los pacientes con CU con lesiones endoscópicas que en aquellos que no las presentaban, tanto en la medición de bajo rango (217 ± 112 vs 67 ± 86 mg/g, $p < 0,05$), como en la de alto rango (643 ± 320 vs 186 ± 223 mg/g, $p < 0,05$). No se observaron diferencias significativas en la EC entre los pacientes con y sin actividad endoscópica. La concentración de los diferentes marcadores séricos (plaquetas, leucocitos, PCR y albúmina) no mostró diferencias estadísticamente significativas dependiendo de la presencia de actividad endoscópica. Los mejores puntos de corte para la detección de actividad endoscópica en los pacientes con CU fueron 81 mg/g para la calprotectina de bajo rango (con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 82%) y de 338 mg/g para la calprotectina de rango alto (con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 91%). Se calculó la exactitud diagnóstica de la calprotectina fecal para estimar la existencia de

actividad endoscópica en la CU mediante curvas ROC, obteniendo un área bajo la curva de 0,72 y de 0,86 con la calprotectina de bajo y de alto rango respectivamente.

Conclusiones: La calprotectina fecal tiene una buena exactitud diagnóstica para la detección de lesiones endoscópicas en pacientes con CU, mejor que la que presentan otros marcadores ampliamente utilizados como los séricos (plaquetas, leucocitos, PCR y albúmina). No obstante, la precisión diagnóstica de la calprotectina fecal es baja en los pacientes con EC.

58. SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO TRAS CURACIÓN MUCOSA. ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN LA RECIDIVA?

V. Ciria Bru, P. Silva Ruiz, 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, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla.

Introducción: Los anticuerpos monoclonales anti-TNF han demostrado eficacia en la inducción y mantenimiento de la remisión de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII); sin embargo aún no está bien establecido cuando suspender el tratamiento y sus posibles consecuencias.

Objetivo: Conocer la evolución a largo plazo de nuestra serie de pacientes con EII tras la suspensión del tratamiento biológico tras comprobar curación mucosa endoscópica (CME) o conseguir la remisión clínica (RC) e identificar posibles factores asociados con el riesgo de recaída.

Métodos: Estudio retrospectivo de 34 pacientes en tratamiento con anti-TNF a los que se les suspendió el tratamiento por RC prolongada -al menos 1 año- ($n = 8$) o CME comprobada ($n = 26$). Se procedió a un estudio basal de las características demográficas y fenotípicas y tiempo de evolución de la EII, tipo de biológico, uso concomitante de inmunosupresores (IS). Analizamos igualmente el tiempo de tratamiento biológico y el motivo de su suspensión; así como resultados endoscópicos, valor de PCR y otros reactantes inflamatorios y niveles de calprotectina en el momento de retirarlos.

Resultados: Veinticuatro pacientes tenían enfermedad de Crohn (EC) (71%) con predominio de patrón inflamatorio (58%) y extensión ileocolónica (75%), sólo 3 con intervenciones quirúrgicas previa. El 74% eran varones, con una edad media al diagnóstico de 27 años ($DE = 13,6$). La principal indicación de tratamiento anti-TNF fue la corticodependencia (59%), la mayoría con fallo a IS, seguido de la refractariedad a los corticoides (21%). El biológico más utilizado fue el infliximab (79%). Tras suspender el anti-TNF, por CME (76%) o RC (24%) y tras una mediana de seguimiento de 20 meses ($DE = 12,9$) se produce la recidiva clínica hasta en el 35% de los pacientes. No encontramos relación del riesgo de recidiva tras la suspensión con los factores analizados, sólo encontramos tendencia a mayor riesgo de recidiva entre los pacientes con EC de patrón inflamatorio respecto a patrones agresivos (50% vs 10%, $p = 0,07$), siendo similar entre los pacientes con EC y colitis ulcerosa (33% vs 40%, $p = 0,71$) e independiente de que se compruebe CME o no (42%, 13%, $P = 0,21$), respectivamente. En los pacientes en los que se retira sin comprobar CME, los parámetros inflamatorios (Hb, leucocitos, PCR, calprotectina) fueron normales (o solo 1 alterado) en 7 pacientes (87%). En los que se retira con CME solo 2 (12%) presentan más de 2 parámetros alterados y ninguno recidiva.

Conclusiones: Aproximadamente el 35% de los pacientes con EII de nuestra serie que fueron tratados, durante al menos 1 año, con anti-TNF sufrieron una recaída dentro del primer año tras la interrupción del tratamiento. La presencia de curación mucosa en-

doscópica predice una buena evolución tras la retirada, pero la negatividad de los parámetros biológicos de inflamación refleja posiblemente la presencia de curación mucosa pues sin comprobarla el riesgo de recaída es similar.

59. ESTUDIO DE LA PROTEASA MT1-MMP Y DE SUS SUSTRATOS COMO BIOMARCADORES Y DIANAS TERAPÉUTICAS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

A. Koziol^a, A. Pollán^a, P. Gonzalo^a, N. Núñez-Andrade^a, P.M. Linares^{b,c}, M.E. Fernández-Contreras^{b,c}, M. Chaparro^{b,c}, A. Urzainqui^d, F. Sánchez-Madrid^{a,d}, J.P. Gisbert^{b,c} y A.G. Arroyo^a

^aCentro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Departamento de Biología Vascular e Inflamación, Madrid.

^bCIBERehd. Hospital de la Princesa; ^cServicio de Aparato Digestivo; ^dServicio de Inmunología, IP, Madrid.

Introducción: Se ha demostrado recientemente que la expresión de la proteasa MT1-MMP se incrementa en las células endoteliales (CE) activadas por TNF α , donde puede procesar sustratos como trombospondina 1 (TSP1) y nidógeno 1 (NID1) normalmente unidos a la matriz extracelular, lo que induce su liberación, modulando así la respuesta angiogénica. Nuestro objetivo fue estudiar la expresión de MT1-MMP y de sus sustratos, TSP1 y NID1, como potenciales biomarcadores de la EII.

Métodos: Se utilizó un modelo animal de colitis inducida por sulfato sódico de dextrano (DSS) en ratón. Se realizó inmunohistoquímica (IHQ) en secciones de colon para analizar (i) respuesta angiogénica, con CD31/PECAM1, marcador específico de CE, y (ii) expresión de MT1-MMP, TSP1 y NID1 en ratones control y tratados con DSS al 1% (colitis moderada) o al 4% (colitis grave). Los niveles de TSP1, NID1 y VEGF se determinaron por ELISA en suero de pacientes con colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC) activas, y también se estudió la expresión tisular de MT1-MMP, TSP1 y NID1 por IHQ en secciones de colon de pacientes con EC y controles. El análisis in vivo de la función de MT1-MMP endotelial se realizó en un modelo de ratón genéticamente modificado con depleción de la expresión de MT1-MMP (MT1 flox/flox x VEGF-Cre). La actividad clínica en CU fue valorada con el índice Mayo parcial y en CU mediante el índice de Harvey-Bradshaw.

Resultados: Los niveles solubles de TNF α y de VEGF-A aumentaron en el modelo de colitis inducido por DSS de manera dosis dependiente. Esto se correlacionó con un incremento en el número de nuevos vasos (CD31/PECAM1+) en la lámina propia y un aumento de la expresión de MT1-MMP en las células vasculares de los ratones con colitis moderada que en los de colitis grave y en los controles. Los niveles solubles de TSP1 y NID1 también aumentaron gradualmente desde la colitis moderada a la grave. En los pacientes con EII, los niveles séricos de TSP1 y NID1 en los casos con CU y EC con actividad baja fueron significativamente superiores a los de los pacientes con actividad clínica alta. Los resultados preliminares demuestran que la depleción específica de MT1-MMP en el endotelio impide el desarrollo de la colitis inducida por DSS en ratón.

Conclusiones: En el modelo murino, la vascularización en las muestras de colitis moderada es mayor que en las de colitis grave. Esto podría corresponderse con un aumento de la expresión de MT1-MMP en la lámina propia y el incremento de los niveles séricos de sus sustratos, TSP1 y NID1, en los ratones tratados con DSS. Asimismo, los niveles séricos de TSP1 y NID1 son significativamente más elevados en los pacientes con EC y CU con actividad clínica baja que en los que tienen actividad alta. Estos datos apoyan el uso potencial de TSP1 y NID1 como biomarcadores en el diagnóstico de la EII pre-sintomática o de baja actividad y señalan a MT1-MMP endotelial como una nueva diana anti-angiogénica en la EII.

60. PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE INTERLEUCINA-10 (IL-10) EN EL INTESTINO SANO E INFLAMADO. RELACIÓN CON LA RESPUESTA A ESTEROIDES EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

A. Carrasco, F. Fernández-Bañares, C. Loras, E. Pedrosa, M. Aceituno, M. Rosinach, R. Temiño, M. Forné, E. Sainz, X. Andújar y M. Esteve

Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

Introducción: La interleucina-10 (IL-10) se expresa en diversas células del sistema inmune innato y adaptativo y su efecto depende del tipo celular que la produce, del momento de producción y del lugar de liberación. Su distribución en el intestino se conoce poco por la dificultad intrínseca de marcaje de las citocinas.

Objetivo: Evaluar la distribución e intensidad de producción de IL-10, 1) en el intestino sano e inflamado, y 2) en la enfermedad de Crohn (EC) en relación con la respuesta a corticoides.

Métodos: Se han incluido 26 pacientes con inflamación intestinal [16 enfermedad de Crohn (EC), 6 colitis ulcerosa (CU) y 4 colitis infecciosa (CI) y 10 controles sanos. En los controles se tomaron muestras de íleon, colon derecho e izquierdo y en los casos se tomaron muestras de mucosa inflamada. La producción de IL-10 se ha evaluado mediante inmunofluorescencia y las imágenes obtenidas se han procesado con el software ImageJ [área (A) e intensidad de fluorescencia (IF)]. Se han evaluado los patrones de distribución y la morfología celular. Para la comparación de valores de producción de IL-10 entre grupos se han utilizado pruebas no paramétricas.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en la producción de IL-10 entre íleon, colon derecho y colon izquierdo en el intestino sano (A: p = 0,589; IF: p = 0,513). Tampoco se encontraron diferencias entre las distintas patologías con inflamación intestinal y los controles (A: p = 0,869; IF: p = 0,366), ni en relación con la respuesta a esteroides en la EC (A: p = 0,913; IF: p = 0,913). Tanto en el intestino sano como en el inflamado se observa una distribución de IL-10 en forma de banda subepitelial o de agregados celulares (predominantemente dendríticas) en la lámina propia. No hay diferencias en la distribución de IL-10 en función de la localización en el intestino sano (íleon o colon), ni en función de la respuesta a esteroides en la EC.

Conclusiones: El buen marcaje obtenido de IL-10 mediante inmunofluorescencia permite observar que se halla presente en el intestino independientemente de la localización y del estado de salud o enfermedad. La disposición de la IL-10 en forma de banda subepitelial sugiere un papel en la defensa frente a antígenos lumenales.

61. MEJORA DE LA DISBIOSIS MICROBIANA INTESTINAL ASOCIADA A LA COLITIS ULCEROSA USANDO EL ÍNDICE F. PRAUSNITZII/E. COLI MUCOSO COMO MARCADOR

J.O. Miquel-Cusachs^a, D. Busquets Casals^a, M. Serra-Pagès^b, J. García Gil^c y X. Aldeguer Manté^a

^aHospital Universitari Dr. Trueta, Unidad de EII, Servicio de Aparato Digestivo, Girona. ^bInstitut de Investigació Biomèdica de Girona (IdIBGi). ^cUniversitat de Girona (UdG), Departamento de Biología, Girona.

Introducción: La microbiota intestinal (MI) en la enfermedad de Crohn (EC) y en la colitis ulcerosa (CU) es estructuralmente diferente respecto pacientes sanos. Sabemos que la inflamación de la mucosa colónica puede alterar el ecosistema normal de MI por tanto, cualquier tratamiento (TM) administrado para mejorar el proceso de inflamación colónica debe ser expresado en forma de recuperación del equilibrio de salud perdido. Nuestro grupo ha desarrollado un marcador bacteriano para evaluar la eficacia del TM en la CU. Hemos diseñado un índice específico de Fp/Ec(IFE),

basado en la desaparición de *Faecalobacterium prausnitzii* (Fp) y la diferente abundancia de *E. coli* (Ec). En estudios previos, se ha establecido que cuanto menor es el valor de IFE, más alterado se encuentra el ecosistema de MI. Se ha diseñado un estudio para evaluar la respuesta clínica en el tratamiento con mesalazina-MMX (MZX) en CU leve/moderada y cómo se correlaciona la respuesta clínica con los cambios en la disbiosis de MI mediante el análisis del IFE, antes (T0) y después (T1) del TM.

Métodos: Se obtuvo biopsia rectal de pacientes con CU leve/moderada en TM con MZX (4,8 g/día) con intención de tratar y nuevas biopsias 4 semanas después. Se incluyeron 8 pacientes en total. Las biopsias se obtuvieron de los primeros 5 cm del recto usando gastroscopio flexible mediante procedimientos estándar. Los criterios de inclusión fueron: paciente > 18a, CU diagnosticada histológicamente, naïve a cualquier TM, con brote leve/moderado (índice Mayo = 5 [IM]), actividad endoscópica, y consentimiento informado firmado. Se excluyeron los pacientes con TM antibiótico previo y/o uso de fármacos concomitantes usados en CU recibidos en los 6 meses previos. Las muestras se analizaron utilizando métodos de análisis de DNA con PCR en tiempo real.

Resultados: Todos los pacientes excepto uno, mostraron una mejora en la actividad de CU medida por el IM. En T0, los pacientes mostraron un IFE inferior a 2,6 (punto de corte [PC] establecido con anterioridad en estudios previos y relacionado con mayor disbiosis) y en T1 la mediana fue de 3.150. Este aumento en el PC está relacionado con la mejora de la disbiosis asociada a la MI. En T1, el número de EC se redujo significativamente, en 55% (promedio) de los pacientes. No hubo diferencias en el número total de FP después del TM. MZX es capaz de forma significativa ($p = 0,039$) cambiar el IFE por encima del PC. El IFE detecta con el 83% de exactitud la mejora de la disbiosis asociada a MI. El coeficiente de variación de la IFE después del TM es de 0,34%.

Conclusiones: El TM con MZX en el brote de leve a moderado de CU contribuye a una mejora de la situación de disbiosis asociada a MI, tal como lo demuestra un aumento significativo del IFE. El IFE es útil como marcador para medir la disbiosis asociada a MI y por tanto, se trata de una nueva herramienta muy prometedora para evaluar la respuesta al tratamiento en la CU.

Este estudio ha sido financiado por Shire, Inc.

62. ¿ES SIMILAR LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ENTRE HERMANOS?

M. Millán Lorenzo, M. Castro Fernández, M. Rojas Fera, P. Ferrero León, J. Ampuero Herrojo, R. Calle Sanz y M. Romero Gómez

Hospital de Valme, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla.

Introducción: En la patogenia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se admite la influencia de factores genéticos, ambientales e inmunológicos. El 10-25% de los pacientes con EII tienen un familiar de primer grado con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU). Los factores genéticos y ambientales podrían influir en aspectos de la EII como edad de presentación, localización, evolución, pronóstico y requerimiento terapéutico. Es muy probable que los familiares, y en concreto los hermanos, con EII comportan factores genéticos y ambientales favoreciendo que la enfermedad presente aspectos similares.

Objetivo: Valorar el grado de similitud clínica de la EII entre hermanos.

Métodos: Se incluyen 19 parejas de hermanos con EII. Se comparan, entre ambos hermanos, las siguientes variables de la EII: edad de presentación, localización, comportamiento, según clasificación de Montreal, manifestaciones extraintestinales y tratamiento requerido (inmunosupresores, biológicos o cirugía). Para el análisis empleamos el paquete estadístico SPSS versión 22.

Resultados: El 55,3% de los pacientes (21/38) eran hombres y el 44,7% mujeres (17/38), con una edad media $39,6 \pm 9,6$ años. El 68,5% (26/38) presentaban EC y el 31,5% (12/38) CU. En el 84% (16/19) y en el 47% (9/19) de las parejas había un paciente con EC o con CU respectivamente. La EII coincidía en el 68,4% (13/19) de las parejas, 10 casos con EC y 3 casos con CU y era diferente en el 36% (6/19) restante. La edad al diagnóstico coincidía en 13 parejas (68,4%), siendo más frecuente entre los 17-40 años. En las parejas con EC ($n = 10$), se observó localización coincidente en dos casos (20%) y mismo comportamiento en cinco (50%). En los 6 casos con enfermedad perianal, no había coincidencia entre hermanos. Los 3 casos con CU no coincidían en la extensión de la enfermedad. En 3 parejas con manifestaciones extraintestinales solo uno de los miembros las presentaba. El requerimiento de inmunosupresores coincidió en el 57,9% (11/19), de biológicos en el 42% (8/19) y de cirugía en el 68,4% (13/19) de las parejas, detectándose en este caso diferencias significativas ($p = 0,03$).

Conclusiones: La EII es una enfermedad heterogénea no solo en la población general sino también en miembros de la misma familia. En nuestro estudio observamos que la similitud de la EII entre hermanos, en aspectos clínicos y terapéuticos, es escasa, transmitiendo la compleja patogenia de esta enfermedad. Se necesitan estudios con una muestra de mayor tamaño que aseguren nuestros resultados.

63. IMPLICACIÓN DE PSGL1 Y DE SUS LIGANDOS, LAS SELECTINAS P, E Y L EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Pérez-Frías^a, M.E. Fernández-Contreras^{b,c}, R. González-Tajuelo^a, P.M. Linares^{b,c}, M. Guijarro Rojas^d, A. Algaba^e, M. Chaparro^{b,c}, J.P. Gisbert^{b,c} y A. Urzainqui^a

^aHospital de la Princesa, Servicio de Inmunología, IP, Madrid.

^bCIBERehd. Hospital de la Princesa: ^cServicio de Aparato Digestivo; ^dServicio de Anatomía Patológica, IP, Madrid. ^eHospital de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: El receptor de adhesión de los leucocitos PSGL-1 es ligando de las selectinas P, E y L. PSGL1 y la selectina L en los leucocitos, y las selectinas E y P en las células endoteliales son responsables de las fases iniciales de la extravasación de los leucocitos hacia el tejido inflamado. Nuestro grupo ha demostrado que la interacción PSGL1/Selectina P desencadena señales de tolerancia en las células dendríticas derivadas de monocitos humanos y que PSGL1 actúa como un receptor tolerogénico esencial para mantener la homeostasis en la lámina propia de la mucosa de colon del ratón.

Objetivo: 1) Cuantificar los niveles circulantes de PSGL1 y sus ligandos, las selectinas P, E y L, en pacientes con colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC) a fin de determinar un perfil característico de estas moléculas en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) activa e inactiva. 2) Estudiar la expresión de PSGL1 en la mucosa de colon de pacientes con CU y EC activa e inactiva.

Métodos: Los niveles de PSGL1 y de las selectinas P, E y L se determinaron por ELISA en suero de pacientes con EII y en voluntarios sanos. La expresión tisular de PSGL1 se analizó mediante inmunohistoquímica en biopsias de mucosa de colon de pacientes con EII y pacientes sin enfermedades inmunomediadas, como controles. La actividad clínica de los pacientes con CU y EC se evaluó mediante los índices de Mayo y Harvey-Bradshaw, respectivamente, y la actividad histológica se valoró mediante criterios anatomopatológicos.

Resultados: Se obtuvieron 48 muestras de suero de 16 controles, 22 pacientes con EC (11 con actividad y 11 sin actividad) y 10 pacientes con CU (5 activos y 5 inactivos). Se extrajeron biopsias de 5 controles, 22 pacientes con CU (8 sin actividad histológica y 14 con actividad) y 7 EC (3 inactivos y 4 activos). Nuestros resultados pre-

liminares muestran que los pacientes con CU presentan menores niveles de PSGL1 sérica y mayor concentración de selectina P que los controles, independientemente de actividad de la EII, mientras que la selectina L es más elevada en los pacientes con enfermedad activa. En los pacientes con EC, la concentración de PSGL1 es inferior a la de los controles, pero no se observan diferencias con respecto a las selectinas P, E y L. En tejido, PSGL1 se expresa en la membrana de los leucocitos de la mucosa de colon de controles y pacientes con EII inactiva, pero el patrón de membrana desaparece al aumentar el grado de actividad histológica.

Conclusiones: Niveles séricos bajos de PSGL1 y altos de selectina P se asocian con CU, independientemente de la actividad clínica, mientras que los niveles altos de selectina L son indicativos de CU activa. La EC se asocia con menor concentración de PSGL1, sin cambios en los niveles de las selectinas. La expresión de PSGL1 en la membrana celular de los leucocitos de la mucosa intestinal se pierde al aumentar el grado de actividad histológica.

64. INFLIXIMAB EN COLITIS ULCEROSA DE 2003 A 2013: PRÁCTICA CLÍNICA, SEGURIDAD Y EFICACIA

L. Fernández Salazar^a, J. Barrio^a, J. Legido^b, C. Muñoz^c, G. González^a, R. S-Ocaña^d, F. Santos^d, A. Macho^a y B. Velayos^a

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bComplejo Hospitalario de Segovia, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Virgen de la Salud de Toledo, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario Río Hortega de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Infliximab (IFX) está indicado en el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) que no responde a los tratamientos convencionales o bien en pacientes intolerantes a estos.

Objetivo: Describir la práctica clínica habitual en el tratamiento de la CU con IFX: Tratamientos previos, cotratamiento, intensificación, respuesta a IFX, efectos adversos y tasa de colectomía.

Métodos: Es un trabajo retrospectivo y multicéntrico que recoge los datos clínicos de pacientes con CU tratados con IFX desde junio de 2003 a septiembre de 2013 procedentes de 4 hospitales españoles. El tiempo desde la inducción a la recogida de datos ha sido de 42 (DE 27) meses. Los datos relativos a la intensificación se refieren al 78% de los pacientes.

Resultados: 88 pacientes con CU con edad media 35 años (DE 14,8), 42% mujeres fueron tratados con IFX durante 25 meses (DE 22). Extensión: E1 12%, E2 27%, E3 60%. Al diagnóstico el 64% recibieron corticoides y el 55% fueron ingresados. El 83% recibieron corticoides iv por lo menos una vez y el 80% fueron tratados con INM tiopurínicos antes de IFX. Los INM no fueron eficaces en el 50% y se retiraron en el 22% por intolerancia. En el 42% de los casos las dosis de INM fueron 2,5 (AZA) o 1,5 (MP) mg/kg de peso y en el 30% según TPMT. El 7% fueron tratados con metotrexate, el 18% con ciclosporina o tacrolimus y el 21% con leucocitoaféresis. El tiempo del diagnóstico a la inducción con IFX fue 8,8 años (DE 6,9). Las indicaciones de IFX fueron: cortico-resistencia 27%, brote moderado con resistencia o intolerancia a corticoides y/o inmunosupresores 38%, cortico-dependencia 30%, pouchitis 2%, manifestaciones extraintestinales 1%. La inducción (5 mg/Kg semanas 0-2 y 6) fue programada en el 98% de los pacientes y en el 4% (3/67) hubo intensificación en la inducción. Los corticoides se emplearon durante la inducción en el 78%. El mantenimiento con dosis de 5 mg/Kg cada 8 semanas se programó en el 92% de los pacientes (42% con remisión clínica tras inducción, 39% con respuesta clínica y 10% sin respuesta a la inducción). El 75% recibieron INM con IFX (63% desde 6 meses o más antes de la inducción, 14% desde menos de 6 meses antes de la inducción, 14% desde la inducción y el 6% después de la inducción). Los INM se interrumpieron en el 42% de los pacientes 13 meses (0-48) después de la inducción. El tratamiento de mantenimiento con IFX se intensificó en el 46% (31/67) de los pacientes desint-

sificándose en el 17% (12/67). Los esteroides se mantuvieron o reiniciaron en el 38%. En el 44% de los pacientes IFX fue interrumpido (20% por falta de respuesta, 39% por pérdida de respuesta después de 11 meses (3-65), 31% por efecto adverso y 10% por remisión prolongada). Infecciones graves y reacciones infusionales fueron los efectos adversos más frecuentes. Desde la inducción hasta el final del seguimiento la tasa de colectomía fue 20%.

Conclusiones: El 56% de los pacientes mantienen respuesta a IFX tras una media de 42 meses. IFX se interrumpió en el 44% principalmente por falta o pérdida de respuesta o efectos adversos. El cotratamiento con inmunosupresores es práctica habitual pero su duración es variable. La intensificación es necesaria en cerca de la mitad de los casos.

65. COSTE-EFECTIVIDAD DE LA MESALAZINA MMX® EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA DE LEVE A MODERADA EN ESPAÑA

Y. González-Lama^a, E. Ricart^b, F. Argüelles^c, G. Bastida^d y G. Restovic^e

^aServicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid. ^bDepartamento de Gastroenterología, Hospital Clínic, Barcelona. ^cServicio de Digestivo, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ^dUnidad de Gastroenterología, Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario La Fe, Valencia. ^eHealth Economics & Outcomes Research, IMS Real-World Evidence Solutions, Barcelona.

Introducción: El tratamiento actual para el mantenimiento de la remisión en la colitis ulcerosa (CU) de leve a moderada es el ácido 5-aminosalicílico (5-ASA) oral, también llamado mesalazina, cuya dosis con frecuencia se fracciona en más de una toma diaria. La mesalazina MMX es de administración única diaria, facilitando el cumplimiento terapéutico en la CU. El objetivo del estudio es estimar la relación de coste-efectividad (ratio coste-efectividad incremental, RCEI) de la utilización de mesalazina MMX frente a mesalazina oral convencional, en el tratamiento de mantenimiento de la CU de leve a moderada en España.

Métodos: Se ha desarrollado un modelo de cohortes de Markov para determinar la relación coste-efectividad de la mesalazina MMX comparada con las mesalazinas convencionales (aquellas que se administran en dos o más tomas al día) en el horizonte temporal que representa la esperanza de vida de los pacientes con CU en España. Los datos relacionados con el coste corresponden a los precios vigentes en el momento del estudio, y los de regímenes de tratamiento y adherencia se estimaron mediante revisión bibliográfica y consenso de un panel de expertos. Para estimar, el valor de la incertidumbre se utilizó un análisis probabilístico de sensibilidad (PSA), aplicando los modelos de simulación de Monte Carlo.

Resultados: El modelo sugiere que los pacientes en tratamiento prolongado con mesalazina MMX ganan entre 0,04 y 0,10 años ajustados por calidad de vida (AVACs) en comparación con las mesalazinas orales convencionales. Al comparar con Pentasa® (3g) y Salofalk® (3g), la mesalazina MMX (2,4g) conlleva un ahorro de costes al presentarse como opción dominante en el análisis RCEI. En comparación con Claversal® (3g) y Lixacol® (2,4g), el RCEI obtenido es de 5.943€ y 5.617€ por AVAC ganado, respectivamente. EL PSA, muestra que la mesalazina MMX presenta 51%, 66%, 51% y 63% de probabilidades de mostrarse coste-efectivo (umbral de 30.000€/AVAC) en relación a Claversal®, Pentasa®, Lixacol® y Salofalk®, respectivamente. La mayoría de los estudios en CU se realizan en un periodo de tiempo de 5 años. En nuestro estudio, teniendo en cuenta un periodo similar, la mesalazina MMX parece ser una opción dominante en comparación con Pentasa® y Salofalk®. En este mismo escenario, al compararlo con Claversal® o Lixacol®, los valores del RCEI obtenidos fueron de 5.606€ y 4,914€ por AVAC respectivamente.

Conclusiones: La mesalazina MMX tiene un perfil farmacoeconómico favorable en el contexto del Sistema de Salud español, y se trata de una alternativa coste-efectiva si se compara con el resto de tratamientos con mesalazina oral no administradas en una única toma diaria, proporcionando ahorro a largo plazo y ganancias en años ajustados por calidad de vida. Se deben recomendar por tanto los regímenes de mantenimiento con mesalazina basados en una única toma diaria, siendo la mesalazina MMX la primera que demuestra coste-efectividad en este escenario y en nuestro medio

66. ¿CUÁL ES LA MEJOR MUESTRA DEL DÍA PARA LA DETERMINACIÓN DE CALPROTECTINA FECAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ACTIVA?

M. Calafat, M. Mañosa, L. Marín, E. Cabré y E. Domènech

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

Introducción: La calprotectina fecal (CALf) ha demostrado ser un buen marcador de actividad en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Algunos autores recomiendan su determinación en la primera deposición del día sin que haya evidencia para ello.

Objetivo: Evaluar la variabilidad de CALf entre diferentes muestras del mismo día y paciente, en pacientes con EII activa.

Métodos: Se recogieron muestras de la primera deposición y posteriores de pacientes ingresados por EII activa. Se determinó CALf mediante un test rápido cuantitativo por inmunocromatografía monoclonal (Quantum Blue™, Bühlmann, Suiza).

Resultados: Se incluyeron un total de 43 muestras procedentes de 14 pacientes (5 pacientes con 4 muestras, 5 con 3 y 4 con 2), de los cuales 3 con enfermedad de Crohn y 11 con colitis ulcerosa, sólo 1 con enfermedad exclusiva ileal. La actividad clínica según los índices de Harvey-Bradshaw (Crohn) o SCCA (colitis ulcerosa) fue leve en 4, moderada en 3 y grave en 7. La mediana de niveles máximos y mínimos de CALf fue de 6.927 µg/g (288-11.200) y 1.130 µg/g (101-4.800), respectivamente, con una mediana de variación intraindividual de 4.000 µg/g (0-9.946). El valor máximo de CALf se obtuvo en la segunda muestra en el 60% de los casos y el valor mínimo en la primera muestra en el 50% de los casos.

Conclusiones: Durante los brotes de actividad de EII, los niveles de CALf son muy variables entre distintas muestras fecales de un mismo paciente y día, sin que exista un momento del día determinado en el que tiendan a ser más elevadas o más bajas. No parece recomendable la toma de decisiones en relación a valores absolutos de CALf durante los brotes.

67. ASOCIACIÓN DE POLIMORFISMOS EN GENES DE LA RUTA DE HIF1A CON SUBFENOTIPOS CON IMPORTANCIA CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

P.M. Linares^{a,b}, M.E. Fernández-Contreras^{a,b}, M. Chaparro^{a,b}, A. Julià^c, R. Tortosa^c, S. Marsal^c y J.P. Gisbert^{a,b}

^aCIBERehd. ^bHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid. ^cInstituto de Investigación Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Entre los genes que activa HIF1a, se encuentra VEGFA. Ambos factores son altamente polimórficos e importantes reguladores de la angiogénesis durante la patogenia de la EII. **Objetivo:** Evaluar la asociación de los polimorfismos genéticos 1772C/T de HIF1a, y 2578A/C y 634G/C de VEGFA con la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU).

Métodos: Se incluyeron pacientes con EC y CU. Los genotipos correspondientes a los polimorfismos de un solo nucleótido (SNP)

de HIF1a (1772C/T) y de VEGFA (2578A/C y 634G/C) se estudiaron en muestras de DNA de sangre mediante la plataforma Illumina Quad610.

Resultados: Se incluyeron 171 pacientes con EII (103 CU y 18 EC). La edad media fue de 45 ± 21 años, y el 53% varones. Las frecuencias genotípicas de los SNP se muestran en la tabla 1. Los resultados de la comparación mediante el Odds-ratio (OR) entre los homocigotos normales y los portadores de alelos variantes se muestran en la tabla 2. El genotipo variante 1772TT se asoció con el riesgo de padecer CU, comparado con EC. Las frecuencias alélicas y la tasa de portadores de los alelos variantes 2578C y 634C fueron similares entre los pacientes con EC y CU. El genotipo 1772TT se asoció con un menor riesgo de localización ileal (OR 0,65; IC95% 0,58-0,73; p < 0,0001) y de fenotipo estenosante (OR 0,89; IC95%: 0,85-0,95; p < 0,0001) en pacientes con EC, y con menor riesgo de manifestaciones extraintestinales (OR 0,82; IC95%: 0,76-0,89; p < 0,0001) en pacientes con EII. El SNP 634CC se asoció con un menor riesgo de fenotipo estenosante (OR 0,89; IC95%: 0,84-0,94; p < 0,0001) en EC. No se encontró ninguna otra asociación con respecto a los pacientes con CU.

Tabla 1. Frecuencias genotípicas (%)

	EC	CU
1772CC	78	80
1772CT	22	16
1772TT	0	4
2578AA	20	22
2578AC	52	46
2578CC	28	32
634GG	40	39
634GC	49	48
634CC	11	13

Tabla 2. Análisis por OR de las frecuencias alélicas

SNP	OR	IC95%†	p
1772C/T	0,593	0,523-0,672	< 0,05
2578A/C	1,502	0,541-4,169	NS*
634G/C	1,218	0,544-2,727	NS*

*NS: No significativo. †IC: Intervalo de confianza.

Conclusiones: El genotipo de HIF1a 1772TT se asocia con la presencia de CU (frente a EC) y con un menor riesgo de padecer manifestaciones extraintestinales en la EII. Los genotipos 1772TT de HIF1a y 634CC de VEGFA se asocian con la localización y el comportamiento de la EC.

68. UTILIDAD DE LAS DETERMINACIONES SERIADAS DE QUANTIFERON EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL BAJO TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

M. García Alvarado^a, F. Muñoz Núñez^b, L. Vaquero Ayala^b y M. Sierra Ausín^b

^aComplejo Asistencial de Zamora, Sección de Aparato Digestivo, Zamora. ^bComplejo Asistencial Universitario de León, Servicio de Aparato Digestivo, León.

Introducción: La utilidad y necesidad del despistaje de tuberculosis latente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

(EI) previo al inicio de tratamientos inmunosupresores, es algo sabido y aceptado. Sin embargo, el papel que pueden desempeñar estas determinaciones para detectar tuberculosis latente durante el tratamiento con fármacos biológicos no es bien conocido como tampoco lo es el beneficio que podemos obtener con el quantiferon frente al Mantoux.

Objetivo: Valorar la utilidad de las determinaciones seriadas de quantiferon-TB (QTF) en pacientes con EI tratados con fármacos inmunosupresores y/o biológicos. **MATERIAL Y**

Métodos: Analizamos de manera retrospectiva, todos los pacientes incluidos en nuestra base de datos desde 2007 hasta 2012 con EI que tenían determinaciones seriadas de QTF durante el tratamiento inmunosupresor y/o biológico.

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes con PPD, booster y QTF iniciales negativos aunque finalmente analizamos 83 que fueron los que tenían al menos dos determinaciones de QTF. El 69,9% de los pacientes presentaba enfermedad de Crohn (EC), el 27,7% colitis ulcerosa (CU) y un 2% colitis indeterminada (CI). La mayor parte de los pacientes (68,7%) estaban con tratamiento combinado biológico más tiopurínicos, 16,9% con tiopurínicos, 9,6% con biológicos en monoterapia y el 4,8% restante con otros tratamientos inmunosupresores (2 con biológicos y metotrexate, 1 con metotrexate y 1 con triple terapia -corticoide, tiopurinas y biológico-); lo que se traduce en que el 80% de los pacientes estaban con tratamiento biológico. El tiempo medio de seguimiento fue de 47 meses (IC 41-49). A lo largo del seguimiento 11 de los 83 pacientes (13%) positivizaron el QTF de los cuales solo 3 (27,3%) presentaban Mantoux positivo. Ningún caso de tuberculosis fue diagnosticado en estos pacientes. La correlación entre el Mantoux y el QTF fue muy baja (Kappa 0,3). La probabilidad de positivizar el QTF durante el primer año de seguimiento fue del 5,2% y del 7,5% en el segundo.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tratados con biológicos o inmunosupresores deben ser monitorizados para descartar tuberculosis latente. El QTF es una determinación válida para el screening de tuberculosis latente. Según nuestros datos, parece que el QTF podría tener un papel más destacado que el PPD para diagnosticar tuberculosis latente en pacientes inmunodeprimidos.

69. EL MANEJO BASADO EN EL ÍNDICE ENDOSCÓPICO DE RUTGEERTS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN RESULTA ÚTIL EN PACIENTES QUE YA ESTABAN RECIBIENDO TRATAMIENTO COMO PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA

I. Blázquez Gómez, Y. González-Lama, C. Suárez Ferrer, V. Matallana Royo, M. Calvo Moya, M.I. Vera Mendoza y L. Abreu

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

Introducción: En índice de Rutgeerts fue diseñado para predecir el curso natural de la enfermedad de Crohn (EC) tras la resección quirúrgica, utilizándose actualmente para sentar la necesidad de tratamiento como prevención de la recurrencia (TPR). Sin embargo la utilidad del manejo postoperatorio de los pacientes, que ya están recibiendo TPR, basado en los hallazgos endoscópicos aún no está probada, por lo que la utilidad del índice de Rutgeerts en este escenario continua siendo objeto de controversia.

Objetivo: Evaluar el curso de la EC en pacientes sometidos a reacción ileocecal que reciben TPR. Evaluar la utilidad del manejo postquirúrgico de estos pacientes basado en los hallazgos endoscópicos y el índice de Rutgeerts en la prevención de la recurrencia.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de aquellos pacientes a los que se les había sometido a una resección quirúrgica en nuestro centro, considerándose sólo para el análisis aque-

llos que se habían realizado una endoscopia en los últimos 9 años. Se clasificaron los hallazgos postoperatorios como de bajo riesgo de recurrencia (Rutgeerts i0-i1) o de alto riesgo (Rutgeerts i2-i4). Consideramos "manejo basado en la endoscopia" (MBE) si el tratamiento fue escalado en pacientes con hallazgo de riesgo alto y si fue mantenido en los pacientes con hallazgo de riesgo bajo. El resto de los casos se consideraron como manejo no basado en la endoscopia (N-MBE). Se consideró el periodo de seguimiento para ver la eficacia de ambas estrategias, hasta la recurrencia clínica o el fin del seguimiento.

Resultados: 116 pacientes fueron incluidos. 129 (77%) recibían TPR en el momento de la endoscopia: 34% aminosilicatos, 50% tiopurinas, 11% antiTNF y un 5% terapia combinada (antiTNF + tiopurinas). La mediana de seguimiento fue de 21 meses (0-113). La endoscopia mostró hallazgos de bajo riesgo en el 43% y de alto en el 57%, sin que hubiera diferencias estadísticamente significativas entre los que recibían TPR y los que no. Se siguió MBE en un 75% de los pacientes, en ellos la proporción de pacientes con hallazgos de bajo riesgo que permanecían en remisión clínica fue de 89,3%, 79%, 71% y 71% en el 1º, 2º, 3º, 5º y 9º año respectivamente. La proporción de pacientes con hallazgos de alto riesgo que se encontraban en remisión clínica fue del 70%, 62%, 60%, 58% y 58% a los 1, 2, 3, 5 y 9 años respectivamente. Pese al MBE los pacientes con hallazgos de alto riesgo evolucionaron peor que los pacientes con hallazgos de bajo riesgo. ($p = 0,001$) Por otro lado aquellos pacientes con hallazgos de bajo riesgo en los que se siguió N-MBE evolucionaron peor que los pacientes a los que se le realizó MBE ($p = 0,012$) y más de un 50% de los pacientes N-MBE presentaron recurrencia clínica antes de los dos años pese a estar recibiendo TPR.

Conclusiones: A pesar de estar recibiendo TPR, los pacientes deben seguir un manejo basado en la endoscopia, resultando el índice de Rutgeerts útil en este escenario.

70. DISOLUCIÓN DE LA MESALAZINA MMX VERSUS OTRAS FORMULACIONES ESTÁNDAR DE 5-AMINOSALICÍLICO (5-ASA) EN DIFERENTES RANGOS DE PH

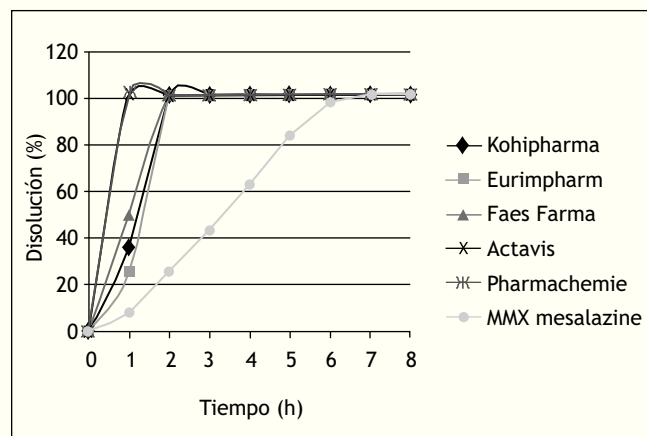
S. Tenjarla

Shire, Wayne, PA, EEUU.

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) cursa con síntomas gastrointestinales y sistémicos recurrente-remitentes. El 5-ASA es primera línea de tratamiento, actuando de forma tópica sobre la mucosa colónica reduciendo su inflamación. Muchas formulaciones de 5-ASA emplean un mecanismo liberador pH-dependiente, diseñado para disgregarse a pH básico, como es el intestino delgado distal. El pH del tracto GI de los pacientes puede ser más bajo y variable que en individuos sanos. Este estudio in vitro compara la liberación de mesalazina de la formulación MMX y de 5 formulaciones estándar de 5-ASA en condiciones fisiológicas de pH.

Métodos: Se monitorizó de forma individualizada a 3 pHs la liberación de 6 formulaciones de 5-ASA: mesalazina MMX 1,2g (Mezavant® XL, Shire, EEUU), Mesalazin-Kohlpharma 500mg (Kohlpharma, GER), Mesalazin-Eurim 500mg (Eurimpharm, GER), Claversal 500 mg (Faes Farma, ES), Mesalazine EC 500mg (Actavis, NL), y Mesalazine EC 500PCH 500mg (Pharmachemie, NL); empleando el dispositivo "US Pharmacopeia dissolution apparatus II", a una velocidad de 100 rpm. Los comprimidos se sumergieron 2h a pH1; 1h a pH 6,4 y a pH 7,2 hasta la liberación integral de 5-ASA. Tras las 2 primeras horas, se recogieron muestras cada hora, analizadas por espectrometría ultravioleta a 330 nm. Se calculó la media del % de disolución de 12 comprimidos de cada presentación.

Resultados: A pH1 y 6,4, se liberó < 1% del 5-ASA de todas las presentaciones. Los perfiles de liberación a pH 7,2 aparecen en la figura (tras exposición a pH1 (2h) y a pH 6,4 (1h)). A pH 7,2, se liberó el



5-ASA completamente en las 5 formulaciones estándar en 2h, mientras que en la formulación MMX fue sostenida durante más de 7h.

Conclusiones: In vitro existe una escasa o nula liberación del fármaco en medios de pH más ácido. A pH 7,2, las diferencias en el perfil de liberación sugieren que la liberación sostenida de 5-ASA de la mesalazina MMX se prolonga 5 horas más que cualquiera de las mesalazinas estándar.

71. VALOR DE LA GAMMAGRAFÍA CON LEUCOCITOS MARCADOS Y DEL SPECT EN LA PREDICCIÓN DE LA REMISIÓN ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

C. Arjol^a, O. Puig^b, F. Rodríguez-Moranta^a, L. Rodríguez-Alonso^a, A. Ruiz-Cerulla^a, T. Lobatón^a, A. López-García^a, J. Martín-Comin^b y J. Guardiola Capón^a

Hospital de Bellvitge: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Medicina Nuclear, Barcelona.

Introducción: En la colitis ulcerosa (CU) la remisión endoscópica puede considerarse un objetivo terapéutico. La gammagrafía con leucocitos marcados (GGL) se ha utilizado para evaluar la extensión y la actividad de la CU. El SPECT (tomografía computada por emisión monofotónica) es una técnica que podría presentar ventajas sobre la GGL, no obstante, su papel en la CU no está claramente establecido.

Objetivo: Determinar la precisión de la GGL y del SPECT para la predicción de la remisión endoscópica en pacientes con CU.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. A 29 casos de CU a los que se les había indicado una colonoscopia por práctica clínica, se realizó de forma consecutiva una GGL y un SPECT. El colon se dividió en 4 segmentos (colon ascendente, colon transversal, colon descendente y zona rectosigmoidea). La actividad endoscópica se evaluó en cada segmento mediante el subscore endoscópico de Mayo. Se consideró remisión endoscópica un Mayo score = 1. En la GGL/SPECT se cuantificó la intensidad de la actividad de cada segmento en una escala del 0 al 4. El segmento con mayor puntuación se utilizó para el análisis de la predicción de la remisión endoscópica.

Resultados: Se observó remisión endoscópica en 13/29 casos (44,8%). La precisión de la GGL para predecir la remisión endoscópica fue: sensibilidad 85%, especificidad 69%, VPP 69%, VPN 85%, valor global 76%. La precisión del SPECT para predecir la remisión endoscópica fue: sensibilidad 69,2%, especificidad 81,3%, VPP 75%, VPN 76%, valor global 76%. El área bajo la curva fue de 0,83 para la GGL y de 0,78 para el SPECT.

Conclusiones: La GGL y el SPECT pueden ser útiles para predecir la remisión endoscópica. Con esta finalidad, la GGL resulta

más sensible y el SPECT más específico en pacientes con colitis ulcerosa.

72. INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS TUMORES INTESTINALES Y EXTRAINTESTINALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: UN ESTUDIO POBLACIONAL

A. Algaba^a, I. Guerra^a, E. Quintanilla^b, P. López-Serrano^c, M.C. García-Sánchez^d, C. Taxonera^e, G.J. Gómez^f, J.P. Gisbert^g, D. Martín^h, N. Manceñoⁱ, E. Montiel^j, A. Castaño^k, J.L. Pérez-Calle^c, D. Olivares^e y F. Bermejo^a

^aHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Digestivo, Madrid. ^bHospital Universitario Severo Ochoa, Servicio de Digestivo, Madrid. ^cHospital Universitario Fundación Alcorcón, Servicio de Digestivo, Madrid. ^dHospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Digestivo, Madrid. ^eHospital Clínico San Carlos, Servicio de Digestivo, Madrid. ^fHospital Universitario 12 de Octubre, Servicio de Digestivo, Madrid. ^gHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid. ^hHospital Universitario Infanta Cristina, Servicio de Digestivo, Madrid. ⁱHospital Universitario Infanta Sofía, Servicio de Digestivo, Madrid. ^jHospital Universitario La Paz, Servicio de Digestivo, Madrid. ^kHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Anatomía Patológica, Madrid.

Objetivo: Determinar las incidencias y características clínicas de los tumores intestinales y extraintestinales en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de nuestro medio y comparar estos resultados con los obtenidos en la población local.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico, poblacional, de 5 años de seguimiento (2007-2011). Se calcularon la incidencia acumulada y el riesgo relativo (RR) de los tumores más frecuentes observados en la cohorte de pacientes con EII y se compararon con los obtenidos en la población local de referencia (datos obtenidos del Registro de Tumores de la Comunidad de Madrid).

Resultados: 10 hospitales de Madrid proporcionaron datos para el estudio. Se diagnosticaron 107 tumores en 96 de los 7.606 pacientes con EII. Once de los pacientes (11,4%) fueron diagnosticados de dos o más tumores. La incidencia acumulada en el grupo con EII fue 1,4% vs 1,8% en la población local; RR = 0,77; IC95% 0,11-5,05. En el momento del diagnóstico del cáncer, la edad media fue de 58 ± 14 años; 57% eran varones, 38% fumadores, 24,5% estaba en tratamiento con tiopurinas y 12,2% con fármacos anti-TNFα. El tiempo medio desde el diagnóstico de EII hasta el desarrollo del cáncer fue de 120 meses (RIQ: 36-179). Comparado con la pobla-

Características y riesgos relativos (RR) de los tumores más frecuentes observados en la serie

Localización	N	RR	IC95%
Piel	16 no-melanoma	3,72	2,36-5,80*
	1 melanoma	0,54	0,08-3,80
Mama	12	0,71	0,40-1,20
Colorrectal	11	0,54	0,30-0,97*
Pulmón	8	0,60	0,31-1,15
Vejiga urinaria	7	0,66	0,32-1,36
Próstata	7	0,42	0,24-1,00
Cérvix	4	2,65	1,00-7,02
Intestino delgado	3	5,48	1,78-16,78*

*Diferencias significativas (p < 0,05).

ción local, los pacientes con EII tuvieron un RR significativo mayor para cáncer de piel no-melanoma y cáncer de intestino delgado. Sin embargo, el riesgo de cáncer colorrectal fue más bajo ($p < 0,05$) en los pacientes con EII (tabla). Las diferencias encontradas fueron similares en los pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Sólo se observó un caso de linfoma no-Hodgkin.

Conclusiones: El riesgo global de padecer cáncer no fue superior en nuestros pacientes con EII. Sin embargo, observamos un riesgo aumentado de cáncer de piel no-melanoma y de intestino delgado. Aunque se ha descrito mayor riesgo de cáncer de colon en pacientes con EII, la magnitud de este riesgo fue baja en nuestra serie.

73. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF Y RAZONES DE SU RETIRADA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

J.P. Gisbert^{a,b}, M. Arredondo^c, M. Chaparro^{a,b}, I. Cañamares^d, E. Daudén^e, G. Fernández-Jiménez^f, V. Meca^g, A. Morell^d, L. Carmona^h y J.M. Álvaro-Graciaⁱ

^aCIBERehd. Hospital de la Princesa; ^bServicio de Aparato Digestivo, Unidad de Terapias Biológicas; ^cUnidad de Terapias Biológicas; ^dServicio de Farmacia, Unidad de Terapias Biológicas; ^eServicio de Dermatología, Unidad de Terapias Biológicas; ^fServicio de Documentación; ^gServicio de Neurología; ^hServicio de Reumatología, Unidad de Terapias Biológicas, IP, Madrid. ⁱInstitute for Musculoskeletal Health, Madrid.

Introducción: Los fármacos anti-TNF han demostrado ser eficaces en la EII en diversos ensayos clínicos. Sin embargo, la efectividad de estos fármacos y las razones de su retirada en la práctica clínica podrían ser distintas a las descritas en los ensayos clínicos.

Objetivo: Evaluar la duración del tratamiento anti-TNF inicial y las razones de su retirada en pacientes con EII en la práctica clínica.

Métodos: Se incluyeron pacientes que hubieran iniciado tratamiento anti-TNF entre el año 2000 y el 2012 en nuestro centro. Los datos referentes al tratamiento anti-TNF se obtuvieron a partir de la revisión de historias clínicas y registros completados de forma prospectiva. Para estimar la duración (el mantenimiento) a largo plazo del tratamiento se empleó el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 160 pacientes con EII, 130 con enfermedad de Crohn (edad media 42 ± 14 años; 47% varones) y 30 con colitis ulcerosa (edad media 45 ± 17 años; 63% varones). La distribución del primer anti-TNF en la enfermedad de Crohn fue: 76 (58%) adalimumab y 54 (42%) infliximab; mientras que en la colitis ulcerosa fue: 1 (3%) adalimumab y 29 (97%) infliximab. El tiempo para una probabilidad de retirada del tratamiento del 50% fue de 3,94 años en la enfermedad de Crohn comparado con 0,97 años en la colitis ulcerosa ($p < 0,001$). Los motivos de suspensión del tratamiento, respectivamente en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa, fueron: intolerancia (20% y 19%), ausencia de respuesta (30% y 24%), pérdida de respuesta (22% y 19%), remisión (17% y 29%), y otras (11% y 10%). La probabilidad de mantener el tratamiento anti-TNF en los pacientes con enfermedad de Crohn fue del 69% al año, 59% a los 2 años, 52% a los 3 años, 50% a los 4 años, 45% a los 5 años, y 41% a los 10 años. Las cifras correspondientes en los pacientes con colitis ulcerosa fueron: 48% al año, 41% a los 2 años, 36% a los 3 años, 31% a los 4 años, y 15% a los 5, 6 y 7 años.

Conclusiones: La probabilidad de mantener el primer fármaco anti-TNF en los pacientes con enfermedad de Crohn es de aproximadamente el 50% tras 5 años de tratamiento. La tasa de retirada de estos fármacos es incluso mayor en los pacientes con colitis ulcerosa (únicamente un 15% de los pacientes mantienen el tratamiento a los 5 años). Las razones de retirada del tratamiento anti-TNF más frecuentes fueron la falta de respuesta, la pérdida de respuesta, la remisión y la intolerancia.

74. REQUERIMIENTOS DE CIRUGÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN ANTES Y DESPUÉS DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS BIOLÓGICOS

R. Calle Sanz, M. Rojas Fera, P. Ferrero León, M. Millán Lorenzo, J. Ampuero Herrojo, M. Castro Fernández y M. Romero Gómez

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Objetivo: Comparar las tasas de cirugía y el tiempo de evolución de la enfermedad hasta la misma, en dos cohortes históricas de pacientes con enfermedad de Crohn (EC), una anterior y otra posterior a la aparición de los biológicos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, en el que se analizaron dos cohortes de pacientes con EC, una diagnosticada en el período 1990-98 (A) y otra, en el período 2002-10 (B). Se analizaron las siguientes variables: edad de los pacientes, patrón clínico y localización de la enfermedad, años de evolución hasta la cirugía y uso de biológicos (al menos, las 3 dosis de inducción).

Resultados: En la cohorte A se incluyeron 94 pacientes (44 hombres, 46,8%, edad media $29,9 \pm 12$ años) y en la cohorte B 122 pacientes (68 hombres, 55,7%, edad media $30,5 \pm 12,3$). En la cohorte A, el 40,4% de los pacientes presentaban un patrón inflamatorio, el 34% estenosante y el 25,5% penetrante. En la cohorte B, la distribución fue del 60,7%, 21,3% y 18%, respectivamente. El patrón inflamatorio fue significativamente más prevalente en la cohorte B que en la A ($p = 0,012$). En ambos grupos se observó predominio de la afectación ileocólica (48,9% en la cohorte A y 48,4% en la B, p NS), seguida de la afectación ileal (30,9% y 36,1%, respectivamente). 42 pacientes (44,7%), requirieron cirugía en el período 1990-98, frente a 32 (26,2%) en el período 2002-10. La intervención más frecuente fue la ileocequ Coastomía (57,1% y 65,6%, respectivamente). El 28,6% de los pacientes de la cohorte B fueron tratados con biológicos previamente a la cirugía. El tiempo de evolución desde el diagnóstico hasta la cirugía fue de $1,36 \pm 2,12$ años en la primera cohorte y de $1,26 \pm 1,58$ años en la segunda (p NS).

Conclusiones: No hemos detectado cambios en las tasas de cirugía ni en el tiempo de evolución de la enfermedad hasta la misma en la población con enfermedad de Crohn antes y después de la disponibilidad de los biológicos.

75. ESCASA EFICACIA DE METRONIDAZOL EN LA ERRADICACIÓN DE BLASTOCYSTIS HOMINIS EN PACIENTES SINTOMÁTICOS

L. Batista^a, P. Pérez^b, M. Rosinach^a, V. Gonzalo^a, E. Sainz^a, C. Loras^a, J.M. Viver^a, M. Forné^a, M. Esteve^a y F. Fernández-Bañares^a

Hospital Universitari Mutua de Terrassa: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Microbiología, Barcelona.

Introducción: Datos recientes sugieren que Blastocystis hominis se asocia a síntomas GI con frecuencia, y que si se descartan otros diagnósticos y los síntomas son persistentes existe indicación de erradicación. El tratamiento de elección es metronidazol (MTZ) pero la respuesta descrita es muy variable, entre 0 y 100%. **Objetivo:** Valorar la respuesta clínica y microbiológica a MTZ en nuestro entorno.

Métodos: Durante 2012 se identificaron 9.844 estudios de parásitos en heces, de los cuales 1.160 (11,7%) fueron positivos para Giardia lamblia y 383 (3,8%) para Blastocystis. De estos últimos se seleccionó de forma aleatoria una muestra de 100 pacientes (64% mujeres; edad, $47 \pm 1,6$ años) y se revisó la historia clínica electrónica y las prescripciones farmacológicas registradas en el SIRE (Sistema Integrado de Receta Electrónica, Generalitat de Catalunya).

Resultados: Todos los pacientes presentaron síntomas GI (diarrea 72,5%), el 87% fueron tratados en atención primaria. El tratamiento utilizado fue MTZ en el 64% de los casos (dosis variables;

duración mediana, 10 días); un 25% de los pacientes no recibieron tratamiento. La respuesta clínica a MTZ ($n = 40$) fue completa en 17, parcial en 19 y sin respuesta en 4. Sólo en 23 de los mismos se analizó la respuesta microbiológica que fue del 50% en casos con respuesta clínica completa, 33% si la respuesta fue parcial y de 0% cuando no hubo respuesta clínica. En 13 pacientes se administró una segunda tanda de tratamiento (en 5 MTZ sólo o en combinación), consiguiendo la curación en 6 pacientes (3 MTZ).

Conclusiones: La infección por *Blastocystis hominis* no es infrecuente en nuestro medio y parece asociarse con frecuencia a síntomas GI. A pesar de que parece existir una buena respuesta clínica a MTZ, la curación microbiológica es tan sólo del 31%. Parece existir una relación entre la respuesta clínica y microbiológica, lo que iría a favor del papel patogénico de *Blastocystis*. Son necesarios estudios controlados en nuestro medio para aclarar este aspecto y valorar otras opciones terapéuticas más eficaces.

76. DIFERENCIAS FENOTÍPICAS Y TERAPÉUTICAS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN EN FUNCIÓN DE LA EDAD AL DIAGNÓSTICO

G. Ontanilla Clavijo, E. Leo Carnerero, M.D. de la Cruz Ramírez, C. Trigo Salado, A. Araujo Míguez, J.M. Herrera Justiniano y J.L. Márquez Galán

Hospital Virgen del Rocío, UGC Aparato Digestivo, Sevilla.

Objetivo: Conocer si existen diferencias fenotípicas y en el uso de tratamiento inmunosupresor y necesidad de cirugía en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) atendiendo a la edad al diagnóstico entre los grupos A1 y A3 según la clasificación de Montreal.

Métodos: Análisis retrospectivo de 328 pacientes con EC, incluyendo los diagnosticados con 16 o menos años de edad (A1, $n = 45$) y con más de 40 (A3, $n = 67$). Dentro de ellos valoramos diferencias en diferentes subgrupos según la edad al diagnóstico sea menor de 10 años (A1a) o mayor (A1b) y menor o mayor de 60 (A3a y A3b, respectivamente). Recogemos características demográficas, consumo de tabaco, características fenotípicas de EII, tiempo de seguimiento, uso de inmunosupresores (IS) o biológicos y necesidad de intervención quirúrgica (resección intestinal).

Resultados: El tiempo de seguimiento medio fue de 9,68 años, superior en A1 (10,9 vs 6,9 años, $p = 0,007$). Entre los pacientes A3 el hábito tabáquico está más extendido (62,7% vs 31%, $p < 0,001$). Respecto a la extensión, la localización ileocolónica es más frecuente en A1 que en A3 (68,9% vs 27,7%; $p < 0,001$), mientras que en estos últimos predomina la localización ileal (26,7% vs 46,2%; $p < 0,03$) y colónica pura (4,4% vs 26%, $p = 0,004$). Asimismo los A1, presentaron mayor afectación de tramos altos de forma significativa (24,4% vs 6%; $p < 0,001$). En cuanto al patrón, el grupo A1 presentó con más frecuencia patrón fistulizante que los A3 (26,7% vs 13,4%; $p = 0,031$), aunque en ambos casos el más frecuente fue el inflamatorio. No apreciamos diferencias en enfermedad perianal. La necesidad de tratamiento IS fue superior en los pacientes más jóvenes al diagnóstico (97,8% vs 55,2%; $p < 0,001$). Sin embargo, aunque el grupo A1 precisó intervención quirúrgica más frecuentemente que el A3 (42,2% vs 28,4%), estas diferencias no fueron significativas. Dentro del grupo A1 no encontramos diferencias entre la localización a nivel ileal o colónica pero sí en la afectación de tramos altos, más frecuente en el A1a (44% vs 14,9%; $p < 0,001$). También difieren en el comportamiento de la enfermedad, siendo más frecuente el patrón estenosante en A1a (55,6% vs 19,1%; $p = 0,009$). No apreciamos estas diferencias entre los subgrupos A3a y A3b.

Conclusiones: El diagnóstico de EC en edad pediátrica se relaciona con una afectación más extensa, con mayor riesgo de enfer-

medad ileocolónica e implicación de tramos altos, esto último más frecuente cuanto más jóvenes son los pacientes al diagnóstico. Asimismo edades tempranas se relacionan con una mayor incidencia de patrón penetrante, aunque en los pacientes más jóvenes predomina el estenosante. Sin embargo, aunque el riesgo de cirugía es mayor en A1, no hay diferencias significativas pese a un mayor tiempo de seguimiento, posiblemente por el uso de IS de forma casi constante y precozmente en edad pediátrica por el hecho de presentar afectación de tramos altos con frecuencia y, sobre todo, minimizar el consumo de esteroides.

77. EL COCIENTE ENTRE LOS NIVELES CIRCULANTES DE LOS RECEPTORES DE ESTRÓGENO BETA Y ALFA (ER β /ERA) SUGIERE LA PRESENCIA DE ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

P.M. Linares^{a,b}, A. Algaba^c, M. Chaparro^{a,b}, A. Urzainqui^d, M. Guijarro Rojas^e, J.P. Gisbert^{a,b}, F. Bermejo^c y M.E. Fernández-Contreras^{a,b}

^aCIBERehd. ^bHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid. ^cHospital de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. Hospital de la Princesa: ^dServicio de Inmunología; ^eServicio de Anatomía Patológica, IP, Madrid.

Introducción: Los receptores de estrógeno alfa (ER α) y beta (ER β) intervienen en procesos como la inflamación, la proliferación o la angiogénesis, asociados con enfermedades inmunomediadas como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero su acción es antagónica. Por ello, el efecto neto de los estrógenos podría depender de las proporciones relativas de ambos ER.

Objetivo: Determinar la relación entre el cociente de los niveles séricos de ER β y ERA (ER β /ERA) y la presencia y actividad de la EII.

Métodos: Estudio retrospectivo en suero de pacientes con EII y voluntarios sanos. Los niveles de ERA y ER β se analizaron por ELISA. La actividad clínica de la EII se evaluó mediante los índices de Mayo, para la colitis ulcerosa (CU) y Harvey-Bradshaw, para la enfermedad de Crohn (EC), y la endoscópica mediante el subíndice Mayo y el índice SES-CD. Los antecedentes de alergia o patología autoinmune fueron criterio de exclusión en el grupo control.

Resultados: Se estudiaron 207 muestras de suero de 39 controles (24 mujeres y 15 varones) y 169 pacientes con EII (94 EC y 75 CU; edad media: 35 ± 9 años; 51% mujeres; actividad clínica: 33%; actividad endoscópica: 59%). No se observaron diferencias en el cociente ER β /ERA entre pacientes y controles ($1,1 \pm 0,5$ y $1,0 \pm 0,2$), ni en relación al tipo de EII, edad, sexo o actividad clínica, pero fue significativamente inferior en los pacientes con actividad endoscópica ($p < 0,05$; tabla). Esta asociación fue más fuerte en el grupo de EC ($p = 0,006$), pero no se observó en los pacientes con CU. El análisis de la curva ROC mostró que un ER β /ERA < 1 indicaba actividad endoscópica en los pacientes con EC (punto de corte: 1,0; área bajo la curva: 0,83; sensibilidad/especificidad: 75%).

	ER β /ERA* total	p	ER β /ERA* EC	p	ER β /ERA* CU	p
Actividad endoscópica						
Sin actividad	$1,1 \pm 0,4$	$< 0,05$	$1,4 \pm 0,6$	$< 0,06$	$1,0 \pm 0,2$	1,0
Actividad	$0,9 \pm 0,3$		$0,9 \pm 0,3$		$1,0 \pm 0,4$	

*Cociente $\pm$ desviación estándar.

Conclusiones: Los niveles circulantes de ER no se relacionan con la presencia ni el tipo de EII. El cociente ER β /ER α se asocia con actividad endoscópica en la EC, pero no en la CU. Un ER β /ER α inferior a 1 es indicativo de actividad endoscópica en los pacientes con EC.

78. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON AZATIOPRINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: SEGUIMIENTO PROSPECTIVO A 9 AÑOS

I. Guerra^a, A. Algaba^a, C. Aulló^b, A. Serrano^c, D. Alcalde^a, M. de Lucas^a, D. Bonillo^a, M. Hernández Tejero^a, A. Zapatero^d y F. Bermejo^a

Hospital Universitario de Fuenlabrada: ^aServicio de Digestivo; ^bServicio de Radiología; ^cServicio de Cirugía General; ^dServicio de Medicina Interna, Madrid.

Introducción: La azatioprina (AZA) es ampliamente utilizada en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), aunque su uso se ve limitado por la aparición de efectos adversos (EA).

Objetivo: evaluar la efectividad a largo plazo de AZA en la EII, la aparición de EA y la relación de estos con la actividad de la tiopurina-metil-transferasa (TPMT).

Métodos: Seguimiento prospectivo de todos los pacientes tratados con AZA por EII en nuestro centro entre junio de 2004 y mayo de 2013. Se recogieron los datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio, incluyendo la actividad de la TPMT (método radioquímico).

Resultados: Se incluyeron 273 pacientes (212 enfermedad de Crohn (EC), 57 colitis ulcerosa y 4 no clasificable). La edad media fue de 42 ± 13 años, 50% mujeres. Indicaciones del tratamiento con AZA: 78% corticodependencia, 10,8% EC fistulizante, 4,8% profilaxis de la recurrencia postquirúrgica, 3% corticorefractariedad y 3,4% otras. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de la EII hasta el inicio de AZA fue de 24 meses (RIQ 10-84) con un seguimiento por paciente de 36 meses (8-84). La dosis media de AZA fue de $2,2 \pm 0,4$ mg/kg/día. En el 43,6% (IC95% 37-50%) de los pacientes aparecieron EA: 91 (42,9%) pacientes con EC, 28 (49,1%) con colitis ulcerosa ($p = 0,27$). En 58 pacientes (21,2%) fue necesaria la retirada precoz de AZA por los EA. De los 215 pacientes restantes, 137 (63,7%; 57-70%) respondieron al tratamiento con AZA sin precisar cambio a fármacos biológicos, metotrexato o cirugía durante el seguimiento. EA: hepatotoxicidad (11,7%), intolerancia digestiva (11,4%), mielotoxicidad (7%), fiebre (6,2%), pancreatitis aguda (4,8%) y artralgias/mialgias (1,5%). En 24 casos (20,2% de los pacientes con EA) fue necesario el ingreso por los EA. Ante la aparición de EA se optó por: 1) continuar con la misma dosis de AZA realizando controles frecuentes (8,9%); 2) reducir la dosis de AZA (36,6%); 3) retirada temporal de AZA con posterior reintroducción tras la resolución de los EA (6,5%) 4) retirada definitiva de AZA (48%). En 37 pacientes en los que la AZA fue retirada se inició el tratamiento con mercaptopurina obteniendo respuesta en el 41% de ellos. Durante el seguimiento la AZA fue retirada en 109 pacientes (40%): 60% por EA, 13% por ausencia de respuesta, 13% por decisión del paciente y 14% por otros motivos. Durante el tratamiento con AZA 95 pacientes (36%) precisaron ingreso por un brote y 51 (19%) requirieron cirugía por su EII. El valor medio de la TPMT fue de $19,9 \pm 5,3$ U/mL, sin diferencias significativas en pacientes con y sin EA (20,2 frente a 19,6 U/mL; $p = 0,39$).

Conclusiones: AZA es efectiva en el tratamiento de pacientes con EII cuando es bien tolerada. Los EA del tratamiento son comunes pero requieren la retirada de AZA en menos de la mitad

de los pacientes que los padecen, y en gran parte de ellos se consigue el control de la EII mediante el cambio por mercaptopurina. Los niveles de la TPMT no se relacionaron con la aparición de EA.

79. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES ASOCIADAS EN NUESTRO MEDIO

S. Marín Pedrosa, I. Pérez-Medrano, E. Iglesias Flores, J.M. Benítez Cantero, I. Salgueiro Rodríguez, M.L. García-García, P. Aguilar-Melero, F. Gómez Camacho y V. García Sánchez

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

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) deben considerarse trastornos sistémicos ya que, a lo largo de su evolución, los pacientes pueden sufrir una afectación extraintestinal. Las manifestaciones extraintestinales (MEI) pueden tener un impacto importante en la calidad de vida de estos pacientes, en su morbilidad y mortalidad. La identificación de factores predictivos para su desarrollo nos podría ayudar a un diagnóstico y tratamiento más temprano.

Objetivo: Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con EC y CU y sus MEI e identificar los factores asociados a la aparición de estas complicaciones.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, casos-contrroles. Identificamos a todos los pacientes con CU y pacientes con EC con EIM (casos) del Hospital Reina Sofía. Comparamos al azar cada caso con dos pacientes sin EIM y con la misma edad, sexo y tipo de enfermedad inflamatoria intestinal (contrroles). Reclutamos un total de 342 pacientes (114 casos y 228 contrroles) de la base de datos de ENEIDA. Se recogieron datos demográficos y epidemiológicos relacionados con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y EIMs. El análisis se realizó con Gstat 2.0.

Resultados: Edad media actual de los pacientes estudiados: 45,94 años ($\pm 13,32$) (casos) y 45,42 años ($\pm 13,14$) (contrroles); edad media al diagnóstico: 33,63 años ($\pm 14,15$) y 35,68 años ($\pm 14,42$) respectivamente, sin diferencias para tipo de EII. En ambos grupos el 50,88% fueron mujeres. CU el 36,58% y EC el 68,42%. Proctosigmoiditis en CU e ileocólica en EC fueron las localizaciones más frecuentes. Afectación extraintestinal: osteoarticular (48,28%), cutáneo-mucoso (30%), ocular (16,42%), hematológico (trombosis) (2,86%) y biliar (1,43%). MEI más frecuentes: eritema nodoso (79,12%) en EC y sacroileitis-espondilitis (73,07%) en CU ($p = 0,057$). MEI que se solapan: eritema nodoso y uveitis. Mayor prevalencia de MEI diagnosticadas al momento del diagnóstico en EC 22,34% con respecto a CU (11,63%) ($p = 0,092$). El 60,87% han requerido asistencia por especialista por MEI, inmunosupresores por ellas 11,11% y biológicos el 5,59%. Factores asociados con el desarrollo de MEI: afectación ileocólica ($p = 0,04$) y presencia de granulomas en EC ($p = 0,002$), corticodependencia ($p = 0,01$) y uso de biológicos ($p = 0,028$). Mayor tendencia a desarrollarlas en: antecedentes familiares de primer grado ($p = 0,0512$), requerimiento de ingreso ($p = 0,09$), resección intestinal ($p = 0,09$) y corticoides en CU ($p = 0,067$).

Conclusiones: La manifestación osteoarticular y la cutáneo-mucosa son las MEI más frecuentes. La afectación ileocólica y presencia de granulomas en EC, corticodependencia y necesidad de tratamiento con biológicos se asociaron a un mayor riesgo de MEI. Aun así otros estudios de cohorte más amplia de pacientes se requieren para desarrollar un modelo predictivo para identificar a pacientes de riesgo y tratarlos temprano.

80. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON IFX EN COLITIS ULCEROSA. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON INTENSIFICACIÓN Y DESINTENSIFICACIÓN

L. Fernández Salazar^a, J. Barrio^b, C. Muñoz^c, J. Legido^d, G. González^a, R. S-Ocaña^b, F. Santos^b, A. Macho^a y B. Velayos^a

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^bHospital Universitario Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^cHospital Virgen de la Salud, Servicio de Aparato Digestivo, Toledo. ^dComplejo Hospitalario de Segovia, Servicio de Aparato Digestivo, Segovia.

Introducción: La optimización del tratamiento con infliximab (IFX) en la colitis ulcerosa (CU) es frecuentemente necesaria para mantener la respuesta al tratamiento aunque hay que considerar la seguridad y el coste económico.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la intensificación y la posibilidad de desintensificar el tratamiento con IFX en pacientes con CU.

Métodos: Se ha revisado la evolución clínica de los pacientes con CU cuyo tratamiento con IFX ha sido intensificado en algún momento. Los pacientes proceden de cuatro hospitales españoles.

Resultados: De un total de 67, 31 pacientes, 42% mujeres, mediana de edad 35 años (15-75) con extensión: E1 6%, E2 39%, E3 55% recibieron intensificación de su tratamiento con IFX. El IFX se indicó por: cortico-resistencia (13%), brote moderado con resistencia o intolerancia a corticoides / inmunosupresores (61%), por corticodependencia (22%), por pouchitis (3%). El 71% recibieron cotratamiento con tiopurínicos (INM): 17 desde más de 6 meses antes de IFX, 3 desde menos de 6 meses antes de IFX, 2 después de la inducción. La dosis estaba ajustada al peso en 19 pacientes. El 71% de los pacientes recibieron esteroides durante la inducción con IFX. Los INM fueron interrumpidos en 5 pacientes 8 meses (3-15) después de la inducción y reiniciados más tarde en un paciente. En 12 pacientes la intensificación fue doblando la dosis a los 4 (0-11) meses de la inducción (3 de ellos desde la tercera dosis de inducción), en 28 pacientes se acortó el intervalo entre dosis a 6 semanas después de 5(0-30) meses de la inducción (uno de ellos desde la tercera dosis de inducción que fue a las 4 semanas). Ambas estrategias de intensificación se emplearon en 9 de los pacientes (en uno de ellos desde la inducción). La desintensificación se indicó en 12 de los 31 pacientes, en 5 se redujo la dosis a 5 mg/Kg después de 4 meses (2-13) desde la intensificación, en 10 pacientes se incrementó el intervalo a 8 semanas tras 13 (6-31) meses después de la intensificación. Ambas desintensificaciones se emplearon en 3 de los pacientes. Los corticoides se mantuvieron o reiniciaron en el 35% de los 31 pacientes. Se detuvo el tratamiento con IFX por pérdida de respuesta en el 25% (8/31) y por efectos adversos en el 9% (3/31) (2 infecciones graves y 1 reacción infusional). La colectomía fue finalmente necesaria en el 19% de los pacientes. De los 12 pacientes desintensificados, 9 siguen recibiendo IFX programado (5 mg/Kg cada 8 semanas) después de 8 (3-49) meses desde la desintensificación, 8 de ellos recibieron INM desde antes de la inducción y solo en uno se suspendieron después de 14 meses de cotratamiento. Tres de los 12 pacientes desintensificados tuvieron que ser reintensificados de nuevo y solo uno perdió la respuesta y pasó a recibir adalimumab.

Conclusiones: La optimización del tratamiento con IFX en la CU es necesaria con frecuencia incluso con un uso apropiado de tiopurínicos. Reducir el intervalo entre dosis es el tipo de intensificación más frecuente. La desintensificación es con frecuencia posible y la respuesta puede mantenerse en el 75% de los casos a los 8 meses.

81. INFECCIÓN POR *LISTERIA MONOCYTOGENES* EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: SERIE DE CASOS

J. Miranda-Bautista^a, C.E. Padilla Suárez^a, E. Bouza^b, P. Muñoz^b, M. Rodríguez-Creixems^b, L. Menchén^a e I. Marín-Jiménez^a

Hospital General Universitario Gregorio Marañón: ^aServicio de Digestivo; ^bServicio de Microbiología, Madrid.

Introducción: *Listeria monocytogenes* (LM) es un bacilo gram positivo que en individuos inmunodeprimidos, en edades extremas de la vida, embarazadas e incluso en población sana puede dar lugar a infección del sistema nervioso central, bacteriemia y otras manifestaciones, convirtiéndose en una entidad de relevancia. La realización de una colonoscopia también representa un factor de riesgo. Por lo tanto, los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) representan un subgrupo con un riesgo probablemente aumentado.

Métodos: Se evaluaron los pacientes con aislamiento microbiológico de LM registrados en la base de datos del Servicio de Microbiología del Hospital Gregorio Marañón, desde enero de 1986 hasta enero de 2011, y se seleccionaron aquellos casos en los que el paciente padecía enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los datos fueron introducidos en una base de datos SPSS, y se recabó información clínica previa, durante y posterior al episodio infeccioso.

Resultados: Durante el período evaluado se identificaron 5 pacientes diagnosticados de EII que presentaron infección por LM. Cuatro de ellos eran varones, y también cuatro presentaban enfermedad de Crohn (EC), mientras otro colitis inclassificable. Cuatro casos habían recibido una dosis acumulada de corticoides por encima de 400 mg (dosis equivalente de metilprednisolona), y tres pacientes estaban en tratamiento con fármacos antiTNF (adalimumab en dos casos y certolizumab en uno). Además, en dos pacientes se había realizado en los días previos una colonoscopia con toma de biopsias. La presentación clínica de la infección fue de bacteriemia en 4 casos, dos de ellos acompañados de infección del sistema nervioso central. Otro caso cursó con una meningoencefalitis sin bacteriemia asociada. A pesar de un tratamiento empírico adecuado, un paciente falleció como consecuencia de la infección, debido a una rombencefalitis refractaria a antibioterapia. Se comparó la incidencia de infección por LM en la población de nuestro área sanitaria con la de los pacientes diagnosticados de EII, observando incidencia aumentada en éste último grupo (27,6 bacteriemias por 100.000 pacientes con EII/año, comparado con 1,6 bacteriemias por 100.000 personas/año), con una OR de 16,9.

Conclusiones: La infección por LM en pacientes con EII es una entidad clínica y microbiológicamente relevante. El diagnóstico de EII puede ser un factor de riesgo para la infección por dicho microorganismo, y es probable que el empleo de fármacos inmunosupresores y antiTNF influya también en el aumento del riesgo en estos pacientes.

82. COLITIS MICROSCÓPICA EN NUESTRA ÁREA: EPIDEMIOLOGÍA Y PRESENTACIÓN CLÍNICA

M. Aparicio Cabezudo^a, L. Vaquero Ayala^a, B. Álvarez Cuenllas^a, L. Rodríguez^a, N. Fernández^a, D. Joao^a, M. Hernando^b y S. Vivas^a

Complejo Asistencial Universitario de León: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Anatomía Patológica, León.

Introducción: La colitis microscópica (CM) es enfermedad que cursa con diarrea crónica. Existen varias formas de presentación según las características histológicas: colitis colágena (CC), colitis linfocítica (CL) o colitis indeterminada (CI). La incidencia de esta patología ha aumentado en los últimos años.

Objetivo: Evaluar la evolución y los factores asociados a la etiopatogenia de las diferentes formas histológicas de la colitis microscópica.

Métodos: Entre enero 2001 y diciembre del 2012 se seleccionaron los pacientes diagnosticados de CM en el Complejo Asistencial Universitario de León. Se evaluaron variables epidemiológicas como sexo, edad, tipo de CM y lugar del colon donde se tomó la biopsia; n° y características de las deposiciones, clínica asociada, tratamientos previos, hábito tabáquico, enfermedades autoinmunes y tratamiento utilizado.

Resultados: Se recogieron los datos de 211 pacientes con CM (edad media $68,52 \pm 15$ años), el 64,9% eran mujeres. Presentaron CL el 54%, CC 23% y CI el 23%. El 18% eran fumadores. El dolor abdominal fue descrito por 76/211 (36%) y en el 40% pérdida de peso. El 38% de los pacientes utilizaba diariamente algún tipo de IBP, el 27% ISRS y el 19,4% AINEs. Diferentes enfermedades autoinmunes se asociaron con la CM en el 9,47%, principalmente patología de tiroides (4,7%) y artritis reumatoide (3,8%). La CM se diagnosticó tras la recogida de biopsia en todo el colon (72,5%), colon derecho y transversal (11,3%), colon izquierdo (1,4%) y recto-sigma (5,2%). Fueron tratados el 56,4% de los sujetos (119/211) con antidiarreicos (19%), mesalazina (33%), budesonida (22%), azatioprina (0,9%) y otros fármacos (12%). Se observó relación entre CM y el consumo de ISRS ($p = 0,027$). El número de deposiciones/día era superior en los individuos con CC (6 deposiciones/día), mientras que los que tenían CL presentaron 4,48 deposiciones/día y los que tuvieron CI 2,65 deposiciones/día ($p < 0,05$). Los sujetos con CC recibieron tratamiento más frecuentemente y precisaron un mayor número de fármacos para el control de la enfermedad ($p = ns$).

Conclusiones: En nuestro medio el tipo de CM más frecuente es la CL. Sin embargo, es la CC la que presenta mayor expresividad clínica y la que más tratamiento ha precisado.

83. CURSO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y FACTORES ASOCIADOS AL PRONÓSTICO CON UNA PERSPECTIVA VITAL

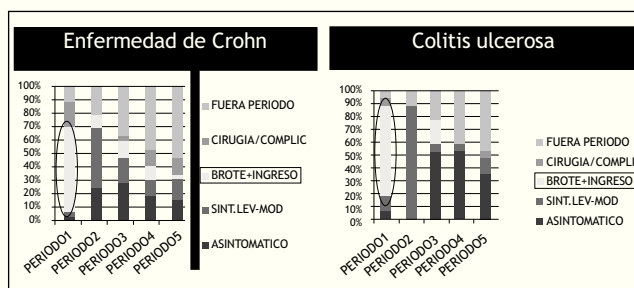
M. Solano Sánchez^a, I. Ariño Pérez^a, A. Lué^a, T. Revuelto Artigas^b, P. Lacarta García^a, M.J. Domper Arnal^a, Y. Ber Nieto^a y F. Gomollón^{a,c,d}

^aHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^bHospital San Jorge, Huesca. ^cGETECCU. ^dCIBERehd.

Objetivo: Evaluar factores asociados al pronóstico de la EII con una perspectiva vital.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectiva basado en el trabajo "Factors affecting outcomes in Crohn's disease over 15 years" Gut 2012;61:1140-5; utilizando como población de análisis pacientes consecutivos diagnosticados en la consulta de EII del HCU antes de 1994 (N = 174). La población a estudio se divide en dos grupos según curso leve-moderado o grave de la enfermedad. La recogida de variables se llevó a cabo a través del registro ENEIDA y un examen personal de las historias clínicas. Se hizo un análisis descriptivo y de asociación entre variables y gravedad de la enfermedad mediante SPSS (análisis bivalente).

Resultados: Se analizaron los primeros 50 pacientes (completamos hasta N = 174) cuyo seguimiento medio fue de 21,87 años (IC95%: 18,46-42,49). El 64% tenían EC (20 hombres y 12 mujeres) y el 34% CU (9 hombres y 8 mujeres). Como hallazgos estadísticamente significativos se objetivó que a) La afección perianal en la EC se relaciona con el curso de la enfermedad ($p = 0,004$) estando ausente en mayor porcentaje (81,25%) entre los pacientes con curso leve-moderado; b) Los pacientes con curso grave de la EC van más veces a la consulta con respecto a los pacientes con curso leve-moderado; c) La cirugía es más frecuente entre los pacientes con EC con patrón estenosante y fistulizante ($p = 0,002$) (tabla); d) En los primeros 5 años desde el diagnóstico existe más riesgo de que la EII sea más agresiva (figs. 1 y 2).



Conclusiones: Limitaciones del estudio a) Bajo número de pacientes analizados; b) Análisis retrospectivo. Fortalezas: a) Cohorte no seleccionada; b) Período de seguimiento extraordinariamente largo. La presencia de enfermedad perianal al diagnóstico influye en el pronóstico por lo que debemos ser más agresivos en el tratamiento de esta forma de presentación. La mayor gravedad de la enfermedad se concentra en los primeros años de seguimiento.

Factores de riesgo relacionados con el curso de la EC y la necesidad de cirugía (Qx)

Factores de riesgo y EC	Leve-moderada (n = 16)	Grave (n = 15)	p
Perianal (n, %)			0,007
No	13 (81,25%)	8 (53,33%)	
Sí	0 (0,00%)	6 (40,00%)	
Nº visitas/año (media, IC95%)	1,38 (IC95%: 0-2)	2,47 (IC95%: 1-4)	0,001
Nº total visitas (media, IC95%)	29 (IC95%: 0-45)	49,53 (IC95%: 25-83)	0,001
Factor de riesgo para Qx en la EC (%)	Cirugía no (n = 20)	Cirugía sí (n = 10)	p
Montr_A			
A1	4 (20,00%)	1 (10,00%)	0,040
A2	13 (65,00%)	3 (60,00%)	
A3	3 (15,00%)	6 (6,00%)	
Montr_B			
B1	17 (85,00%)	2 (20,00%)	0,002
B2	1 (5,00%)	4 (40,00%)	
B2	2 (1,00%)	4 (40,00%)	

84. ALTA PREVALENCIA DE ENTESOPATÍA DETECTADA POR ECOGRAFÍA CON DOPPLER PULSADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL SIN CLÍNICA DE ESPONDILOARTRITIS

E. Vicente^a, S. Pérez^b, M. Chaparro^{c,d}, F. Rodríguez-Salvanés^e, S. Castañeda^a y J.P. Gisbert^{c,d}

^aHospital de la Princesa, Servicio de Reumatología, IP, Madrid.

^bFundación Jiménez Díaz, Servicio de Reumatología, Madrid.

^cCIBERehd. Hospital de la Princesa: ^dServicio de Aparato Digestivo; ^eUnidad de Investigación, IP, Madrid.

Introducción: Una relevante proporción de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presentan manifestaciones músculo-esqueléticas, como artritis periférica, enfermedad axial y entesitis. La ecografía con doppler es más sensible que la exploración física para detectar entesopatía, por lo que podría ser una herramienta útil para identificar la afectación subclínica de entesitis y establecer un diagnóstico precoz de espondilitis.

Objetivo: Evaluar la presencia de entesitis con ecografía con Doppler pulsado (USDP) en pacientes con EII sin signos ni síntomas músculo-esqueléticos e identificar factores predictores de su aparición.

Métodos: Estudio transversal con reclutamiento prospectivo de pacientes con EII de la Unidad de Atención Integral de pacientes con EII durante 2.012. Se realizaron evaluaciones de la EII, reumatológicas y ecográficas, ciegas entre sí. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, las características de la EII (actividad, fenotipo, tiempo de evolución y subtipo clínico), la sobrecarga laboral y deportiva y los hallazgos músculo-esqueléticos. La evaluación mediante ecografía de 12 entesitis (triceps, cuádriceps, rotuliano proximal y distal, Aquiles y la fascia plantar, bilateralmente) en escala de grises (EG) y con USPD, según el Índice de Entesitis de Espondilitis Anquilosante de Madrid (MASEI), se realizó con ecógrafo LOGIQ7 (General Electric) y transductor lineal de 12 MHz. La concordancia intraobservador de la US se estimó en todas las imágenes obtenidas.

Resultados: Se han incluido hasta el momento 23 pacientes con EII (9 enfermedad de Crohn y 14 colitis ulcerosa, 56% varones). Características clínicas: edad 42 ± 12 años, tiempo de evolución 9 años (rango: 0,1-33), CDAI 28 ± 21 , índice de Mayo $0,4 \pm 1$, terapia con "medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad" (DMARD) en el 91% (durante $5,5 \pm 5$ años), VSG 12 ± 9 y PCR $0,12 \pm 0,1$. El 96% tenía un MASEI positivo (> 20), con una puntuación media de $35,2 \pm 9$. Se encontraron alteraciones en la EG en al menos 1 entesitis en el 100% de los pacientes: entesofitos o calcificaciones (100%), ecoestructura alterada (100%), aumento de grosor (100%), erosión (13%) y bursitis (34,8%). Los entesofitos y las calcificaciones fueron leves, moderadas y graves en el 61%, 26% y 13% de los pacientes, respectivamente. La señal USPD fue positiva en el 52% de los pacientes. No se encontró asociación entre las variables ecográficas y las clínico-analíticas. La concordancia intraobservador fue alta (0,8).

Conclusiones: La entesopatía ecográfica subclínica es frecuente en los pacientes con EII, con independencia de la actividad, el tiempo de evolución y el subtipo clínico. Su capacidad para predecir la afectación músculo-esquelética clínica debe ser investigada en estudios longitudinales prospectivos.

85. ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENEN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN QUE DESARROLLAN PATOLOGÍA NEOPLÁSICA?

H. León-Brito^a, M. Fraile González^a, M. Vicuña Arregui^a, A. Ciáurriz Munuce^b, I. Aresté Anduaga^a, A. Zúñiga Ripa^a, F. Estremera Arévalo^c, S. Rubio Iturria^a, M.J. Burusco Paternain^a, C. Jiménez López^a y A. Guerra Lacunza^a

^aComplejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Aparato Digestivo, Pamplona. ^bRed Asistencial Juaneda, Mallorca. ^cClínica San Miguel, Pamplona.

Introducción: Los tratamientos inmunomoduladores, la actividad inflamatoria crónica y la realización de pruebas diagnósticas con radiación ionizante como la tomografía computarizada, se han asociado a un aumento de la incidencia de neoplasias en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Objetivo: Describir las características de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) que han presentado neoplasias malignas tras el diagnóstico de EII en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron los pacientes con EC atendidos en nuestro hospital hasta septiembre de 2012 y se analizaron los que desarrollaron un tumor maligno a lo largo de su seguimiento. Se excluyeron aquellos enfermos con diagnóstico de patología tumoral previo al de la EC o con historia clínica incompleta. Se recogieron variables demográficas y clínicas incluyendo clasificación de Montreal, tiempo de evolución de la EII, tratamiento médico o quirúrgico recibido y dosis de radiación ionizante acumulada hasta el diagnóstico de la neoplasia.

Resultados: Se registraron 235 sujetos con EC de los cuales 9 (3,83%) desarrollaron tumores malignos. 55,6% eran mujeres, con edad media al diagnóstico de la EC de 48 años (DE 19,65), y una media de evolución de la EC de 11 años (DE 9,19, rango: 2-29) hasta el diagnóstico del tumor. Se diagnosticaron 4 cánceres de mama, 3 tumores hematológicos (dos linfomas, una leucemia), una neoplasia vesical y un seminoma. Seis enfermos presentaban una EC con comportamiento inflamatorio (Montreal B1), uno estenosante (B2) y dos fistulizante (B3). Tres tenían afectación ileal (L1), 2 colónica (L2) y 4 ileocólica (L3); un paciente presentaba además afectación del TGI superior (L4) y 4 enfermedad perianal. La duración media del tratamiento con 5-ASA había sido de 78 meses y con tiopurinas 27,33 meses. Sólo un paciente recibió tratamiento con anti-TNF combinado con azatioprina durante 9 meses, que se suspendió por presentar encefalitis multifocal por VEB. La dosis media de radiación acumulada por paciente fue 34,22 Gy (DE 20,34).

Conclusiones: 1. En las mujeres de nuestra muestra el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente, encontrando una mayor incidencia que en la población general (363,3 casos/100.000 habitantes/año frente a los 50,9 casos/100.000 habitantes/año en la población española). 2. Los casos de tumores hematológicos suponen un 33% de los diagnosticados en nuestra muestra. 3. Se precisan estudios comparativos y análisis multivariantes de muestras mayores para valorar qué factores y en qué medida aumentan el riesgo de neoplasias en enfermos con EC.

86. ALTA PREVALENCIA DE SINOVITIS ECOGRÁFICA SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

E. Vicente^a, S. Pérez^b, M. Chaparro^{c,d}, F. Rodríguez-Salvanés^e, S. Castañeda^a y J.P. Gisbert^{c,d}

^aHospital de la Princesa, Servicio de Reumatología, IP, Madrid.

^bFundación Jiménez Díaz, Servicio de Reumatología, Madrid.

^cCIBERehd. Hospital de la Princesa: ^dServicio de Aparato Digestivo; ^eUnidad de Investigación, IP, Madrid.

Introducción: Una relevante proporción de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presentan manifestaciones músculo-esqueléticas, como artritis periférica, enfermedad axial y entesitis. La ecografía con doppler es más sensible que la exploración física para detectar sinovitis, por lo que puede ser útil para identificar la afectación articular subclínica en pacientes con EII y establecer un diagnóstico precoz de la artritis asociada a la EII.

Objetivo: Evaluar la presencia de sinovitis con ecografía con Doppler pulsado (USDP) en enfermos con EII sin manifestaciones

músculo-esqueléticas e identificar factores predictores de su aparición.

Métodos: Estudio transversal con reclutamiento prospectivo de pacientes con EII de la Unidad de Atención Integral de pacientes con EII durante 2012. Se realizaron evaluaciones de la EII, reumatológicas y ecográficas, ciegas entre sí. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, las características de la EII (actividad, fenotipo, tiempo de evolución y subtipo clínico), la sobrecarga laboral y deportiva y los hallazgos músculo-esqueléticos. La evaluación ecográfica consistió en la detección de sinovitis en escala de grises (EG) y con USDP en 44 articulaciones (esternoclavicular, acromioclavicular, glenohumeral, codo, carpo, MCF, IFP, rodilla, tobillo y MTF, bilateralmente) usando un ecógrafo LOGIQ7 (General Electric) con transductor lineal de 12 MHz. Se valoró la sinovitis de forma categórica (presente/ausente) y semicuantitativa. La concordancia intraobservador se estimó en todas las imágenes obtenidas.

Resultados: Se han incluido hasta el momento 23 pacientes con EII (9 enfermedad de Crohn y 14 colitis ulcerosa, 56% varones). Características clínicas: edad 42 ± 12 años, tiempo de evolución 9 años (rango: 0,1-33), CDAI 28 ± 21 , índice de Mayo $0,4 \pm 1$, terapia con "medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad" (DMARD) en el 91% (durante $5,5 \pm 5$ años), VSG 12 ± 9 y PCR $0,12 \pm 0,1$. Se observó derrame articular e hipertrofia sinovial leve-moderada en EG en al menos 1 articulación en el 91% y 100%, respectivamente, siendo poliarticular (= 5 articulaciones) en el 48% y 74%, respectivamente. El 48% de los pacientes tenía señal USDP leve o moderada. El derrame articular y la hipertrofia sinovial fueron más frecuentes en MTF, MCF y carpo y la señal USDP en carpo y rodilla. No se encontró asociación entre las variables ecográficas y las clínico-analíticas. La concordancia intraobservador fue alta (0,8).

Conclusiones: Las alteraciones ecográficas articulares subclínicas son frecuentes en los pacientes con EII y no parecen relacionarse con sus características clínicas. Se necesitan estudios longitudinales prospectivos para definir su valor predictivo de enfermedad músculo-esquelética clínica.

87. RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON AGENTES BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA COHORTE DE 117 PACIENTES

L. Ramos, A. Hernández Camba, M. Carrillo Palau, I. Alonso Abreu, N. Hernández Álvarez-Buylla y E. Quintero Carrión

Hospital Universitario de Canarias, Servicio de Aparato Digestivo, Tenerife.

Introducción: Varios ensayos clínicos han demostrado la eficacia y seguridad de los agentes anti-TNF (aTNFa) para inducir la remisión clínica mantenida en la enfermedad de Crohn (EC) luminal y fistulizante. Sin embargo, se dispone de pocos datos sobre el uso de aTNFa en la práctica clínica habitual.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con aTNFa en pacientes con EC durante un período de 5 años.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye a todos los pacientes con EC tratados con aTNFa entre enero de 2007 y diciembre de 2012. Se registraron las siguientes variables: fecha del diagnóstico, extensión de la enfermedad, tratamiento previo al uso de aTNFa, respuesta clínica inicial y mantenida a los 3-6 meses y al final del período de seguimiento, causas de retirada del tratamiento, efectos adversos del aTNFa, uso concomitante de corticoides, tasa de hospitalización y la realización de cirugía durante y después del tratamiento con aTNFa. Se consideró respuesta clínica inicial (RCI) cuando se observaba una mejoría persistente y significativa de los síntomas.

Resultados: Se incluyeron 117 pacientes con EC (60 hombres) con edad media $40,3 \pm 12$ años, que fueron tratados con infliximab-

IFX (n = 86) o adalimumab-ADA (n = 31). La principal indicación de aTNFa fue la corticodependencia (40%), asociada al uso de inmunomoduladores (89%). El tiempo medio de seguimiento fue $40,3 \pm 16,8$ meses. Cinco pacientes recibieron tratamiento de inducción. El tiempo medio de tratamiento con aTNFa fue 25 ± 21 meses. Presentaron RCI 85 (72%) y 88 (75%) de los pacientes a los 3 y 6 meses, respectivamente. Al año de seguimiento se observó un descenso de los niveles de proteína C reactiva sérica (PCR) de $23,4 \pm 34$ ng/ml a $8,4 \pm 20$ ng/ml ($p < 0,001$). El tratamiento con aTNFa fue retirado en 62 (53%) pacientes (55 IFX/7 ADA). Las razones fueron: efectos secundarios 12 (11%), pérdida de respuesta 15 (13%) y remisión clínica sostenida 25 (21%). Veinticuatro (20%) pacientes cambiaron de aTNFa y mantuvieron la remisión clínica. La tasa de recaída tras la retirada de aTNFa fue 16%, tras un tiempo medio de seguimiento de 19 meses.

Conclusiones: 1) Tres de cada cuatro pacientes con EC se mantienen en remisión clínica a los 5 años de tratamiento con aTNFa; 2) En los pacientes no respondedores al tratamiento con biológicos y los que recaen tras su retirada requieren la evaluación de nuevas pautas de tratamiento.

88. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR SOBRE EL DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DE NEOPLASIAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

G. Ontanilla Clavijo, E. Leo Carnerero, C. Trigo Salado, M.D. de la Cruz Ramírez, A. Araujo Míguez, J.M. Herrera Justiniano y J.L. Márquez Galán

Hospital Virgen del Rocío, UGC Aparato Digestivo, Sevilla.

Objetivo: Conocer la incidencia de neoplasias de cualquier es- tirpe en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), así como la relación con los tratamientos inmunomoduladores y biológicos tanto en cuanto al riesgo de padecerlas como en la evolución de las mismas.

Métodos: Análisis retrospectivo que incluye 510 pacientes con diagnóstico de EII: 328 enfermedad de Crohn (EC), 172 colitis ulcerosa (CU) y 10 colitis no clasificable (CNC), considerando estas dos últimas de forma conjunta para el análisis. Recogemos características demográficas, consumo de tabaco y alcohol, características fenotípicas de la EII, uso de inmunosupresores (IS) -azatioprina (AZA), metotrexate (MTX), fármacos antiTNF- en monoterapia o de forma combinada.

Resultados: La edad al diagnóstico de EII es de 31,3 años (rango 3-80) y el tiempo de seguimiento de 9,69 años (0-41). En los pacientes con EC predomina el fenotipo A2 (66%), L1-L3 (40 y 45%) y B1 (49,5%), con afectación perianal en 100 casos (30,5%), mientras en CU el 62% presentan colitis extensa. Entre los pacientes con EC el uso de cualquier tratamiento IS se indica en el 248/328 pacientes (76%) y en el grupo CU-CNC en 68/182 (37,3%), siendo en ambos casos AZA el fármaco más utilizado (242 pacientes en EC y 65 en CU-CNC). Son tratados con MTX en EC y CU-CNC 41 y 9 pacientes, con infliximab 79 y 27 y con adalimumab 66 y 5, respectivamente. El uso de al menos dos IS concomitantes es llevado a cabo en 111/510 pacientes (21,8%). Un total de 28/510 (5,5%) pacientes presentan algún tipo de neoplasia en algún momento de su vida, 5 de ellos antes del diagnóstico de la EII. Tras el mismo, se diagnostican 23 neoplasias (4,5% de los pacientes). Entre todos los factores analizados tan solo encontramos el consumo de etanol como factor de riesgo para el desarrollo de neoplasias (5/37 -13,5%- vs 18/473 -3,8%-, $p 0,02$). Los pacientes tratados en cualquier momento con IS desarrollan neoplasias tras el diagnóstico de EII en 12/316 (3,3%) vs 11/194 (5,7%) entre los nunca tratados con IS ($p 0,3$), independientemente del tipo de IS utilizado y de si utilizamos terapia combinada en algún momento (neoplasias en 3/111 -2,7%) o no (20/399 -5%-). En los 7 pacientes en que se retira el IS

la EII permanece inactiva en 2 casos, mientras que recidiva en los 5 restantes (uno de ellos precisa cirugía) tras un seguimiento de 2 años. Sin embargo, la edad media al diagnóstico de la neoplasia es inferior en los pacientes tratados con IS (46,5 vs 58 años, $p=0,06$) y tras una media de seguimiento de 3,13 años la tasa de mortalidad de los pacientes en tratamiento IS es del 25% (3/12) frente al 9% (1/11) en los pacientes no inmunosuprimidos.

Conclusiones: El uso de fármacos IS no favorece el desarrollo de neoplasias, incluso en terapia combinada. Sin embargo, cuando aparecen estas son más agresivas pues ocurren a edades más tempranas y en estadios más avanzados, con una mayor tasa de mortalidad debida a la neoplasia a corto plazo.

89. TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS ANTI-TNFA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL EN 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO

I. Gorroño Zamalloa, M. Escalante Martín, L. Hijona Muruamendiaraz, S. Martín Arriero, L. Martín Asenjo, S. Romero Izquierdo, M.A. Ogueta Fernández, N.M. Irazábal Remuñain, Y. Palma Verdúñez, C. Molina Álvarez, L.F. Eraña Ledesma, I. Azagra de Miguel y M. Álvarez Rubio

Hospital Universitario de Álava, Gastroenterología, Álava.

Introducción: La terapia con biológicos infliximab (IFX) y adalimumab (ADA) ha demostrado ser eficaz tanto en inducción de la remisión en brotes moderado-severos corticorefractarios así como en el tratamiento de mantenimiento de enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye 49 pacientes de nuestro hospital con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que han recibido tratamiento con IFX y/o ADA desde 2004 hasta la actualidad.

Resultados: Analizamos 49 pacientes: 26 (53%) hombres y 23 (47%) mujeres con edad media de 38,9 años al diagnóstico de la enfermedad, de los cuales 37 (75,5%) con EC y 12 (24,5%) CU. 14 (28,6%) presentaron afectación ileal; 10 (20,4%) pancolónica; 7 (14,2%) con enfermedad perianal; 6 (12,2%) colon izquierdo; 5 (10,2%) ileal y colon derecho; 3 (6,1%) ileal y pancolónica; y 4 (8,3%) otros. Respecto al patrón: 16 (32,7%) fistulizante; 8 (16,3%) estenosante; 5 (10,2%) mixto y 2 (4,1%) mixto con afectación perianal. 35 pacientes (71,4%) recibieron IFX y 14 (28,6%) ADA. La edad media del inicio del biológico fue de 46,3 años. En 10 (20,4%) se inició al diagnóstico de la enfermedad y la latencia media del inicio del biológico fue 7,3 años. 21 pacientes (42,9%) presentaron efectos secundarios durante el tratamiento. Se detectaron 6 (12,2%) neoplasias; 5 (10,2%) fiebre sin foco; 5 (10,2%) astenia; 4 (8,2%) reacciones infusionales agudas (RIA); 2 (4,1%) reacciones cutáneas y 2 (4,1%) infecciones. Las neoplasias diagnosticadas fueron: ADC colon (1), carcinoma ductal infiltrante de mama (1), sarcoma leiomiomático extremidad inferior derecha (1), carcinoma epidermoide de laringe (1), carcinoma urotelial vesical (1) y carcinoma microcítico de pulmón (1). En 4 (8,2%) de los pacientes se detectó neoplasia durante el primer año de tratamiento; la neoplasia de colon y el sarcoma a los 3 y 4 años respectivamente. Los pacientes con neoplasia laríngea, vesical y pulmonar tenían un índice acumulado (IA) medio de 50 paq/año. Respecto a las infecciones, una paciente presentó TBC abdominal (1) y otra infección por el VEB. Un paciente (2%) presentó de forma paradójica cuadro psoriasiforme secundario a IFX. En 12 (57,1%) de los 21 pacientes con efectos secundarios se suspendió el tratamiento biológico. En 6 (12,2%) se modificó tratamiento por un segundo biológico por fracaso terapéutico.

Conclusiones: El 57,1% de los pacientes que recibieron tratamiento con biológicos no presentaron efectos adversos. Se detectaron 6 neoplasias de las cuales 4 presentaban otros claros factores de riesgo atribuibles (tabaquismo activo y EII > 20 años de evolución en el ADC colon).

90. EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CON MESALAZINA MMX EN MONOTERAPIA

F. Gallardo Sánchez^a, A. Pérez González^a, L. Miras Lucas^a, A. Hernández Martínez^b, C. Heredia Carrasco^c y F.J. Gallego Rojo^a

^aHospital de Poniente, El Ejido, Almería. ^bHospital de Torrecárdenas, Almería. ^cHospital del Toyo, Almería.

Introducción: El ácido 5-aminosalicílico (5-ASA) se considera el tratamiento de primera línea de la CU de leve a moderadamente activa. Actualmente se disponen de formulaciones tanto orales como tópicas y se pueden utilizar independientemente o en combinación, dependiendo de la extensión y la gravedad de la inflamación del colon. En las principales guías de tratamiento (Guías GETECCU), el 5-ASA tópico es el tratamiento de primera elección para el tratamiento de CU distales ya que alcanza mayores concentraciones del fármaco a nivel de la mucosa afecta. Sin embargo, la preferencia de los pacientes es, a menudo, la vía oral (en una encuesta realizada en Reino Unido más del 80% de los pacientes con EICI preferían el tratamiento con 5-ASA oral frente al tópico). Éste hecho incide de forma crucial en la adhesión del paciente al tratamiento prescrito.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica en Pub Med, Medscape para evaluar la eficacia del tratamiento de 5-ASA por vía rectal frente a tratamientos orales en el tratamiento de la CU distal leve a moderadamente activa. Únicamente se dispone de un estudio (Prantera et al. 2005), en el que se compara tratamiento en monoterapia de mesalazina MMX oral, vs mesalazina rectal, con la conclusión de que la eficacia de ambos tratamientos es similar. Ante la escasez de estudios comparativos entre ambas vías de administración se ha planteado una recogida de datos de pacientes en brote en tratamiento con mesalazina MMX en monoterapia.

Resultados: Tomando la experiencia clínica en el tratamiento de la CU como punto de partida, se diseñó en estudio retrospectivo para recoger datos clínicos en 3 hospitales de Almería, donde existen pacientes con CU izquierda, proctosigmoiditis o proctitis en tratamiento con mesalazina MMX en monoterapia en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2012 a diciembre de 2013. Para ello se ha propuesto un cuestionario en el que a través de 12 preguntas se prevé recoger la práctica clínica habitual en 50 pacientes. Se incluyen variables referentes al diagnóstico, tratamiento previo y actual, eficacia y seguridad.

Conclusiones: Los datos publicados y los resultados preliminares plantean una nueva alternativa terapéutica eficaz en el tratamiento de la CU leve-moderada: el tratamiento en monoterapia con mesalazina MMX.

91. ESTUDIO COMPARATIVO DE CALIDAD DE VIDA TRAS ANASTOMOSIS ILEOANAL VS ILEORECTAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE COLITIS ULCEROSA. NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA

I. Ganchegui, I. Duca, M.R. Calderón, S. Estrada, P. Ramírez de la Piscina, K. Spicakova, L. Urtaun, A. Campos, S. Zabaleta, F. García Campos, E. Delgado Fontaneda, M. Salvador Pérez, R. Bengoa Hernández y J.M. López Barbarín

Hospital Universitario Araba, Sede Txagorritxu, Álava.

Introducción: A pesar de los avances en el tratamiento médico, un considerable porcentaje de pacientes con colitis ulcerosa (CU) deberá someterse a una colectomía a lo largo de su vida. Las principales indicaciones quirúrgicas son el fracaso del tratamiento médico y el desarrollo de complicaciones severas. El tratamiento quirúrgico de elección es la proctocolectomía total con anastomosis ileoanal (AIA). Otras técnicas alternativas son la colectomía total con anastomosis ileorectal (AIR) y la coloproctectomía con

ileostomía terminal. El objetivo de este estudio es comparar los resultados en cuanto a la calidad de vida de los pacientes con CU que han sido sometidos a colectomía total con AIA frente a la AIR.

Métodos: Del total de 317 pacientes diagnosticados de CU en nuestro centro, 15 han sido sometidos a una colectomía total. Se realiza un estudio retrospectivo comparativo de la calidad de vida mediante la recogida de datos de los evolutivos médicos y la evaluación de un cuestionario de calidad de vida (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire-32) que nueve de los pacientes respondieron.

Resultados: Dos tercios de los pacientes eran mujeres. La edad media en el momento de la intervención fue de 33,8 años siendo la edad media actual de 52,7 años. A cinco se les realizó proctocolectomía total con AIA y al resto colectomía con AIR. El 100% de los pacientes con AIR requiere tratamiento con azatioprina (AZA) combinado con 5-ASA tópico en el 50%. Todos los pacientes con AIA precisan tratamiento con probióticos, asociado a antidiarreicos en uno de los casos, a budesonida en otros dos y a AZA en los dos últimos. Basándonos en las respuestas del cuestionario, objetivamos mejores resultados funcionales en cuanto al meteorismo, la hinchazón abdominal, el número y la consistencia de las deposiciones, así como la continencia nocturna y diurna en los pacientes con AIR. Sin embargo no se objetivan diferencias significativas con respecto a la frecuencia de sangrado, la aparición de problemas sexuales, la dificultad para mantener un peso estable, la afección psicosocial ni en la esfera emocional. Cabe destacar que todos nuestros pacientes han obtenido puntuaciones que traducen una alta calidad de vida, siendo la media más elevada en el grupo a los que se les ha practicado una AIR. Ninguno de los pacientes con AIR ha desarrollado neoplasia en el muñón rectal.

Conclusiones: La AIA está considerada la técnica quirúrgica de elección en pacientes con CU sometidos a colectomía. Sin embargo tras revisar los resultados de nuestra serie no se objetiva ninguna clara ventaja en cuanto a la calidad de vida de la AIA, obteniendo incluso mejores resultados en algunos aspectos en los pacientes a los que se les ha realizado AIR. Por ello consideramos que la AIR podría ser útil en casos seleccionados, precisando un estricto seguimiento clínico y endoscópico por el mayor riesgo de desarrollar cáncer, sin excluir la posibilidad de transformar la cirugía a AIA en caso necesario.

92. EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO CON AZATIOPRINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

P. Ramírez de la Piscina Urraca, S. Estrada Oncins, I. Duca Duca, K. Spicakova, L. Urtasun Arlegui, I. Ganchegui Aguirre, A. Campos Ruiz, M.R. Calderón Ramírez, M. Salvador Pérez, E. Delgado Fontaneda, R. Bengoa Hernández y F. García Campos

Hospital Universitario Araba, Sede Txagorritxu, Álava.

Introducción: La azatioprina (AZA) es un fármaco cada vez más empleado en la práctica clínica en la EII. Ha demostrado su eficacia en pacientes con colitis ulcerosa (CU) (corticodependiente/refractaria) así como en enfermedad de Crohn (EC). A pesar de su eficacia no está exento de efectos secundarios.

Objetivo: Nuestro objetivo es analizar la frecuencia y tipo de efectos adversos y cómo éstos modificaron nuestra actitud terapéutica en una serie consecutiva de 198 pacientes diagnosticados de EII (CU y EC), tratados con AZA.

Métodos: Se han incluido 198 pacientes consecutivos, recogidos en la base de datos de nuestro Servicio, a los que se les había indicado tratamiento con AZA. El 50,5% eran mujeres. El 43,4% estaban diagnosticados de CU y el 56,6% presentaban EC. Un 16,1% de los pacientes con EC, presentaba concomitantemente enfermedad perianal. Las indicaciones de tratamiento con azatioprina fueron, en CU: el 81,4% por corticodependencia y el 18,6% por corticorre-

fractariedad. En EC, el 49,1% presentaba un patrón inflamatorio, el 30,3% estenosante y el 20,6% fistulizante.

Resultados: Se recogieron un total de 42 efectos adversos (21,2%), no objetivándose más de uno por paciente. En el 54,7% de los pacientes fue precisó la suspensión del fármaco, sin evidenciarse desenlace fatal en ninguno de ellos. En tabla se resumen estos acontecimientos adversos y si la necesidad o no de modificar o suspender la dosis de AZA.

Efectos adversos (EA)	EC (pacientes)	CU (pacientes)	% total EA	Actitud terapéutica: Suspensión/ Reducción
Dispepsia	1	5	3%	83%/0%
Colestasis	4	4	4%	50%/25%
Elevación transaminasas	2	6	4%	50%/12,5%
Pancreatitis aguda	2	3	2,5%	100%/0%
Mielotoxicidad	5	4	4,5%	44,4%/33,3%
Leve	2	3		
Grave	3	1		
Infecciones	3	0	1,5%	0/0
Neoplasias	0	0	0	0/0
Otros	2 alopecia	1 sofocos	1,5%	66,6%/0

Conclusiones: La AZA es un fármaco eficaz y seguro para el control de la EII, no exento de efectos secundarios, que en general son leves y reversibles tras su suspensión o reducción de dosis. El porcentaje de efectos secundarios en nuestra serie es del 21,2%, ligeramente superior al descrito en la literatura (15%). Los efectos adversos más frecuentes objetivados fueron; mielotoxicidad (4,5%), alteración perfil hepático (8%), dispepsia (3%) y pancreatitis aguda (2,5%), sin documentar ningún caso de neoplasia, ni fallecimiento.

93. INFECCIÓN POR *LISTERIA MONOCYTOGENES* EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL NO TRATADOS CON ANTI-TNF

G. Ontanilla Clavijo, E. Leo Carnerero, C. Trigo Salado, M.D. de la Cruz Ramírez, A. Araujo Míguez, J.M. Herrera Justiniano y J.L. Márquez Galán

Hospital Virgen del Rocío, UGC Aparato Digestivo, Sevilla.

Introducción: *L. monocytogenes* (Lm) es un microorganismo Gram positivo aerobio, intracelular facultativo. Produce infección en ancianos, embarazadas y pacientes inmunodeprimidos. Esta es controlada por la inmunidad celular, en la que el anti-TNF- α tiene especial relevancia. La terapia anti-TNF predispone a la infección por listeria, mientras que no existe una relación tan clara con otros inmunosupresores (corticoides, metotrexato o azatioprina). Recogemos una serie de 3 casos de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal no tratados con anti-TNF que padecieron infección por Lm.

Métodos: Estudio descriptivo de las características generales, enfermedad, tratamiento inmunosupresor y evolución de 3 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que desarrollaron infección por Lm.

Resultados: Caso 1: varón de 20 años de edad con enfermedad de Crohn (EC) ileocolónica fistulizante diagnosticado en 2004, con tratamiento de mantenimiento con MTX desde 2010 (15 mg/7 días).

Ingresa tras 14 días con heces con sangre en número mayor al habitual (15-18/día) y fiebre de hasta 41 °C, con signos meníngeos negativos, en un contexto familiar de gastroenteritis aguda. Se extrajeron hemocultivos y se inició corticoides (CE) intravenosos y antibióterapia de amplio espectro. Finalmente se aisló Lm en los hemocultivos al ingreso. Se trató con ampicilina (14d) y gentamicina (5d), siendo dado de alta a los 21 días. Caso 2: mujer de 35 años con EC ileocólica estenosante desde 2001. En julio 2005, tras brote de actividad tratado con CE intravenosos y deflazacort en pauta descendente y metotrexato (25 mg/7d), comienza tras 10 días con cefalea occipital y vómitos. Dada la alta sospecha de infección del SNC, se realiza punción lumbar. Lm se aisló en el cultivo del LCR. Tras antibióterapia con ampicilina (14d) y gentamicina (7d) fue dado de alta tras 22 días de ingreso. Caso 3: varón de 60 años diagnosticado de proctitis ulcerosa en 2008. Ingresa en abril de 2009 por brote de actividad de la enfermedad tratado con CE intravenosos y al alta con deflazacort en pauta descendente y azatioprina (100 mg/d). 18 días después reingresa por fiebre y dolor de cabeza de 3 días de evolución. Se realizan punción lumbar y hemocultivos. Este permitió el diagnóstico microbiológico: *Listeria monocytogenes*. Tras 21 días de ampicilina junto con gentamicina (5d) fue dado de alta tras 23 días de ingreso.

Conclusiones: Presentamos tres casos de listeriosis (2 meningitis y 1 gastroenteritis), una infección oportunista con una mortalidad del 20-30%, en pacientes con EII y terapia inmunosupresora, una patología especialmente poco frecuente en aquellos que no reciben terapia anti-TNF, por lo que en estos casos es muy importante mantener una alta sospecha clínica, sobre todo ante la presencia de signos meníngeos pues un tratamiento precoz mejora significativamente el pronóstico.

94. MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. SERIE DE 9 CASOS CLÍNICOS

I. Duca Duca, I. Ganchegui Aguirre, L. Urtasun Arlegui, K. Spicakova, P. Ramírez de la Piscina Urraca, A. Campos Ruiz, S. Estrada Oncins, M.R. Calderón Ramírez, M. Salvador Pérez, R. Bengoa Hernández, E. Delgado Fontaneda y F. García Campos

Hospital Universitario Araba, Sede Txagorritxu, Álava.

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC) se asocian frecuentemente a diferentes manifestaciones ex-

traintestinales, pudiendo afectar entre otros al sistema nervioso central y periférico, con un amplio espectro clínico. Los síntomas neurológicos pueden coincidir en el tiempo con el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), precederlo o aparecer años después de la afectación digestiva. La prevalencia y la incidencia exacta de las complicaciones neurológicas asociadas a la EII es desconocida, variando en las escasas series retrospectivas del 0,2% al 35%. Aunque la fisiopatología de las manifestaciones neurológicas no está del todo clara, se han descrito hasta seis mecanismos diferentes (inmunológico, infeccioso, vascular, metabólico, malabsortivo y tóxico-medicamentoso) que pueden actuar aisladamente o combinados.

Métodos: Se presentan en la tabla.

Resultados: En nuestra experiencia, la afectación neurológica se dio en el 1.3% de los pacientes con EII, observándose una predominancia de la afectación en el sexo masculino (55%). La clínica neurológica precedió a la sintomatología digestiva en cinco de los casos. La afectación intestinal fue moderada-grave en siete de los pacientes, precisando inmunosupresión con azatioprina tres de ellos y tratamiento quirúrgico en dos de los casos. La afectación neurológica fue severa en el 60% de los pacientes, siendo invalidante en uno de los casos.

Conclusiones: Dado que las manifestaciones neurológicas asociadas a la EII pueden pasar desapercibidas inicialmente en la mayoría de los casos, sería recomendable remitir a estos pacientes al especialista ante la mínima sospecha clínica. Esto permitiría un diagnóstico y tratamiento precoz, mejorando su evolución y pronóstico. En la literatura se recogen principalmente series de casos clínicos, por lo que son necesarios estudios multicéntricos para conseguir un mejor manejo diagnóstico y terapéutico de estos pacientes.

95. HISTORIA NATURAL A LARGO PLAZO DE LA RECURRENCIA POSQUIRÚRGICA EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO PREVENTIVO CON AZATIOPRINA

M. Mañosa, Y. Zabana, L. Marín, I. Bernal, J. Boix, M. Piñol, E. Cabré y E. Domènech

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Unitat de Malaltia Inflamatòria Intestinal, Servei d'Aparell Digestiu, CIBERehd, Badalona.

Introducción: La recurrencia posquirúrgica (RPQ) en la enfermedad de Crohn (EC) aparece en > 75% después de resección intestinal

PAC	Sexo	Edad EII	DX EII	Tto EII	Edad NRL	DX NRL	Tto NRL
1	M	36	Ileítis de Crohn, patrón inflamatorio	5-ASA	19	EM	Metilprednisolona
2	M	24	Colitis ulcerosa extensa moderada	5-ASA	42	Trombosis venosa seno transversal	Acenocumarol
3	V	48	Ileocolitis de Crohn p. inflamatorio moderado	AZA	34	EM	Metilprednisolona
4	V	55	Rectitis ulcerosa leve	5-ASA	35	Enf. Wilson	D-Penicilamina + Piridoxina
5	M	54	Pancolitis fulminante	IQ	45	EM + Edema papila bilateral + uveítis	Baclofeno
6	V	42	Ileocolitis de Crohn p. inflamatorio moderado	5-ASA	52	NOIA OD	-
7	V	28	Rectosigmoiditis ulcerosa moderada	5-ASA	39	Corea Huntington	Tetrabenazina + Haloperidol
8	V	27	Ileocolitis de Crohn fistulizante estenosante	IQ	58	Siderosis superf SNC	-
9	M	69	Ileocolitis de Crohn p. inflamatorio grave	AZA	67	PNP axonal S-M grave asoc a Acs antigangliósidos	IGs

si no se instaura tratamiento preventivo. Azatioprina (AZA) es el fármaco más prescrito en la actualidad para prevenir la RPQ, pero se desconoce su eficacia a largo plazo y no está establecido el seguimiento a realizar si no existe RPQ al año de la cirugía.

Objetivo: Evaluar la evolución endoscópica y clínica de la EC a largo plazo tras resección con anastomosis y tratamiento preventivo precoz con AZA.

Métodos: A partir de una base de datos específica en la que se incluyen y siguen prospectivamente todos los pacientes con EC sometidos a resección con anastomosis en nuestro centro desde 1998, se identificaron aquellos que iniciaron AZA (asociada o no a metronidazol o 5ASA) en el primer mes tras la cirugía y con un seguimiento mínimo de 3 años. Se definió recurrencia endoscópica (RE) como la existencia de un índice de Rutgeerts > 1, recurrencia clínica (RC) como la aparición de sintomatología que requiriese cambios del tratamiento para la EC y recurrencia quirúrgica (RQ) como la necesidad de cirugía. Definimos un "outcome" combinado como cualquiera de los siguientes eventos: rescate con agentes biológicos, RC o RQ.

Resultados: Se incluyeron 189 pacientes (57% hombres, 64% fumadores en el momento de la cirugía, 54% patrón penetrante). El 58% de los pacientes presentaron RE después de una mediana de 22 meses (IIQ: 11,5-44,5). A los 3, 5 y 10 años, la probabilidad acumulada de RE fue de 35%, 48% y 59%, la probabilidad de RC fue de 18%, 27% y 34% y la de RQ fue de 3%, 10% y 16%, respectivamente. El único factor asociado a RPQ fue el tabaquismo activo después de la cirugía. La probabilidad de presentar el outcome combinado fue del 21%, 23% y 46%, a los 3, 5 y 10 años. En aquellos pacientes sin RE en el primer control endoscópico, la probabilidad de RC fue del 14%, 22% y 27%, la de RQ del 6%, 9% y 9%, y del outcome combinado del 13%, 26% y 38%, a los 3, 5 y 10 años de la cirugía respectivamente. La probabilidad acumulada de RC o RQ fue significativamente mayor en aquellos que presentaban RE precoz (en el primer control tras la cirugía -p = 0,044 y p = 0,05-).

Conclusiones: El uso de AZA tras resección quirúrgica en la EC se asocia a una baja tasa de RC y RQ, probablemente debido a la introducción de agentes biológicos de rescate en caso de RE avanzada. En pacientes sin RE precoz, a pesar de que presentar un menor riesgo, existe una lenta pero constante incidencia de RE y RC que sugiere la necesidad de monitorización de RPQ en estos pacientes de forma indefinida.

sica (TT), cuya tasa de erradicación ha disminuido hasta alcanzar valores inaceptables.

Objetivo: Realizar un metaanálisis de los estudios que comparan SEC frente a TT para la erradicación de *H. pylori*.

Métodos: Selección de estudios: Ensayos clínicos aleatorizados que compararan SEC (10 días) y TT (al menos 7 días) para la erradicación de *H. pylori*. Estrategia de búsqueda: Electrónica y manual hasta noviembre de 2013. Síntesis de los datos: Diferencias en la tasa de erradicación "por intención de tratar" entre SEC y TT. Diferencia de riesgos por análisis de subgrupos y metaregresión para examinar las posibles fuentes de heterogeneidad entre los estudios.

Resultados: Se han incluido finalmente 33 ensayos clínicos aleatorizados, con un total de 9.750 pacientes tratados (4.542 con SEC y 5.208 con TT). El análisis en su conjunto mostró que SEC era significativamente más efectiva (84% vs 74% en el análisis "por intención de tratar"; OR = 2,07; IC95% = 1,64-2,61; p < 0,001). Los resultados fueron muy heterogéneos (I² = 77%), y 11 estudios no mostraron diferencias significativas entre ambas terapias. Subanálisis: en los pacientes con infección resistente a claritromicina o que reciben esomeprazol o rabeprazol se obtuvo un mayor beneficio con SEC. No se demostraron diferencias al comparar SEC frente a TT de 14 días. Aunque, globalmente, la tasa media de erradicación superó el 80%, se comprobó una tendencia a una menor eficacia con SEC en los estudios más recientes (regresión ponderada -2% anual con SEC frente a -0,5% anual con TT), y en los estudios realizados fuera de Italia (OR = 1,57 vs 4,09). Metaregresión: la duración del tratamiento, los estudios italianos, los pacientes con úlcera péptica y aquellos con resistencia bacteriana a claritromicina explicaron el 70% de la variabilidad entre los estudios. La tasa de erradicación con SEC fue un 18% mayor que con TT en presencia de resistencia bacteriana a claritromicina. Igualmente, SEC fue más eficaz que TT en un 10%, 9% y 9% con pautas triples de 7 días de duración, en los estudios italianos y en las poblaciones con alta prevalencia de resistencia a claritromicina, respectivamente.

Conclusiones: El presente metaanálisis confirma que SEC es, en general, más efectiva que TT. En especial, frente a la triple terapia clásica de 7 días, en pacientes con úlcera péptica, en Italia o en poblaciones con una alta prevalencia de resistencia a claritromicina. No obstante, la ventaja de SEC sobre TT parece ir disminuyendo con el tiempo, por lo que se debería realizar un análisis actualizado y continuado antes de recomendar un cambio generalizado en la elección del tratamiento erradicador de *H. pylori* de primera línea.

Esófago-Estómago-Duodeno

96. METAANÁLISIS DE LA TERAPIA SECUENCIAL FRENTE A LA TRIPLE TERAPIA CLÁSICA PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*: RESULTADOS FINALES DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA COCHRANE

O.P. Nyssen^a, A.G. McNicholl^{b,c}, F. Mégraud^d, V. Savarino^e, G. Oderda^f, C. Fallone^g, L. Fischbach^h, F. Bazzoliⁱ y J.P. Gisbert^{a,b}

^aHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid.

^bCIBERehd. ^cHospital de la Princesa, Servicio de Análisis Clínicos, IP, Madrid. ^dHôpital Pellegrin, Bordeaux, Francia. ^eUniversità di Genova, Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Italia. ^fUniversità del Piemonte Orientale, Paediatric Endoscopy Units, Novara, Italia. ^gMcGill University Health Centre, Medicine, Montreal, Canadá. ^hUniversity of North Texas Health Science Center, Department of Epidemiology, Fort Worth, Texas, EEUU.

ⁱUniversità degli Studi di Bologna, Dipartimento di Medicina Interna e Gastroenterologia, Bologna, Italia.

Introducción: La terapia secuencial (SEC) se ha sugerido como primera línea de tratamiento en sustitución de la triple terapia clásica

97. TERAPIA DE RESCATE DE SEGUNDA LÍNEA CON MOXIFLOXACINO TRAS EL FRACASO ERRADICADOR DE *H. PYLORI*

J.P. Gisbert^{a,b}, M. Romano^c, J. Molina-Infante^d, A.J. Lucendo^e, E. Medina^f, I. Modolell^g, B. Gómez^h, J. Barrioⁱ, M. Perona^j, J. Ortuño^k, I. Ariño^l, J.E. Domínguez-Muñoz^m, A. Pérez-Aisaⁿ, J.L. Domínguez^o, P. Almela^p, J. Gómez^q, J. Millastre^q, E. Martín-Noguerol^r, A.G. Gravina^s, A. Miranda^c, A. Federico^c, M. Fernández-Bermejo^d, T. Angueira^e, L. Ferrer-Barceló^f, N. Fernández^g, M. Martorano^h, A.C. Marín^{a,b} y A.G. McNicholl^{a,b}

^aCIBERehd. ^bHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid. ^cUO di Epatogastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, AOU, Naples, Italia. ^dHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres.

^eHospital General de Tomelloso, Servicio de Aparato Digestivo, Ciudad Real. ^fHospital General de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^gConsorci Hospitalari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^hHospital Quirón Sagrado Corazón, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla. ⁱHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^jHospital Quirón Marbella, Servicio de Aparato Digestivo, Marbella.

^kHospital La Fe, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^lHospital Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^mHospital Clínico de Santiago, Servicio de Aparato Digestivo, Santiago de Compostela. ⁿAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^oHospital Alto Guadalquivir, Servicio de Aparato Digestivo, Jaén. ^pHospital de Castellón, Servicio de Aparato Digestivo, Castellón. ^qHospital Gregorio Marañón, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^rHospital Miguel Servet, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^sHospital Carmen y Severo Ochoa, Servicio de Aparato Digestivo, Cangas del Narcea. ^tUO Gastroenterología ed Endoscopia Digestiva, PO "Immacolata", Sapri, Italia.

Introducción: Tras el fracaso erradicador de *H. pylori* habitualmente se emplea una terapia de rescate cuádruple con bismuto o una triple con levofloxacino. El moxifloxacino es una quinolona de nueva generación que parece verse menos afectada por las resistencias que el levofloxacino.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de una terapia de rescate de segunda línea con moxifloxacino, amoxicilina y un inhibidor de la bomba de protones (IBP).

Métodos: Diseño: Estudio multicéntrico prospectivo. Pacientes: Se incluyeron pacientes en los que había fracasado un primer tratamiento erradicador con una terapia triple estándar (IBP-claritromicina-amoxicilina) o una cuádruple sin bismuto (secuencial o concomitante). Criterios de exclusión: cirugía gástrica previa y alergia a los antibióticos empleados. Intervención: Se administró un tratamiento durante 14 días con moxifloxacino (400 mg/24h), amoxicilina (1 g/12h) y esomeprazol (40 mg/12h). 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 202 pacientes consecutivos (edad media 48 ± 15 años, 59% mujeres, 11% con úlcera péptica y 89% con dispepsia funcional/no investigada). El tratamiento previo (fallido) había sido: triple estándar (142 pacientes), secuencial (18) y concomitante (42). Dos pacientes no volvieron al control tras el tratamiento. El 97% de los pacientes completó estrictamente el tratamiento. La erradicación "por protocolo" fue del 84,5% (IC95%, 79-90%), y del 81,7% (76-87%) "por intención de tratar". Las tasas de erradicación fueron similares cuando se compararon en función del diagnóstico (úlceras 82,6% vs dispepsia funcional/no investigada 81,6%) y del tratamiento previo (triple estándar 81% vs secuencial 89% vs concomitante 81%). En el estudio multivariante, la edad fue la única variable que se asoció al éxito erradicador (OR, 0,947; IC95%, 0,918-0,977). Se describieron efectos adversos en el 26% de los casos (IC95%, 20-32%); los más frecuentes fueron: diarrea (10,4%), dolor abdominal (9,9%), náuseas (8,4%), sabor metálico (4,5%), astenia (4,5%) y vómitos (2,5%); en 13 pacientes los efectos adversos fueron clasificados como "intensos", pero ninguno de ellos fue grave.

Conclusiones: La combinación triple con moxifloxacino (junto con esomeprazol y amoxicilina) durante 14 días tiene una elevada eficacia (> 80%) como tratamiento erradicador de rescate, siendo un régimen sencillo y bien tolerado, por lo que representa una alternativa tras el fracaso de un tratamiento triple estándar, secuencial o concomitante.

98. LOS PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA Y TRASLOCACIÓN BACTERIANA MANTIENEN UNA RESPUESTA INFLAMATORIA Y NIVELES DE RESISTENCIA A LA INSULINA ELEVADOS A PESAR DE LA PÉRDIDA DE PESO

R. Francés^{a,b}, S. Ortiz^c, P. Zapater^{a,d}, J.L. Estrada^c, P. Enríquez^c, M. Rey^c, A. Abad^e, J. Such^{a,b} y F. Lluís^c

^aCIBERehd. ^bUniversidad Miguel Hernández, Departamento de Medicina Clínica, Elche. Hospital General Universitario de Alicante: ^cServicio de Cirugía General y Digestiva; ^dServicio de Farmacología Clínica; ^eServicio de Endocrinología, Alicante.

Introducción: La obesidad es una enfermedad metabólica de etiología compleja caracterizada por un estado inflamatorio crónico de bajo grado. Se ha propuesto que la traslocación de productos bacterianos de origen intestinal podría explicar esta inflamación sostenida. Nuestro objetivo fue valorar la tasa de traslocación bacteriana y su relación con la respuesta inflamatoria en pacientes obesos sometidos a un protocolo de reducción de peso mediante ayuno modificado seguido de cirugía bariátrica.

Métodos: Se incluyeron 58 pacientes obesos (40H/18M), edad media 41,7 años (rango 22-62), con índice de masa corporal (IMC) > 35 kg/m² y al menos dos co-morbilidades asociadas, o IMC > 40 kg/m², (IMC medio 50,1 kg/m² [38-69,7]). Tras ayuno modificado (800-1.000 kcal/día) durante 8 semanas, se realizó bypass gástrico (n = 41) o gastrectomía vertical tubular (n = 17) por vía laparoscópica. Se recogieron las variables clínicas y analíticas de todos los pacientes. Se identificó la presencia de ADN bacteriano en sangre mediante PCR y secuenciación del gen 16SrRNA de procariotas. Se cuantificaron los niveles de endotoxina y citocinas pro-inflamatorias en sangre mediante citometría de flujo. Los niveles de resistencia a la insulina se determinaron mediante el cálculo del índice HOMA-2.

Resultados: Todos los pacientes incluidos mostraron una reducción significativa de peso e IMC en cada momento evaluado comparada con el anterior. La mortalidad post-operatoria fue nula. La tasa de traslocación bacteriana disminuyó progresivamente a lo largo del seguimiento de los pacientes comparado con su porcentaje basal (32,8% basal, 13,8% tras ayuno modificado y 13,8%, 1,8% y 5,2% a los 3, 6 y 12 meses tras cirugía, respectivamente). Los niveles aumentados de endotoxina en suero se correlacionaron con la presencia de ADN bacteriano en todos los casos (2,7 ± 0,5 vs 0,6 ± 0,3 UE/mL, p = 0,001). La concentración de citocinas proinflamatorias disminuyó progresivamente durante el estudio, aunque se observó una gran variabilidad. Dicha variabilidad mostró un comportamiento individual dependiente de la presencia de ADN bacteriano. El índice HOMA-2 al comienzo del estudio fue significativamente mayor en pacientes con ADN bacteriano comparado con aquellos sin ADN bacteriano (9,5 ± 4,3 vs 4,5 ± 2,4; p = 0,001). Las diferencias observadas permanecieron tras el ayuno modificado y tras la cirugía entre pacientes con y sin ADN bacteriano. El análisis multivariado reveló la presencia de ADN bacteriano como factor predictor independiente de la respuesta inflamatoria y del nivel de resistencia a la insulina en la población estudiada.

Conclusiones: Los pacientes con obesidad mórbida presentan una tasa de traslocación de ADN bacteriano superior a la población normal. La persistencia de traslocación bacteriana en estos pacientes mantiene unos niveles elevados de citocinas proinflamatorias y resistencia a la insulina independientes de la pérdida de peso obtenida mediante ayuno y cirugía bariátrica.

99. TRATAMIENTO DE RESCATE CON LEVOFLOXACINO TRAS FRACASO ERRADICADOR DE LAS TERAPIAS CUÁDRUPLES SIN BISMUTO "SECUENCIAL" Y "CONCOMITANTE"

J.P. Gisbert^{a,b}, J. Molina-Infante^c, A.C. Marín^{a,b}, G. Vinagre^c, J. Barrio^d y A.G. McNicholl^{a,b}

^aCIBERehd. ^bHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid. ^cHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres. ^dHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid.

Introducción: Los tratamientos cuádruples sin bismuto, que incluyen un IBP, amoxicilina, claritromicina y un nitroimidazol, admi-

nistrados tanto de forma “secuencial” como “concomitante”, son cada vez más utilizados como primera línea frente a la infección por *Helicobacter pylori*. Es un reto encontrar tratamientos de rescate tras el fracaso de estas terapias, que emplean antibióticos clave como la claritromicina y los nitroimidazoles.

Objetivo: Evaluar la eficacia y tolerancia de un tratamiento triple con levofloxacino (IBP, amoxicilina y levofloxacino) como segunda línea tras el fracaso de una terapia cuádruple sin bismuto (secuencial o concomitante).

Métodos: Diseño: estudio prospectivo, multicéntrico. Pacientes: en los que la terapia cuádruple sin bismuto, administrada tanto secuencialmente (IBP + amoxicilina durante 5 días seguido de IBP + claritromicina + metronidazol durante 5 días más) como de modo concomitante (IBP + amoxicilina + claritromicina + metronidazol durante 10 días), hubiera fracasado. Intervención: levofloxacino (500 mg/12h), amoxicilina (1 g/12h) e IBP (dosis estándar/12h) durante 10 días. Variable de resultado: erradicación de *H. pylori* confirmada mediante test del aliento con 13 C-urea 4-8 semanas tras finalizar el tratamiento. Cumplimiento y tolerancia: el cumplimiento se comprobó mediante interrogatorio y recuento de la medicación residual. La incidencia de efectos adversos se evaluó mediante un cuestionario específico.

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes consecutivos (edad media 50 años, 40% varones, 16% con úlcera péptica y 84% con dispepsia): 37 con fracaso del tratamiento “secuencial” y 73 del “concomitante”. Todos los pacientes menos dos tomaron correctamente la medicación. Globalmente, las tasas de erradicación “por intención de tratar” (ITT) y “por protocolo” fueron del 73,6% (IC95% = 65-82%) y del 75% (66-84%). Las tasas de erradicación (ITT) tras el fracaso de la terapia “secuencial” y “concomitante” fueron, respectivamente, del 81% y del 70%. Seis pacientes (5,5%) presentaron efectos adversos: sabor metálico, pirosis, náuseas/vómitos y diarrea; todos ellos fueron leves.

Conclusiones: La terapia triple con levofloxacino durante 10 días es una prometedora alternativa de segunda línea en pacientes con fracaso erradicador previo a los tratamientos cuádruples “secuencial” y “concomitante” sin bismuto.

100. DISEÑO DE UNA TERAPIA FOTODINÁMICA ANTIMICROBIANA FRENTE A *H. PYLORI*: DESDE LOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES A LOS RESULTADOS IN VITRO

M. Calvino-Fernández^a, A.G. McNicholl^{b,c}, S. Benito Martínez^a, X. Calvet^{b,d}, T. Parra Cid^{a,b}, D. García Fresnadillo^e y J.P. Gisbert^{b,c}

^aHospital de Guadalajara, Unidad de Investigación, Guadalajara.

^bCIBERehd. ^cHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid. ^dHospital de Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^eUniversidad Complutense de Madrid, Departamento de Química Orgánica, Facultad de Ciencias Químicas, Madrid.

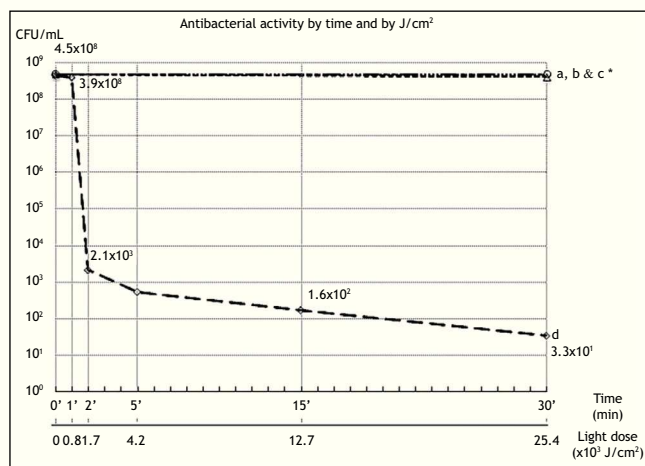
Introducción: La terapia fotodinámica antimicrobiana (TFDA) se fundamenta en la generación fotocatalítica de especies reactivas de oxígeno, como el oxígeno singlete, mediante el uso de luz visible y moléculas foto-sensibilizadoras. El oxígeno singlete tiene una vida corta y un elevado poder oxidante que puede inactivar microorganismos en presencia de, y sin dañar, células eucarióticas. Los sensibilizadores de oxígeno singlete son inocuos a dosis fotoquímicamente activas (de micro a mili molar).

Objetivo: Evaluar la TFDA frente a *H. pylori*, in vitro, usando un nuevo material fotosensibilizador (MFS) basado en complejos de rutenio (II) unidos covalentemente a cristales micrométricos (C).

Métodos: Se utilizaron 5 aislados de *H. pylori* (clasificados en base a su genotipo *cagA* y a la resistencia a metronidazol y claritromicina). Los experimentos se realizaron por duplicado a concentra-

ciones bacterianas 5×10^4 y 10^5 UFC/mL en TSB y agitación continua. Cada cepa se colocó en tres pocillos: A) Bacteria; B) Bacteria + C (2 mg) y C) Bacteria + MFS (2 mg), y se crecieron en oscuridad o iluminadas con una luz LED azul ($E_0 = 14,1 \text{ mW/cm}^2$ por pocillo). Se obtuvieron alicuotas a tiempos 1', 2', 5', 15' y 30' y crecidas en TSA durante 2-3 días hasta su conteo. Así mismo, se realizó una electroforesis y un fingerprinting bacteriano.

Resultados: Los resultados sobre UFC en las diferentes condiciones se muestran en la figura. Se demostró una reducción de más del 99,9999% del número de bacterias en muestras iluminadas crecidas con MFS. Mediante electroforesis y fingerprinting se confirmó que el ADN es una diana molecular del oxígeno singlete. Los resultados fueron independientes de las resistencias bacterianas y el genotipo *cagA*.



Conclusiones: La TFDA puede constituir un tratamiento complementario o alternativo para la erradicación de *H. pylori*, en especial en pacientes con cepas resistentes.

101. ENTEROPATÍA POR OLMESARTÁN, UNA NUEVA ENTIDAD A TENER EN CUENTA EN PACIENTES CON DIARREA CRÓNICA

R. Temiño López-Jurado^a, L. Batista Pérez^a, L. Ruiz Campos^a, Y. Zabana Abdo^a, X. Andújar Murcia^a, M. Aceituno Quintanilla^a, F. Fernández-Bañares^a, J. Espinós Pérez^a, A. Salas Caudevilla^b y M. Esteve Comas^a

^aHospital Universitari Mutua de Terrassa; ^bServicio de Aparato Digestivo; ^cServicio de Anatomía Patológica, Barcelona.

Introducción: Recientemente se ha identificado el olmesartán (antihipertensivo ARA2) como causa de atrofia duodenal que simula una enfermedad celiaca clásica.

Métodos: Entre el año 2011 y 2013 se han identificado 5 pacientes con diarrea secundaria a olmesartán (edad media 72 ± 7 ; 80% hombres). Se realizó biopsia duodenal diagnóstica y de seguimiento tras la retirada del fármaco. En todos los casos se realizó un estudio diagnóstico de celiaquía (HLADQ2/8, Ac anti-transglutaminasa y estudio de subpoblaciones linfocitarias intraepiteliales).

Resultados: Cuatro tenían un síndrome de malabsorción con atrofia total de vellosidades. En 2 casos la forma de presentación fue grave con diarrea, deshidratación e insuficiencia renal secundaria. El quinto paciente presentó diarrea crónica leve, sin alteraciones analíticas que remitió tras la retirada del fármaco. La biopsia duodenal en este caso mostró una enteritis linfocítica. En todos los casos los ac anti-transglutaminasa fueron negativos. Tres pacientes con estudio genético positivo se diagnosticaron inicial-

mente de celiaquía, en uno de ellos considerada refractaria y que fue tratado con inmunosupresores sin respuesta. El estudio citométrico de las subpoblaciones linfocitarias realizado en 3 pacientes mostró un patrón no celiaco en 2 de ellos y un incremento de linfocitos CD3+gamma/delta+ en el otro. En todos los casos se observó la mejoría clínica tras la suspensión del fármaco y en 3 de ellos se confirmó también la mejoría histológica. La biopsia está pendiente en 1 paciente y otro falleció por una causa no relacionada.

Conclusiones: Los pacientes en tratamiento con olmesartán pueden presentar un espectro de gravedad clínico e histológico similar al de la enfermedad celiaca. Es necesario tener en cuenta esta entidad en el diagnóstico diferencial de la enfermedad celiaca refractaria. El estudio citométrico de subpoblaciones linfocitarias puede ser de ayuda en el diagnóstico diferencial.

102. EFICACIA DE LOS IBP A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON EOSINOFILIA ESOFÁGICA RESPONDEDORA A IBP: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL

J. Molina-Infante^a, C. Martínez-Alcalá^a, D. Vara-Brenes^a, J. Martinek^b, J. Krajciová^b, R. Prados-Manzano^c, F.J. Moawad^d y E.S. Dellon^e

^aHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres. ^bInstitutu Klinické a Experimentální Medicíny, Gastroenterology, Prague, República Checa. ^cHospital Sanchinarro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^dWalter Reed National Military Medical Center, Gastroenterology, Bethesda, EEUU. ^eUniversity of North Carolina School of Medicine, Gastroenterology, Chapel Hill, EEUU.

Introducción: Al menos un tercio de los pacientes adultos con datos clínicos, endoscópicos e histológicos sugestivos de esofagitis eosinofílica (EEO) alcanzan la remisión completa bajo tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP). Esta entidad clínica se conoce como eosinofilia esofágica respondedora a IBP (EER-IBP) y no existen datos publicados acerca de la eficacia de los IBP a largo plazo en estos pacientes.

Métodos: Estudio multicéntrico en adultos con diagnóstico de EER-IBP (disfagia/impactación alimentaria y eosinofilia esofágica > 15 eos/cga, ambos resueltos con tratamiento con IBP). La dosis de IBP se definió como: cuádruple (omeprazol 40 mg/12h o equivalentes), doble (omeprazol 40 mg/día) y simple (omeprazol 20 mg/día). Después de la respuesta inicial a IBP, la dosis de IBP fue reduciéndose progresivamente, al igual que en la ERGE, hasta la dosis mínima de mantenimiento con buen control sintomático. Se realizó endoscopia de control a partir del año de seguimiento, con control histológico a nivel de esófago distal y proximal.

Resultados: Hasta la fecha, se han incluido 40 pacientes con EER-IBP (dosis IBP al diagnóstico: 18 dosis cuádruple, 22 dosis doble), con un tiempo medio de seguimiento de 26 meses (12-79). Características de los pacientes: Hombres (88%), edad media (39 años (19-71)), disfagia/impactación alimentaria (100%), síntomas ERGE (pirosis/regurgitación) (49%), esofagitis por reflujo (14%) y pHmetría en 7 pacientes (4 normal/3 patológica). En cuanto al proceso de reducción de dosis de IBP, se mantuvo a 19 pacientes con dosis doble y a 21 con dosis simple. 26/40 (63%) mantuvieron la respuesta clínica e histológica (< 15 eos/HPF) con IBP a largo plazo. La recurrencia de la inflamación esofágica (n = 14) ocurrió en 8 pacientes bajo dosis doble y en 6 pacientes bajo dosis simple de IBP. La eosinofilia esofágica recidivó en 10 de los 14 pacientes (71%) exclusivamente a nivel del esófago distal, sin afectación del esófago proximal. 8 de estos 10 pacientes con recidiva distal fueron reintensificados a dosis cuádruple de IBP y todos alcanzaron de nuevo la remisión clínica e histológica.

Conclusiones: Los IBP a dosis bajas de mantenimiento consiguen la remisión clínica e histológica a largo plazo en el 64% de los pa-

cientes adultos con EER-IBP. Un porcentaje elevado de pacientes presenta recurrencia de la inflamación eosinofílica limitada al esófago distal, que se resolvió en todos los casos en los que se reintensificó la dosis de IBP.

103. ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD AL GLUTEN EN LOS FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE CELIACOS

L.M. Vaquero Ayala^a, B. Álvarez-Cuenllas^a, L. Rodríguez Martín^a, M. Aparicio Cabeza^a, A. Núñez^b, D. Joao^a, N. Fernández^a, M. Hernando^c, J.L. Olcoz^a y S. Vivas Alegre^a

Complejo Hospitalario de León: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Inmunología; ^cServicio de Anatomía Patológica, León.

Introducción: Los familiares de primer grado de los celíacos constituyen el principal grupo de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad. Muchos familiares pueden tener síntomas digestivos relacionados con la ingesta de gluten.

Objetivo: Evaluar la influencia de la modificación de gluten en la dieta en los síntomas de los familiares de primer grado de celíacos.

Métodos: Desde enero 2010 hasta agosto 2012 seleccionamos los familiares mayores de 18 años de celíacos con serología de cribado negativa. Durante un mes siguieron una DSG estricta y otro mes cumplieron sobrecarga de gluten con 15 g día. Analizamos el genotipo HLA, los anticuerpos antitransglutaminasa, la biopsia duodenal, la sintomatología mediante los cuestionarios CSI y GSRS, así como las características de las deposiciones según la clasificación de Bristol durante las distintas fases de la modificación dietética.

Resultados: Fueron seleccionados un total de 139 familiares (edad media 42,1 ± 8,7 años), el 53,3% mujeres. Eran homocigotos para el haplotipo DQ2 o DQ8 el 15,1%, heterocigotos el 63,3% y el resto no presentaba riesgo genético. Todos los sujetos tenían serología celiaca negativa y 50 participantes presentaron alteraciones histológicas (45 Marsh I y 5 Marsh IIIA). En los cuestionarios clínicos 80/139 (58%) de los sujetos presentaban sintomatología, principalmente dispepsia en el 26% de los casos. La presencia de síntomas no se asociaba con las alteraciones histológicas y era más frecuente en los familiares con riesgo genético aunque sin alcanzar significación estadística. La puntuación de los cuestionarios GSRS y CSI era significativamente mayor en el grupo con presencia de síntomas. Las modificaciones en la cantidad de gluten en la dieta se asociaban con cambios en la sintomatología. En la escala CSI y GSRS se observó una mejoría de la puntuación de la situación basal a la DSG y un empeoramiento al reintroducir el gluten con una sobrecarga de 15 g (p < 0,05 en todas las comparaciones). Inicialmente un 9% tenían heces de consistencia disminuida (5, 6 y 7 de la escala de Bristol), que disminuyó al 5% en DSG y aumentó al 20% tras la sobrecarga de gluten (p < 0,001).

Conclusiones: Una elevada proporción de familiares de paciente celíacos presentan clínica dentro del contexto de la sensibilidad al gluten. La modificación en el contenido de gluten en la dieta tiene un efecto sobre los síntomas y las características de las deposiciones independiente de la genética y alteraciones histológicas.

104. TERAPIA DE RESCATE DE SEGUNDA LÍNEA CON LEVOFLOXACINO TRAS EL FRACASO ERRADICADOR DE H. PYLORI: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA SOBRE LA EFICACIA Y EVOLUCIÓN TEMPORAL EN 1.400 PACIENTES

J.P. Gisbert^{a,b}, A. Pérez-Aisa^c, F. Bermejo^d, M. Castro-Fernández^{a,e}, P. Almela^f, J. Barrio^g, A. Cosme^h, I. Modolellⁱ, F. Bory^j, M. Fernández-Bermejo^k, L. Rodrigo^l, J. Ortuño^m, P. Sánchez-Pobreⁿ, S. Khorrami^o, A. Franco^o, A. Tomás^o, I. Guerra^d, E. Lamas^{a,e}, J. Ponce^m y X. Calvet^p

^aCIBERehd. ^bHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid. ^cAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^dHospital de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^eHospital de Valme, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla. ^fHospital General de Castellón, Servicio de Aparato Digestivo, Castellón. ^gHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^hHospital de Donostia, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián. ⁱConsorti Hospitalari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^jHospital del Mar, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^kHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres. ^lHospital Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo. ^mHospital La Fe, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ⁿHospital Clínico San Carlos, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^oHospital Son Espases, Servicio de Aparato Digestivo, Mallorca. ^pHospital Sant Camil, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^qHospital de Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo, 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/12h), amoxicilina (1 g/12h) y un IBP (dosis estándar/12h). 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 1.400 pacientes consecutivos (edad media 49 años, 40% varones, 28% con úlcera péptica y 72% con dispepsia funcional/no investigada). El 96% de los pacientes completó estrictamente el tratamiento. La erradicación "por protocolo" fue del 74,6% (IC95%, 72-77%), y del 73,4% (71-76%) "por intención de tratar". Las tasas de erradicación fueron similares en los pacientes con úlcera y con dispepsia funcional/no investigada. La eficacia ("por intención de tratar") fue del 76% en el año 2006, 68% en 2007, 70% en 2008, 76% en 2009, 73% en 2010, 71% en 2011, 75% en 2012, y 76% en 2013. En el estudio multivariante, ninguna de las variables estudiadas (incluido el diagnóstico y el año de tratamiento) se asoció al éxito erradicador. Se describieron efectos adversos en el 19% de los casos; los más frecuentes fueron: náuseas, sabor metálico, mialgias/artralgias, dolor abdominal, diarrea y estomatitis; en nueve pacientes los efectos adversos fueron clasificados como "intensos" (sabor metálico, náuseas o mialgias), pero 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.

105. EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LÍNEA FRENTE A LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*, TRAS EL FRACASO DE LA TERAPIA TRIPLE CON IBP, AMOXICILINA Y CLARITROMICINA: METANÁLISIS

A.C. Marín, A.G. McNicholl y J.P. Gisbert

Hospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, IP, Madrid.

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* se trata frecuentemente con el régimen IBP-claritromicina-amoxicilina, pero fracasa en = 20% de los casos.

Objetivo: Estimar, mediante revisión sistemática y metanálisis, cuales son los tratamientos de rescate más eficaces cuando fracasó la terapia de primera línea con IBP-claritromicina-amoxicilina.

Métodos: Selección de estudios: para el metanálisis se emplearon ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que evaluaran la eficacia de los tratamientos de segunda línea; en el caso del método de la varianza inversa genérica, se seleccionaron tanto ECA como estudios retro-prospectivos. Criterios de inclusión: estudios que retratan a pacientes *H. pylori*-positivos tras el fracaso de una terapia de primera línea con IBP-claritromicina-amoxicilina. Criterios de exclusión: Administración del tratamiento según sensibilidad antibiótica; confirmación de la erradicación únicamente testada por serología, PCR o antígeno policlonal en heces. Estrategia de búsqueda: búsqueda en PubMed, CINAHL, Cochrane Library, ClinicalTrials.gov, DDW y EHSg, hasta abril de 2013. Síntesis de los resultados: eficacia erradicadora por intención de tratar.

Resultados: En la tabla se muestran las eficacias erradicadoras obtenidas. El metanálisis comparando la eficacia de la terapia con IBP-levofloxacino-amoxicilina frente a IBP-bismuto-metronidazol-

Tratamiento de segunda línea	T.E.	N.E.	N.I.	IC95%	I ²
IBP + Levofloxacino + Amoxicilina					
Análisis total	75%	19	2.353	69-80%	88%
Tratamiento de 7 días	69%	11	632	64-74%	53%
Tratamiento de 10 días	85%	9	1.531	78-92%	90%
10 días con IBP + L (500 mg/24h) + A (1 g/12h)	92%	5	273	88-95%	0%
IBP + Bismuto + Metronidazol + Tetraciclina					
Análisis total	77%	40	3.402	74-81%	86%
Tratamiento de 7 días	75%	31	2.345	71-80%	84%
Tratamiento de 10 días	77%	2	142	60-93%	76%
Tratamiento de 14 días	83%	13	915	78-88%	46%
IBP + Metronidazol + Amoxicilina					
Análisis total	88%	24	1.642	85-91%	75%
Tratamiento de 7 días	75%	24	1.160	85-91%	75%
7 días con IBP + M (250 mg/12h) + A (750 mg/12h)	92%	12	751	89-95%	48%
Tratamiento de 10 días	84%	4	314	77-91%	69%
Tratamiento de 14 días	81%	2	127	75-88%	0%
IBP + Amoxicilina (14 días - todos los estudios fueron realizados en Japón)					
Análisis total	82%	5	200	69-95%	87%
Tratamiento con IBP (10 mg/6h) + A (500 mg/6h)	93%	3	106	88-98%	3%
Tratamiento con IBP (20 mg/12h) + A (1 g/12h)	66%	2	94	51-81%	58%

T.E. : tasa de erradicación; N.E.: número de estudios; N.I.: número de individuos.

tetraciclina sólo mostró una tendencia a favor de la terapia con levofloxacin, sin alcanzar la significación estadística (OR = 1,74; IC95% = 0,83-3,67; p = 0,14; I2 = 79%; 6 estudios; 1.057 pacientes).

Conclusiones: Los tratamientos de segunda línea más efectivos, tras el fracaso de la terapia IBP-claritromicina-amoxicilina, son IBP-metronidazol-amoxicilina, o IBP-levofloxacin-amoxicilina durante 10 días. Se necesitan más estudios realizados fuera de Japón para ratificar la eficacia de la terapia dual IBP-amoxicilina de 14 días.

106. TRATAMIENTOS SECUENCIAL Y CONCOMITANTE EN LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI*: METAANÁLISIS EN RED

A.G. McNicholl, O.P. Nyssen y J.P. Gisbert

Hospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, CIBERhd, IP, Madrid.

Introducción: Los meta-análisis convencionales que comparan las terapias cuádruple sin bismuto secuencial (SEC) y concomitante (CON) en la erradicación de *H. pylori* no han sido capaces de demostrar diferencias de eficacia. Los meta-análisis en red, que combinan datos de comparaciones directas e indirectas con un tratamiento control (terapia triple estándar, TT), pueden proporcionarnos una información más completa y consistente para elegir el tratamiento más efectivo.

Objetivo: Realizar un meta-análisis en red de ensayos clínicos aleatorizados comparando SEQ frente a CON, o con TT como comparador común.

Métodos: Selección de estudios: Ensayos clínicos aleatorizados comparando SEQ frente a CON, o con TT como comparador común. Se excluyeron los estudios con diferente duración de tratamiento entre brazos. Estrategia de búsqueda: Búsquedas bibliográficas en bases de datos electrónicas y búsqueda manual de comunicaciones a congresos, hasta noviembre 2013. Síntesis de datos: tasa de erradicación por intención de tratar. Resultados Odds Ratio (OR) combinado, empleando un modelo de efectos aleatorios.

Resultados: Se incluyeron 26 estudios: 13 SEC vs TT (3.648 pacientes), 8 CON vs TT (1.230 pacientes) y 5 CON vs SEC (966 pacientes). Solo la comparación SEC vs TT fue heterogénea (I2 = 62%). Las comparaciones directas mostraron peor eficacia para TT que para SEC (OR = 1,74; IC95% = 1,27-2,38) y para CON (2,57; IC95% = 1,85-3,58). La comparación directa SEC vs CON mostró resultados significativamente mejores para CON (OR = 1,47; IC95% = 1,02-2,12). La comparación indirecta obtuvo resultados similares: OR = 1,48 (IC95% = 0,98-2,36). El meta-análisis en red (combinando los resultados de las comparaciones directas e indirectas) demostró que el tratamiento CON es significativamente más efectivo que el SEC (OR = 1,47; IC95% = 1,06-2,05) y que los resultados son consistentes. El número necesario a tratar fue de 11.

Conclusiones: Los resultados de este meta-análisis en red demuestran que la terapia cuádruple sin bismuto "concomitante" logra consistentemente y significativamente tasas de curación de *H. pylori* mejores que la "secuencial".

107. TRATAMIENTO ERRADICADOR DE *H. PYLORI* EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA: CUÁDRUPLE CON BISMUTO DE PRIMERA LÍNEA Y TRIPLE CON LEVOFLOXACINO DE SEGUNDA

J.P. Gisbert^{a,b}, J. Barrio^c, I. Modolell^d, J. Molina-Infante^e, A. Pérez-Aisa^f y M. Fernández-Bermejo^e

^aCIBERhd. ^bHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid. ^cHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^dConsorti Hospitalari de Terrassa,

^eServicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^fHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres. ^gAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga.

Introducción: En pacientes alérgicos a la penicilina habitualmente se recomienda como primera opción de tratamiento la combinación de un inhibidor de la bomba de protones (IBP), claritromicina y metronidazol. Sin embargo, este tratamiento parece ser poco eficaz en áreas, como España, con elevadas tasas de resistencia a la claritromicina, donde un tratamiento cuádruple con bismuto podría ser más adecuado. Por otra parte, el tratamiento erradicador es un reto en los pacientes alérgicos a la penicilina en los que fracasa un primer intento.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de un tratamiento erradicador de primera línea con una cuádruple terapia con bismuto, y un tratamiento de rescate triple con levofloxacin, en pacientes alérgicos a los beta-lactámicos.

Métodos: Pacientes: estudio multicéntrico prospectivo incluyendo pacientes consecutivos alérgicos a la penicilina. Tratamiento: se administró un tratamiento de 1ª línea con un IBP (a las dosis habituales/12h), bismuto (120 mg/6h), tetraciclina (doxiciclina 100 mg/12h u oxitetraciclina 500 mg/6h) y metronidazol (500 mg/8h) durante 10 días. Como tratamiento de 2ª línea se administró una combinación con un IBP (dosis habituales/12h), claritromicina (500 mg/12h) y levofloxacin (500 mg/12h) durante 10 días. Variable de resultado: la erradicación de *H. pylori* se confirmó mediante prueba del aliento con 13 C-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: Treinta y dos pacientes recibieron un 1º tratamiento con la terapia cuádruple con bismuto (edad media 54 años, 38% varones, 22% úlcera péptica, 78% dispepsia funcional/no investigada). Todos los pacientes completaron correctamente el tratamiento. La tasa de erradicación "por protocolo" y "por intención de tratar" fue del 78% (IC95% = 62-94%). Se describieron efectos adversos en 6 pacientes (19%), siendo los más frecuentes el sabor metálico y las náuseas (ninguno grave). Trece pacientes recibieron un 2º tratamiento con la terapia triple con levofloxacin. El cumplimiento fue del 100%. La erradicación (tanto "por protocolo" como "por intención de tratar") fue del 62% (IC95% = 32-86%). Cuatro (31%) pacientes tuvieron efectos secundarios leves (sabor metálico y náuseas).

Conclusiones: Los pacientes alérgicos a los beta-lactámicos pueden recibir como tratamiento de primera línea una terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol), lo que representa una opción más adecuada que la terapia triple tradicionalmente recomendada (IBP, claritromicina y metronidazol). Un tratamiento triple con levofloxacin (junto con un IBP y claritromicina) constituye una alternativa de segunda línea en pacientes alérgicos a la penicilina.

108. REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR *H. PYLORI*: RESULTADOS PRELIMINARES

A.G. McNicholl^{a,b}, B. Tepes^c, A. Gasbarrini^d, L. Boyanova^e, M. Leja^f, F. Lerang^g, T. Rokkas^h, L. Kupcinskisⁱ, K. Przytulski^j, M. Katicic^k, J.C. Machado^l, D. Bordin^m, P. Bytzerⁿ, C. Beglinger^o, O. Shvets^o, L. Capelle^p, G.M. Buzas^q, A. Goldis^r, V. Lamy^s, L. Veijola^t, M. Caldas^b, M. Ramas^{a,b}, F. Megraud^u, C. O'Morain^v y J.P. Gisbert^{a,b}

^aCIBERhd. ^bHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid. ^cDiagnostic Center Rogaska, Rogaska Slatina, Eslovenia. ^dStudio Gasbarrini, Roma, Italia. ^eMedical University of Sofia, Sofia, Bulgaria. ^fDigestive Diseases Centre

Gastro, Riga, Letonia. ⁸Central Hospital of Ostfold, Fredrikstad, Noruega. ⁹Gastroenterology Clinic, Henry Dunant Hospital, Athens, Grecia. ¹⁰Lithuanian university of Health Sciences Hospital, Kaunas, Lituania. ¹¹Departament of Gastroenterology, Medical Centre for Postgraduate Education, Warsaw, Polonia. ¹²University Hospital Merkur, Zagreb, Croacia. ¹³IPATIMUP, Porto, Portugal. ¹⁴Central Scientific Research Institute of Gastroenterology, Moscow, Rusia. ¹⁵Køge University Hospital, Copenhagen, Dinamarca. ¹⁶University Hospital Basel, Basel, Suiza. ¹⁷Internal Medicine Department No.1, National Medical University, Lviv, Ucrania. ¹⁸Ikazia Ziekenhuis/ Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam, Holanda. ¹⁹Gastroenterology Unit, Ferencváros Health Centre, Budapest, Hungría. ²⁰Timisoara, Timisoara, Rumania. ²¹CHU de Charleroi, Charleroi, Bélgica. ²²Herttoniemi Hospital, Helsinki, Finlandia. ²³Hôpital Pellegrin, Bordeaux, Francia. ²⁴Adelaide Meath Hospital, Dublin, Irlanda.

Introducción: Debido a la diversidad de cepas, resistencias y particularidades regionales, la estrategia de manejo más eficiente para la infección por *H. pylori* aún no está demostrada. Son necesario estudios prospectivos que registren los resultados de la práctica clínica, para así mantener actualizados los datos referidos a diferentes tratamientos y estrategias. El Registro Europeo sobre el manejo de *H. pylori* (Hp-EuReg), que incluye 31 países y 250 investigadores, se creó para conocer las estrategias de manejo actuales en toda Europa.

Objetivo: Registrar de forma sistemática la práctica clínica de gastroenterólogos europeos en el manejo de la infección por *H. pylori*.

Métodos: Se seleccionó un Coordinador Local por cada país con al menos 10 referencias sobre *H. pylori* en PubMed (31 países). Cada Coordinador seleccionó un grupo de reclutadores representativo de su país (250 hasta el momento). Se registraron todos los pacientes adultos infectados por *H. pylori*. Variables: Demográficas, tratamientos erradicadores previos, tratamiento erradicador actual, efectos adversos y resultados (curación, cumplimiento, seguimiento, etc.).

Resultados: Hasta el momento, se han incluido 2.246 pacientes, de los que 1.262 han finalizado el seguimiento (58% mujeres, edad media 51 años). El 5,5% presentaba alergias a medicamentos (81% a penicilina). El 59% de las indicaciones fueron por dispepsia; 24% tenían úlcera gastroduodenal. El 81% se diagnosticó mediante prueba del aliento con urea-C13. El 77% recibían un primer tratamiento erradicador, el 16% una segunda línea, el 4,3% una tercera, el 1,7% una 4ª y el 0,5% una 5ª línea. El cultivo se realizó en un 15%, de los cuales el 66% mostró resistencia antibiótica (45% a nitroimidazol, 26% claritromicina, 21% quinolonas, 1,6% amoxicilina y 0,5% tetraciclinas). El 55% de las prescripciones fueron terapias triples (IBP + dos antibióticos), 21% fueron tratamientos cuádruples sin bismuto “concomitante”, 14% “secuencial” y 5,5% cuádruple con bismuto. El 20% de los pacientes refirió efectos adversos (8,8% disgeusia, 6,5% diarrea y 5,1% náuseas), que fueron principalmente leves (70%) y causaron el abandono del tratamiento únicamente en el 3,3% de los casos. La tasa de erradicación global (incluyendo todos los tratamientos) fue del 78%; de los fracasos, el 70% fueron retratados. Los tratamientos de primera línea (triple con claritromicina y amoxicilina) y de segunda línea (triple con amoxicilina y levofloxacino) más comunes obtuvieron tasas de erradicación subóptimas: 73% y 67%, respectivamente.

Conclusiones: El manejo de la infección por *H. pylori* por los gastroenterólogos europeos es muy diverso. Es importante constatar que las tasas de erradicación obtenidas son subóptimas, especialmente con la triple terapia estándar habitualmente recomendada (73%). La continuación de este registro y un análisis más detallado de sus resultados puede aportar información relevante para la mejora del manejo de la infección por *H. pylori*.

109. TRATAMIENTO DE RESCATE DE CUARTA LÍNEA CON RIFABUTINA TRAS TRES FRACASOS ERRADICADORES DE *H. PYLORI*

J.P. Gisbert^{a,b}, M. Castro-Fernández^{a,c}, A. Pérez-Aisa^d, A. Cosme^{a,e}, J. Molina-Infante^f, L. Rodrigo^g, I. Modolell^h, J.L. Cabriadaⁱ, J.L. Gisbert^b, E. Lamas^{a,c}, S. Marcos^b y X. Calvet^{a,j}

^aCIBERehd. ^bHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid. ^cHospital de Valme, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla. ^dAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^eHospital de Donostia, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián. ^fHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres. ^gHospital Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo. ^hConsorci Hospitalari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ⁱHospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya. ^jHospital de Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

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 4º tratamiento erradicador en estos casos especialmente refractarios.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un 4º 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 Asociación Española de Gastroenterología.

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/12h), amoxicilina (1 g/12h) e IBP (dosis estándar/12h) durante 10 días. Todos los fármacos se administraron juntos, después del desayuno y de la cena. Variable de resultado: La erradicación de *H. pylori* se confirmó mediante prueba del aliento con 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 153 pacientes consecutivos. La edad media fue de 49 años, el 40% eran varones, el 26% tenían úlcera péptica y el 74% dispepsia funcional/no investigada. Diez pacientes no tomaron la medicación correctamente (en 9 casos debido a efectos adversos). Las tasas de erradicación, “por protocolo” y “por intención de tratar” fueron del 53% (IC95% = 45-62%) y del 52% (IC95% = 44-69%), respectivamente. Se describieron efectos adversos en 51 pacientes (33%), siendo los más frecuentes (en orden decreciente): náuseas/vómitos, astenia/anorexia, dolor abdominal, diarrea, fiebre, sabor metálico, mialgias, hipertransaminasemia, leucopenia (< 1.500 neutrófilos, 5 casos), trombopenia (< 150.000 plaquetas, 3 casos), cefalea y estomatitis aftosa. Los efectos secundarios fueron graves en 2 pacientes (vómitos). La mielotoxicidad se resolvió espontáneamente en todos los casos 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.

110. TRATAMIENTO DE RESCATE EMPÍRICO TRAS EL FRACASO ERRADICADOR DE *H. PYLORI*: EXPERIENCIA DURANTE 15 AÑOS EN 1.000 PACIENTES

D. Burgos-Santamaría^a, A.G. McNicholl^{a,b}, J.L. Gisbert^a, E.S. Marcos^a, M. Fernández-Bermejo^c, J. Molina-Infante^c y J.P. Gisbert^{a,b}

^aHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid.

^bCIBERhd. ^cHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres.

Introducción: Los tratamientos erradicadores de *H. pylori* más habituales fracasan hasta en un 20-30% de pacientes en primera línea y aún más en tratamientos de rescate, principalmente por las resistencias antibióticas y el deficiente cumplimiento del tratamiento. Es por tanto necesario evaluar la eficacia y seguridad de la estrategia erradicadora global, incluyendo varias líneas de tratamiento.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de las diferentes terapias de rescate empíricas tras al menos un fracaso erradicador de *H. pylori*.

Métodos: Diseño: estudio unicéntrico retrospectivo. Pacientes: 1.000 pacientes consecutivos en los que había fracasado al menos un tratamiento erradicador (1998-2013). Intervención: Los tratamientos de rescate más habituales fueron: 1) IBP-amoxicilina-levofloxacino (IBP-L-A); 2) Ranitidina citrato de bismuto-tetraciclina-metronidazol (Rcb-T-M); 3) Cuádruple terapia clásica (IBP-bismuto-tetraciclina-metronidazol) (IBP-B-T-M); 4) Esomeprazol-moxifloxacino-amoxicilina (E-Mox-A); 5) IBP-amoxicilina-rifabutina (IBP-A-Rif). Rifabutina sólo se prescribió en 4ª línea, y los demás tratamientos se emplearon en segunda y tercera línea. La susceptibilidad antibiótica se desconocía, por lo que los tratamientos de rescate fueron prescritos empíricamente. En ningún caso se repitió el mismo régimen. Variable de resultado: La erradicación se definió como un test del aliento con 13C-urea negativo 4-8 semanas tras finalizar el tratamiento. Se empleó un análisis "por intención de tratar" modificado, considerando los pacientes con cumplimiento defectuoso, pero no aquellos que se perdían durante el seguimiento.

Resultados: Las tasas globales de erradicación de *H. pylori* con la 2ª, 3ª y 4ª líneas de tratamiento de rescate fueron del 74,6%, 71,1% y 50% respectivamente, con una tasa de erradicación acumulada tras la administración consecutiva de cuatro tratamientos del 99,2%. El cumplimiento del tratamiento de 2ª, 3ª y 4ª línea fue del 95,6%, 93% y 93,5%, respectivamente, con un cumplimiento global del 95,1%. La eficacia y efectos adversos de los tratamientos fueron respectivamente 83,5% y 24,2% con E-Mox-A; 77,8% y 24% con IBP-L-A; 68,9% y 21,5% con IBP-B-T-M; 66% y 33,3% con Rcb-T-M; y 62% y 37,9% con IBP-A-Rif. La mayor tasa de erradicación de segunda línea se logró con E-Mox-A (83%), independientemente del tratamiento de primera línea prescrito.

Conclusiones: La tasa de erradicación de *H. pylori* puede alcanzar finalmente el 99% empleando una estrategia de rescate de hasta 4 tratamientos consecutivos empíricos, sin la realización de cultivo bacteriano. La mejor estrategia de rescate para erradicar *H. pylori* es administrar secuencialmente quinolonas (2ª línea), IBP-B-T-M (3ª línea) y IBP-A-Rif (4ª línea).

111. EFECTOS DE PALONOSETRÓN SOBRE EL RETRASO DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO INDUCIDO POR EL ANTITUMORAL CISPLATINO EN LA RATA

R. Abalo Delgado, G. Vera Pasamontes y M.I. Martín-Fontelles

Universidad Rey Juan Carlos, Departamento de Farmacología y Nutrición, Madrid.

Introducción: El antitumoral cisplatino es muy emetógeno y de referencia en el estudio de nuevos fármacos antieméticos. En la

emesis inducida por cisplatino (y otros estímulos emetógenos) se libera serotonina, que activa los receptores 5-HT₃ de las aferentes vagales. Por tanto, los antagonistas 5-HT₃ son de primera elección para prevenir este temido efecto adverso de la quimioterapia. Mientras que el granisetron y otros antagonistas 5-HT₃ convencionales son principalmente eficaces para prevenir la emesis aguda, el palonosetrón es el único antagonista 5-HT₃ aprobado hasta la fecha para la prevención de la emesis retrasada en pacientes sometidos a quimioterapia. El retraso en el vaciamiento gástrico inducido por cisplatino se usa en especies que no vomitan (roedores) como un marcador de náusea/emesis, pero el efecto del palonosetrón en este parámetro aún no se conoce bien.

Objetivo: Determinar el efecto del palonosetrón en el retraso del vaciamiento gástrico inducido por cisplatino en la rata.

Métodos: Ratas Wistar macho adultas (260-350 g) en ayunas recibieron una inyección intraperitoneal de: salino (0,5 ml), cisplatino (6 mg/kg), palonosetrón (0,1, 0,5 o 5 mg/kg) o cisplatino+palonosetrón (n = 6-8 animales/grupo). El palonosetrón se administró 30 min antes del cisplatino. Treinta minutos después del cisplatino, las ratas recibieron 1 ml de una suspensión de carbón (10% carbón en 5% de goma arábica) mediante una cánula orogástrica, y después de un periodo adicional de 20 min, las ratas fueron sacrificadas y se extrajo el tracto gastrointestinal. El peso del estómago sirvió como un índice indirecto de vaciamiento gástrico. El frente de carbón dentro del intestino delgado se usó para determinar el tránsito del tracto gastrointestinal superior. Se usó granisetron (1 mg/kg) para comparar.

Resultados: El cisplatino retrasó significativamente el vaciamiento gástrico y el palonosetrón previno este efecto a todas las dosis probadas. El granisetron también previno el efecto de cisplatino. Los antagonistas 5-HT₃ no modificaron significativamente el vaciamiento gástrico cuando se administraron solos. El tránsito del tracto gastrointestinal superior no se afectó significativamente por ningún tratamiento.

Conclusiones: Como el granisetron, el palonosetrón, antagonista 5-HT₃ recientemente desarrollado, fue capaz de prevenir el efecto del fármaco emetógeno cisplatino en una especie que no vomita. Estos resultados preliminares serán útiles en estudios futuros dirigidos a caracterizar los efectos del palonosetrón sobre el vaciamiento gástrico en ratas crónicamente tratadas con cisplatino. Agradecimientos. El palonosetrón fue obsequiado por Helsinn Healthcare S.A.

Este trabajo fue financiado por: SAF2009-12422-C02-01; SAF2012-40075-C02-01; Fundación Mapfre (Ayudas a la Investigación 2011-Promoción de la Salud: Alimentación y Ejercicio Físico). El Dpto. Farmacología y Nutrición es Unidad Asociada I+D+I, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

112. ERRADICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* UTILIZANDO NUEVAS TERAPIAS EN UNA POBLACIÓN CON ALTA RESISTENCIA A LA CLARITROMICINA

M.L. González Bárcenas^a, M.C. García Gavilán^a, J.M. Navarro Jarabo^a, N. Fernández Moreno^a, M.A. Romero Ordóñez^a, F. Fernández Cano^a, F. Rivas^a, J.P. Gisbert^{b,c} y A. Pérez-Aisa^a

^aAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. Hospital de la Princesa: ^bServicio de Aparato Digestivo; ^cUnidad de Investigación, IP, Madrid.

Introducción: La erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) ha disminuido en nuestra zona a < 80% en los últimos años principalmente debido a un aumento de su resistencia a claritromicina > 15%, limitando el uso de la triple te-

rapia estándar. El consenso de Maastricht IV recomienda utilizar otras terapias de primera línea en zonas donde esta resistencia es > 15-20%.

Objetivo: Determinar la tasa de erradicación de la infección por Hp en una población con alta resistencia a claritromicina tratada con triple terapia optimizada y terapia concomitante de 10 y 14 días.

Métodos: Análisis de pacientes naïve con infección por Hp tratados con uno de los siguientes: triple terapia optimizada (esomeprazol 40 mg/12h, claritromicina 500 mg/12h, amoxicilina 1 g/12h 14 días) o terapia concomitante (IBP/12h, claritromicina 500 mg/12h, amoxicilina 1 g/12h, metronidazol 500 mg/12h) durante 10 y 14 días. La erradicación fue comprobada con el test de del aliento de urea marcada con C13 6-8 semanas tras su finalización.

Resultados: 70 pacientes (60% mujeres, 40% hombres) con una mediana de edad de 49,73 ($\pm$ 15,902) fueron incluidos (25,8% fumadoras, 9,6% dispepsia no investigada, 61,6% dispepsia funcional, 23,3% úlcera péptica, 5,5% otros diagnósticos) y recibieron los siguientes tratamientos: 28,57% triple terapia optimizada, 31,42% concomitante 10 días y 40% concomitante 14 días. 84,4% erradicaron la infección (85% optimizada, 90,5% concomitante, 89,3% concomitante plus). Los efectos adversos más frecuentes fueron dolor abdominal (8,7%), sabor metálico (8,7%) y diarrea (7,2), más frecuentes en pacientes tratados con concomitante 10 días (dolor abdominal 13,6% p = ns; sabor metálico 22,7% p < 0,05; diarrea 18,2% p < 0,05).

Conclusiones: La tasa de erradicación obtenida con estas nuevas terapias en nuestra área con alta resistencia a claritromicina es del 84,4%. Se observan efectos secundarios de forma significativa en la pauta concomitante de 10 días. Los resultados obtenidos corresponden a una muestra pequeña por lo que son necesarios más estudios.

113. PRONÓSTICO DE LA COLITIS ISQUÉMICA A LARGO PLAZO

M. Montoro^a, S. Santolaria^a, A.B. Sánchez-Puértolas^a, M. Ponce^b, M. Durán^c, J.L. Cabriada^c, N. Borda^d, C. Sarasqueta^d, A. Cosme^d y L. Bujanda^d

^aHospital San Jorge, Huesca. ^bHospital La Fe, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^cHospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya. ^dHospital de Donostia, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián.

Introducción: La colitis isquémica (CI) es la forma más común de la isquemia intestinal. Existen muy pocos estudios que analicen el pronóstico a largo plazo de estos pacientes.

Objetivo: Estudiar el pronóstico (recurrencia y mortalidad) de los pacientes con CI.

Métodos: Se incluyeron 135 pacientes del estudio CIE reclutados de forma consecutiva en cuatro hospitales españoles. Se analizó la recidiva y la mortalidad a lo largo de 62 meses (rango 54-75 meses).

Resultados: Las tasas de recurrencia del CI estimados fueron de 2,9%, 5,1%, 8,1% y 9,7% a los 1, 2, 3 y 5 años, respectivamente. La supervivencia a cinco años fue del 69% (93 de 135) y 24% (10 de 42 pacientes) murieron por causas relacionadas con la CI. Entre estos 10 pacientes, 8 murieron en su primer episodio en el hospital (4 tenían colitis gangrenosa y 4 fulminante colitis) y 2 por tras recidiva.

Conclusiones: La tasa de recurrencia de cinco años de colitis isquémica fue baja (9,7%). La mortalidad durante el seguimiento fue alta (31%) y no se asoció con la colitis isquémica.

114. RESPUESTA Y TOLERANCIA DEL HIERRO SACAROSA INTRAVENOSO EN LA ANEMIA POR HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA NO RELACIONADA CON HIPERTENSIÓN PORTAL

M. Muñoz García-Borruel, M. Guerrero Misas, A. González Galilea, C. Gálvez Calderón, P. Pérez Galindo, E. Moreno Rincón y J.L. Montero Álvarez

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

Introducción: La corrección precoz de la anemia secundaria a la hemorragia digestiva (HD) aguda puede disminuir la morbilidad en estos pacientes tras el alta.

Objetivo: Evaluar la respuesta y tolerancia a la administración de hierro (Fe) sacarosa como parte del tratamiento de la anemia por HD aguda no relacionada con hipertensión portal (HTPo).

Métodos: Se incluyeron 25 pacientes con anemia significativa (valor de Hb = 10 g/dl en algún momento del ingreso). Antes del Fe iv se midieron parámetros bioquímicos del metabolismo del Fe. Previo consentimiento informado se administró una o dos dosis de 200 mg de Fe sacarosa iv en un intervalo de 48h. Se recogieron variables clínicas, evolutivas del sangrado, constantes hemodinámicas antes y después del Fe iv y aparición de efectos adversos (EA). Al alta, los pacientes con Hb = 10 g/dl recibieron sulfato ferroso 80 mg/12h vía oral (vo). Se evaluó la recuperación de la anemia al mes y EA relacionados con la toma de Fe vo. Se aplicó t de Student para comparación de variables cuantitativas de datos apareados y Chi cuadrado (con corrección de Fisher) para variables categóricas (SPSS).

Resultados: La edad media fue de 61,2 $\pm$ 12,2 años, 80% hombres y patología asociada en 19 (76%); origen de la hemorragia: alto en 19 casos, bajo en 5 y 1 de origen desconocido. Se transfundieron 11 enfermos (44%). No hubo mortalidad ni intervenciones quirúrgicas. Veintidós (88%) recibieron dos dosis de Fe iv y 18 (72%) Fe vo al alta. No hubo diferencias significativas en las constantes hemodinámicas antes y después de la infusión del Fe. Cinco pacientes (20%) presentaron algún EA, todos leves (dolor en zona de venopunción con febrícula (2), cefalea (1), dolor abdominal (1), diarrea (1)). Tres de los que recibieron Fe vo (16,6%) refirieron intolerancia digestiva en la revisión. Se excluyeron 3 casos, dos por resangrado (< 30 días tras alta) y uno perdido en el seguimiento. Las determinaciones basales/mes/incremento fueron: Hb 8,9 $\pm$ 0,7 g/dl/12,6 $\pm$ 1,7 g/dl/3,7 g/dl (42%), p = 0,000; Hto 27,1 $\pm$ 1,9%/38 $\pm$ 5,3%/10,8% (40%), p = 0,000; GR 2,9 $\pm$ 0,2 $\times$ 10⁶/μl/4,1 $\pm$ 0,5 $\times$ 10⁶/μl/1,2 $\times$ 10⁶ (42%), p = 0,000; RDW 15 $\pm$ 2,1%/14,3 $\pm$ 1,3%/-0,7% (-4%), p = 0,051; Fe 44,4 $\pm$ 46 μg/dl/62,6 $\pm$ 29,45/dl/21,68 μg/dl (111%), p = 0,10; ferritina 102,2 $\pm$ 118,6 ng/ml/82,1 $\pm$ 66,53 ng/ml/-18,8 ng/ml (51%), p = 0,27; transferrina 213,8 $\pm$ 46 mg/dl/263,6 $\pm$ 46,3 mg/dl/52,7 mg/dl (27%), p = 0,000; IST 17,7 $\pm$ 19,7%/20,2 $\pm$ 13,9%/3,2% (74,86%), p = 0,6. El 59,1% alcanzó valores normales de Hb al mes del alta. No hubo diferencias significativas en el incremento de los valores de Hb por sexo, edad (65 años), necesidad de transfusiones o Fe vo al alta.

Conclusiones: La administración de Fe iv en los pacientes con HD aguda no relacionada con HTPo podría acelerar la recuperación de la anemia tras el alta con buena tolerancia.

115. ENTEROPATÍA GRAVE SPRUELIKE POR OLMESARTÁN

M. Blé^{a,b}, A. del Val^b, M. Esteve^c, B. Beltrán^b, M.D. Higón^b, J. Ortuño^b y P. Nos^b

^aCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). ^bHospital La Fe, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^cConsorci Hospitalari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

Introducción: El olmesartán es uno de los diversos antagonistas de la angiotensina II utilizados en el tratamiento de la hipertensión

Edad/Sexo (H/M)	Pérdida de peso (kg)	Dosis (mg)/ tiempo (años)	Ac (t-TG)	Curso evolutivo tras supresión	HLA	Histología duodeno	Histología tras suspensión	Histología en colon
78/M	22	40/2	Negativos	Mejoría	DQ2 DQ8	Atrofia vellositaria grave y UE	Atrofia parcial y escasos LIE	Inflamación crónica inespecífica
59/H	20	40/5	Negativos	Mejoría	Pendiente	Atrofia vellositaria, eosinofilia e hiperplasia folicular linfoide	Duodenitis crónica leve no atrofica, de carácter inespecífico	Colitis colágena
69/H	15	40/3	Negativos	Mejoría	DQA1 DQB1	Atrofia vellositaria parcial	Pendiente de realización	No realizada

arterial. En 2012 se describió por primera vez una enteropatía similar a la celiaquía (spruelike) relacionada con este antihipertensivo que se caracteriza por: diarrea y pérdida de peso, anticuerpos anti-transglutaminasa negativos, evidencia de enteropatía (atrofia vellositaria) con o sin colágeno y linfocitos intraepiteliales (LIE), falta de respuesta clínica a dieta sin gluten, exclusión de otras causas de enteropatía y evidencia de mejoría clínica e histológica tras suspensión de olmesartán.

Objetivo: Presentar 3 casos que cumplen criterios clínicos, histopatológicos y evolutivos de la enteropatía spruelike asociada con olmesartán (ESLO).

Resultados: Las características clínicas, analíticas e histopatológicas se recogen en la tabla. Los tres pacientes ingresaron en situación clínica grave de deshidratación, acidosis metabólica, fallo renal pre-renal, trastornos hidroelectrolíticos y parámetros de desnutrición. La evolución fue favorable con tratamiento sintomático, dieta sin gluten y retirada del olmesartán.

Conclusiones: Los 3 casos son encuadrables dentro de la entidad descrita como ESLO. Se debe tener presente a este medicamento de uso frecuente como causa potencial de diarrea grave para realizar una identificación precoz de nuevos casos.

116. EFICACIA DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR DE PRIMERA LÍNEA DE LA INFECCIÓN POR *H. PYLORI* EN EL SECTOR PONENT DE MALLORCA

C.I. Páez Cumpa^a, M.M. Vila Vidal^b, A. García^b y S. Khorrami Minaei^a

Hospital Universitario Son Espases: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Análisis Clínicos, Palma de Mallorca.

Introducción: La eficacia de la triple terapia clásica como tratamiento de primera línea de la infección *H. pylori* ha disminuido en los últimos años. Ello se debe fundamentalmente al aumento de las resistencias primarias a la claritromicina. Las guías clínicas recomiendan la triple terapia optimizada o la cuádruple concomitante en aquellas áreas con resistencias a claritromicina superiores al 15-20% o una eficacia de la triple terapia inferior al 80%. Desconocemos la situación actual de la eficacia del tratamiento empírico de *H. pylori* en Baleares.

Objetivo: 1) Determinar la eficacia del tratamiento erradicador de primera línea de la infección por *H. pylori* en nuestro medio. 2) Valorar el impacto de la dosis del IBP y de la duración del tratamiento sobre la eficacia erradicadora. 3) Evaluar el grado de implantación de las recomendaciones de las sociedades científicas.

Métodos: Estudio transversal y retrospectivo en la población del sector sanitario Ponent de Mallorca entre mayo y julio del 2013. Se incluyeron a los pacientes diagnosticados de infección por *H. pylori* que recibieron una primera pauta de tratamiento erradicador. Se excluyeron a aquellos pacientes no tratados, con fracaso a un tra-

tamiento anterior y a los alérgicos a la penicilina. Se recogieron los datos demográficos, indicación de tratamiento, tratamiento de primera línea, duración de tratamiento, dosis de IBP y confirmación de la erradicación.

Resultados: Se incluyeron a 105 pacientes (mujeres 61%, 46 ± 14,5 años). La indicación más frecuente fue el test & treat (58,1%) seguido de la dispepsia no ulcerosa (34,3%). La eficacia global del tratamiento erradicador de primera línea fue del 78,10% (IC95% 76,2-80%). La eficacia de la triple terapia optimizada fue del 82,4% frente al 73,3% de la pauta clásica (p = 0,4). El aumento de la duración del tratamiento de 7 a 10-14 días supuso un aumento de la eficacia del 5,5% (IC95% 1,3-9,7%), mientras que el uso de una dosis doble de IBP mejoró la eficacia erradicadora en un 8,8% (IC95% 3,6-14,0). El grado de implantación de las recomendaciones para el tratamiento erradicador fue del 30,5%. Las limitaciones más importantes del estudio fueron su diseño retrospectivo y el tamaño muestral.

Conclusiones: La eficacia de la triple terapia clásica como tratamiento erradicador de primera línea de la infección por *H. pylori* es subóptima en nuestro medio. La OCA optimizada con dosis doble de IBP y duración de 10-14 días parece adecuada en nuestra población. La implantación de las recomendaciones de las guías prácticas en nuestro entorno es muy deficiente.

117. APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE OSLO EN LA ENFERMEDAD CELIACA: ¿ÚTILES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA?

M.L. González Bárcenas, M.C. García Gavilán, M.A. Romero Ordóñez, F. Fernández Cano, F. Rivas y A. Pérez-Aisa

Agencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga.

Introducción: Los criterios Oslo recientemente publicados proporcionan una terminología uniforme que facilitaría la clasificación de la enfermedad celiaca (EC).

Objetivo: Clasificar en función de los criterios de Oslo a los pacientes diagnosticados de EC desde 2008 a 2013 Valorar uso de herramientas diagnósticas y seguimiento en EC.

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes mayores de 18 años diagnosticados de EC desde enero 2008 hasta marzo 2013, incluyendo datos demográficos, sintomatología presente, métodos diagnósticos utilizados, evolución con dieta sin gluten y seguimiento.

Resultados: Se incluyen 97 pacientes, 32 hombres y 65 mujeres, con una media de edad al diagnóstico 41,55 (± 16,22). 90,7% fueron clasificados como sintomáticos inicialmente, 8,2 silentes y ninguno como latente ni potencial. Con la aplicación de los "criterios de Oslo", los pacientes sintomáticos (92,8%) presentaban principalmente síntomas no clásicos al diagnóstico (89,7%, síntomas digestivos más frecuentes dispepsia 48,5% y SII 32%, síntomas extradiges-

tivos más frecuentes anemia ferropénica 38,1% e hipertransaminasemia 14,4%). Una minoría de pacientes sintomáticos presentaba sintomatología clásica (4,1% diarrea crónica, 3,1% desnutrición y 6,4% pérdida de peso). 77,1% presentaban Ac anti TG elevados al diagnóstico. Los grados histológicos más frecuentes al diagnóstico fueron Marsh 3a (40,2%) y 3b (35,1%) con hallazgos macroscópicos en endoscopia en 50,5% (más frecuente aplanamiento vellosos 24%). El estudio genético fue realizado en 9,3% de los pacientes (HLA DQ2 + en 6,2%, DQ8 + en 2,1%). Tan sólo 2 de los pacientes fueron diagnosticados por cribado. El cumplimiento total de la dieta sin gluten fue registrada en 67,8%, parcial en 14,4% y nulo en 2,3%. 33,7% fueron perdidos en el seguimiento.

Conclusiones: Las nuevas definiciones siguiendo los criterios del consenso de Oslo permiten obtener información directa con respecto a la sintomatología predominante en los pacientes, permitiendo una clasificación práctica y comparable. Con los datos obtenidos tenemos amplio margen de mejora en nuestras estrategias de diagnóstico.

118. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ELEVACIÓN DE ANTICUERPOS ANTICÉLULAS PARIETALES EN DM TIPO 1. RESULTADOS PRELIMINARES

C. Prieto Martínez^a, F. Bolado Concejo^a, M. Garaigorta de Dios^a, A. Iriarte Rodríguez^a, M.J. Goñi Iriarte^b, J.J. Vila Costas^a, I. Fernández-Urien Sainz^a y J.M. Zozaya Urmeneta^a

Complejo Hospitalario de Navarra: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Endocrinología, Pamplona.

Introducción: La elevación de anticuerpos anticélulas parietales (ACP) es un marcador serológico con alta sensibilidad pero con poca especificidad de la presencia de gastritis atrófica. Diversas enfermedades autoinmunes pueden elevar dichos anticuerpos (DM tipo 1, enfermedades tiroideas, Addison...). El objetivo de nuestro estudio es analizar las consecuencias clínicas de la elevación de ACP en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1).

Métodos: Hemos estudiado de forma prospectiva pacientes derivados desde la consulta de endocrinología con DM tipo 1 que presentaban ACP elevados. A todos los pacientes se les ha realizado una analítica con ACP, anticuerpos antifactor intrínseco (ACAFI), vitamina B12, gastrina y posteriormente se les ha realizado gastroscopia, biopsiando a todos el duodeno, antro y cuerpo. Para el análisis se ha utilizado estadísticos descriptivos y el test de Fisher (SPSS del 20,0).

Resultados: Hemos estudiado a 32 pacientes, (el 53,1% mujeres), con una edad media de 45,66 (rango de 19-67). El 62,5% estaban asintomáticos. Entre los sintomáticos la dispepsia era el síntoma más frecuente. El 71,9% de los pacientes presentaban elevación de ACP > de 100 U/ml (<10 valor normal). En el 84,4% los ACAFI eran normales. El valor medio de la vitamina B12 era de 442,11 (rango de 8,2-2000), siendo patológica en el 18,75%. El valor medio de la gastrina era de 824,81 (rango de 13-3.260), estando elevada en un 53,1% (normal entre 13-115). Un 40,6% presentaban otras enfermedades autoinmunes. Al analizar la presencia de otras enfermedades autoinmunes en función de los valores de los ACP no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$). El estudio histológico de las biopsias del cuerpo ha sido: en el 15,6% normal, gastritis crónica en el 40,6%, atrofia en el 3,1%, metaplasia en 31,3%, y pseudoantralización en el 9,4%. Los hallazgos a nivel antral han sido: en el 48,4% normal, gastritis crónica en el 41,9%, atrofia en el 3,2%, metaplasia en 3,2%, y displasia epitelial leve en el 3,2%. Los resultados histológicos de todas las biopsias duodenales han sido normales. Se ha detectado el *Helicobacter pylori* en un 25% de los pacientes. Al comparar los valores de la VitB12 en función de la histología del cuerpo, observamos que todos los pacientes con déficit presentaban hallazgos de atrofia y/o metaplasia.

Conclusiones: Un 43,8% de los pacientes con DM1 y ACP presentan datos histológicos de gastritis atrófica autoinmune (atrofia y/o metaplasia en cuerpo), siendo la vitamina B12 patológica en un 42,9% de estos pacientes. De confirmarse estos resultados, podría ser conveniente el introducir el cribado de la gastritis atrófica autoinmune en pacientes con DM1.

119. COMPARACIÓN DE LA CUÁDRUPLE TERAPIA CONCOMITANTE SIN BISMUTO VS TRIPLE TERAPIA COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO PARA LA ERRADICACIÓN DEL *H. PYLORI*

A. Campillo Arregui, E. Amorena Muro, M. Ostiz Llanos y M. Laiglesia Izquierdo

Hospital Reina Sofía, Aparato Digestivo, Tudela.

Introducción: En un estudio de efectividad de las pautas erradicadoras del *Helicobacter pylori* en nuestro medio apreciamos que el primer tratamiento más habitual (amoxicilina + claritromicina + IBP durante 7-14 días) tenía una eficacia baja (61,9% por intención de tratar -IT- y 63,9% por protocolo -P-). Recientemente se ha sugerido que en aquellas áreas en que esta combinación clásica tenga una efectividad inferior al 80% se podría emplear la cuádruple terapia concomitante sin bismuto (amoxicilina 1 g/12h + claritromicina 500 mg/12h + metronidazol 500 mg/12h + IBP dosis estándar/12h durante 10 días). Por los motivos expuestos, en nuestra zona empezamos a emplear la cuádruple combinación a mediados del 2012.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se analizan las pautas de tratamiento administradas para la erradicación del HP entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de abril de 2013, así como su eficacia.

Resultados: Los 418 pacientes que se hicieron un test de aliento por primera vez en nuestro centro a lo largo del periodo citado constituyeron la población a estudio. Un 56,9% eran mujeres y la edad media fue de 46,9 años (DE 17,6 años). De entre estos pacientes, 270 (64,6%) recibieron al menos una primera línea de tratamiento, que en 123 casos (45,6%) consistió en la pauta amoxicilina + claritromicina + IBP durante 7-14 días y en 132 la cuádruple concomitante (48,8%). La triple terapia se administró durante 7 días al 60,9% de los pacientes tratados con la misma ($n = 75$) frente al 29,2% ($n = 36$) al que se le pautó durante 10. La eficacia de la pauta cuádruple concomitante fue mayor que la de la combinación clásica tanto por IT (85,5% vs 65,0%; $p = 0,001$) como por P (88,4% vs 67,2%; $p = 0,002$). La triple terapia fue más eficaz cuando se empleaba en pautas de 10 días que de 7 (80,6% vs 57,3%, $p = 0,020$ por IT y 80,6% vs 59,7%, $p = 0,030$ por P). Al comparar la eficacia de la cuádruple terapia con la triple terapia administrada 10 días no se encontraron diferencias significativas. En 45 pacientes se administró una segunda línea de tratamiento, que en el 84,4% de los casos ($n = 38$) consistió en la combinación levofloxacino 500 mg/12h + amoxicilina 1g/12 + IBP/12h (levo + amoxi + IBP) durante 10 días, con una eficacia por IT y por P del 79,5%. La secuencia amoxicilina + claritromicina + IBP y levo + amoxi + IBP 10 días fue empleada en 29 casos con una efectividad del 79,3% (por IT y por P) mientras que la combinación de la cuádruple terapia concomitante seguida de levo + amoxi + IBP se empleó en tan solo 8 casos con una efectividad del 75% (por IT y por P).

Conclusiones: En nuestro medio, la cuádruple terapia concomitante sin Bismuto presenta una elevada eficacia como primera línea de tratamiento para la erradicación del *H. pylori*, superando ampliamente la de la triple terapia en la forma en que ésta viene administrándose mayoritariamente (pautas cortas de 7 días). Serían precisos estudios más amplios que compararan esta pauta cuádruple con la triple terapia optimizada.

120. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ANALÍTICAS, SEROLÓGICAS E HISTOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD CELÍACA DEL ADULTO Y RESPUESTA A LA DIETA SIN GLUTEN

M. Jiménez^a, I. Jiménez^a, M. Chaparro^{a,b}, A. Díaz^c y J.P. Gisbert^{a,b}

^aHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid.

^bCIBERehd. ^cHospital de la Princesa, Servicio de Análisis Clínicos, IP, Madrid.

Introducción: La mayoría de los estudios realizados sobre la enfermedad celíaca se basan en la forma clásica de presentación infantil. Sin embargo, se está observando un incremento de su incidencia en la edad adulta, presentando en estos casos unas características particulares.

Objetivo: Conocer las características clínicas, analíticas, serológicas e histológicas de la enfermedad celíaca del adulto, así como su evolución tras instaurar una dieta sin gluten (DSG).

Métodos: Diseño: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Sujetos: pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca a partir de los 18 años de edad. Se recopiló información relativa a las características demográficas, la forma de presentación, la duración de los síntomas hasta el diagnóstico, las manifestaciones clínicas y analíticas, la serología (anticuerpos anti gliadina y antitransglutaminasa) y los hallazgos en las biopsias duodenales al diagnóstico y al año de la DSG. Se consideró respuesta clínica completa la ausencia de síntomas tras la DSG y respuesta parcial la persistencia de síntomas pero con clara mejoría.

Resultados: Se incluyeron 180 pacientes. La media de edad al diagnóstico fue de 40 años y el 68% eran mujeres. Los principales síntomas al diagnóstico fueron: diarrea (56%), pérdida de peso (37%), distensión abdominal y flatulencia (33%) y dolor abdominal (29%). Las manifestaciones extraintestinales más frecuentes fueron: osteopenia/osteoporosis (21%), dermatitis herpetiforme (14%) e hiperparatiroidismo (8%). La comorbilidad más frecuente fue la enfermedad tiroidea autoinmune (16%). Las principales alteraciones analíticas al diagnóstico fueron ferropenia (47%) y anemia (29%). Al diagnóstico, el porcentaje de pacientes con títulos elevados de anticuerpos anti gliadina y antitransglutaminasa fue del 69% y del 61%, respectivamente. En la mayoría de los casos se observó atrofia vellositaria en las biopsias duodenales (40% Marsh IIIA, 36% IIIB y 9% IIIC), mientras que el 14% fueron clasificados como Marsh I. No se encontraron diferencias en cuanto a la presencia de síntomas entre los pacientes con y sin atrofia vellositaria. La respuesta clínica al año de la DSG fue completa en un 75% de los pacientes y parcial en un 24%. Al año de instaurar la DSG se constató una clara mejoría de todos los parámetros analíticos y serológicos.

Conclusiones: La enfermedad celíaca del adulto se caracteriza por su gran heterogeneidad en la forma de presentación. La biopsia intestinal al diagnóstico muestra atrofia en la mayoría de los casos, si bien la enteritis linfocitaria constituye un hallazgo relativamente frecuente. Los pacientes con formas leves de enteropatía cursan con síntomas similares a los de aquellos con atrofia duodenal. Un estudio serológico negativo no permite descartar con seguridad el diagnóstico de enfermedad celíaca en el adulto. La respuesta clínica, analítica y serológica al año de DSG es completa en la mayoría de los pacientes.

121. CLARITROMICINA COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN REGIONES CON ALTA RESISTENCIA

C. Cobián, J. Bernuy, M. Martos, A. Cosme, L. Bujanda, M. Montes, J. Lisazoain, B. Ibarra, C. Sarasqueta y U. Mendarte

Hospital de Donostia, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián.

Introducción: El *Helicobacter pylori* (HP), es la causa fundamental de la enfermedad ulcerosa y cofactor para el desarrollo de ade-

nocarcinoma gástrico. La eficacia de la erradicación depende de la resistencia a los antibióticos. Comparamos la efectividad de dos terapias con claritromicina en nuestra población.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo entre febrero 2011 y mayo 2012. Se reclutaron de manera secuencial pacientes naïve HP-positivos, diagnosticados mediante cultivo de biopsia gástrica o test del hilo (55 casos) y test del aliento o test de ureasa (54 controles). Se dividieron en dos grupos, según se contaba con test de susceptibilidad antimicrobiana (grupo experimental) o no (grupo control). Se confirmó la erradicación mediante la prueba del aliento 6 semanas después del tratamiento.

Resultados: Se logró la erradicación de la infección por *H. pylori* en 83 de 100 pacientes que hicieron el seguimiento. La tasa de erradicación por intención de tratar fue de 94% (IC95%; 0,83-0,98) en el grupo experimental (47/50) y de 67% (IC95% 0,52-0,80) ($p < 0,05$) en el grupo control (36/54). La tasa de erradicación por protocolo fue de 94% (IC95%; 0,83-0,98) en el grupo experimental (47/50) y de 72% (IC95%; 0,58-0,85) ($p < 0,05$) en el grupo control (36/50). Un 58% (29/50) de los pacientes eran resistentes al menos a un tipo de antibiótico. En los 3 pacientes del grupo experimental que falló la erradicación, el segundo tratamiento incluyó omeprazol-amoxicilina-levofloxacino, lográndose una erradicación del 100%. En 9/14 pacientes del grupo de control se hizo un segundo tratamiento con levofloxacino ($n = 8$) o metronidazol ($n = 1$) con una erradicación del 66% (6/9 casos).

Conclusiones: El test de susceptibilidad antimicrobiana previa al tratamiento en zonas con alta resistencia a la claritromicina es una alternativa útil y eficaz.

122. ANEMIA FERROPÉNICA (AF) Y HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO (HDOO). ¿HASTA DÓNDE DEBEMOS LLEGAR?

C. Zugasti Gotchalk, F. Cañete Pizarro, B. Ballesté Peris, M. Menacho Viladot, C. Abadía de Barabà Marín, A. Pardo Balteiro, D. Portillo Piña, S. Montoliu Llopis, M. Papo Berger y J.C. Quer Boniquet

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: La AF y la HDOO son un problema prevalente. El diagnóstico y el manejo de estos pacientes a menudo suponen un reto para el gastroenterólogo.

Objetivo: Evaluar las estrategias diagnóstico/terapéuticas de la práctica clínica habitual y la evolución a medio plazo en pacientes con ingreso hospitalario por AF o HDOO.

Métodos: Revisión retrospectiva de todas las altas de un Sv. de Digestivo con diagnóstico principal de AF o HDOO en un período de 2 años (julio 2011-junio 2013).

Resultados: En 66 (5%) de 1.312 altas revisadas, el diagnóstico principal fue AF (46 pacientes; 71%) o HDOO (20 pacientes; 29%). La edad media fue de 71 años (rango 28-89), 55% de mujeres y un índice de comorbilidad de Charlson medio de 1,85 (rango 0-11). El 56% de los pacientes tomaban AAS/AINEs, el 9% clopidogrel y un 20% anticoagulantes orales. El síntoma más frecuente (70% de los casos) fue el síndrome anémico (astenia, disnea y angor hemodinámico). Valores medios al ingreso: Hto 22,4% $\pm$ 5, Hb 6,9 g/dl $\pm$ 1,8, ferritina 65,6 ng/ml $\pm$ 138 y IST 6,9% $\pm$ 6,5. Se practicó gastroscopia en 89% de los pacientes, colonoscopia en 93%, angioTC en 49% y cápsula endoscópica en 18%. Se identificó la causa de la AF o la HDOO en el 43% de los casos (26% en mayores de 80 años vs 51% en menores de 80 años; $p = 0,06$). Recibieron tratamiento específico médico/quirúrgico un 29% de los pacientes. En el grupo HDOO, respecto al grupo AF, el consumo de anticoagulantes fue significativamente superior (35% vs 13%; $p = 0,05$), se realizó cápsula endoscópica en más ocasiones (55% vs 2,2%; $p = 0,0001$) y se retiró más frecuentemente el tratamiento antiagregante/anticoagulante

(40% vs 3%; $p = 0,002$). En 19 (29%) de los casos se registró recidiva, que se asoció al antecedente de enfermedad cerebro vascular (37% vs 7%; $p = 0,008$), al consumo de AAS (58% vs 24%; $p = 0,01$) y fue más frecuente en el grupo HDOO que en el AF (53% vs 22%; $p = 0,03$). El 90% de las recidivas en el grupo HDOO fueron graves (precisando ingreso/transfusión). La retirada de tratamiento antiagregante/anticoagulante también fue más frecuente en los pacientes con recidiva (86% vs 14%; $p = 0,01$). 7 pacientes (11%) fueron exitos durante el seguimiento (media de 503 días); 6 de ellos del grupo AF y en todos los casos de causa neoplásica.

Conclusiones: 1. A pesar del elevado número de exploraciones realizadas el diagnóstico etiológico fue del 43%. Este rendimiento es aún menor en pacientes de más de 80 años. Se debería evaluar la necesidad de realizar o no otras exploraciones en este subgrupo de enfermos, teniendo en cuenta que la mortalidad en nuestra serie no se relaciona con la ausencia de diagnóstico. 2. Más de la mitad de los pacientes del grupo HDOO recidivan durante el seguimiento y esta recidiva es grave en la gran mayoría de casos. La retirada del tratamiento antiagregante/anticoagulante se podría considerar en este grupo de pacientes.

123. ¿ES REALMENTE LA INTOLERANCIA A LA LACTOSA UNA PATOLOGÍA TAN FRECUENTE EN NUESTRO MEDIO?

R. Irisarri Garde, E. Borobio Aguilar y R. Armendariz Lezaun

Hospital García Orcoyen, Servicio de Medicina Interna-Digestivo, Estella.

Introducción: La intolerancia a lactosa se está convirtiendo en una patología cada vez más frecuente en nuestras consultas. Para diagnosticarla en nuestro hospital utilizamos el test de hidrógeno espirado.

Métodos: Se recogen de manera retrospectiva y sucesiva todos los test de intolerancia a lactosa realizados en el Hospital García Orcoyen (zona básica de Estella, Navarra) desde el 8 de junio de 2012 hasta el 30 de agosto de 2013. Se excluyen los pacientes pediátricos (menores de 15 años), aquellos que no habían cumplido la dieta recomendada los días previos (no se deben consumir productos lácteos los tres días anteriores y el día previo no esté permitido comer azúcares ni alimentos ricos en fibra) y aquellos que habían realizado ejercicio vigoroso las horas previas a la exploración. Para cada paciente se recoge edad, sexo, clínica (intolerancia clínica a lactosa, dolor epigástrico, distensión abdominal, diarrea u otra clínica) y el resultado (positivo/negativo) de la exploración.

Resultados: Realizamos 71 test de hidrógeno espirado entre junio de 2012 y agosto de 2013. La edad media es de 39 años (16-81 años) y se recogen 29 hombres (40,8%) y 42 mujeres (59,2%). Observamos una tasa de intolerancia a lactosa en nuestra muestra del 28,2% (20/71 pacientes). Revisando la literatura observamos que esta cifra es concluyente con la descrito en la literatura; en Europa y Estados Unidos la prevalencia en caucásicos esta en torno al 7-20% y es mucho mayor en americanos nativos 90% y africanos 65-75%. En el grupo masculino 8 tienen un test positivo mientras en el femenino 12 dan positivo; sin encontrar diferencias significativas entre ambos sexos ($p = 0,57$). Si analizamos la clínica de los pacientes tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,379$). Sospecha clínica de intolerancia a lactosa: 3 pacientes, 1 con resultado positivo. Dolor epigástrico: 22 pacientes, 5 resultados positivos. Distensión abdominal: 14 pacientes, 6 resultados positivos. Diarrea: 27 pacientes, 6 resultados positivos. Otras: 5 pacientes, 2 resultados positivos.

Conclusiones: En el área comarcal de Estella (Navarra) observamos un porcentaje de intolerancia a lactosa del 28,2%, similar a las cifras descritas en la literatura para el área geográfica que nos corresponde. En nuestra muestra ni el sexo ni la clínica se asocian a mayor probabilidad de presentar esta patología.

124. TERAPIA TRIPLE ESTÁNDAR: EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE *HELICOBACTER PYLORI*

A. Huerta Madrigal, J. Pérez Lasala, N. Mañas Gallardo, G. Pastor Caballero, M.M. García Arredondo, R. Narro Bravo y S. Prados Leira

Hospital Universitario Sanchinarro, Unidad de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: En la erradicación de primera línea del *Helicobacter pylori* la pauta más utilizada ha sido la triple terapia estándar (TTE): IBP + claritromicina + amoxicilina. La III Conferencia Española de Consenso sobre la infección por *Helicobacter pylori*, publicada en mayo de 2013, no recomienda esta pauta en áreas con una eficacia menor al 80%.

Objetivo: Conocer el éxito erradicador de la TTE como pauta de primera línea en las consultas del 5º de Aparato Digestivo de HM-Sanchinarro en 2012.

Métodos: Estudio retrospectivo de tratamientos erradicadores registrados en las consultas externas de nuestro servicio entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012. Se consultaron por última vez las historias electrónicas de los pacientes el 30 de nov de 2013. Se calcularon el éxito de erradicación con sus intervalos de confianza al 95% por protocolo (PP) y por intención de tratar (ITT).

Resultados: Se identificaron 306 pautas erradicadoras de primera línea en 2012; Se excluyeron 49 (11 alérgicos a amoxicilina/claritromicina, 27 pauta desconocida, 11 otras pautas). Se incluyeron en el análisis 257 TTE de primera línea: mujeres el 54,9% ($n = 141$), edad mediana 45 años (rango IC 36-55), fumadores activos 12,5% ($n = 32$). La indicación fue: dispepsia funcional 29,6% ($n = 76$), dispepsia no investigada 22,2% ($n = 57$), erosiones o úlceras gastroduodenales 17,5% ($n = 45$) y otras indicaciones 30,7% ($n = 79$). La duración del tratamiento fue: 7 días 0,4% ($n = 1$), 10 días 54,9% ($n = 141$), 14 días 3,1% ($n = 8$) y no referida 41,6% ($n = 107$). La dosis de IBP fue: simple 20,6% ($n = 53$), doble 21,8% ($n = 56$) y no referida 42,4% ($n = 109$). No hubo seguimiento en 90 pacientes y en 3 más este fue defectuoso; en total se excluyeron del análisis por protocolo el 36,19% ($n = 93$), pero no en intención por tratar. El éxito de erradicación PP fue del 65,24% (IC95% 57,65-72,83) (107/164); y del ITT del 41,63% (IC95% 35,41-47,86%) (107/257). Dado el alto número de pérdidas de seguimiento y de variables se decidió no realizar un estudio multivariado para detección de factores de predicción de erradicación con TTE.

Conclusiones: el éxito erradicador de la TTE como pauta de primera línea en nuestro medio PP fue del 65,24% y por ITT del 41,63%. Aunque se carece del seguimiento del 36% de los pacientes, el éxito erradicador no hubiese superado nunca el 80%.

Oncología gastrointestinal

125. VARIANTES GENÉTICAS ASOCIADAS AL CÁNCER COLORRECTAL Y A SUSCEPTIBILIDAD DE ADENOMAS

A. Abulí^a, A. Castells^b, L. Bujanda^c, X. Bessa^a, C. Álvarez^a, J.J. Lozano^d, C. Hernández^e, M. Pellisé^b, A. Burón^e, F. Macià^e, J. Grau^f, R. Guayta^g, S. Castellvi-Bel^b, M. Andreu^a y Grupo de Investigación del PDPCCR de Barcelona PROCOLON

^aHospital del Mar, Departamento de Gastroenterología, REDISSEC, IMIM, Barcelona. ^bHospital Clínic, Servicio de Gastroenterología, CIBERehd, IDIBAPS, Barcelona. ^cHospital de Donostia, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián. ^dPlataforma de Bioinformática, CIBERehd, Barcelona. ^eHospital del Mar, Departamento de

Epidemiología y Evaluación, REDISSEC, IMIM, Barcelona. [†]Hospital Clínic, Unidad de Evaluación, Soporte y Prevención, Barcelona. [‡]Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña, Unidad de Planificación e Investigación, Barcelona.

Introducción: Hasta el momento se han descrito 30 variantes comunes, de baja penetrancia genética asociadas sólidamente al riesgo de cáncer colorrectal (CCR), pero pocos estudios han explorado su contribución en la susceptibilidad a adenomas colorrectales. En los programas de cribado poblacional de CCR, además de la edad superior a 50 años, no se han identificado otras variables que permitan una mejor estratificación del riesgo poblacional a neoplasias.

Objetivo: Evaluar si las variantes genéticas comunes asociadas a una mayor susceptibilidad de desarrollar adenomas, podrían mejorar la selección de los individuos en los programas de cribado poblacional.

Métodos: Se seleccionaron 1.326 pacientes con adenomas de alto riesgo (AAR) y 1.252 controles, con colonoscopia normal, procedentes de los programas de cribado de CCR de base poblacional de 3 hospitales de España. Se realizó un estudio de asociación caso-control analizando 30 variantes de susceptibilidad para CRC identificadas previamente mediante estudios de GWAS, con el fin de conocer la contribución de estas variantes en el desarrollo de AAR. Además, se construyó un modelo de predicción de riesgo individual, incluyendo las variantes asociadas a mayor riesgo de AAR, además de la edad y el sexo, para valorar si el impacto acumulativo de los alelos de riesgo podría ser útil para modular una estrategia de cribado poblacional de CCR de forma individualizada.

Resultados: Catorce de las 30 variantes analizadas mostraron una asociación estadísticamente significativa para riesgo de AAR (rs6983267, rs4939827, rs3802842, rs16892766, rs10795668, rs4444235, rs10411210, rs6691170, rs4925386, rs3824999, rs647161, rs2423279, rs3217810, rs59336). El riesgo de desarrollar AAR aumentó al aumentar el número de alelos de riesgo, con un incremento del riesgo de 2,3 veces en los individuos con = 17 alelos de riesgo. En el modelo predictivo individual de AAR, la capacidad de discriminación se evaluó mediante curvas ROC. El modelo mostró un rendimiento predictivo modesto, con un área bajo la curva de 0,70 (IC95% 0,67-0,72).

Conclusiones: Numerosas variantes genéticas aumentan el riesgo de CCR mediante la predisposición a AAR. El riesgo de desarrollar AAR aumenta al incrementarse el número de alelos de riesgo. Sin embargo, existen limitaciones sobre el uso de dichas variantes genéticas para evaluar el riesgo de AAR a nivel individual.

126. RIESGO DE NEOPLASIA COLORRECTAL AVANZADA EN INDIVIDUOS CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

M. Liz Leoz^{a,b}, L. Moreira^{a,b}, S. Carballal^{a,b}, A. Baiges^a, R. Rodríguez^c, T. Ocaña^{a,b}, M. Pellisé^{a,b}, M. López-Cerón^{a,b}, A. Castells^{a,b} y F. Balaguer^{a,b}

^aHospital Clínic, Servicio de Gastroenterología, Barcelona.

^bCIBERehd, IDIBAPS, Barcelona. ^cHospital Universitario Puerta de Hierro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: Los antecedentes familiares de CCR se asocian a un aumento del riesgo de CCR. La estratificación del riesgo de CCR se basa en el grado de parentesco, la edad al diagnóstico del caso índice, y el número de familiares afectados. Los grupos considerados de mayor riesgo son los individuos con al menos 1 FPG (familiar de primer grado: padres, hermanos, hijos) menor de 60 años con CCR y los individuos con > 2 FPG con CCR, en los que se recomienda realizar una colonoscopia de cribado cada 5 años a partir de los 40 años. Sin embargo, es controvertido si los individuos con un FPG mayor de 60 años con CCR (el grupo más numeroso) presentan un

riesgo incrementado de desarrollar CCR y si podrían incluirse en los programas institucionales de cribado poblacional basados en prueba de sangre oculta en heces (SOH). El objetivo de este estudio fue evaluar el riesgo de neoplasia avanzada (adenoma avanzado y CCR) en FPG de pacientes con CCR.

Métodos: Estudio retrospectivo que evaluó 929 individuos sanos con al menos un FPG con CCR (333 con 1 FPG < 60 años, 444 con 1 FPG > 60 años, 149 con > 2FPG) atendidos en un centro de tercer nivel. Los síndromes de CCR hereditarios fueron evaluados y excluidos del estudio. El grupo control incluyó 2616 individuos asintomáticos de riesgo medio (50-69 años) sin antecedentes familiares de CCR del estudio COLONPREV. Se evaluaron los resultados de la primera colonoscopia de cribado en ambos grupos. Se definió adenoma avanzado como aquel > 10 mm, con componente veloso, o displasia de alto grado. Se realizó un análisis de regresión logística binaria ajustado a edad y sexo.

Resultados: En comparación con el grupo control, los individuos con 1FPG < 60 años con CCR se asociaron a un mayor riesgo de adenoma avanzado (OR = 1,59; IC95%: 1,04-2,41; p = 0,031) y CCR (OR = 4,74; IC95%: 1,67-13,47; p = 0,004). El grupo con 1FPG > 60 años con CCR no se asoció a un mayor riesgo de adenoma avanzado (OR = 0,98; IC95%: 0,67-1,45; p = 0,935) ni CCR (OR = 1,92; IC95%: 0,62-5,99; p = 0,261). En el grupo con > 2FPG no se observó un aumento significativo del riesgo de adenoma avanzado (OR = 1,39; IC95%: 0,77-2,5; p = 0,27), con una tendencia a mayor riesgo de CCR (OR = 2,85; IC95%: 0,61-13,4; p = 0,184).

Conclusiones: Los individuos con 1FPG > 60 años con CCR no se asocian a un aumento de riesgo de neoplasia avanzada. Estos resultados sugieren que en estos individuos, el cribado podría realizarse en el seno de los programas de cribado poblacional de CCR mediante la prueba de SOH. Esta estrategia podría ayudar a optimizar los recursos de colonoscopias en países con programas de cribado de CCR basados en SOH.

127. LA CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DE LOS PÓLIPOS SERRADOS PUEDE DIFERENCIAR MÁS LESIONES AVANZADAS

M. Juárez-Quesada^a, C. Egoavil^b, M. Rodríguez-Soler^c, C. Guarinos^a, E. Hernández-Illán^a, L. Pérez-Carbonell^a, L. Andreu-Martínez^a, L. Castaño-Soler^c, J. Martínez^c, F. Ruiz^c, L. Company^c, J.R. Aparicio^c, J.A. Casellas^c, V. Barberá^d, A. Castillejo^d, J.L. Soto^d y R. Jover^c

Hospital General Universitario de Alicante: ^aUnidad de Investigación; ^bServicio de Patología; ^cServicio de Aparato Digestivo, Alicante. ^dHospital General de Elche, Departamento de Genética Molecular, Alicante.

Introducción: Los pólipos serrados son la lesión precursora del cáncer colorrectal, actuando a través de la vía serrada de carcinogénesis. Este grupo heterogéneo de lesiones serradas presenta diversas características morfológicas e histológicas diferenciales.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio fue comparar los grupos de pólipos con mutaciones en KRAS, BRAF y sin presencia de mutación para establecer diferencias moleculares e histológicas entre ellos.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron 155 pacientes con diagnóstico de pólipos de colon extirpados en 2007 y con una colonoscopia posterior de vigilancia, en el Hospital General de Alicante. Se determinaron las características histológicas y moleculares de un total de 553 pólipos pertenecientes a estos pacientes. Se extrajo DNA de los pólipos para el estudio de las mutaciones en BRAF y KRAS. El análisis de la mutación KRAS (codones 12 y 13) se realizó mediante secuenciación directa, mientras que la mutación en BRAF (V600E) se determinó mediante discriminación alélica.

Resultados: Un total de 348 (62,9%) pólipos se clasificaron como adenomas, en los cuales la mutación en BRAF estaba presente en un 0,6% mientras que la mutación KRAS en el 6,4% de los pólipos. Un total de 205 pólipos (37,1%) se clasificaron como lesiones serradas: 191 (93,2%) de los cuales eran pólipos hiperplásicos (HPs), 9 (4,4%) pólipos serrados sésiles (PSS) y 5 (2,4%) adenomas serrados tradicionales (TSA). De los pólipos serrados el 30,4% presentaron mutación en BRAF y un 29,4% mutación en KRAS. Considerando únicamente las lesiones serradas observamos que los pólipos que tenían un tamaño superior a 10mm presentaban con mayor frecuencia mutación en BRAF en comparación con los no mutados (68% vs 32%; $p = 0,006$). Cuando comparamos las mutaciones en BRAF y KRAS observamos que los pólipos localizados en colon derecho presentan mutación en BRAF más frecuentemente que en KRAS (71,4% vs 28,6%; $p = 0,034$). Además la mutación en BRAF fue más común en los pólipos de mayor tamaño (BRAF 81% vs KRAS 19% $p = 0,003$). Por otro lado, los pólipos mutados en KRAS se encontraban localizados principalmente en colon izquierdo con una progresión ascendente en el número de pólipos hacia recto-sigma ($p = 0,005$). No encontramos diferencias significativas en cuanto a la morfología de los pólipos en función del estatus mutacional que presentaban los pólipos.

Conclusiones: Las mutaciones en BRAF son prácticamente exclusivas de los pólipos serrados y además, los pólipos serrados que tienen esta mutación presentan con mayor frecuencia características similares a pólipos avanzados. Estos resultados sugieren que la mutación BRAF puede ser un marcador molecular de pólipos serrados con una mayor capacidad de malignización.

128. EL USO DE CARBOXIMALTOSA DE HIERRO REDUCE COSTES CUANDO SE COMPARA CON HIERRO SACAROSA O HIERRO ORAL EN EL TRATAMIENTO PREOPERATORIO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON. ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES

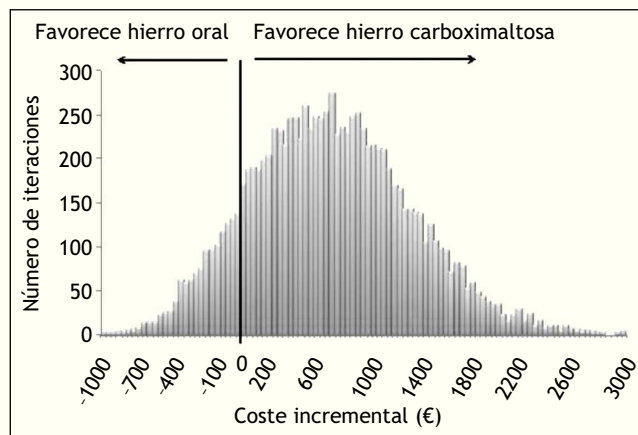
X. Calvet^a, E. Gené^b, M.A. Ruiz^c, S. Rodríguez-Cerrillo^d, A. Villoria^e, M. Cucala^f, F. Mearin^g, S. Delgado^h y J.L. Callejaⁱ

Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí: ^aServicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona; ^bServicio de Urgencias, Departamento de Medicina, Universitat Internacional de Catalunya; ^cDepartamento de Contabilidad Analítica; ^dServicio de Aparato Digestivo; ^eServicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Sabadell. ^fVifor Pharma España, Departamento Médico, Barcelona. ^gCentro Médico Teknon, Departamento de Gastroenterología, Barcelona. ^hHospital Clínic, Departamento de Cirugía Gastrointestinal, Barcelona. ⁱHospital Puerta de Hierro, Departamento de Gastroenterología, Madrid.

Objetivo: Comparar los costes de tres estrategias: hierro carboximaltosa (HC) vs hierro sacarosa (HS) ambos por vía endovenosa y vs hierro oral (HO) - para el tratamiento de la anemia ferropénica en pacientes con cáncer de colon e indicación quirúrgica utilizando un análisis de minimización de costes.

Métodos: Se utilizaron los datos de 282 pacientes con cáncer de colon y anemia ferropénica incluidos en un estudio previo (Mearin et al. *Gastroenterol Hepatol.* 2013;36:230-1). Ciento once recibieron HC, 16 HS y 155 HO. Los costes del hierro endovenoso se obtuvieron de las tarifas establecidas por la Agencia Reguladora. Los costes hospitalarios directos e indirectos para la infusión de hierro y la atención hospitalaria se obtuvieron a través de la unidad de contabilidad analítica del hospital de Sabadell. En el modelo fármaco-económico, se calcularon los costes basales para los pacientes que recibieron HC, HS y HO. Se realizó un análisis de sensibilidad y una simulación de Monte Carlo con 10.000 iteraciones.

Resultados: En condiciones basales, los costes totales por paciente -incluyendo los costes de la infusión de hierro, el coste de las transfusiones y el coste de hospitalización- fueron de 1.845€ en los pacientes tratados con HC, 2.318€ en el grupo de HS y 2.101€ en el grupo de HO. El ahorro por paciente usando HC fue de 473€ comparado con HS y 256€ comparado con HO. La simulación de Monte Carlo favoreció el uso de HC vs HS o HO en el 85,2% y el 84,4% de las simulaciones, respectivamente (fig.).



Simulación de Monte Carlo tras 10.000 iteraciones comparando carboximaltosa de hierro con hierro oral. Las barras muestran el número de iteraciones que resultan en un determinado coste incremental. Los valores por debajo de cero favorecen el uso de hierro oral.

Conclusiones: El análisis farmacoeconómico muestra que la infusión de carboximaltosa de hierro antes de la cirugía -comparado con la infusión de hierro sacarosa o el hierro oral- reduce los costes del tratamiento de los pacientes con cáncer de colon y anemia ferropénica.

129. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD DE ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA TRAS EXTIRPACIÓN DE ADENOMAS DE ALTO RIESGO

P. Zapater y R. Jover

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: Diferentes guías recomiendan la realización de una colonoscopia de vigilancia a los 3 años para los pacientes a los que se ha extirpado adenomas de alto riesgo, sin embargo las evidencias que sustentan esta recomendación son escasas. El objetivo de este estudio es comparar el coste-efectividad de esta estrategia con otra que utilice intervalos de vigilancia más prolongados.

Métodos: Hemos desarrollado un modelo de Markov para comparar la recomendación de colonoscopia a los 3 años con subsiguiente colonoscopia a los 5 años si no se encuentran lesiones con otra estrategia en la que se realizaría colonoscopia a los 5 años con subsiguientes exploraciones a los 10 años. Se ha modelizado una cohorte de individuos de 50 años de edad con adenomas de alto riesgo. Las colonoscopias de vigilancia se han programado hasta la edad de 80 años y los pacientes han sido seguidos en el modelo hasta su fallecimiento. Con este modelo se han calculado costes, años de vida ajustados a la calidad (QALYs) y ratio incremental de coste-efectividad (ICERs). El análisis se ha llevado a cabo utilizando el software "R" (versión 2.13.1).

Resultados: El empleo de una estrategia de vigilancia con intervalos más prolongados (estrategia 5 años) supondría un ahorro de un total de 158.992 colonoscopias en una población de 100.000 pacientes con adenomas de alto riesgo, con una diferencia de coste de 55.329.216 €. Sin embargo, esta estrategia resultaría en la apa-

rición de 2.083 casos más de cáncer colorrectal (CCR) y 562 muertes más por CCR en la misma población. La estrategia de 3 años tiene un coste medio de 2.263€, mientras que la de 5 años tiene un coste de 2.348€. La media de QALYs en la estrategia de 3 años fue 21.0 y en la de 5 años fue de 21.7. Ambas estrategias muestran similar coste-efectividad, con un ICER de 121€ por QALY a favor de la estrategia de 5 años. El análisis de sensibilidad probabilístico confirmó la falta de diferencia entre ambas estrategias.

Conclusiones: Una estrategia con intervalos de vigilancia más prolongados tras la extirpación de adenomas de alto riesgo muestra un coste-efectividad similar a la estrategia actualmente recomendada. Esta estrategia, con intervalos más prolongados, supondría una gran reducción en el número de colonoscopias practicadas, con la consiguiente mejora de la capacidad endoscópica. Estudios reales de comparación de diferentes estrategias de vigilancia serían de gran interés.

130. EFECTO DE LOS TRATAMIENTOS ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES SOBRE LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA SANGRE OCULTA EN HECES INMUNOLÓGICA PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL

J. Cubiella^a, M. Salve^a, M. Díaz Ondina^b, P. Vega^a, F. Iglesias^c, P. Macía^b, I. Blanco^b, L. Bujanda^d y J. Fernández Seara^a

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Análisis Clínicos, Ourense.

^cComplejo Hospitalario Universitario de Vigo. ^dHospital de Donostia, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián.

Introducción: Existen discrepancias sobre el efecto de los tratamientos antiagregantes y/o anticoagulantes en la precisión diagnóstica del test inmunológico sangre oculta en heces (SOHi).

Objetivo: Evaluar la influencia del tratamiento con anticoagulantes y/o antiagregantes en la precisión diagnóstica de la SOHi para la detección de cáncer colorrectal (CCR) en pacientes sintomáticos.

Métodos: El estudio COLONPREDICT es un estudio ciego prospectivo de pruebas diagnósticas que evalúa la utilidad de la SOHi para la detección de CCR en individuos sintomáticos a los que se les realiza una colonoscopia. En los 1567 pacientes incluidos se ha recogido el tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico (AAS), clopidogrel y/o acenocumarol. Se comparó la precisión diagnóstica global mediante curvas ROC, área bajo la curva (AUC) y test de homogeneidad de áreas y la sensibilidad y especificidad (punto de corte 100 ng/ml) mediante el estadístico chi cuadrado.

Resultados: 426 (27%) pacientes recibían antiagregantes y/o anticoagulantes. Se detectaron 215 CCR sin diferencias en la prevalencia entre los dos grupos (tratamiento = 12%, control = 14,3%; $p = 0,2$). La precisión diagnóstica de la SOHi para la detección de CCR fue estadísticamente inferior en el grupo de tratamiento (AUC tratamiento = 0,81, AUC control = 0,88; $p = 0,04$). Con un punto de corte de 100 ng/ml, 175 (41,1%) pacientes en el grupo tratamiento y 434 (38%) en el grupo control tuvieron un resultado positivo ($p = 0,2$). En ese punto de corte, el tratamiento con antiagregantes

y/o anticoagulantes redujo de modo no significativo la sensibilidad (90,2%, 91,5%; $p = 0,7$) y la especificidad (65,6%, 71%; $p = 0,05$) de la SOHi para la detección de CCR. La comparación de la precisión diagnóstica en función del tratamiento recibido se muestra en la tabla.

Conclusiones: El tratamiento con AAS reduce la precisión diagnóstica de la SOHi para la detección de CCR en pacientes sintomáticos.

131. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA FECAL Y LA GRAVEDAD DE LA LESIÓN COLORRECTAL?

L. Rodríguez-Alonso^a, G. Binefa Rodríguez^b, N. Milà Díaz^b, M. García Martínez^b, L. Benito Aracil^b, F. Rodríguez-Moranta^a, J. Guardiola Capón^a y V. Moreno Aguado^b

^aHospital Univeristari de Bellvitge-IDIBELL, Barcelona. ^bInstitut Català d'Oncologia-IDIBELL, Barcelona.

Introducción y objetivos: El test de sangre oculta en heces (TSOH) inmunológico cuantitativo, es actualmente el test más utilizado en los programas de cribado españoles. A pesar de que al usuario se le informa del resultado de manera cualitativa (positivo/negativo), el hecho de tener el resultado numérico de la concentración de hemoglobina fecal (Hb-f) permite poder variar en cualquier momento el punto de corte determinante para realizar pruebas de confirmación diagnóstica. En estos momentos, la mayoría de programas establecen su punto de corte en 100 ng/ml. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre la concentración de Hb-f y la existencia de neoplasia colorrectal (adenoma y cáncer) y su severidad.

Métodos: Población y periodo de estudio: personas de 50 a 69 años con un resultado positivo del TSOH (Hb-f = 100 ng/ml) remitidos a colonoscopia entre 2009 y 2013, correspondiente a dos rondas del programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal de L'Hospitalet ($n = 1.415$). La variable dependiente fue el nivel de Hb-f (ng/mL) y como variables independientes se analizaron las características macro y microscópicas de las lesiones como el nº de pólipos, el tamaño, la estructura (adenoma/adenocarcinoma), la histología (tubular/velloso/tubulovelloso) el grado de displasia (alto/bajo) y su localización (próxima/distal). Se creó la variable de resultado de la colonoscopia, teniendo en cuenta todas las características descritas y se categorizó, siguiendo las indicaciones de la guía europea en negativa (sin lesión neoplásica), adenoma de bajo riesgo (ABR), adenoma de alto riesgo (AAR) y cáncer.

Resultados: Se dispuso de información completa de 1.406 pacientes (61 años de media; 59,5% hombres). En un 34,6% de las colonoscopias no se halló lesión neoplásica (falso positivo). Se detectaron 204 ABR, 633 AAR y 82 cánceres. Los hombres presentaron mayor concentración de Hb-f que las mujeres ($p < 0,005$). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de la mediana de Hb-f según severidad de la lesión: cánceres 794,5 ng/mL, AAR 398 ng/mL, ABR 202 ng/mL, y negativas 241 ng/mL. En el análisis de regresión logística ajustada por sexo y edad, y

Tratamiento		AUC	p	Sensibilidad	p	Especificidad	p
AAS	Sí (16,2%)	0,78	0,04	84,6%	0,2	64%	0,05
	No (83,8%)	0,87		92,1%		70,6%	
Clopidogrel	Sí (3,8%)	0,79	0,2	90%	0,9	70%	0,9
	No (96,2%)	0,86		91,2%		69,4%	
Acenocumarol	Sí (7,9%)	0,80	0,3	94,1%	0,6	62,6%	0,1
	No (92,1%)	0,86		91%		70%	

en relación a los adenomas, se asoció un incremento en la Hb-f con la presencia de displasia de alto grado, componente vellosos, lesiones más grandes y localización distal ($p < 0,001$). En cánceres, no se hallaron diferencias entre el nivel de Hb-f y el estadio ni la localización.

Conclusiones: La concentración de Hb-f está asociada con la gravedad y las características de las lesiones neoplásicas. Su inclusión en algoritmos podría ayudar a calcular el riesgo de desarrollar una neoplasia colorrectal en los programas de cribado poblacional. Además, a nivel asistencial, podría ser de gran utilidad establecer un sistema de priorización de colonoscopias basado en el resultado del TSOH.

Financiación: estudio parcialmente financiado por el Instituto de Salud Carlos III (CIBERESP, RD/12/0036/0053).

132. PACIENTES CON MÚLTIPLES PÓLIPOS ADENOMATOSOS: CAUSAS, CARACTERÍSTICAS Y RECOMENDACIONES PARA SU MANEJO

C. Guarinos^a, E. Hernández-Illán^a, M. Juárez^a, M. Rodríguez-Soler^{a,b}, C. Egoavil^c, L. Pérez-Carbonell^a, R. Salas-Rico^a, J. Cubiella^d, F. Rodríguez-Moranta^e, L. de Castro^f, L. Bujanda^{g,h}, A. Serradesanfermⁱ, D. Nicolás-Pérez^j, M. Herráiz^k, F. Fernández-Bañares^l, A. Herreros de Tejada^m, E. Aguirreⁿ, J. Balmaña^ñ, A. Pizarro^o, A. Castillejo^p, C. Alenda^c, A. Payá^c, J.L. Soto^p y R. Jover^b

Hospital General de Alicante: ^aUnidad de Investigación; ^bServicio de Aparato Digestivo; ^cServicio de Patología, Alicante. ^dComplejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servicio de Aparato Digestivo, Ourense. ^eHospital de Bellvitge, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^fComplejo Hospitalario Universitario de Vigo CHUVI, Servicio de Aparato Digestivo, Vigo. ^gCIBERehd. ^hHospital de Donostia, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián. ⁱHospital Clinic, Ciberehd, Barcelona. ^jHospital Universitario de Canarias, Servicio de Aparato Digestivo, Tenerife. ^kClínica Universitaria de Navarra, Departamento de Gastroenterología, Pamplona. ^lHospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^mHospital Universitario Puerta de Hierro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ⁿHospital Arnau de Vilanova, Departamento de Oncología, Lleida. ^ñHospital Vall d'Hebron, Departamento de Oncología, Barcelona. ^oHospital Universitario Virgen del Rocío, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla. ^pHospital General de Elche, Departamento de Genética Molecular, Alicante.

Introducción: Una pequeña proporción de las poliposis adenomatosas está causada por mutaciones germinales en los genes APC o MUTYH. Otros genes de menor penetrancia explican otro porcentaje bajo de casos, dejando una considerable cantidad de pacientes sin diagnóstico genético ni estrategia de seguimiento precisa. Nuestro objetivo fue estudiar en un grupo de estos pacientes sin mutación características clínico-patológicas diferenciales que influyan en su malignidad y evolución.

Métodos: Se incluyeron 173 pacientes con más de 10 adenomas a lo largo del colon del estudio multicéntrico EPIPOLIP. Se excluyeron aquellos que cumplían criterios de la OMS para poliposis serrada y los que presentaban un síndrome de cáncer hereditario. Todos los pacientes se secuenciaron para mutaciones germinales en APC y MUTYH. Además, en aquellos con al menos un familiar de primer grado afecto de cáncer colorrectal (CCR) o poliposis también se estudiaron las dos mutaciones recurrentes en los genes POLE y POLD1 ($n = 41$, 23,7%).

Resultados: La mediana de número de pólipos por paciente era de 23 (P25-P75: 15-41), con una mediana de 15 adenomas. En total, 132 individuos (76%) tenían poliposis adenomatosa y 41 (24%)

pólipos adenomatosos y serrados. La edad media era 60 años, con un 73% de varones. Seis (3,5%) y 15 (8,7%) pacientes presentaban mutaciones en APC y MUTYH respectivamente, todos ellos con poliposis adenomatosas. Otros 4 individuos (2,3%) presentaban variantes de significado incierto en APC probablemente patogénicas, según las predicciones in silico. Ningún paciente mostró mutación en POLE ni POLD1. Todos los pacientes sin mutación detectada ($n = 148$, 85,6%) se incluyeron en una cohorte para estudiar características clínico-patológicas diferenciales entre ellos. En ella, 108 casos tenían poliposis adenomatosa (73%) y los 40 restantes pólipos mixtos/serrados. La mediana de número de pólipos por paciente era 21 (P25-P75: 15-34), con una mediana de 15 adenomas. Los pacientes sin historia de CCR ($n = 80$) fueron principalmente tratados endoscópicamente (83,6%), en comparación con los pacientes con CCR, donde el 80,9% se sometieron a cirugía. Dividiendo en dos grupos por edad (mayores de 60 años, y menores o igual a 60) observamos que los pacientes más longevos tenían más frecuentemente historia familiar de CCR ($p = 0,033$) y poliposis adenomatosa ($p < 0,0001$), con más adenomas y menos pólipos serrados en cualquier localización que los pacientes más jóvenes ($p < 0,0001$). Además, los más mayores tenían más frecuentemente pólipos mayores de 10 mm ($p = 0,002$), con una mayor proporción de pólipos proximales ($p = 0,02$), aunque el número total de pólipos era menor en estos pacientes ($p = 0,031$).

Conclusiones: Estos resultados resaltan la relevancia de la edad como agente esporádico que contribuye a la malignidad una vez el origen genético parece descartarse, y sugieren que es recomendable un cribado riguroso de CCR en los pacientes más mayores (más de 60 años) con múltiples pólipos adenomatosos.

133. EFECTO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES SOBRE LA SANGRE OCULTA EN HECES DURANTE EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL

A. Maíz, Y. Pérez, L. Bujanda, C. Sarasqueta, A. Lanás, E. Quintero, J. Cubiella, V. Hernández, J.D. Morillas, T. Pérez-Fernández y D. Salas

Hospital de Donostia, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián.

Introducción: Algunos estudios sugieren que el tratamiento con anticoagulantes orales (ACO) en aquellos pacientes incluidos en el cribado del CCR, puede influir en el resultado positivo de la sangre oculta en heces (SOH).

Objetivo: Evaluar el efecto de los anticoagulantes orales en monoterapia o combinados con antiagregantes plaquetarios, sobre el resultado de la SOH y por lo tanto en el diagnóstico de la neoplasia avanzada, durante el programa de cribado del CCR.

Métodos: Se realizó un análisis post-hoc de los sujetos asignados al azar al brazo de SOH en el estudio COLONPREV, para comparar la eficacia de la SOH bienal vs colonoscopia. 28.696 individuos de entre 50-69 años fueron invitados a realizar un estudio de SOH entre noviembre de 2008 y junio de 2011.

Resultados: En la primera ronda del cribado, el test de SOH se realizó en 6.045 (21%) personas, de las cuales 5.821 (96,3%) no estaban en tratamiento con ACO (no expuestos), y 224 personas (3,7%) sí que estaban en tratamiento con ACO (expuestos), en monoterapia 164 y en combinación con antiagregantes plaquetarios 60. La edad media fue $59,5 \pm 5,6$ años y 2.803 (46%) eran hombres. La SOH fue positiva en 386 de los 6.045 (6,3%), en 9,3% (21/224) de los expuestos y en 6,2% (365/5.821) de los no expuestos. Dentro del grupo de los expuestos, la SOH fue positiva en un 7,9% (13/164) de los pacientes en tratamiento único con ACO y en 13,3% (8/60) de los pacientes en tratamiento combinado con antiagregantes plaquetarios. El resultado de SOH positiva en el grupo de los expuestos (sobre todo en el subgrupo del tratamiento combinado) fue mayor

que en el grupo de los no expuestos, pero sin diferencias estadísticamente significativas (OR 1,8, IC95% 0,8-3,9, $p = 0,2$). El VPP para la neoplasia avanzada en el grupo de los no expuestos fue del 50,4%, y del 47,6% en el grupo de los expuestos sin diferencias estadísticamente significativas (OR 0,70, IC95% 0,3-1,8, $p = 0,5$). El VPP para la neoplasia no avanzada fue del 50,4% (184/365), 30,8% (4/13), y 75% (6/8) en no expuestos, expuestos a ACO, y expuestos a ACO + antiagregantes plaquetarios respectivamente, sin diferencias significativas ($p = 0,2$).

Conclusiones: El tratamiento único con anticoagulantes orales o en combinación con antiagregantes plaquetarios, no modifica significativamente el VPP para la neoplasia avanzada en la población incluida en el cribado del CCR.

134. PAPEL DE LA PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE-PAAF) EN EL DIAGNÓSTICO DE LA RECURRENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL

G. Fernández-Esparrach^a, J.C. Subtil^b, E. Vázquez-Sequeiros^c, M. Solé^d, N. Alberghina^a, V. Florio^a, F.C. Zozaya^b, I. Araujo^a, O. Sendino^a, L. Argüello^a, B. González-Suárez^a, M. López-Cerón^a, J. Llach^a y A. Ginès^a

^aHospital Clínic, Unidad de Endoscopia, Servicio de Gastroenterología, ICMDM, IDIBAPS, CIBERehd, Universidad de Barcelona. ^bClínica Universidad de Navarra, Unidad de Endoscopia, Servicio de Gastroenterología, Pamplona. ^cHospital Universitario Ramón y Cajal, Unidad de Endoscopia, Servicio de Gastroenterología, Madrid. ^dHospital Clínic, Servicio de Anatomía Patológica, CDB, Barcelona. ^eHospital Universitario La Fe, Unidad de Endoscopia, Servicio de Gastroenterología, Valencia.

Introducción: La USE-PAAF es muy eficaz en el diagnóstico citológico de las neoplasias localizadas en la vecindad del tubo digestivo. Existe escasa información sobre la utilidad de la USE-PAAF en el diagnóstico de la recurrencia del cáncer colorrectal (CCR).

Objetivo: Investigar la eficacia de la USE-PAAF en el diagnóstico citológico de la recurrencia local del CCR.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en cuatro hospitales terciarios con inclusión de los pacientes consecutivos con sospecha de recurrencia de CCR a los que se realizó una USE-PAAF entre 2000 y 2013. El patrón oro utilizado fue el resultado de la citología cuando ésta mostró malignidad y el seguimiento en los casos de benignidad.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes, 34 hombres/27 mujeres, edad media 65 + 10 años (44-88). La neoplasia inicial se localizó en el recto ($n = 42$) y colon ($n = 19$). Los hallazgos ecográficos fueron: masa en la anastomosis ($n = 8$) o en la grasa perirrectal ($n = 23$), masa en la vecindad en el caso de cáncer de colon ($n = 3$), adenopatías ($n = 20$) y engrosamiento asimétrico de la pared rectal ($n = 6$). La citología diagnosticó malignidad en 41 pacientes (67%), benignidad en 18 (30%) y fue no diagnóstica en 2. La media de seguimiento para confirmar benignidad fue de 51,3 + 30,3 meses (5,2-180). El diagnóstico final fue recurrencia en 43 pacientes (71%) y benignidad en 18 (29%). La prevalencia de malignidad en esta serie fue del 69%. Cuando la USE-PAAF excluyó recidiva, la probabilidad de malignidad descendió del 69% al 8,8% (razón de verosimilitud negativa: 0,05) La USE-PAAF tuvo unos valores de sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y eficacia del 95%, 100%, 100%, 89% y 97%, respectivamente.

Conclusiones: La USE-PAAF es una excelente herramienta para el diagnóstico citológico de recurrencia en pacientes con CCR. Dada su rentabilidad diagnóstica, USE-PAAF debería practicarse siempre que se sospecha recurrencia del CCR.

135. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DEL SÍNDROME DE POLIPOSIS SERRADA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL

D. Rodríguez-Alcalde^a, S. Carballal^b, M. López-Cerón^b, L. Moreira^b, M. Liz Leoz^b, A. Baiges^b, T. Ocaña^b, M. Cuatrecasas^c, L. Bujanda^d, F. Rodríguez-Moranta^e, L. Rodríguez^e, V. Gonzalo^f, X. Bessa^g, M. Andreu^g, J. Cubiella^h, I. Castro^h, J.D. Morillasⁱ, S. Orquínena^j, E. Moya^k, J. Clofent^l, P. Esteban^m, M. Gonzálezⁿ, A. Barturenⁿ, F.J. Fernández^o, R. Jover^p, V. Piñol^q, E. Quintero^r, L. Cid^s, V. Hernández^s, M. Varela^t, A. Huerta^u, L. Hernández^a, J. López^a, M. Pellisé^b, A. Castells^b, F. Balaguer^b y Grupo de Oncología de la Asociación Española de Gastroenterología

^aHospital Universitario de Móstoles, Sección de Aparato Digestivo, Madrid. ^bHospital Clínic: ^bServicio de Gastroenterología; ^cServicio de Anatomía Patológica, CIBERehd, IDIBAPS, Barcelona. ^dHospital Universitario Donostia, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián. ^eHospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Aparato Digestivo, IDIBELL, Barcelona. ^fHospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^gHospital del Mar, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^hComplejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servicio de Aparato Digestivo, Ourense. ⁱHospital Clínico San Carlos, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^jComplejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Aparato Digestivo, Pamplona. ^kHospital Universitario del Sureste, Servicio de Gastroenterología, Madrid. ^lHospital de Sagunto, Servicio de Gastroenterología, Valencia. ^mHospital Morales Mesenguer, Servicio de Aparato Digestivo, Murcia. ⁿHospital Puerta del Hierro, Servicio de Gastroenterología, Madrid. ^oHospital Universitario de Cruces, Servicio de Gastroenterología, Vizcaya. ^pHospital Galdakao Usansolo, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya. ^qHospital General de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo, Alicante. ^rHospital Josep Trueta, Servicio de Gastroenterología, Girona. ^sHospital Universitario de Canarias, Servicio de Aparato Digestivo, Tenerife. ^tComplejo Hospitalario Universitario de Vigo CHUVI, Servicio de Aparato Digestivo, Vigo. ^uHospital Universitario Central de Asturias, Servicio de Gastroenterología, Oviedo. ^vHospital de San Ciriaco, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: El síndrome de poliposis serrada (SPS) se caracteriza por la presencia de múltiples y/o grandes pólipos serrados (PS) en el colon y se asocia a un riesgo aumentado de cáncer colorrectal (CCR). Su historia natural, sus características fenotípicas y el riesgo de CCR en pacientes y familiares no están bien establecidos. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y anatomopatológicas del SPS.

Métodos: Estudio multicéntrico nacional con inclusión retrospectiva y prospectiva de pacientes diagnosticados de SPS según los criterios definitorios de la OMS (2010) en 21 centros del estado español. Se recogieron sistemáticamente la historia clínica personal y familiar, los datos de las colonoscopias y los resultados anatomopatológicos de las mismas. Se han analizado los resultados preliminares tras 10 meses de inclusión.

Resultados: Hasta diciembre de 2013 se han incluido 189 individuos (varones: 114, 60,3%); edad media de diagnóstico: 56,5 + 9,8 años con una mediana de seguimiento de 43,3 meses (rango: 1,7-304,5). El 69,8% de los pacientes ($n = 132$) refería antecedente de tabaquismo y 86/127 (67,7%) tenían un IMC > 25. El 31,2% de los individuos ($n = 59$) tenía > 1 antecedente familiar (AF) de primer grado de CCR y 12 (6,3%) presentaban AF de SPS. Con respecto al fenotipo de la poliposis: 46 (24,3%), 2 (1,1%) y 80 (42,3%) individuos cumplían los criterios I, II y III de la OMS respectivamente, en 47 (24,9%) se solapaban 2 criterios y 4 (2,1%) se cumplían los tres criterios definitorios. El criterio I resultó más frecuente en mujeres (50,7% vs 35,1%; $p = 0,007$) y

el III predominó en hombres (64% vs 48%; $p = 0,011$). Se han analizado 4.538 pólipos serrados (PS) (media: $24 \pm 20,2$ por paciente) en 551 colonoscopias y 38 piezas de colectomía: 832 (18,3%) eran adenomas serrados sésiles, 3.679 (81,1%) pólipos hiperplásicos y 27 (0,6%) adenomas serrados tradicionales. El 3,1% de los PS ($n = 141$) presentaba displasia epitelial de bajo o alto grado. Un 77,2% de los pacientes ($n = 146$) tenía > 1 adenoma y la mitad ($n = 74$) > 1 adenoma avanzado. Veinticinco individuos (13,2%) presentaron CCR con una edad media al diagnóstico de 55,3 años (rango: 21,8-82,7) siendo en 22 casos tumores prevalentes y en 3 incidentes (diagnosticados entre 11,2-25,5 meses después de la colonoscopia previa). En cuanto al manejo terapéutico, 151 (80%) individuos fueron controlados mediante vigilancia endoscópica, 25 (13,2%) se intervinieron por la presencia de un CCR y 13 (6,9%) debido a una poliposis no controlable endoscópicamente.

Conclusiones: El SPS constituye una forma de alto riesgo de CCR y adenomas. El tabaco, el sobrepeso y la historia familiar de CCR son frecuentes en individuos con SPS. El sexo femenino se asocia con más frecuencia a un fenotipo de lesiones proximales y de gran tamaño. Los resultados de este estudio serán claves para la identificación de factores asociados a la aparición de CCR y establecer estrategias preventivas basadas en la evidencia.

136. IMPACTO DE UNA MEDIDA PUNTUAL DE FORMACIÓN EN ENDOSCOPIA ENFOCADA AL DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS GÁSTRICAS PRECOSES

J. Díaz Tasende^a, J.C. Marín Gabriel^a, P. Cancelas Navia^a, A. González Blanco^a, P. Hernán Ocaña^a, S. Rodríguez Muñoz^a, A. del Pozo García^a, I. Salces Franco^a, M. Pérez Carreras^a, F. Sánchez Gómez^a, F. Colina Ruizdelgado^b, P. Ruiz López^c y G. Castellano Tortajada^a

Hospital Universitario 12 de Octubre: ^aServicio de Digestivo; ^bDepartamento de Anatomía Patológica; ^cUnidad de Calidad, Madrid.

Introducción: En nuestro medio, la tasa de detección de neoplasias gástricas precoces es baja.

Objetivo: Evaluar el impacto de una sesión formativa sobre el diagnóstico endoscópico de neoplasias gástricas precoces.

Métodos: Análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva de pacientes con neoplasias gástricas con afectación mucosa o submucosa, tratados en el Hospital 12 de Octubre. En noviembre de 2012 se imparte una conferencia de 40 minutos de duración sobre diagnóstico endoscópico de neoplasias gástricas. Se comparan las características de las lesiones detectadas antes (período PRE, 4 años: noviembre 2008 - noviembre 2012) y después de la intervención (período POST, 1 año: diciembre 2012 - noviembre 2013). En el período evaluado no hubo modificaciones en la resolución de los videoprocesadores ni en la composición del personal médico implicado. No se incluyeron en el análisis los casos cuya detección se hubiera realizado en otros centros.

Resultados: La mediana de gastroscopias realizadas fue de 4.580 exploraciones/año. En el período PRE se diagnosticaron 7 lesiones y en el período POST 10 lesiones (tasa de incidencia: 0,0004 por año vs 0,0022 por año; $p = 0,001$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la localización, morfología, tamaño ni histología de las lesiones entre los 2 periodos (tabla).

Conclusiones: Se detectó un aumento estadísticamente significativo en la tasa de incidencia de lesiones detectadas tras una sesión de formación enfocada al diagnóstico de neoplasias gástricas precoces. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en las características morfológicas de las lesiones detectadas tras la intervención.

	Periodo pre	Periodo post	p
Localización; n (%)			
Antro e incisura	4 (57,1)	9 (90)	0,32
Cuerpo	2 (28,6)	0 (0)	0,73
Fundus	1 (14,3)	1 (10)	0,62
Morfología; n (%)			
0-Ila	2 (28,6)	1 (10)	0,73
0-Ila + IIc	4 (57,1)	8 (80)	0,63
0-Ila + Is	1 (14,3)	1 (10)	0,62
Diámetro; media (desviación estándar)	21,7 (9,29)	21,0 (7,31)	0,24
Histología; n (%)			
Displasia de bajo grado	1 (14,3)	1 (10)	0,62
Displasia de alto grado	3 (42,9)	4 (40)	0,70
Carcinoma intramucoso	3 (42,9)	5 (50)	0,84

137. INFLUENCIA DE LA HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER COLORRECTAL EN EL RIESGO DE NEOPLASIA AVANZADA METACRÓNICA

Z. Adrián de Ganzo, A.Z. Gimeno García, D. Nicolás Pérez, I. Alonso Abreu, M. Carrillo Palau y E. Quintero

Hospital Universitario de Canarias, Servicio de Aparato Digestivo, Tenerife.

Introducción: La incidencia de neoplasia avanzada metacrónica (NAM) se asocia con el número y características de los adenomas extirpados en la colonoscopia basal. Se desconoce actualmente el impacto de la historia familiar de cáncer colorrectal (CCR), en el desarrollo de NAM y consecuentemente en las estrategias de vigilancia post-polipectomía.

Objetivo: Determinar si la historia familiar de CCR aumenta el riesgo de NAM.

Métodos: estudio retrospectivo que compara el riesgo de NAM en dos cohortes: 1) individuos con riesgo intermedio de 50-69 años (RI), que se realizaron una colonoscopia de cribado entre enero 2004 y junio 2011; y 2) familiares de primer grado de pacientes con CRC (FPG), de 40-75 años, con una colonoscopia de cribado entre septiembre 2006 diciembre 2010. Se extirpó al menos un adenoma colorrectal en la colonoscopia basal a 273 sujetos con RI y 356 FPG. Se incluyeron aquellos pacientes que recibieron al menos una colonoscopia de vigilancia post-polipectomía ($n = 206$). Se excluyeron las colonoscopias realizadas dentro del primer año tras la colonoscopia basal. Se definió neoplasia avanzada como: adenoma ≥ 10 mm, con arquitectura vellosa o displasia de alto grado, CRC o ≥ 3 adenomas no avanzados.

Resultados: 106 FPG y 94 sujetos de RI fueron incluidos. Los FPG eran más jóvenes que los sujetos de RI ($53,2 \pm 9,6$ años vs $61,9 \pm 6,8$ años, $p < 0,001$). El tiempo transcurrido entre la colonoscopia basal y la primera de vigilancia fue inferior en los FPG ($39,9 \pm 16,3$ vs $49,1 \pm 19,9$ meses, $p < 0,001$). En la colonoscopia basal, la tasa de neoplasia avanzada fue similar en los dos grupos (OR 1,32, IC95%: 0,75-2,31, $p = 0,34$). En la primera colonoscopia de vigilancia, 10 FPG (9,4%) y 15 sujetos de RI (16%) presentaron NAM (OR 1,82, IC95%: 0,78-4,28, $p = 0,16$). Cuando se incluyeron sólo los pacientes con adenomas avanzados en la colonoscopia basal, se halló NAM en 9 FPG (16,1%) y en 10 sujetos de RI (17,9%) (OR 1,13, IC95%: 0,42-3,05; $p = 0,80$). El antecedente familiar, el intervalo de tiempo entre las colonoscopias, el sexo y la edad no se asociaron de forma independiente con el riesgo de NAM.

Conclusiones: Este estudio sugiere que la historia familiar de CCR no aumenta el riesgo de NAM. Por tanto, las estrategias de vigilancia post-polipectomía no deberían modificarse en este grupo de riesgo.

138. EL ÍNDICE DE ONODERA (IO) TIENE VALOR PREDICTIVO INDEPENDIENTE SOBRE LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL RESECADO (CCR)

J. Urmán, J. Jiménez, A. Borda, J.M. Zozaya, E. Rubio, M. Garaigorta y F. Borda

Complejo Hospitalario de Navarra, Gastroenterología, Pamplona.

Introducción: El IO se empleó como marcador del estado nutricional e inmunológico, postulándose recientemente su posible valor como variable pronóstica en el CCR.

Objetivo: Analizar el valor predictivo del IO, determinado preoperatoriamente, sobre el pronóstico de los pacientes con CCR resecado.

Métodos: Estudio retrospectivo de 207 CCR resecados consecutivos y programadamente. Se efectuó un seguimiento, registrándose los casos de fallecimiento debido al tumor. El IO se calculó mediante la fórmula: $[10 \times \text{albúmina sérica (g/dl)} + 0,005 \times \text{cifra de linfocitos circulantes/mm}^2]$. Consideramos bajos los valores de IO < 40. Comparamos las curvas de supervivencia de las siguientes variables: sexo, edad < 65 años, presencia de cáncer sincrónico, grado de diferenciación tumoral, estadio tumoral pTNM, CEA > 6 µg/L y de los casos con IO < 40 y = 40. Efectuamos un análisis univariante y multivariante [modelo de Cox, stepwise, determinando el hazard ratio (HR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%)]. Comparamos los índices de mortalidad a los 5 años de la resección entre los grupos con y sin IO bajo (tests de Fisher y chi cuadrado), calculando la odds ratio (OR) y su IC al 95%.

Resultados: 26 pacientes (12,6%) presentaron un IO < 40 (bajo). La mediana del seguimiento fue: 81 meses, rango intercuartílico: (60-96). La mortalidad global fue: 23,7%, y 19,8% a los 5 años. Las variables con valor pronóstico independiente sobre la supervivencia en el análisis multivariable se resumen en la tabla adjunta. El índice de mortalidad a los 5 años fue superior en los casos con IO bajo: 42,3% frente al resto: 16,67% [OR = 3,69; IC = (1,42-9,58); p = 0,002].

Variable	P	HR	IC95%
Edad < 65 años	0,016	3,22	(1,34-7,77)
Estadio pTNM			
I	< 0,001	referencia	
II		2,50	(0,83-7,53)
III		5,86	(1,98-17,32)
IV		15,24	(4,53-51,24)
Índice Onodera < 40	< 0,001	3,16	(1,67-5,96)

Conclusiones: 1. Al diagnóstico del CCR, un IO bajo se siguió de una curva de supervivencia significativamente peor tras la resección tumoral, presentando un valor predictivo independiente. 2. Así mismo la mortalidad a los 5 años de la cirugía es superior en los casos con IO < 40, presentando en ese periodo un riesgo de fallecer varias veces superior.

139. ESTUDIO POBLACIONAL DE PREVALENCIA DE PÓLIPOS SERRADOS DE ALTO RIESGO DE COLON EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

J.M. Urmán Fernández^a, M. Gómez Alonso^a, M. Basterra Ederra^a, M. Garaigorta de Dios^a, E. Rubio Guendulain^a, M. Fraile González^a, F. Bolado Concejo^a, R. Irisarri Garde^b, E. Amorena Muroa^c, D. Ruiz Clavijo^a, M. Gómez Doronsorro^d, M. Montes Díaz^d, F. Monzón Muñoz^e, C. Prieto Martínez^a, A. Borda Martín^a, S. Oquiénena Legaz^a y J. Vila Costa^a

^aComplejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Aparato Digestivo, Pamplona. ^bHospital García Orcoyen, Aparato Digestivo, Estella.

^cHospital Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo, Tudela.

^dComplejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Anatomía Patológica, Pamplona. ^eHospital Reina Sofía, Servicio de Anatomía Patológica, Tudela.

Introducción: La importancia clínica del diagnóstico de pólipos serrados de alto riesgo (PSAR) de colon y del síndrome de poliposis serrada (SPS) ha aumentado en los últimos años, pero no existe ningún estudio dirigido a describir cuál es la prevalencia de estas entidades en la práctica clínica habitual.

Objetivo: Determinar la prevalencia de PSAR y la tasa de diagnósticos nuevos de SPS, según la clasificación de la OMS 2010, en los pacientes sometidos a colonoscopia en la red sanitaria pública de Navarra en 2011.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico observacional de base poblacional que incluyó a todos los pacientes (9332) sometidos a colonoscopia en el año 2011 en los cuatro hospitales públicos de nuestra comunidad. Se definió PSAR como pólipo serrado (PS) = 1 cm y/o PS proximal a ángulo esplénico y/o PS con displasia y/o > 2 adenomas serrados sésiles (ASS).

Resultados: En nuestra serie, 3.206 (34,2%) de los pacientes sometidos a colonoscopia presentaron pólipos de colon: 2.494 (26,7%) presentaron adenomas y 1.466 (15,7%) presentaron PS. 419 pacientes (4,5%) presentaron PSAR con una moda y mediana de 1 PSAR por paciente y con un rango de 30. La histología más frecuente entre los PSAR fue el pólipo hiperplásico (PH) (48,7%), siendo los ASS los que predominan entre los PSAR de localización proximal y > 1 cm (50,6%), mientras que los PH predominan entre los PSAR proximales menores de 1 cm (67,8%). En el análisis univariante, los PSAR se detectaron en personas más jóvenes (p = 0,016), especialmente en pacientes con PS de bajo riesgo (PSBR) sincrónicos (p < 0,001 con OR: 2,06; IC95%: 1,68-2,54) y con adenomas de alto riesgo (AAR) (p < 0,001 con OR: 1,83; IC95%: 1,41-2,38). La presencia de adenomas no avanzados (p < 0,001 con OR: 0,47; IC95%: 0,381-0,578) y de síntomas en el momento de la colonoscopia (p = 0,01 con OR: 0,712; IC95%: 0,578-0,877) se asoció a una menor incidencia de PSAR. Posteriormente se realizó análisis multivariante, incluyendo las variables previamente descritas, ajustando por edad y sexo, identificando únicamente la presencia de PSBR (OR: 3,81 IC95%: 2,9-4,99) y AAR (OR: 1,91 IC95%: 1,46-2,52) como factores predictivos para presencia sincrónica de PSAR. Se diagnosticaron un total de 21 nuevos casos de SPS en 2011 (0,22% de los pacientes sometidos a colonoscopia y 3,86 casos por cada 100.000 personas de > 15 años cubiertas por la red sanitaria pública de Navarra en 2011), siendo el tercer criterio diagnóstico (> 20 PS de cualquier tamaño en todo el colon) el más frecuente (57,1%).

Conclusiones: Los PSAR son una entidad frecuente en la práctica clínica endoscópica (4,5% de los pacientes sometidos a colonoscopia y el 13,1% de los pacientes con pólipos), especialmente en pacientes con PSBR y AAR. La incidencia de síndrome de poliposis serrada en nuestra población es de un caso por cada 444 pacientes sometidos a colonoscopia en la red sanitaria pública de Navarra en 2011.

140. DESCRIPCIÓN DE UNA NUEVA MUTACIÓN EN LA ATP4A ASOCIADA AL CARCINOIDE GÁSTRICO MULTIFOCAL TIPO I CON ALTO GRADO DE AGRESIVIDAD ONCOLÓGICA

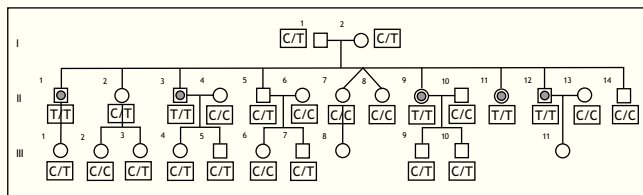
J. Reyes^a, O. Calvete^b, S. Zúñiga^c, V. Fernández^b y J. Benítez^{b,d}

^aHospital Comarcal de Inca, Mallorca. ^bHuman Genetics Department, Centro Nacional Investigaciones Oncológicas. ^cSistemas Genómicos, Valencia. ^dCiberer.

Introducción: El carcinoide gástrico multifocal tipo I se asocia gastritis atrófica e hipergastrinemia y en algunos casos se observa progresión de las lesiones con invasión profunda y ganglionar.

Métodos: Presentamos el caso de una familia formada por 10 hermanos. 5 de ellos desarrollaron carcinoide gástrico multifocal tipo I. 3 de estos con variantes agresivas que implicaban afectación ganglionar y de la submucosa gástrica. Los padres eran primos entre sí y no estaban afectados. Ninguno de los hijos de estos 10 hermanos ha presentado signos de enfermedad. Se trata de un patrón de herencia autosómico recesivo, no descrito hasta ahora en asociación al carcinoide multifocal gástrico. Para la identificación de los genes candidatos se utilizó la técnica de ultrasecuenciación de exomas. Los reads fueron mapeados con Bioscope v1.3 (<http://solidsoftwaretools.com>) contra el genoma humano de referencia GRhg37/hg19. PCR duplicates y reads redundantes fueron eliminados usando Picard tools (<http://picard.sourceforge.net>). Variant calling se realizó usando una combinación de tres diferentes algoritmos: VarScan [1], GATK [2] y Bioscope. Se desarrollaron 'In-house' scripts para combinar y filtrar variantes. Se usó la Ensembl database (release 64) para la anotación de variantes.

Resultados: Se identificó una mutación en el gen correspondiente a la bomba de hidrogeniones ATP4. La mutación es homocigota en los afectados de esta familia (fig.). El mecanismo patogénico sería que los pacientes homocigotos presentan aclorhidria, como consecuencia de esto hipergastrinemia que induce el desarrollo de las lesiones.



Conclusiones: Hemos descrito una nueva mutación genética asociada a la ATP4A, asociada a carcinoide gástrico multifocal con alto grado de agresividad clínica. Hemos desarrollado una inmunohistoquímica para detectar expresión del gen. Pendientes de la evolución de modelo animal ya desarrollado.

141. DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CÁNCER COLORRECTAL: ¿JUSTIFICA LA SOBRECARGA DE LAS SALAS DE ENDOSCOPIA?

M. Alburquerque Miranda^a, A. Fernández Álvarez^b, I. Sánchez Pérez^c, A. Smarrelli^a, C. Ledezma Frontado^a, L. Vidal Plana^a y F. González-Huix Lladó^d

Hospital de Palamós: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Medicina Interna; ^cOficina de Investigación, Girona. ^dClinica Girona, Servicio de Aparato Digestivo, Girona.

Introducción: Un objetivo del circuito de diagnóstico rápido (CDR) del cáncer colorectal (CCR) es realizar una colonoscopia en menos de 15 días desde la derivación del paciente.

Objetivo: Evaluar la recomendación de colonoscopia del CDR y comparar los resultados del manejo del CCR.

Métodos: Estudio prospectivo, marzo 2012-marzo 2013. Pacientes atendidos en el CDR-CCR. Analizamos la concordancia entre criterios de derivación y los confirmados en atención especializada (AE). Calculamos (en días) las fases del CDR, la frecuencia de CCR y comparamos los resultados de su manejo en el CDR vs no-CCR. Análisis: programa SPSS 15.0.

Resultados: Incluimos 240 pacientes, edad: 66,74 ± 14,32 años, Mujeres: 110 (45,83%). El 79,58% procedían de atención primaria, siendo rectorragia: 47,5%, el criterio de derivación más frecuente. Hubo buena concordancia en antecedentes familiares de CCR, fe-catest (+), anemia ferropénica y rectorragia (kappa > 0,8). Alteración del ritmo intestinal y masa rectal tuvieron pobre concordancia (kappa < 0,6). Se confirmó el CDR en AE (CDR-C) en 159 pacientes (66,25%). En 55,1% se logró el objetivo de colonoscopia < 15 días, valor que se elevó al 70% en los CDR-C (p < 0,001). La frecuencia de CCR en el CDR fue de 18,33% (44 casos), que se elevó a 25,16% (p < 0,001) en los CDR-C. Esta frecuencia representó el 53,66% del global de CCR en nuestro hospital. En el CDR, el CCR se diagnosticó en menos tiempo que en los no-CCR (p = 0,023). No hubo diferencia en el TNM ni en el tipo, ni demora de tratamiento. En los no-CCR, la cirugía urgente fue más frecuente (13,16 vs 2,27%), aunque con p < 0,055.

Conclusiones: En el CDR, la recomendación de colonoscopia se alcanzó en 55,1% de pacientes; la frecuencia del CCR representó el mayor porcentaje del global de CCR, se diagnosticó en menos tiempo y la cirugía urgente fue menos frecuente. Uniformizar adecuadamente los criterios reduciría derivaciones innecesarias.

142. INCIDENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL TRAS COLONOSCOPIA INICIAL NORMAL

H. León-Brito, M. Fraile González, I. Aresté Anduaga, A.M. Pueyo Royo, M.R. Aznárez Barrio, R. Iglesias Picazo, S. Oquién Legaz, J.M. Urmán Fernández, E. Albéniz Arbizu, J. Eguaras Ros y A. Guerra Lacunza

Complejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Aparato Digestivo, Pamplona.

Introducción: Los sujetos con colonoscopias iniciales normales tienen un bajo riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (CCR) en los siguientes 10 años. No obstante, un porcentaje variable presentan un CCR en un plazo inesperado (cáncer "perdido" o de intervalo), lo que parece estar en relación sobre todo con la calidad técnica de la colonoscopia.

Objetivo: Determinar la incidencia de CCR tras colonoscopia inicial normal en nuestro hospital.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se han incluido todos los pacientes (825) a los que se realizó una colonoscopia en el año 2002 que fue informada como normal o patología benigna banal (diverticulosis, lesiones vasculares, hemorroides, etc.). Tras los criterios de exclusión (urgencias, menores de 18 años, embarazadas, antecedentes de cirugía, enfermedad inflamatoria intestinal crónica y síndromes de predisposición a CCR) la cohorte quedó formada por 539 pacientes (edad (mediana): 53 años, 56% mujeres). Se han analizado los siguientes ítems: demográficos, antecedentes personales y familiares, indicación de la exploración, experiencia del endoscopista (experto: más de 200 exploraciones/año) y tiempo de seguimiento hasta diagnóstico de CCR, éxitos o fin del estudio (diciembre-2013).

Resultados: La principal indicación fue el sangrado (23,6%), presentando antecedentes familiares de primer grado de CCR un 16%. En el tiempo de seguimiento (media: 10,6 años) se han diagnosticado 6 CCR (tabla), la mitad en el sigma. De ellos 3 han sido Tis (diagnóstico a los 63, 103 y 137 meses respectivamente), lo que implica

	Sexo, edad	HT	AP	AF	Indicación (1ª endoscopia)	1ª endoscopia: hallazgos, intubación ciego, calidad preparación, experiencia endoscopista	2ª endoscopia: indicación, intervalo	CCR: Localización, Tamaño, Estadío (TNM)
1	V, 62 años	Exfumador, no bebedor	No	CCR 64 a poliposis serrada	AF CCR	Normal, Sí, No especificada, No experto	AF CCR, 63 meses	Ciego, 20 mm, Tis
2	V, 61 años	Fumador, bebedor	EPOC, obeso	Cáncer gástrico	Dolor abdominal	Normal, Sí, No especificada, Experto	Sangrado, 103 meses	Sigma, 7 mm, Tis
3	M, 58 años	No fumadora, no bebedora	No	CCR 75 a	Sangrado	Normal, Sí, No especificada, No experto	Sangrado, 53 meses	Á. esplénico, 40 mm, Estadío II
4	M, 53 años	No fumadora, no bebedora	Cáncer útero, cáncer mama	No	ARD	Normal, Sí, No especificada, No experto	ARD, 82 meses	Sigma, 20 mm, Estadío IV†
5	M, 66 años	No fumadora, no bebedora	HTA, obesa	No	Sangrado	Hemorroides, Sí, Inadecuada, No experto	Sospecha masa (Rx), 18 meses	Sigma, 70 mm, Estadío IV†
6	M, 71 años	No fumadora, no bebedora	HTA	No	Incontinencia	Divertículos, Sí, No especificada, No experto	C. isquémica, 137 meses	Recto, 8 mm, Tis

V: varón. M: mujer. HT: hábitos tóxicos. AP: antecedentes personales. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. HTA: hipertensión arterial. AF: antecedentes familiares de primer grado. CCR: cáncer colorrectal. ARD: alteración del ritmo deposicional. Rx: radiológica. C. isquémica: colitis isquémica. †: exitus.

que dudosamente puedan ser considerados como CCR “perdidos” o de intervalo. Los 3 fueron resecados endoscópicamente.

Conclusiones: 1. La tasa de CCR “perdido” o de intervalo en nuestro medio ha sido el 1%. 2. La principal localización ha sido el sigma. 3. El 50% pudieron ser tratados endoscópicamente al tratarse de Tis.

143. CLASIFICACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO MEDIANTE EL ANÁLISIS DE TERMOGRAMAS CALORIMÉTRICOS DE MUESTRAS DE SUERO SANGUÍNEO: UN ANÁLISIS PRELIMINAR

O. Abián Franco^a, A. Velázquez Campoy^{b,c}, S. Vega Sánchez^c, M.A. García-González^a y A. Lanas Arbeola^{d,e}

^aInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)-IIS Aragón.

^bFundación Araid. ^cUniversidad de Zaragoza, Instituto Bifi.

^dCIBERehd. ^eHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza.

Introducción: La calorimetría diferencial de barrido (DSC) ha sido propuesta recientemente como una nueva herramienta para el diagnóstico y monitorización de diferentes enfermedades. Esta técnica es altamente sensible y estudia las transiciones de plegamiento/desplegamiento en proteínas inducidas por desnaturalización térmica. En estudios previos, se analizaron perfiles de DSC procedentes de muestras de suero de pacientes, encontrándose diferencias importantes entre individuos sanos y enfermos.

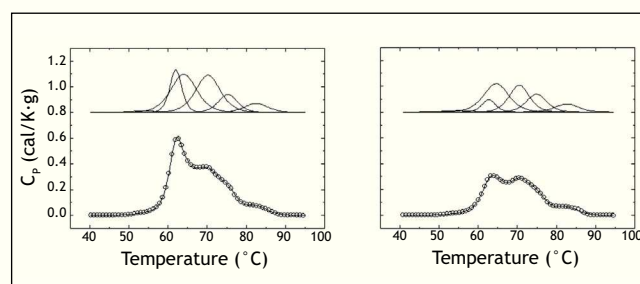
Objetivo: Evaluar la capacidad de la DSC en la evaluación de pacientes con cáncer gástrico (CG).

Métodos: Suero sanguíneo procedente de 20 pacientes diagnosticados con CG en diferentes estados de progresión del tumor se ha

analizado mediante DSC. Los termogramas fueron comparados con los obtenidos en 7 individuos sanos empleando un modelo fenomenológico en el que el complejo termograma global es deconvolucionado en componentes o transiciones, y se ha desarrollado un nuevo análisis multiparamétrico de los perfiles de DSC obtenidos.

Resultados: De los 20 pacientes analizados, 7 estaban en estadio I, 7 en estadio II y 6 en estadio III en el momento del diagnóstico. El análisis de los perfiles calorimétricos de plasma sanguíneo de los pacientes con CG nos permite identificar tres estados de desarrollo tumoral (I a III), en comparación con individuos sanos, tal y como queda representado en la figura. Tras el análisis multiparamétrico de los datos obtenidos al analizar el suero mediante DSC, es posible en primer lugar diferenciar entre individuos sanos y enfermos y además establecer unos parámetros característicos para los tres estadios tumorales estudiados (I a III).

Conclusiones: EL DSC proporciona una herramienta gráfica cuantitativa para comparar y discriminar pacientes con cáncer gástrico que puede ser de utilidad en la evaluación de este proceso, así como para discriminar entre pacientes sanos y pacientes enfermos según el estado de desarrollo tumoral



144. UTILIDAD DEL TEST DE SOH INMUNOLÓGICO EN POBLACIÓN GENERAL FUERA DEL PROGRAMA DE CRIBADO Y EN PACIENTES SINTOMÁTICOS

E. Zapata Morcillo^a, A. Castiella Eguzkiza^a, L. Zubiaurre Lizarralde^a, A. Iribarren Etxeberria^a, A. García Barayazarra^a, M.J. Intxausti Larrañaga^a, M. Arostegui Ansorena^a e I. Delgado Bilbao^b

Hospital de Mendaro: ^aServicio de Digestivo; ^bServicio de Anestesiología, Guipúzcoa.

Introducción: Los test inmunológicos de detección SOH son una herramienta útil en el cribado de CCR de población general. Hay pocos estudios para valorar su utilidad en pacientes sintomáticos.

Objetivo: Evaluar la utilidad del test de SOH inmunológico en pacientes a los que se solicita una colonoscopia desde consulta externa y especialmente en pacientes sintomáticos.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de febrero a julio de 2013. Pacientes a los que se solicita colonoscopia por motivos diferentes al cribado poblacional. Se realiza test de SOH previo a la exploración (resultado ciego al endoscopista). Se recogen datos demográficos, motivos de solicitud, hallazgos endoscópicos y resultado de test de SOH. Se clasifican a los pacientes en tres grupos de riesgo bajo (ARB), medio (ARM) y alto (AAR) según los hallazgos endoscópicos (guía europea de CCR).

Resultados: Se incluyen 93 pacientes (edad 59,7) (45M/48V). Los motivos de solicitud de la exploración fueron: alteración del ritmo intestinal en 9 pacientes (9,7%), anemia microcítica en 5 pac (5,4%), AAF CCR en 18 pac (19,4%), AAPP Pólipos en 35 pac (37,6%), dolor abdominal en 8 pac (8,6%), AAPP IQ colon en 8 pac (8,6%), rectorragia en 5 pac (5,4%) y otros (control CU, poliposis gástrica, melenas y estreñimiento) en 5 pac (5,4%). 48 pacs no tuvieron hallazgo relevante en la colonoscopia o se encontraron pólipos hiperplásicos. De los restantes 45, 5 tuvieron AAR (3 pacientes con adenomas mayores de 20 mm, 2 pacientes con 5 o más adenomas), 22 ARM y 18 ARB. En 73 pacs el resultado del test SOH fue negativo (78,5%) frente a 20 pac que tuvieron positivo (21,5%). Entre los pacientes con resultado negativo, 44 (60,3%) no tuvieron adenomas. El 39,7% restante tuvieron: 3 pacientes AAR (4,1%), 14 ARM (19,2%) y 12 pac. ARB (16,4%). De entre los pacientes con test SOH positivo (20 pac), 4 no tuvieron pólipos en la colonoscopia (20%). Por tanto el test de SOH en población general: Sen para la detección de pólipos 35,5%; Esp 91,6%, VPP 60,3% y VPN 39,72%. Si sólo se tienen en cuenta el valor para la detección de AAR, el VPN aumenta hasta 79%. Analizando sólo los pacientes sintomáticos: 32 pacientes (edad media de 63,94 años) (21 mujeres y 11 varones). 21 pacientes (65,6%) no tuvieron hallazgos significativos. De los restantes 11 pacientes, 2 tuvieron AAR, 4 ARM y 5 ARB. 25 pac (78,1%) tuvieron test SOH negativo y 7 positivo (21,9%). De los pacientes con resultado negativo 18 (72%) no tuvieron adenomas, 2 pac (8%) AAR, 2 pac ARM y 3 pacientes (12%) ARB. De los pacientes con test positivo 3 (42%) no tuvieron pólipos. Para la detección de pólipos: sens 36,3%, esp 85%, VPN 72%, VPP 57%.

Conclusiones: El test de SOH inmunológico en población general tiene una alta especificidad y valor predictivo negativo para la detección de adenomas y AAR. Podría ser una herramienta útil para la priorización de pacientes en lista de espera de colonoscopia. En ningún caso, el resultado de este test debe marcar la indicación o no de colonoscopia.

145. NEOPLASIAS MALIGNAS DE INTESTINO DELGADO: TIPOS Y FRECUENCIAS

E. Berroa^a, C. Tafur^a, G. González^a, T. Álvarez^b, L. Fernández Salazar^a, A. García de Coca^c y J.M. González^a

Hospital Clínico Universitario de Valladolid: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Anatomía Patológica; ^cServicio de Hematología, Valladolid.

Introducción: Adenocarcinoma (AC), linfoma, GIST y carcinoides son los tipos de tumor más frecuentes en el intestino delgado.

Objetivo: Estudiar la frecuencia con la que se diagnostican las diferentes neoplasias de intestino delgado.

Métodos: Se han identificado con la base de datos de los servicios de Anatomía patológica y Codificación de nuestro hospital 97 pacientes con diagnóstico a partir de biopsias endoscópicas o quirúrgicas de neoplasia maligna localizada en duodeno, yeyuno o íleon de enero desde 2000 a diciembre de 2012. Se han excluido los ampulomas.

Resultados: 59 casos de AC, 46 con edad 69 (43-88) y 58% varones secundarios a recidivas o infiltraciones de tumores procedentes de otros órganos principalmente de colon (56%) y 3 casos de metástasis procedentes vía urinaria y pulmón. 13 pacientes con AC primario con edad 74 (58-86) y 46% varones, con localización: D 77%, I 15%, no precisada 7%. 18 linfomas, 3 recidivas de LNH esplénico-ganglionar y linfoma del manto gastrocolónico y 15 primarios con edad de 67 años (38-82), 73% varones, con localización: D 13%, Y 13%, I 26% multifocal 20%. Los tipos fueron: LNH de células grandes B (4), Malt (4), mixto LCGB-Malt (1), del manto (3), folicular (1) y por enteropatía de células T (2). 20 GISTs a 16 pacientes con edad 67 años (44-79) y 62% varones, con localización: D 17%, Y 53%, I 12%, desconocida 53%. En un caso el tumor era una recidiva de un GIST de mesenterio. Se diagnosticaron 4 carcinoides en dos hombres y dos mujeres de edades comprendidas entre 66 y 73.

Localización	Duodeno	Yeyuno	Íleon	Multifocal	No precisada
AC primario	10	-	2	-	1
Linfoma primario	2	2	4	4	3
GIST primario	3	6	2	-	9

Conclusiones: El AC secundario es la neoplasia maligna más frecuente en el intestino delgado. Las formas primarias de AC, linfoma y GISTs se presentan con frecuencia similar en el intestino delgado aunque con tendencia a presentar diferentes localizaciones.

146. ¿MANTIENE EL ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA) PREOPERATORIO SU VALOR PRONÓSTICO EN TODOS LOS ESTADIOS DEL CÁNCER COLORRECTAL (CCR)?

J. Urmán, A. Borda, J.M. Zozaya, F.J. Jiménez, M. Garaigorta, E. Rubio y F. Borda

Complejo Hospitalario de Navarra, Gastroenterología, Pamplona.

Introducción: En el CCR se postula que la elevación del CEA prequirúrgico tiene un pronóstico desfavorable, discutiéndose si su valor predictivo se mantiene en los diferentes estadios del tumor.

Objetivo: Analizar la utilidad del valor del CEA prequirúrgico para el pronóstico del CCR, de modo global y en los distintos estadios del cáncer.

Métodos: Estudio retrospectivo de 300 CCR resecados consecutivamente y con evolución controlada de al menos 5 años. Determinamos la frecuencia de casos con CEA patológico (> 5 mg/L). Analizamos las curvas de supervivencia entre los casos con CEA ≥ 5 mg/L (tests de Kaplan Meier - log rank). Adicionalmente, comparamos los índices de mortalidad debida al tumor a los 5 años (tests de chi² y Fisher). Efectuamos todos estos cálculos globalmente y en cada uno de los estadios pTNM.

Resultados: Mediana de seguimiento: 84 meses, rango intercuartílico (64-94). Mortalidad a los 5 años: 21,3% y global: 25%. Frecuencia de casos con CEA > 5: serie global = 29,7%; estadio I = 14,3%; II = 31,7%; III = 33,3% y IV = 60% (p = 0,0001). La significación entre las curvas de supervivencia de los casos con CEA ≥ 5 fue: global: [p = 0,0001; HR = 2,50; IC = (1,59-3,94)]; estadio I: [p = 0,18;

HR = 3,03; IC = (0,56-16,57)]; II: [p = 0,016; HR = 2,75; IC = (1,17-6,49)]; III: [p = 0,53; HR = 1,26; IC = (0,61-2,57)]; IV: [p = 0,31; HR = 1,71; IC = (0,59-4,94)]. Los índices de mortalidad a los 5 años, según el valor del CEA, se resumen en la tabla.

pINM	% mortalidad CEA ≤ 6 rmg/l	% mortalidad CEA > 6 rmg/l	p	OR	(IC95%)
Global	14,7	37,1	0,00001	3,42	(1,85-6,33)
Estadio I	4,2	15,4	0,12	4,12	(0,42-36,20)
Estadio II	9,9	33,3	0,003	4,57	(1,41-15,17)
Estadio III	27,6	37,9	0,33	1,60	(0,56-4,58)
Estadio IV	40	66,7	0,24	3,00	(0,43-22,61)

Conclusiones: 1. Tan sólo un 30% de los CCR muestran un valor patológico de CEA preoperatorio, elevándose significativamente la frecuencia al progresar el estadio tumoral. 2. Considerando los CCR globalmente, se comprueba que un valor pre-quirúrgico > 5 mg/L de CEA se sigue de un peor pronóstico. 3. Si bien tanto las curvas de supervivencia como la mortalidad a los 5 años son más desfavorables en cada uno de los estadios, únicamente estas diferencias alcanzan significación estadística en las neoplasias pTNM II.

147. ADECUACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DEL CEA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y EN ASISTENCIA PRIMARIA

F.J. Martínez Cerezo^a, L. Pallisio^b, G. Otón^c, R. Serrano^b, C. Martínez^b, J.M. Simó^d, F.J. Tena^a, J. Marsal^a y D. Pascual^a

^aHospital Universitari Sant Joan, Servei de Digestiu, Reus.

^bHospital Lleuger de Cambrils, Medicina Familiar i Comunitària, Tarragona. Hospital Universitari Sant Joan: ^cServei de Medicina Interna; ^dServei de Anàlisis Clíniques, Reus.

Introducción: Está establecida la utilidad del CEA en el estudio y seguimiento de neoplasias digestivas y extradigestivas. Sin embargo es frecuente su determinación fuera de estas indicaciones.

Objetivo: Determinar la adecuación de las solicitudes de CEA en el ámbito hospitalario y asistencia primaria de nuestra zona.

Métodos: Se han analizado retrospectivamente los datos de los pacientes a los que se había determinado el CEA. Las determinaciones solicitadas desde el servicio de Oncología fueron excluidas. Se consideraron adecuadas las solicitudes realizadas en el estudio o seguimiento de un tumor conocido. Se ha recogido las exploraciones y actuaciones posteriores al hallazgo de un CEA patológico a las peticiones no adecuadas.

Resultados: Se han incluido 291 pacientes, 130 varones/161 mujeres, edad media 63 + 15,8 (rango 95-19), 140 solicitadas desde primaria (en un periodo 6 meses) y 151 desde asistencia hospitalaria (en un periodo de 2 semanas). La edad de los pacientes de primaria era significativamente superior respecto de los hospitalarios (65,1 + 14,5 vs 61 + 16,9, p = 0,01). Se consideraron inadecuadas 158 peticiones (54,3%), con una proporción significativamente superior en las peticiones provenientes del ámbito hospitalario (59/140 vs 99/151, p = 0,0001). En 123 casos el solicitante era el médico de familia (56,3% adecuadas), 54 desde Medicina Interna (33,3% adecuadas), 28 de Hematología (10,7% adecuadas), 25 de Cirugía (72% adecuadas), 13 de Ginecología (76,9% adecuadas), 10 de Neumología (60% adecuadas), 8 de intensivos (25% adecuadas), 7 de Digestivo (28,6% adecuadas) y 23 de otros servicios (15% adecuadas). Veintitrés tres pacientes tenían petición inadecuada y CEA patológico, 16 provenientes del ámbito hospitalario y 7 de primaria. En estos pacientes se generaron 43 visitas (15 a Medicina Interna, 7 a Digestivo) y la práctica de 13 TACs abdominales, 10 torácicos, 7 Ecografías abdominales, 4 colonoscopias, 3 gastroscopias,

2 TACs craneales, 1 RM de columna, 1 ecografía escrotal, 1 broncoscopia y 1 PET- TAC, diagnosticándose 4 adc. colon, 1 adc. de próstata y un adc. de pulmón. De estos 23 pacientes, sólo uno provenía de primaria con neoplasia de colon. Todos los pacientes con neoplasia tenían otros signos de alarma.

Conclusiones: Una elevada proporción de determinaciones de CEA se realizan por indicaciones no regladas, lo que pasa en mayor proporción en el ámbito hospitalario. Este hecho genera una carga de trabajo directa e indirecta considerable, con rendimiento diagnóstico escaso.

148. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-ANALÍTICAS DE LOS PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL DIAGNOSTICADOS DENTRO DEL PROGRAMA DE CCR DEL HOSPITAL DE CRUCES

H. Cortés Pérez, E. Martínez Moneo, C. Gil Ollauri-García, J. Oñate Prieto, P. Pazo Mejjide, C. Ibarra Ponce de León, I. Idígoras Rubio e I. Casado Morentín

Hospital Universitario de Cruces, Servicio de Gastroenterología, Vizcaya.

Introducción: El programa de cribado de cáncer de colon se realiza en población asintomática.

Objetivo: Analizar las características clínico analíticas de los pacientes en los que se detectó un carcinoma colorrectal macroscópico (CRM).

Métodos: Diseño: estudio retrospectivo. Periodo analizado: abril 09-enero 13. Participantes: población perteneciente al Hospital de Cruces, edades entre 50-70 años, test sangre oculta inmunológico positivo y diagnóstico en colonoscopia de CRM.

Resultados: Un total de 156 pacientes fueron diagnosticados de CRM: 69,2% hombres, 30,8% mujeres (tabla 1). Un 14,1% presentaban neoplasia estenosante. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05) en relación con localización, estadaje ni estenosis al comparar entre sexos ni por rangos de edad (≤ 60, > 60) (tabla 2). Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en relación al predominio de anemia en las mujeres (Hb: p = 0,001 y Hto: p = 0,032) frente a los hombres.

Tabla 1. Características clínicas

Localización		
Ciego	3,2%	14,7%
C. ascendente	5,1%	
Ángulo hepático	6,4%	
C. transverso	8,3%	8,3%
Ángulo esplénico	3,2%	47,4%
C. descendente	1,9%	
Sigma	42,3%	
Recto	29,5%	29,5%
Estadio		
1	22,4%	
2A	30,8%	
2B	1,3%	
2C	0,6%	
3A	12,2%	
3B	21,8%	
3C	1,3%	
4	9,6%	

Tabla 2. Características analíticas

Anemia	
Hb (< 14 mg/dL hombres, < 12 mg/dl mujeres)	22,2%
Hematocrito (< 42% hombres, < 36% mujeres)	27,3%
Perfil férrico	
Ferritina (< 15 ng/mL)	11,3%
Í. saturación (< 20%)	38,1%
Hierro (< 53 µg/dl)	20,8%
Marcadores tumorales*	
CEA (> 6 ng/mL)	20,7%
Ca19.9 (> 37 U/mL)	7,1%

* (n = 87).

Conclusiones: Un alto porcentaje de los pacientes diagnosticados de CRM fueron hombres (69,2%). La localización más frecuente es colon izquierdo, fundamentalmente en recto-sigma (76,9%). Se diagnosticaron 53,2% de neoplasias: estadio inicial, un 46,8%; avanzado, un 9,6%; metástasis. En 14,1%: neoplasias estenosantes. En más del 80% no existía anemia y la ferritina era normal.

149. ESTUDIO POBLACIONAL DE PREVALENCIA DE ADENOMAS AVANZADOS Y ADENOMAS DE ALTO RIESGO DE COLON

J.M. Urmán Fernández^a, M. Basterra Ederra^a, M. Gómez Alonso^a, E. Rubio Guendulain^a, M. Fraile González^a, M. Garaigorta de Dios^a, R. Irisarri Garde^b, E. Amorena Muroa^c, D. Ruiz Clavijo^a, A. Ciáuriz Munuce^a, I. Amat Villegas^d, M. Montes Díaz^d, F. Monzón Muñoz^e, C. Prieto Martínez^a, F. Bolado Concejo^a, M.R. Aznárez Barrio^a, A. Borda Martín^a y J. Vila Costa^a

^aComplejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Aparato Digestivo, Pamplona. ^bHospital García Orcoyen, Aparato Digestivo, Estella.

^cHospital Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo, Tudela.

^dComplejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Anatomía Patológica, Pamplona. ^eHospital Reina Sofía, Servicio de Anatomía Patológica, Tudela.

Introducción: Los adenomas de colon son una patología frecuente en nuestra actividad clínica habitual, cuyo seguimiento endoscópico condiciona una importante carga asistencial en las unidades de endoscopias.

Objetivo: Determinar la prevalencia de adenomas avanzados y de adenomas de alto riesgo en los pacientes sometidos a colonoscopia en la red sanitaria pública de Navarra en 2011.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico observacional de base poblacional que incluyó a todos los pacientes (9.332) sometidos a colonoscopia en el año 2011 en los cuatro hospitales públicos de nuestra comunidad. Se definió AA como adenoma de ≥ 1 cm y/o con componente vellosa y/o presencia de displasia de alto grado (DAG) y se definió AAR como presencia de > 2 adenomas y/o presencia de adenoma avanzado.

Resultados: En nuestra serie, 3.206 (34,2%) de los pacientes sometidos a colonoscopia presentaron pólipos de colon: 2.494 (26,7%) presentaron adenomas y 1.466 (15,7%) presentaron PS. 782 pacientes (8,4%) presentaron AA con un total de 1.191 AA, con una mediana de 1 y rango de 12. Los AA presentaron un tamaño medio de 1,43 cm (0,2 a 10 cm), con una localización preferentemente en colon izquierdo (57,3%) y con una morfología de predominio sésil ls (39,9%), aunque un 10,7% presentó morfología plana. 266 AA presentaron DAG (22,3%); 861 AA fueron ≥ 1 cm (72,3%) y 630 AA presentaron componente vellosa (52,3%). 1.126 pacientes (12,1%)

presentaron AAR, el 69,5% de estos pacientes presentaron al menos un AA y el 61,7% presentaron más de 2 adenomas de colon. 45 pacientes (0,48%) presentaron poliposis adenomatosa múltiple (PAM) definida como presencia de más de 10 adenomas de colon y 19 de ellos (42,2%) presentaron > 15 adenomas, actualmente pendientes de finalizar estudio genético. En el análisis univariante, los AA se detectaron en pacientes más mayores ($p < 0,001$), especialmente en pacientes > 50 años ($p < 0,001$ con OR: 2,1; IC95%: 1,65-2,67). Fueron más frecuentes entre los varones ($p < 0,001$ con OR: 1,4; IC95%: 1,23-1,60), pacientes con síntomas en el momento de la solicitud de la colonoscopia ($p < 0,001$ con OR: 1,67; IC95%: 1,41-1,96); pacientes sin colonoscopia previa ($p < 0,001$ con OR: 1,78; IC95%: 1,54-2,05); pacientes con cáncer colorrectal sincrónico ($p < 0,001$ con OR: 3,18; IC95%: 2,33-4,36); pacientes con > 4 adenomas ($p < 0,001$ con OR: 4,43; IC95%: 3,38-5,81). Los AA fueron menos frecuentes entre los pacientes con pólipos serrados (PS) ($p < 0,001$ con OR: 0,47; IC95%: 0,40-0,56), especialmente entre los que presentan PS de bajo riesgo ($p < 0,001$ con OR: 0,36; IC95%: 0,31-0,44).

Conclusiones: Los AA y los AAR son hallazgos frecuentes en la práctica clínica endoscópica (8,4% y 12,1% respectivamente de los pacientes sometidos a colonoscopia). Los AA son más frecuentes entre los pacientes varones, de > 50 años, con mayor nº de adenomas y con CCR sincrónico y menos frecuente entre los que presentan PS. La prevalencia de PAM en nuestra población es de un caso por cada 207 pacientes sometidos a colonoscopia en 2011.

Páncreas y vías biliares

150. RADIACIÓN IONIZANTE EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA. ESTIMACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS

J.A. Rodríguez Oballe, F. Argüelles Arias, J. Polo, P. Cordero Ruiz, B. Maldonado Pérez, J. Romero Vázquez, A. Caunedo Álvarez y J.M. Herrerías Gutiérrez

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La pancreatitis aguda es una enfermedad con aumento de su incidencia a nivel de España y mundial, siendo diagnosticado en ocasiones con el uso de imágenes como la tomografía computarizada (TC) así como seguimiento de sus complicaciones con esta misma. Existen múltiples estudios donde se ha demostrado ampliamente que la exposición a radiación ionizante, incluso a niveles diagnósticos, está asociada a un aumento de la incidencia de cáncer.

Objetivo: Estimar la dosis total de radiación ionizante recibida por paciente con pancreatitis aguda (PA) durante su ingreso en un hospital terciario e identificar los factores asociados con exposición a dosis de radiación altas.

Métodos: Se incluyeron 108 pacientes ingresados por PA durante el 2011. Se calculó la dosis efectiva (DE) por paciente teniendo en cuenta el número de TC realizados durante su ingreso (valor promedio de DE por TC 19,8 mSv). Según estudios, una DE > 50 mSv está asociada a mayor riesgo de cáncer. Se utilizaron los test de Chi cuadrado y test de t de Student para la comparación de variables cuantitativas y categóricas. Para la identificación de factores predictores asociado a dosis altas de radiación se realizó un análisis univariante y multivariante con el test de regresión logística.

Resultados: La media de DE por paciente fue 38,2 mSv. Los factores predictores independientes de radiación ionizante alta fueron: ingreso hospitalario > 1 semana, severidad media grave y grave, complicaciones locales (abscesos y necrosis), sistémicas y Balthazar E estuvieron asociado a una DE > 50 mSv (15,7%).

Variable	DE $\geq$ 50 mSv n (%)	p
Grupo etario		
18-35 años	2 (12,5)	0,10
36-64 años	8 (18,2)	0,09
$\geq$ 65 años	7 (14,6)	0,08
Causa		
Billar	12 (16,9)	0,09
Alcohol	4 (19)	0,07
Otros	1 (6,2)	0,12
Apache II $\geq$ 8		
No	5 (10,6)	0,08
Sí	12 (19,7)	0,07
Grado de Balthazar		
A-C	4 (4,9)	0,12
D	3 (27,2)	0,035
E	10 (55,5)	0,01
Ingreso		
< 1 semana	0 (0)	NS
$\geq$ 1 semana	17 (26,6)	0,01
Complicación local		
Necrosis pancreat/peripancreat infectada	7 (87,5)	< 0,01
Pseudoquiste	3 (27,2)	0,04
Gravedad		
Leve	0 (0)	NS
Moderada-Grave	9 (36)	0,01
Grave:	8 (56,7)	< 0,01

Conclusiones: Un porcentaje considerable de pacientes con PA durante su hospitalización reciben dosis elevadas de radiación ionizante potencialmente carcinogénicas. La identificación de estos pacientes, la monitorización de la DE recibida y la utilización de pruebas de imagen que no utilicen radiación ionizante podrían contribuir a reducir dicha exposición.

151. ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS ÍNDICES CLÍNICOS DE PREDICCIÓN DE SEVERIDAD EN LA PANCREATITIS AGUDA

L.M. Franco, M.E. Lauret Braña, M. Rodríguez Peláez, O.K. Nuevo Siguairi, C. Fernández de Castro, J.R. Fernández Molina y L. Rodrigo Sáez

Hospital Universitario Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo.

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) continúa siendo una patología con alta incidencia, que puede cursar de forma severa en un 10-20% de los casos con una mortalidad en este subgrupo de hasta el 30%. La identificación precoz de pacientes con elevado riesgo de desarrollar un cuadro grave, permitiría optimizar el manejo de estos enfermos y mejorar el uso de los recursos disponibles.

Objetivo: Evaluar la utilidad de los sistemas de puntuación (BISAP, APACHE II, Ranson) y el valor de la proteína C reactiva (PCR) para predecir la gravedad de la PA.

Métodos: Estudio prospectivo de una serie de pacientes consecutivos hospitalizados por PA entre los meses de marzo a noviembre del 2013. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de laboratorio, y se registraron el desarrollo de complicaciones locales, fallo orgánico y mortalidad. Los índices BISAP y APACHE II fueron calculados al ingreso, y los criterios de Ranson y los valores de la PCR determinados a las 48 horas. El grado de severidad de la PA se estableció según la clasificación por determinantes (PANCREA). La precisión de cada índice se evaluó mediante el área bajo la curva (AUC) en el análisis ROC, y se calcularon la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) para los puntos de corte más ampliamente aceptados.

Resultados: Se registraron 51 ingresos por PA que corresponden a 49 pacientes (H/M: 25/24; edad media 64 ± 21 años [rango, 21-94]). De ellos, en 24 (47%) la etiología fue biliar, 14 (27%) por alcohol, 10 (20%) de causa no filiada y 3 (6%) secundaria a neoplasia o alteración anatómica. Se desarrollaron complicaciones locales en 7 casos (14%), y la PA fue clasificada como severa en 5 pacientes (10%) de los cuales uno falleció (20%). Al ingreso, el AUC para el índice BISAP fue de 0,81 (IC95%, 0,65-0,97) y para el APACHE II de 0,88 (IC95%, 0,76-0,95). La S, E, VPP y VPN para una puntuación BISAP > 1 fueron del: 80%, 76%, 27%, 97%, BISAP > 2 : 20%, 91%, 20% y 91%, y APACHE II > 7 : 100%, 63%, 23% y 100%. A las 48 horas del ingreso, el AUC para la puntuación de Ranson fue de 0,92 (IC95%, 0,78-0,98), y para el valor de la PCR de 0,92 (IC95%, 0,81-0,97). La S, E, VPP y VPN para un Ranson > 2 fueron del 75%, 88%, 43% y 97%, y para una PCR > 15 mg/dL del 100%, 71%, 23% y 100%. Considerando un punto de corte de PCR > 22 mg/dL se obtuvieron unos valores de S del 100%, E 76%, VPP 27% y VPN 100%.

Conclusiones: La capacidad predictora de la severidad de la PA fue similar para los distintos índices evaluados, ligeramente superior para los criterios de Ranson y el valor de la PCR. La PCR continúa siendo una alternativa sencilla y válida a los complejos sistemas de puntuación multiparamétricos.

152. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE FUNCIÓN PANCREÁTICA EN DIABÉTICOS TIPO 1

F. Bolado Concejo^a, C. Prieto Martínez^a, J.J. Vila Costas^a, I. Fernández-Urien^a, L. Forga Llenas^b, E. Valdivielso Cortázar^a, E. Rubio Guinduláin^a y J.M. Zozaya Urmeneta^a

^aComplejo Hospitalario de Navarra: "Servicio de Aparato Digestivo"; ^bServicio de Endocrinología, Pamplona.

Introducción: La diabetes mellitus ha sido descrita como causa de insuficiencia pancreática exocrina (IPE). La patogenia es desconocida y aunque afecta a los tipos 1 y 2, parece algo más frecuente en el primero (DM1). El objetivo de nuestro estudio es determinar la prevalencia de IPE en una población de DM1 y valorar su repercusión nutricional.

Métodos: Estudio prospectivo observacional en un grupo de DM1 derivados a la consulta de digestivo desde endocrinología. Para el estudio de función exocrina pancreática se realizó determinación de elastasa pancreática 1 en heces (E1) (técnica ELISA con anticuerpos monoclonales) y un test del aliento con triglicéridos mixtos marcados con ¹³C (¹³C-MTG) (laboratorio Isomed). El punto de corte para la normalidad utilizado para ambas pruebas fue de: > 200 μ g/g para EF y de $> 29\%$ para el ¹³C-MTG. Para valorar el grado de concordancia de los test de función pancreática se utilizó el índice kappa (κ), y el coeficiente de correlación de Spearman (r) para determinar el grado de correlación. Se realizó análisis nutricional a todos los pacientes incluyendo: índice de masa corporal (IMC), hemoglobina, actividad de protrombina, colesterol, triglicéridos, vitaminas A, D y E, proteínas totales, albúmina, prealbúmina (PA), proteína transportadora del retinol (RBP), cinc, calcio, fosfato, magnesio, hierro, ferritina y transferrina. Posteriormente

se analizó la asociación entre las variables nutricionales alteradas y los test diagnósticos utilizando la chi-cuadrado y el test exacto de Fisher. El estudio fue aprobado por el comité de ética de nuestro centro. Se recogen los datos de los primeros 44 pacientes.

Resultados: 44 pacientes DM1 (54,5% mujeres) con edad media 45,77 (19-71 años). La E1 fue patológica en 19 casos (43,2%) mientras que el test con 13C-MTG lo fue en 3 (6,8%). La concordancia entre E1 y el test del aliento con 13C-MTG fue muy pobre ($k = 0,03$; $p = 0,72$). La correlación entre ambas pruebas fue también baja ($r = 0,215$; $p = 0,21$). 21 pacientes (47,7%) y 24 pacientes (54,4%) presentaron niveles bajos de PA y RBP respectivamente. La vitamina D fue patológica en 10 casos, el cinc en 4 y en uno lo fueron el colesterol, el magnesio y el IMC. No se observó asociación entre los niveles patológicos de todas estas variables y los niveles de E1 o el test del aliento con 13C-MTG ($p > 0,05$).

Conclusiones: un elevado porcentaje de DM1 de nuestra muestra tiene niveles patológicos de E1. Este dato no se correlaciona con alteraciones en el test del aliento con 13C-MTG. Los niveles de PA y RBP están frecuentemente alterados en DM1 pero su relación con una posible IPE es incierta. Son necesarios más estudios para determinar la frecuencia de alteración en las pruebas de función pancreática en DM1 y su relevancia clínica.

153. ELASTASA FECAL FRENTE A TEST DE ALIENTO CON TRIGLICÉRIDOS MARCADOS EN EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA EN PANCREATITIS CRÓNICA

N.G. Acevedo-Piedra^a, V. González-Sánchez^b, R. Amrani^b, A. Abad-González^b, C. Trigo^c, V. González^c, A. Picó^b y E. de Madaria^a

Hospital General Universitario de Alicante: ^aUnidad de Patología Pancreática; ^bServicio de Endocrinología; ^cServicio de Laboratorio, Alicante.

Introducción: La insuficiencia pancreática exocrina (IPE) se caracteriza fundamentalmente por una maldigestión de las grasas. El patrón oro, la determinación fecal de grasa, es una técnica compleja y engorrosa de realizar. La elastasa fecal y el test de aliento con triglicéridos marcados (TATG) son más sencillos. No hay estudios publicados que comparen ambos con la esteatorrea como patrón oro.

Métodos: Estudio prospectivo de comparación de técnicas diagnósticas. Se incluyeron pacientes con pancreatitis crónica calcificante y/o con el conducto de Wirsung dilatado seguidos en consultas externas de nuestro centro. Se consideró como patrón oro una esteatorrea mayor de 7 gramos diarios (media de las 3 determinaciones). Se consideraron 3 puntos de corte para la elastasa fecal: 200, 100 y 50 $\mu\text{g/g}$ de heces. Se tomó el punto de corte recomendado por el fabricante para el TATG (29%).

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes (90% varones). La edad media fue 57 ± 9 años. La etiología fue alcohol asociado a tabaco en 10 (50%) pacientes, alcohol en 5 (25%) y otras causas en 5 (25%). Siete (35%) de los pacientes padecían esteatorrea (> 7 g de grasa en heces al día). El área bajo la curva del análisis ROC fue de 0,89 para elastasa fecal y 0,85 para el TATG. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo fueron para la elastasa con punto de corte 200 μg fue de 86, 85, 75 y 91,7%, para punto de corte de 100 μg fue de 86, 92, 86 y 92%, para un punto de corte de 50 μg fue de 71, 92, 83 y 85%, siendo para el TATG de 71, 100, 100 y 87% respectivamente (tabla).

Conclusiones: La elastasa fecal tiene mayor sensibilidad que el TATG. El TATG se asocia a máxima especificidad y valor predictivo positivo. Las áreas bajo la curva del análisis ROC fueron similares para ambas técnicas (ligeramente mejor para elastasa fecal). El mejor punto de corte para la elastasa fecal es 100 $\mu\text{g/g}$ de heces.

154. PANCREATITIS IDIOPÁTICA COMO MANIFESTACIÓN EXTRAINTestinal DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: UNA SERIE DE 18 CASOS

C. Marra-López^a, A. del Pozo-García^b, M.A. Marcaide^a, L. Urtasun^a, F. Garrido^b, C. Piedracoba^b, G.J. Gómez^b, M.R. Calderón^a y A. Orive-Calzada^a

^aHospital Universitario Araba, Sede Txagorritxu, Álava. ^bHospital Universitario 12 de Octubre, Servicio de Digestivo, Madrid.

Introducción: La pancreatitis puede ser una manifestación extraintestinal infrecuente de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se han descrito casos de pancreatitis aguda, y menos frecuentemente pancreatitis crónica, como resultado de la propia enfermedad o del tratamiento empleado para EII. Sin embargo en un pequeño grupo de pacientes no se puede establecer la causa, aun después de una búsqueda exhaustiva. Estos casos considerados idiopáticos, pueden ser manifestaciones extraintestinales de la propia enfermedad inflamatoria intestinal, y a veces llevar asociado cambios de pancreatitis crónica. El objetivo fue analizar las características clínicas de los pacientes con EII y Pancreatitis Idiopática asociada (PI).

Métodos: Análisis retrospectivo incluyendo 1.695 pacientes (pts) pertenecientes al HUA-Txagorritxu (Vitoria-Gasteiz) y Hospital 12 de Octubre (Madrid). De los 25 pts inicialmente encontrados con PI-EII, se descartaron 7 pts por presencia de factores de riesgo demostrables en el proceso diagnóstico, generalmente en relación con el tratamiento EII.

Resultados: Se objetivaron 18 casos de pancreatitis idiopática asociada a EII (15 pts con colitis ulcerosa (CU) y 3 con enfermedad de Crohn (EC)). No se encontró ninguna de las causas habituales de pancreatitis según la clasificación TIGAR-O. La mayoría de los pacientes con colitis ulcerosa mostraron una afectación extensa y de

Comparación entre elastasa fecal y test de aliento con triglicéridos marcados en el diagnóstico de esteatorrea

	Elastasa			TATG	
	Esteatorrea > 7 g/d	Esteatorrea < 7 g/d		Esteatorrea > 7 g/d	Esteatorrea < 7 g/d
Patológica	6 ^a	2 ^a	$< 29\%$	5	0
	6 ^b	1 ^b			
	5 ^c	1 C			
Normal	1 ^a	11 ^a	$> 29\%$	2	13
	1 ^b	12 ^b			
	2 ^c	12 ^c			

Datos: número de casos. TATG: test de aliento con triglicéridos marcados. Puntos de corte elastasa: a: < 200 $\mu\text{g/g}$, b: < 100 $\mu\text{g/g}$, c: < 50 $\mu\text{g/g}$.

carácter leve. Encontramos 13 CU con patrón inflamatorio leve, 1 grave: 4 E1 (proctitis), 6 E2 (colitis izq), 5 E3 (pancolitis). Mientras 2 EC tenían un patrón fistulizante y 1 estenótico: 1 L2 (colon), 2 L3 (ileocolico). La sintomatología inicial fue rectorragia o diarrea en 16 ptes, dolor abdominal y fiebre en 13 pts. También se demostraron enfermedades autoinmunes relacionadas con EII: 3 espondilitis anquilosante HLA-B27(-), 2 colangitis esclerosante^{1º}, 1 tiroiditis Hashimoto y 1 eritema nodoso. La pancreatitis fue la primera manifestación de EII en más del 50% de los pts. En 9 casos presentaron pancreatitis leve, en 9 pts pancreatitis aguda recurrente (media 1.2 episodios): incluyendo 5 casos asintomáticos (alteración analítica/pruebas imagen), 2 dolor episódico y con dolor abdominal agudo. El tratamiento de la EII mejoró los síntomas y disminuyó la frecuencia de nuevos episodios agudos. Además inicialmente se diagnosticó P. crónica en 6 pts (4 posibles PAI). Finalmente hasta 13 pts evolucionaron a P. crónica durante el seguimiento, junto con insuficiencia pancreática exocrina y diabetes en 2 pts. El tratamiento de la EII no cambió la evolución a pancreatitis crónica. Cabe destacar 4 pts con diagnóstico simultáneo de EII y pancreatitis durante el mismo ingreso y hasta 6 pts en < 6 meses.

Conclusiones: Aunque la pancreatitis es una manifestación rara de la EII, esta serie de casos enfatiza la asociación entre ambas entidades clínicas. Su diagnóstico puede suponer una contribución significativa al manejo de EII y pancreatitis.

155. ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO PARA EVALUAR LA INTENSIDAD Y EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN LA PANCREATITIS AGUDA Y SU RELACIÓN CON EL PRONÓSTICO

F. Valentín Gómez^a, M. Francisco González^a, D. Remedios Espino^a, E. Seco Hernández^b, J. Cubiella Fernández^a y J. Fernández Seara^a

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Medicina Interna, Ourense.

Introducción: El manejo inicial de la pancreatitis aguda (PA) está basado en el control del dolor, la reintroducción de la dieta y la prevención y tratamiento de las complicaciones locales y sistémicas.

Objetivo y métodos: Describir la intensidad del dolor en PA, el requerimiento analgésico durante los 3 primeros días de hospitalización y si hay relación entre la intensidad del dolor, la gravedad de la PA y el tiempo de ingreso. A todos los pacientes que ingresaron por un episodio de PA entre febrero de 2012 y enero de 2013 se les propuso participar en nuestro estudio prospectivo y descriptivo. El dolor fue evaluado mediante una escala visual analógica (EVA) de 0 a 10 puntos: al ingreso, 3 veces al día y si el paciente refería dolor durante los tres primeros días. Se cuantificó los requerimientos de tratamiento analgésico (paracetamol, metamizol y morfina). El alivio del dolor se consideró cuando presentaban una disminución en el EVA del 66%. Determinamos si había relación entre el alivio o desaparición del dolor, la gravedad de la PA y el tiempo de ingreso, mediante test de Fischer y U de Mann-Whitney.

Resultados: 89 pacientes (67 ± 17,14 años, 58,4% varones) fueron incluidos en el estudio. La puntuación BISAP al ingreso fue 0,96 ± 0,86, se incluyeron 14 (15,7%) pacientes con PA moderadamente grave, el tiempo de hospitalización fue de 8,53 ± 5,7 días y todos los pacientes fueron dados de alta vivos. El EVA al ingreso, y en los días 1, 2 y 3 fue de 5,26 ± 1,91, 1,2 ± 1,65, 1 ± 1,56, y 0,82 ± 1,5. El alivio del dolor se alcanzó en el 69,7%, 82% y 84% de los pacientes. Además, el 47,2%, 48,3% y 33,7% no refirió dolor en los días 1, 2 y 3. Se administró metamizol a 61 (2,95 ± 0,88 g), 60 (2,85 ± 0,67 g) y 52 (2,84 ± 0,73 g) pacientes en los días 1, 2 y 3. Se administró paracetamol a 44 (2,27 ± 0,97 g), 33 (2,33 ± 0,87 g) y 23 (2,65 ± 0,7 g) pacientes en los días 1, 2 y 3. Se administraron derivados de morfina a 28 (26,29 ± 17,33 mg), 22 (19,61 ± 7,13 mg) y 16 (31,15

± 12,17 mg) pacientes en los días 1, 2 y 3. El alivio del dolor o la ausencia del mismo no se asocio con riesgo de desarrollar una PA moderadamente grave. Finalmente, sólo los pacientes que no presentaron dolor en el día 3 presentaron una estancia corta significativa (sin dolor: 5,16 ± 6 días, dolor 6,9 ± 4,66 días; p = 0,009).

Conclusiones: El dolor es controlado adecuadamente en la mayoría de los pacientes con los fármacos evaluados. No encontramos relación entre el alivio de dolor y la gravedad de la PA. Únicamente apreciábamos asociación entre la persistencia del dolor al tercer día y la estancia hospitalaria.

156. ACLARAMIENTO (A) DE COLEDOCOLITIASIS (CD) EN LA PRIMERA SESIÓN DE CPRE. ESTUDIO DE FACTORES IMPLICADOS Y COMPLICACIONES

P. Delgado-Álvarez, E. Martos-Vizcaino, J.M. Dutari-Valdés, F. Sánchez-Gómez, J.C. Marín-Gabriel, S. Rodríguez-Muñoz, G. Castellano-Tortajada y A.J. del Pozo-García

Hospital Universitario 12 de Octubre, Servicio de Digestivo, Madrid.

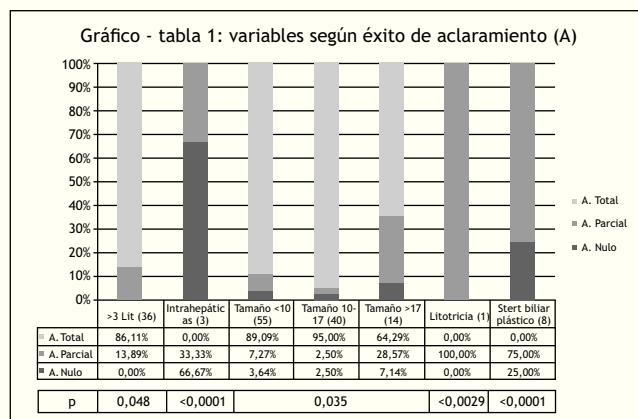
Introducción: La CPRE supera a cirugía o técnicas percutáneas en el tratamiento de coledocolitiasis. Esfinterotomía, Fogarty o Dormia alcanzan > 80% de éxito al primer intento en litiasis sencillas. En CD > 15 mm los resultados con técnica convencional son desalentadores (éxito: 12%). La papiloplastia y el precorte son alternativas para estas litiasis en manos expertas.

Objetivo: Primario: analizar éxito en la extracción de CD al primer intento. Secundarios: analizar factores influyentes (técnicos, anatómicos, indicación, litiasicos) y complicaciones.

Métodos: Incluimos 114 pacientes con papila intacta, prospectiva y consecutivamente, sometidos a CPRE por litiasis biliar desde feb-2012 y con duodenoscopios Olympus TJF-Q-180V. Se evaluó asociación entre aclaramiento y variables cualitativas con test ji-cuadrado y prueba exacta de Fisher.

Resultados: Canulación: 95,6% (109). Aclaramiento: completo: 85%; parcial: 8%; nulo: 7% (8). Paciente: 1. Edad: > 70 años: 61,4%. 2. ASA: III-IV: 57%. 3. Indicación: colangitis 43,86%; ictericia obstructiva 35,96%; Pancreatitis 9,65%. 4. F. anatómicos: divertículos 27,1%, ectropión 13,16%, estenosis/papilitis 32,4%, papila pequeña 15,79%. F. técnicos: 1. Nº litiasis: = 3: 31,58%. 2. Tamaño: < 10 mm: 50,46%, 10-17 mm: 36,7%; = 18 mm: 12,84%. 3. Dispositivos: esfinterotomía: 95,6%; Fogarty: 88,6%; Dormia: 11,4%; balón CRE: 6%; precorte: 9,28%; stent biliar: 7%; stent wirsung: 3,5%. Complicaciones: hemorragia 9,65%, perforación 0,88% y pancreatitis 4,3%. Asociación entre A. total/parcial/ nulo y otras variables (fig.).

Conclusiones: 1. Pese al 49,5% de CD > 10 mm y un tercio de casos con = 3 litiasis, se consiguió una extracción total del 85%. 2. No hubo más complicaciones teniendo en cuenta: la elevada edad y



comorbilidad de los pacientes, la sedación por endoscopista. 3. Las características de las litiasis se asocian al éxito del aclaramiento; el uso de técnicas y dispositivos adecuados hacen de la CPRE un procedimiento eficaz.

157. INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA Y ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO

C. Sánchez-Marim^a, A. Abad-González^b, V.L. González-Sánchez^b, R. Amrani^b, C. Trigo^c, V. González^c, A. Picó^b y E. de Madaria^a

Hospital General Universitario de Alicante: ^aUnidad de Patología Pancreática; ^bServicio de Endocrinología; ^cServicio de Laboratorio, Alicante.

Introducción: La insuficiencia pancreática exocrina (IPE) es una complicación frecuente de la pancreatitis crónica (PC). La IPE se asocia a malabsorción de grasas de forma que puede haber déficits de vitaminas liposolubles, B12 y pérdida de peso. Actualmente existen pocos trabajos publicados en los que se realice un estudio nutricional a pacientes con PC en función de la presencia de IPE.

Objetivo: Valorar el estado nutricional de pacientes con PC según la presencia de IPE.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con PC (calcificante o con dilatación de Wirsung) seguidos en consultas externas de nuestro centro. La IPE se definió por un test de aliento con triglicéridos marcados patológico (< 29%). Los pacientes fueron valorados en la Unidad de Nutrición donde se realizó un estudio enfocado a las consecuencias de la malabsorción de grasas, incluyendo estudio antropométrico, analítica sanguínea, impedanciometría y densitometría.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes (92,3% varones). La edad media fue 57 ± 8 años. La etiología más frecuente fue la alcohólica: 21 (81%) pacientes. Presentaron IPE 9 (35%) de los pacientes. Los pacientes con IPE tuvieron menor porcentaje de masa grasa [10 (7-19) vs 26 (17-29)%] y mayor de masa magra [90 (81-93) vs 74 (71-82)%], menores niveles de vitamina D [13 (7-17) vs 16 (13-26) ng/mL] y de vitamina E [8 (6-11) vs 12 (11-16) µg/mL], resultados en mediana (p25-p75), p < 0,05. El porcentaje de pacientes con parámetros nutricionales patológicos global y según la presencia de IPE se expone en la tabla.

Conclusiones: Los pacientes con IPE tienen menor porcentaje de grasa corporal y mayor de masa magra, y tienen menores niveles de vitamina D y E. El déficit de vitamina D y la presencia de osteoporosis u osteopenia son muy frecuentes en PC independientemente de la presencia de IPE y deben ser estudiados de forma rutinaria. Los déficits de vitaminas B12, A, E y K son infrecuentes en PC.

158. ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO DE LA PANCREATITIS CRÓNICA EN ÁLAVA

C. Marra-López y M.A. Marcaide

Hospital Universitario Araba, Sede Txagorritxu, Álava.

Introducción: La pancreatitis crónica (PC) es una enfermedad inflamatoria del páncreas caracterizada por cambios morfológicos irreversibles. Se trata de una enfermedad compleja de origen multifactorial cuya historia natural, etiología y manejo clínico es actualmente controvertido. La PC es una enfermedad infradiagnosticada cuya epidemiología es desconocida en Álava. El objetivo del estudio fue evaluar el espectro de la PC (prevalencia de síntomas, complicaciones, uso de métodos diagnósticos y terapéuticos) desde la consulta monográfica de páncreas de nuestro hospital.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes prospectivo sobre 319.227 personas pertenecientes al área de referencia del Hospital Universitario de Álava-Sede Txagorritxu. Análisis entre 01/2011 y 01/2013. Se incluyeron 85 pacientes con PC, 68 hombres y 17 mujeres, de edad media 59,38 años. Definición de la PC según los criterios M-ANNHEIM, basados en la presencia de una historia clínica típica, con hallazgos característicos en las pruebas complementarias. Se evaluaron las características epidemiológicas, los factores de riesgo y síntomas, el uso de tests diagnósticos, la presencia de complicaciones (insuficiencia pancreática exocrina (IPEX) y endocrina-Diabetes...) y el tratamiento. Estudio estadístico realizado con SPSS v19.

Resultados: Durante el periodo de análisis se encontraron 27 nuevos diagnósticos y 2 pacientes (pts) fallecieron. Etiología: alcohol-tabaco 50 pts (44%), pancreatitis recidivante 35 pts (30%), obstructiva 5%, autoinmune 2%, metabólica 2%, idiopática 17% (genética pendiente). Síntomas principales: 17% dolor crónico, 39% dolor abdominal recurrente, 18% diarrea-esteatorrea. Se realizó TC, CPRM, ecoendoscopia a 82,73 y 50 pts respectivamente. Se objetivó PC calcificante en 24 pts, con dilatación Wirsung > 6 mm en 36 pts. Las complicaciones principales atribuibles a PC fueron: pseudoquistes (24 pts), estenosis biliar (22 pts), estenosis duodenal (10 pts), trombosis (9 pts), pseudoaneurisma (2 pts) y fistula (2 pts) y cáncer páncreas (1 pts). Tratamiento (tto): IPEX con necesidad de tratamiento con enzimas (pancreatina): 41 pts (48,2%). DM 48 pts (33 en tto con insulina). Además uso analgésicos opioides (18 pts), tto. endoscópico (16 pts) y tto. quirúrgico (16 pts).

Conclusiones: La pancreatitis crónica en Álava no es tan infrecuente como se pensaba inicialmente. La principal etiología son alcohol y tabaco. Destaca una alta prevalencia de dolor, IPE, DM y complicaciones, con alto consumo de recursos diagnósticos y terapéuticos.

Trastornos nutricionales globales y según la presencia de insuficiencia pancreática exocrina en pacientes con pancreatitis crónica

Parámetros nutricionales patológicos	Global (n = 26)	No IPE (n = 17)	IPE (n = 9)
Vit. B12 < 200 pg/mL	1 (3,8%)	0	1 (11,1%)
Vit. A < 0,3 mg/dL	1 (3,8%)	0	1 (11,1%)
Vit. E < 5 µg/mL	0	0	0
INR > 1,3	0	0	0
Vit. D < 30 ng/mL (insuficiencia o déficit)	23 (88,5%)	15 (88,2%)	8 (88,9%)
Vit. D < 10 ng/mL (déficit)	3 (11,5%)	1 (5,9%)	2 (22,2%)
Osteoporosis u osteopenia	21 (80,8%)	14 (82,4%)	7 (77,8%)
Bajo peso según IMC	2 (7,7%)	1 (5,9%)	1 (11,1%)
Bajo peso según % masa grasa	3 (11,5%)	1 (5,9%)	2 (22,2%)

IPE: insuficiencia pancreática exocrina. IMC: índice de masa corporal. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

159. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN ADULTOS CON FIBROSIS QUISTICA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON ENFERMEDAD DE CROHN ESTENOSANTE

D. Joan Sihuay Diburga, A. Montenegro Almeida y X. Molero Richard

Hospital Vall d'Hebron, Departamento de Aparato Digestivo, Barcelona.

Introducción: Algunas enfermedades autoinflamatorias se han asociado a disfunción del gen de la fibrosis quística (FQ) y se han comunicado casos de enfermedad de Crohn estenosante en pacientes adultos con FQ. Sin embargo, la presencia de engrosamiento mural y estenosis ileal puede ser también consecuencia del Síndrome de Oclusión Intestinal Distal (SOID).

Objetivo: Describir las variables clínicas e histopatológicas de un paciente adulto con FQ y SOID erróneamente tratado como enfermedad de Crohn y revisar las características clínicas de otros 4 pacientes adultos con FQ y SOID atendidos en nuestro centro entre 2012 y 2013.

Resultados: El paciente índice tenía 25 años y afectación pulmonar y pancreática leve a pesar de genotipo homocigoto $\Delta F508$. Por diarrea, estenosis ileal y biopsias compatibles fue diagnosticado de enfermedad de Crohn y tratado mediante corticoides y azatioprina. Posteriormente requirió resección ileocólica por estenosis oclusiva. La revisión de la pieza fue consistente con SOID. Globalmente, los 5 pacientes con SOID tenían una edad media de 29 años (22-38; 3 varones y 2 mujeres). Cuatro eran portadores de mutaciones graves de CFTR y 2 tenían antecedentes de ileo meconial. Cuatro pacientes tenían insuficiencia exocrina pancreática, pero ninguno insuficiencia endocrina. Dos pacientes habían requerido resección ileocólica previa por estenosis. El examen histológico fue considerado característico de SOID y no de Enfermedad de Crohn. Tres pacientes se presentaron con un cuadro agudo de oclusión intestinal, uno con dolor y distensión abdominal y el último con sintomatología leve y engrosamiento de ileon terminal con heces. Las 3 oclusiones agudas se resolvieron con polietilenglicol oral y enemas. Bajo tratamiento profiláctico con polietilenglicol ningún paciente ha vuelto a requerir atención hospitalaria por síndrome de oclusión intestinal.

Conclusiones: Con el aumento de la supervivencia de pacientes con FQ se ha registrado un aumento de las complicaciones gastrointestinales cuyo diagnóstico y tratamiento no son bien conocidas por gastroenterólogos no pediátricos. El diagnóstico sindrómico e histológico de SOID debe considerarse en pacientes adultos con FQ y diferenciarlo de la enfermedad de Crohn.

160. SÍNDROME DE ICTERICIA POSNECRÓTICA: UNA COMPLICACIÓN TARDÍA DE LA PANCREATITIS AGUDA NECROSANTE

R.M. Mirete^a, N.G. Acevedo-Piedra^b, M. Rey-Riveiro^b, N. Quesada-Vázquez^b, C. Sánchez-Marim^b, A. Picó^a, F. Lluís^b y E. de Madaria^b

Hospital General Universitario de Alicante: ^aServicio de Endocrinología; ^bUnidad de Patología Pancreática, Alicante.

Introducción: La pancreatitis aguda puede asociarse a ictericia. Se ha descrito esta complicación asociada a colecciones de gran tamaño o a la presencia de coledocolitiasis en pancreatitis aguda de origen biliar. La PA necrosante (PAN) consiste en el desarrollo de necrosis del parénquima pancreático y/o de la grasa peripancreática. Describimos una complicación no caracterizada previamente: el desarrollo de ictericia obstructiva no asociada a colecciones de gran tamaño en el seno de PAN.

Objetivo: Describir las características de la ictericia post-necrótica.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron los casos de PAN entre agosto de 2004 y marzo de 2013. Se definió la ictericia posnecrótica como aquella asociada a PAN, en la que se descartó durante el seguimiento la presencia de coledocolitiasis, neoplasia periampular, pancreatitis autoinmune, pancreatitis crónica, o colecciones de más de 6 cm en contacto con el colédoco.

Resultados: Cinco pacientes presentaron ictericia post-necrótica, edad 61 ± 10 años, 4 (80%) varones. La etiología fue idiopática en 3 (60%) y biliar (no asociada a coledocolitiasis persistente) en 2 (40%). La ictericia se detectó tras una mediana (p25-p75) de 13 (5-30) meses. Cuatro (80%) pacientes tenían una necrosis parenquimatosa > 50% y 1 (20%) entre el 30 y el 50% de la glándula siendo el tamaño de la necrosis adyacente a colédoco entre 2,4 y 5,2 cm. Todos los pacientes habían recibido tratamiento invasivo de la necrosis previamente al desarrollo de ictericia, 2(40%) habían sido tratados con drenajes percutáneos y 3 (60%) con drenajes percutáneos y necrosectomía quirúrgica abierta. En las pruebas de imagen la vía biliar se mostraba estenosada en su parte más distal sin compresión extrínseca evidente (fig.). La ictericia se trató en 3 (60%) de los pacientes con cirugía (colédoco-duodenostomía) y en 2 (40%) con medidas no quirúrgicas: 1 stent metálico por CTPH en una paciente, retirándose después de 3 meses, y una esfinterotomía endoscópica por CPRE. La colestasis se solucionó en todos los casos.



Conclusiones: El síndrome de ictericia posnecrótica es infrecuente, afecta a pancreatitis aguda con necrosis extensa de la glándula, su debut es tardío y el uso de tratamientos invasivos parece ser importante en su desarrollo. Hipotetizamos que se debe a procesos de cicatrización tras necrosis.

161. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN BURGOS

A.C. Moncada Urdaneta, B. Bernad Cabredo, E. Douze, E. Badia Aranda, F. Sáez- Royuela y H.A. Ramos Rosario

Hospital Universitario de Burgos.

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad con aumento de su incidencia, asociada a mortalidad elevada en casos graves. Nuestro objetivo es conocer los datos epidemiológicos de pacientes con PA en Burgos.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal y prospectivo de las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con PA ingresados en nuestro hospital del 01/08/2012 al 01/08/2013.

Resultados: Estudiamos 120 pacientes, 52% hombres, edad media de $66,4 \pm 16,5$. El 28% tenía IMC normal, 47% sobrepeso y 19% obesidad. La etiología principal era biliar en 89 pacientes (74,2%), sin filiar en 11,7%, seguido por CPRE, agudizaciones de pancreatitis crónica, alcohol o medicamentos (en 5%, 3,3%, 2,5% y 1,7% respectivamente). La mediana de estancia hospitalaria fue de $10,4 \pm 4$ días. Ingresaron en UCI 4 (3,3%), la tasa de mortalidad de 0,02 por cada 1.000 habitantes y la tasa de incidencia de 67 casos por cada 100.000 habitantes/año. Tenían factores pronósticos de gravedad por PCR el 32%, RANSON 21%, APACHE II 43%, APACHE II-O 48%, BISAP 4%, Glasgow 35%, SIRS 16%. Se realizó TAC a 35%, presentando la mayoría grado C (40,5%), y 62% índice de gravedad tomográfico entre 2-6 pts, con necrosis pancreática en 5 casos. Se hizo drenaje de colecciones a 4 pacientes, siendo el cultivo positivo en el 50%. El 21% presentó fallo de órgano y un 33% derrame pleural. Requirieron soporte nutricional 12% y tratamiento antibiótico 37%.

Conclusiones: La incidencia de PA en Burgos es superior a la descrita en la literatura, con alta prevalencia de pacientes con IMC elevado, así como del origen biliar, comparado con otras series. La complicación local predominante fue el derrame pleural y 21% desarrolló fallo de órgano. En un alto porcentaje se realizó tomografía (35%), cambiando el manejo en una cuarta parte, condicionado por la presencia de necrosis o colecciones.

162. PREVALENCIA DE LAS DIFERENTES ETIOLOGÍAS DE LA PANCREATITIS AGUDA EN BURGOS

B. Bernad Cabredo, A.C. Moncada Urdaneta, E. Douze, E. Badia Aranda, F. Sáez-Royuela y H.A. Ramos Rosario

Hospital Universitario de Burgos.

Introducción: La principal etiología de pancreatitis aguda (PA) en nuestro medio es la litiasis biliar que aparece en el 40% de los casos. El alcohol constituye la segunda causa y origina aproximadamente el 30% de los casos de pancreatitis aguda. De forma menos prevalente, pero con un porcentaje no despreciable, la causa no filiada se identifica en un 20% de los diagnosticados. En los pacientes sometidos a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se observa que un 4% presentan pancreatitis aguda posteriormente. Otras causas menos prevalentes son la hipertrigliceridemia (2%), la pancreatitis aguda medicamentosa y la pancreatitis crónica reagudizada.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo que analiza la etiología de las PA en una cohorte de pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Burgos (HUBU) entre el 01/08/2012 y el 01/8/2013, con el fin de conocer si las causas de PA recogidas en nuestros pacientes coinciden con las descritas como más frecuentes en nuestro medio.

Resultados: Durante nuestro estudio, incluimos 120 pacientes ingresados por PA, de los cuales 62 eran hombres (52%) y únicamente 2 extranjeros. La edad media de nuestros pacientes fue $66,4 \pm 16,5$ años y la estancia media de $10,44 \pm 4$ días. La etiología principal de los pacientes recogidos fue la biliar en 89 pacientes (74,2%), sin filiar en 14 pacientes (11,7%), post-CPRE en 6 pacientes (5%), alcohol en 3 pacientes (2,5%) y reagudización de pancreatitis crónica en 4 pacientes (3,3%) siendo en 2 de ellos secundaria a litiasis y consumo enólico; otra por hiperparatiroidismo primario y una de causa desconocida. Se atribuyó etiología medicamentosa a 2 pacientes (1,7% del total), una secundaria a mesalazina y otra a azatioprina. Dos pacientes fueron diagnosticados de páncreas divisum (1,7% del total) asociando esta condición a la causa de pancreatitis aguda.

Conclusiones: A raíz de este estudio comprobamos que la etiología biliar continúa siendo la principal causa de la PA y, tal y como

hemos observado, también se cumple entre nuestros pacientes. Sin embargo, encontramos que la incidencia de PA de etiología enólica en Burgos es sorprendentemente menor que en las series de referencia. Es interesante conocer que la causa más frecuente de cirrosis y de trasplante hepático en Burgos y en Castilla y León, respectivamente, es la enólica. Por esto, llama la atención la sustancial prevalencia de cirrosis de etiología alcohólica frente a un porcentaje de PA de origen enólico reducido comparando con las principales series. A partir de estos datos, observamos que la inmigración no se relaciona con la elevada prevalencia de pancreatitis aguda de origen biliar, ya que el porcentaje de extranjeros con PA recogidos es bajo.

Trastornos funcionales digestivos

163. DISFUNCIÓN INTESTINAL NEURÓGENA: PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR O CEREBRAL ADQUIRIDA

J.R. Haya Hidalgo^a, I. de Lemos^b, I. Martín^{a,b}, M. Tejero^c, I. Royo^d, E. Munteis^d, M. Castillo^e, E. del Amo^e, I. Ibáñez^{a,b}, M.C. Alonso^b, F. Bory^b y S. Delgado-Aros^{a,b}

^aInstituto de Investigación Médica Hospital del Mar, Universidad Pompeu Fabra, Servicio de Aparato Digestivo, IMIM, Barcelona. Hospital del Mar: ^bServicio de Aparato Digestivo; ^cServicio de Medicina Física y Rehabilitación; ^dServicio de Neurología; ^eServicio de Obstetricia y Ginecología, Barcelona.

Introducción: La disfunción intestinal neurógena (DIN) resulta de alteraciones en el eje nervioso entérico-central y puede presentarse como incontinencia fecal (IF) y/o estreñimiento. Datos sobre la prevalencia de la DIN y su impacto en la calidad de vida en pacientes con lesión medular/cerebral (LM/LC) estabilizada son escasos.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de la DIN, sus características clínicas e impacto en la calidad de vida percibida en pacientes con lesión medular/cerebral estabilizada.

Métodos: Estudio de corte transversal. Entrevista estandarizada a pacientes con lesión medular/cerebral diagnosticados entre 2005 y 2011 y que habían terminado su programa de rehabilitación motora y no eran dependientes de un ventilador. Se evaluaron la función motora, intestinal y urinaria, la dependencia y la calidad de vida percibida, con el uso de cuestionarios/escalas validadas (escala de Barthel, Neurogenic Bowel Dysfunction Score [NBDS: = 9: DIN leve/> 14: DIN grave], Wexner para IF [20 máx. gravedad] y estreñimiento [30 máx. gravedad]). Se utilizaron los criterios de Roma III para definir estreñimiento. Se presentan porcentajes (%) o medias (IC95%).

Resultados: De 479 casos detectados (98-LM/381-LC), 367 (77%) respondieron a la entrevista (70-LM/297-LC). En pacientes con LM (57% H, 63 años), el Barthel fue de 76 (70; 83), el tiempo transcurrido desde la lesión: 7.5 años (6,9), el nivel de lesión: cervico-dorsal (64%), lumbo-sacra (33%) o múltiples, y las etiologías más frecuentes: degenerativas (36%), traumática (23%), tumoral (20%) y posquirúrgica (14%). En pacientes con LC (58% H, 71 años) el Barthel fue de 80 (77; 82), el tiempo transcurrido desde la lesión de 4 años (3,4) en su mayoría fueron de origen vascular: isquémica (80%) y hemorrágica (17%). Entre los pacientes con LM, 63% tenían DIN (12% grave), el 51% cumplían criterios Roma III-estreñimiento (Wexner: 6/30) y 17% tenía IF (Wexner: 13/20). Entre los pacientes con LC, 47% tenían DIN (14% grave), el 35% cumplían criterios de Roma III-estreñimiento (Wexner: 4/30) y 16% tenía IF (Wexner: 12/20). La ausencia de sensación defeca-

toria fue más frecuente en pacientes con LM en comparación con LC ($p < 0,0001$). Entre los pacientes con problemas para evacuar, el 50% informó que esta secuela tenía algún o un gran impacto en su calidad de vida percibida y para el 5% fue la secuela más incapacitante. Entre los pacientes con IF, el 30% informó que esta secuela tenía un gran impacto en su calidad de vida percibida y para el 7% fue la secuela más incapacitante.

Conclusiones: La disfunción intestinal es muy frecuente en pacientes con lesión medular o cerebral estabilizada y puede suponer un gran impacto en la calidad de vida en un porcentaje significativo de los pacientes afectados.

164. RESPUESTA HEDONÍSTICA A LA INGESTA: BIOMARCADORES

C. Malagelada^{a,c}, I. Barba^{d,e}, L. Molne^b, S. Méndez^{a,b}, C. Alonso^{a,c}, A. Accarino^{a,c} y F. Azpiroz^{a,c}

^aCIBERehd. ^bHospital Universitari Vall d'Hebron, Servei d'Aparell Digestiu, Barcelona. ^cUniversitat Autònoma de Barcelona. ^dCHU Santiago, A Coruña. ^eInstitut de Recerca Vall d'Hebron, Laboratori de Cardiologia Experimental, Barcelona.

Introducción: La ingesta produce una respuesta hedonística, pero no se conocen los mecanismos que la determinan. El objetivo del estudio actual es identificar biomarcadores de la respuesta a la ingesta.

Métodos: En 18 sujetos sanos, seleccionados mediante un cuestionario clínico para determinar la ausencia de síntomas digestivos, se valoraron las respuestas a una comida de prueba (Edanec, 1 kcal/ml) a ritmo de 50 ml/min hasta alcanzar el nivel de saciedad máxima. Cada cinco minutos, antes, durante y 20 minutos tras la ingesta se midió mediante escalas analógicas la respuesta hedonística (bienestar digestivo) y cognitiva (saciedad, deseo de ingesta de preferencia, síntomas abdominales). Se tomaron muestras sanguíneas 5 minutos antes, al final de la administración de la comida de prueba y 20 minutos después, para determinaciones metabolómicas mediante espectroscopia RMN. Mediante análisis de componentes principales (PCA) se determinaron los metabolitos discriminativos y se hicieron valoraciones cuantitativas a partir del área de los picos de los espectros RMN. También se determinaron, por metodología convencional, los valores de glicemia, trigliceridemia e insulinemia.

Resultados: Durante la ingesta se produjo un incremento progresivo en la saciedad, hasta alcanzar una sensación máxima (puntuación +5, en una escala de -5 a +5) tras la ingesta de 976 ± 71 ml. El volumen ingerido se correlacionó significativamente con los niveles de insulina ($R = 0,68$; $p = 0,017$), glucosa ($R = 0,63$; $p = 0,004$), lactato ($R = 0,53$; $p = 0,023$), colina ($R = 0,51$; $p = 0,029$), glicina ($R = 0,61$; $p = 0,007$), glutamina ($R = 0,50$; $p = 0,033$), y alanina ($R = 0,53$; $p = 0,023$). La ingesta a nivel máximo de tolerancia se asoció con un descenso en la sensación de bienestar digestivo ($-4,4 \pm 0,6$; $p < 0,001$ vs basal). El grado de bienestar al terminar la ingesta se correlacionó con los niveles sanguíneos de glucosa ($R = 0,55$; $p = 0,017$) y de glicina ($R = 0,57$; $p = 0,015$). La sensación de bienestar se recuperó 20 minutos tras la ingesta ($+2,2 \pm 0,5$; $p = 0,026$ vs final de ingesta). El grado de bienestar 20 minutos tras la ingesta se correlacionó negativamente con los niveles de lactato ($R = 0,48$; $p = 0,043$), colina ($R = -0,64$; $p = 0,004$), creatina ($R = -0,58$; $p = 0,011$), glutamina ($R = 0,65$; $p = 0,003$), acetato ($R = -0,55$; $p = 0,017$) y alanina ($R = -0,58$; $p = 0,011$). El deseo de comer algún alimento apetecible 20 minutos tras la ingesta se correlacionó negativamente con el valor de triglicéridos ($R = -0,52$; $p = 0,027$).

Conclusiones: El análisis metabolómico de metabolitos circulantes puede proporcionar biomarcadores objetivos de las respuestas cognitivo-emotivas a la ingesta.

165. DETERMINANTES FISIOLÓGICOS GASTROINTESTINALES DE LA INGESTA CALÓRICA AD LIBITUM EN PACIENTES OBESOS

B. Gras Miralles^a, J. Haya Hidalgo^a, S. Torra Alsina^a, A. Mestre-Fuscó^b, M. Suárez-Piñera^b, J. Hernández^c, A. Goday^d, J.M. Ramón Moros^e, I.A. Ibáñez-Zafón^{a,f}, M.C. Alonso^f, F. Bory Ros^f y S. Delgado-Aros^{a,f}

^aNeuro-Enteric Translational Science (NETS) Research Group, IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques), Barcelona.

^bHospital del Mar, Servicio de Medicina Nuclear, Barcelona.

^cLaboratori de Referència de Catalunya, Barcelona. ^dHospital del Mar: ^eServicio de Endocrinología y Nutrición; ^fServicio de Cirugía General Digestiva; ^gServicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

Introducción: La capacidad de ingesta ad libitum (saciación) en humanos se ha relacionado con la función motora gástrica y diferentes neuropéptidos gastrointestinales (factores de hambre/saciación). No obstante, aún no disponemos de una visión global sobre los diferentes factores que regulan la saciación ni del papel específico de cada uno de ellos en sujetos obesos.

Objetivo: Evaluar la influencia de los rasgos demográficos y psicológicos, peso/ masa corporal, vaciamiento gástrico (VG), y niveles plasmáticos, en ayunas y posprandiales, de los factores de hambre/saciación en la capacidad de ingesta ad libitum de sujetos obesos.

Métodos: En pacientes con IMC > 35 kg/m² derivados a la Unidad de Obesidad de nuestro centro se midieron simultáneamente: la ingesta calórica ad libitum (test estandarizado con nutriente líquido), vaciamiento gástrico (escintigrafía), y los niveles plasmáticos en ayunas y posprandiales de los factores de hambre/saciación (grelina, GLP-1 y PYY). También se administraron el Eating Attitude Test (EAT-26) y el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar trastornos alimentarios, ansiedad o depresión. Construimos modelos de regresión para evaluar qué factores influyen sobre la ingesta calórica ad libitum. Presentamos la R² del modelo de regresión final, las estimaciones (e) y F Ratios parciales. Los datos descriptivos se presentan como medias (IC95%).

Resultados: Se evaluaron 48 pacientes (36 mujeres/12 hombres) de 45 años (42, 48) e IMC de 42 kg/m² (41, 44). Las puntuaciones del EAT-26 y el HADS fueron anormales en 13 (27%) y 16 (33%) sujetos, respectivamente. El exceso de peso fue de 46 kg (43, 50) y la ingesta calórica ad libitum de 1.488 kcal (1.327, 1.648). El modelo que mejor explicaba la ingesta calórica ad libitum ($R^2 = 68\%$; $p < 0,0001$) incluía el sexo (M vs H e: -404 kcal; F Ratio: 14; $p = 0,0009$), el peso (e para incrementos de 5 kg: +105 kcal; F Ratio: 6.2; $p = 0,019$), el VG (e para incrementos en retención del 10%: -100 kcal; F Ratio: 3.8; $p = 0,061$), niveles de grelina en ayunas (e para incrementos de 10 unidades: +31 kcal; F Ratio: 3.4; $p = 0,077$) y de PYY postprandiales (e para incrementos de 10 unidades: -118 kcal; F Ratio: 7.4; $p = 0,011$).

Conclusiones: Los niveles de grelina, la retención gástrica y la respuesta posprandial de PYY determinan la capacidad de ingesta calórica ad libitum independientemente del sexo y del peso en sujetos obesos.

166. EFECTOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA SOBRE LA FUNCIÓN GÁSTRICA, LA INGESTA CALÓRICA Y LOS PÉPTIDOS DE HAMBRE/SACIEDAD Y SU IMPACTO EN LA PÉRDIDA DE PESO POSCIRUGÍA

B. Gras Miralles^a, J. Haya Hidalgo^a, S. Torra Alsina^a, J. Hernández^b, I.A. Ibáñez-Zafón^{a,c}, M.C. Alonso^c, A. Castells-Valdeperas^c, A. Mestre-Fuscó^d, M. Suárez-Piñera^d, J.M. Ramón Moros^e, A. Goday^f, F. Bory Ros^c y S. Delgado-Aros^{a,c}

^aNeuro-Enteric Translational Science (NETS) Research Group, IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques), Barcelona.

^bLaboratori de Referència de Catalunya, Barcelona. Hospital del Mar: ^cServicio de Aparato Digestivo; ^dServicio de Medicina Nuclear; ^eServicio de Cirugía General Digestiva; ^fServicio de Endocrinología y Nutrición, Barcelona.

Introducción: Los cambios en la función gástrica, los péptidos de hambre/saciación y la capacidad de ingesta tras cirugía bariátrica (CB) y su papel en la pérdida de peso post-cirugía no se conocen bien.

Objetivo: Evaluar los efectos de la CB sobre la ingesta calórica ad libitum, el vaciamiento gástrico (VG) y los niveles plasmáticos de los péptidos de hambre/saciación y determinar el papel de dichos factores sobre la pérdida de peso post-CB.

Métodos: En pacientes referidos para CB, medimos simultáneamente: ingesta calórica ad libitum (test estandarizado con nutriente líquido), VG (escintigrafía), y niveles plasmáticos en ayunas y posprandiales de grelina, GLP-1 y PYY, pre- y post-CB laparoscópica (Gastric Bypass -GB-, o Sleeve Gastrectomy -SG-). También se administraron el Eating Attitude Test (EAT-26) y el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar trastornos alimentarios, ansiedad o depresión. Evaluamos los cambios fisiológicos post-CB y construimos modelos de regresión para predecir la pérdida del exceso de peso (%EWL) a los 6 y 12 meses post-CB. Los modelos predictivos de %EWL fueron seleccionados en base a la R² y los grados de libertad. Presentamos las R² globales de los modelos y las estimaciones (e) parciales de cada uno de los factores. Los datos descriptivos se presentan como medias $\pm$ DE o medias (IC95%).

Resultados: Evaluamos 19 pacientes (17M/2H, 43 $\pm$ 9 años) pre- y post-CB (10 GB y 9 SG). El exceso de peso y el IMC pre-CB fueron 45 $\pm$ 12 kg y 42 $\pm$ 4 kg/m², respectivamente. El %EWL a los 6 y 12 meses post-CB fue del 61 $\pm$ 19% y 88 $\pm$ 20%, con un IMC a los 6 y 12 meses de 33 $\pm$ 5 y 27 $\pm$ 3 kg/m², respectivamente. La ingesta ad libitum se redujo de manera similar tras GB (-930 kcal [-507; -1.352]) y SG (-944 kcal [-675; -1.214]) y el VG se aceleró (+18%, $p = 0,006$) tras ambas intervenciones (GB = +14%; SG = +24%, $p = 0,4$). Los niveles de grelina en ayunas disminuyeron ($p = 0,03$), y los niveles posprandiales de GLP-1 ($p = 0,02$) y PYY ($p = 0,02$) aumentaron tras ambos tipos de cirugía. El mejor modelo predictivo para %EWL a los 6 meses (R²: 81%; $p < 0,0001$) incluyó: sexo (H vs M e: +11%, $p = 0,04$), IMC basal (e para incrementos de 1U: -5%, $p < 0,0001$), VG basal (e para incrementos del 10%: +6% $p = 0,02$) y acelerado del VG post-CB (e para incrementos del 10%: +4%, $p = 0,001$). El mejor modelo de predicción para %EWL a los 12 meses (R²: 58%; $p = 0,03$) incluía IMC basal (e para incrementos de 1U: -3%, $p = 0,01$), acelerado del VG post-CB (e para incrementos del 10%: +4%, $p = 0,01$), grelina en ayunas post-CB (e para incrementos de 10U: -5%, $p = 0,01$) y GLP-1 posprandial post-CB (e para incrementos de 10U: +5%, $p = 0,09$).

Conclusiones: La pérdida de peso tras cirugía bariátrica es mayor en aquellos pacientes con mayor aceleración del vaciamiento gástrico tras la cirugía, independientemente del vaciamiento gástrico basal, el IMC o el sexo. Los cambios post-quirúrgicos en los niveles de grelina y GLP-1 parecen asociados a unos mejores resultados tras la cirugía bariátrica.

167. FACTORES PREDICTORES DE MULTIRRESISTENCIA EN PACIENTES CON SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO

M.C. García Gavián^a, F.M. Fernández Cano^a, J. Alcaide^b, M. González Bárcenas^c, M.A. Romero Ordóñez^a, J.M. Navarro Jarabo^a y A. Pérez Aisa^a

Agencia Sanitaria Costa del Sol: ^aUnidad de Aparato Digestivo;

^bUnidad de Oncohematología, Marbella.

Introducción: El sobrecrecimiento bacteriano de intestino delgado (SBID) se define como un síndrome malabsortivo secundario a una proliferación bacteriana del intestino, especialmente el delgado, para el que no existen ensayos clínicos aleatorizados

que pongan de manifiesto qué pacientes, a priori, van a ser más complicados de tratar. Tampoco existe un régimen de tratamiento óptimo establecido. En los últimos años, en nuestro medio, hemos observado una tendencia a la persistencia del cuadro a pesar de tratamientos comúnmente aceptados para el mismo.

Objetivo: Evaluar los pacientes con SBID resistente a tratamiento e intentar identificar qué factores pueden ayudar a predecir esta resistencia.

Métodos: Se analizaron todos los pacientes con test de hidrógeno espirado con sobrecarga de glucosa positivo para SBID entre enero-2008 y noviembre-2013 y las diferentes pautas antibióticas utilizadas. Se recogió variables demográficas, factores de riesgo predisponentes a SBID, y antecedentes médicos de interés, según Historia Clínica Informatizada. Se identificaron los casos de SBID cuyo test continuó siendo positivo tras tratamiento con, al menos, dos ciclos antibióticos y se compararon con aquellos pacientes en los que se resolvió el cuadro tras una primera o segunda tanda antibiótica. Se analizaron las variables recogidas para identificar factores predictores de respuesta.

Resultados: Se analizaron más de 200 pacientes entre enero de 2008 y noviembre de 2013 con un total de 68 pacientes con diagnóstico de SBID, de éstos, 39 pacientes cumplían los criterios para ser incluidos en el análisis (al menos dos ciclos antibióticos completados y comprobación ulterior de persistencia o resolución del cuadro). De estos 39 pacientes 21 presentaban un SBID sensible (SBIDs) a tratamiento y 18 resistente (SBIDr), sin diferencias respecto a la edad o sexo en ambos grupos (51,62 años y 57,1% hombres en el grupo SBIDs frente a 61,06 años y 38,9% de hombres en el SBIDr). De todas las situaciones predisponentes a SBID analizadas, únicamente la gastrectomía parece estar asociada a un cuadro de multirresistencia ($p < 0,01$), mientras que hay una tendencia, sin ser estadísticamente significativa, a que el cuadro sea también resistente en los pacientes que, sometidos a una cirugía, han presentado una estenosis de la anastomosis quirúrgica ($p < 0,07$).

Conclusiones: El SBID resistente a tratamiento tiene una alta prevalencia en nuestro medio (46,1%) y está asociado a gastrectomía, en nuestra muestra. Serían necesarios ensayos aleatorizados para encontrar el mejor esquema de tratamiento en este tipo de pacientes.

168. EFECTO DEL BIOFEEDBACK ANORECTAL EN ENFERMOS PORTADORES DE RESERVORIO ILEOANAL TRAS COLECTOMÍA

M. Calafat^a, C. Julià^a y J. Serra^{a,b}

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ^bCIBERehd.

Introducción: El biofeedback anorectal se ha demostrado muy efectivo en el tratamiento de la incontinencia fecal en general. Los enfermos sometidos a colectomía y posterior reconstrucción con reservorio anal presentan unos mecanismos de producción de incontinencia especiales, con un gran componente de disminución postquirúrgica de la complianza rectal y heces más sueltas, que hace que el resultado del biofeedback anorectal en estos pacientes pueda ser diferente. No obstante, los estudios sobre la eficacia de esta técnica en enfermos intervenidos con colectomía y posterior reconstrucción, con reservorio ileoanal son escasos.

Objetivo: Valorar la eficacia del biofeedback anorectal sobre la incontinencia en enfermos intervenidos con colectomía y reservorio ileoanal.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 14 enfermos (8 hombres y 6 mujeres, edad 38-80 años) remitidos al Gabinete de Pruebas Funcionales de manera consecutiva, por incontinencia fecal después de colectomía y reservorio ileoanal (12 cirugía de cáncer colorectal, 2 enfermedad inflamatoria intestinal). A todos los enfermos se les realizó una manometría anorectal previa, y sesiones

de biofeedback anorectal a intervalos de 6 meses. En cada sesión se midió la impresión de mejora subjetiva del paciente (con una escala del 1-4), y el grado de incontinencia (mediante la escala de Wexner).

Resultados: En la manometría inicial los hallazgos más frecuentes fueron la disminución de la complianza rectal (79% de los enfermos) y la disminución de la presión basal del esfínter anal interno (57% de los enfermos). La escala de Wexner inicial era 12 ± 1 puntos, y 10/14 pacientes tenían un Wexner > 8 puntos. Cada paciente realizó $2,4 \pm 0,3$ sesiones de rehabilitación esfinteriana mediante técnica de biofeedback anorectal. Al final del tratamiento, todos los pacientes refirieron una mejora clínica subjetiva: el 71% de los enfermos refirieron encontrarse muy mejorados o completamente restablecidos, y el 29% restante se consideró un algo mejor. La escala de Wexner mostró una mejora objetiva en todos los enfermos (4 ± 1 ; $p < 0,01$ vs antes del tratamiento), con una puntuación Wexner < 8 en 12/14 enfermos ($p < 0,01$ vs antes del tratamiento). El análisis de regresión logística mostró que la puntuación de la escala de Wexner antes de iniciarse el tratamiento fue el único factor predictivo independiente del resultado del biofeedback anorectal.

Conclusiones: La terapia con biofeedback anorectal mejora la incontinencia fecal en pacientes intervenidos de cirugía colorectal y portadores de reservorio ileoanal.

169. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN SINTOMÁTICA EN PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO ÁCIDO FISIOLÓGICO (RGEAF)

M. Lozano Lanagran^a, J. Cotta Rebollo^a, E. Toscano Castilla^a, P. Rosón Rodríguez^a, F. Martín Ocaña^a y A. Pérez Aisa^b

^aHospital Quirón Málaga, Unidad de Digestivo, Málaga. ^bAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga.

Introducción: La pHmetría esofágica ambulatoria de 24 horas (PH) es una prueba objetiva para detectar y cuantificar reflujo gastroesofágico. Existen pacientes con exposición ácida esofágica normal y relación temporal entre episodios de reflujo-síntomas.

Objetivo: Evaluar la utilidad clínica de los índices pHmétricos de correlación sintomática en pacientes con RGEAF.

Métodos: Se revisan las PH realizados entre octubre 2011-noviembre 2013. Se incluyen los pacientes con RGEAF (DeMesteeer $< 14,72$), excluyéndose aquellos con RGE ácido patológico, PH realizada con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y de doble canal. Se realiza un registro de 24 horas con un catéter de antimonio (Synectics AB; Suecia) posicionado 5 cm sobre el borde superior del esfínter esofágico inferior (EEI). El catéter y un electrodo fijado a tórax, son conectados a un equipo de registro portátil (Digitrapper 6000, Synectics AB, Suecia). Bajo condiciones de actividad habitual los pacientes completan una plantilla de registro sintomático. En todos los pacientes con episodios sintomáticos se calculó el índice sintomático (IS) y la probabilidad de asociación sintomática (PAS).

Resultados: Del total de las PH (97), 32 (33%) mostraron un RGEAF (20 mujeres, 12 hombres, edad media 45,6 años). 18 (56%) pacientes recibían tratamiento con IBP. La indicación para la PH fue: síntomas típicos de RGE (24, 75%), dolor torácico (5, 16%) o respiratorios (1, 3%). 2 pacientes (6%) no referían clínica previa. Se realizó gastroscopia a 27 (84%), con hallazgo de hernia hiatal (7), esofagitis eosinofílica (4), esofagitis grado B de Los Angeles (2) y esófago de Barrett (2). No mostró alteraciones en 16 pacientes. Se detectaron alteraciones manométricas en EEI en 16 (50%) pacientes (6 hipotonía leve, 5 moderada, 1 grave, 4 doble pico presivo). El Índice DeMeester osciló entre 0,3-14,6, con valor medio 5,95. Los pacientes presentaron un total de 921 episodios de reflujo (888 bipedestación/33 supino) con una media de 34 episodios/paciente (6-118). 5 pacientes no mostraron episodios de reflujo. El % total de tiempo con pH < 4 fue 46,9 (75,9 bipedestación/6,2 supino), con

una media de 1,4%/paciente (2,3 bipedestación/0,1 supino). De los 32 pacientes, 7 presentaron reflujo prolongados (> 5 minutos), el mayor de 16 minutos. 16 pacientes (50%) refirieron episodios sintomáticos, con una media de 2,6 episodios/paciente. El síntoma más frecuente fue pirosis (20 pacientes), seguido de eructo (7 pacientes), náuseas (5 pacientes), regurgitación (4 pacientes), tos (3 pacientes), dolor torácico (2 pacientes) y disfagia (1 paciente). De los 16 pacientes que refirieron episodios sintomáticos, 2 presentaron un IS positivo, 1 presente PAS positivo y en 4 pacientes ambos índices fueron positivos.

Conclusiones: La PH evidencia la existencia de correlación sintomática en pacientes con RGEAF, hallazgo que modificaría el abordaje terapéutico de 7 (22%) de los pacientes de nuestra muestra.

170. FACTORES PREDICTORES PARA EL DIAGNÓSTICO DE MALABSORCIÓN DE FRUCTOSA SORBITOL

F. Martín Ocaña^a, M. Lozano Lanagran^a, E. Toscano Castilla^a, J. Cotta Rebollo^a, P. Rosón Rodríguez^a y A. Pérez Aisa^b

^aHospital Quirón Málaga, Unidad de Digestivo, Málaga. ^bAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga.

Introducción: La malabsorción de fructosa sorbitol (MFS) origina síntomas indistinguibles de los producidos en otros trastornos funcionales. Se puede asociar a otras intolerancias alimentarias siendo el test de aliento espirado para tolerancia a fructosa-sorbitol (TAFS) una herramienta de diagnóstico sencillo y de rentabilidad en el manejo terapéutico.

Objetivo: Definir el perfil clínico de los pacientes diagnosticados de MFS. Determinar factores predictivos para el diagnóstico positivo de MFS.

Métodos: Estudio prospectivo que analiza los TAFS realizados en la Unidad de Pruebas Funcionales del Hospital Quirón Málaga durante 2013. Se recogen datos epidemiológicos como síntomas previos, tiempo de evolución, relación o no con alimentos y coexistencia con otras intolerancias alimentarias. Los TAFS se realizan bajo condiciones estandarizadas. Tras administrar una sobrecarga de 25 g de fructosa y 5 g de sorbitol diluidos en 250 ml de agua, se determinan en aire espirado los niveles de hidrógeno (H_2) basales y cada 30 minutos hasta completar 3 horas mediante analizador de hidrógeno (H_2 -Gastrolizer). Se consideran positivos incrementos de H_2 mayores a 15 ppm. Se utiliza un score de síntomas durante el transcurso de la prueba.

Resultados: Se realizan un total de 21 TAFS que incluyen 15 mujeres y 6 hombres con edad media de 35,81 años (13-68). Los síntomas de indicación del TAFS son dolor abdominal (11 pacientes) meteorismo (9), diarrea (8), distensión abdominal (7) y estreñimiento (4). Un total de 14 pacientes (66,6%) presenta una combinación de síntomas. En 4 (19%) se relacionaba la sintomatología con la ingesta de fruta asociándose a diarrea (75%). La evolución de los síntomas fue mayor de 48 semanas en 7 pacientes (33,3%), e inferior de 48 semanas en 10 y desconocido para el resto. En 12 (57,14%) asociaban otras intolerancias; 3 pacientes presentaban intolerancia a la fructosa, 8 intolerancia a la lactosa y 1 celiaquía. El test de intolerancia a fructosa se realizó previamente a 10 pacientes (47,6%), siendo positivo en 3 de ellos (14,3%), negativo en 5 (23,8%) e indeterminado en 2 (9,5%). Un 12 (57,1%) de los TAFS fueron positivos. A los 120 min en 4 pacientes (19%), a los 60 min en 2 (9,5%), a los 90 min en 2 (9,5%), a los 150 min en 3 (14,3%) y a los 180 min en 1 (4,8%). Durante el transcurso del TAFS 10 presentaron síntomas. No existe relación estadísticamente significativa entre el resultado del TAFS con los síntomas previos, la edad, el sexo, presencia de intolerancias alimentarias o el desarrollo de la curva de tolerancia. Se establece correlación positiva ($p < 0,05$) con la asociación de síntomas con la fruta y con curvas indeterminadas de fructosa.

Conclusiones: De los pacientes evaluados la MFS aparece en el 57,1% y de ellos un 57% de los pacientes asocian otras intolerancias. La presencia de síntomas en relación con la ingesta de fruta y curvas indeterminadas de fructosa se correlacionan con obtener un resultado positivo del TAFS.

171. MANOMETRÍA ANORECTAL (MAR). HERRAMIENTA CLAVE EN EL MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL

M. Lozano Lanagrán^a, F. Martín Ocaña^a, J. Cotta Rebollo^a, E. Toscano Castilla^a, P.J. Rosón Rodríguez^a y A. Pérez Aisa^b

^aHospital Quirón Málaga, Unidad de Digestivo, Málaga. ^bAgencia Sanitaria Costa del Sol, Unidad de Aparato Digestivo, Marbella.

Introducción: Un 15% de la población presenta trastornos defecatorios asociados a estreñimiento. Se precisa un abordaje diagnóstico terapéutico adecuado en el que la MAR permite cuantificar y evaluar la función esfinteriana y los mecanismos defecatorios de forma dinámica.

Objetivo: Describir las características clínicas y los hallazgos manométricos de los pacientes remitidos a la Unidad de Motilidad en el contexto de un estreñimiento crónico funcional.

Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo de las MAR realizadas entre 2011-2013. Se realizó el estudio manométrico utilizando un equipo de manometría (Synectics Medical AB) siguiendo las recomendaciones y los valores de referencia del Grupo Español de Motilidad Digestiva. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, de manejo terapéutico y evolutivo a través de historia clínica informatizada.

Resultados: Se realizan 91 MAR (71 mujeres, 20 hombres, edad media 51 años (5-88 años). Un 79% (72) proceden de Aparato Digestivo, un 18% (16) de Cirugía Digestiva y un 3% (3) de Pediatría. La clínica fundamental por la que se indica la MAR es estreñimiento (49, 54%), con evolución > 5 años (20, 41%), 2-5 años (18, 37%), < 2 años (11, 22%). Un 86% de los pacientes refieren síntomas de defecación obstructiva como esfuerzo defecatorio (35), sensación de evacuación incompleta (21), maniobras de faja pélvica (10) o necesidad de digitalización (13). Un 80% (39) de los pacientes toman laxantes previo a la indicación de la MAR y 15 de ellos varios simultáneamente, (24 fibra soluble, 10 lactulosa/lactitol, 9 polietilenglicol, 2 prucaloprida y 32 otros laxantes) Otras indicaciones de MAR son: síntomas de incontinencia fecal (19,21%), proctalgia (16,18%), urgencia defecatoria (3,3%), valoración prequirúrgica de fistula (2,2%), prolapso rectal (1,1%), ulcera rectal solitaria (1,1%). De las 49 MAR realizadas por estreñimiento, 37(75%) son patológicas: 24 pacientes no superan el test expulsivo, siendo el único hallazgo en 2 pacientes. 14 pacientes realizan una maniobra defecatoria paradójica (MDP) con o sin otra alteración asociada y realizan una maniobra defecatoria incompleta con o sin otra alteración asociada 18 pacientes. Entre las alteraciones asociadas destaca: aumento de presión en esfínter anal externo (6 pacientes), aumento de la sensibilidad rectal (5 pacientes) y disminución de esta (2 pacientes). Se realiza biofeedback a 14 pacientes de los 37 con MAR patológica, con respuesta satisfactoria en 10 de ellos, 1 abandona el tratamiento y 3 no responden a BFB. El número medio de sesiones realizadas es de 3,5 (1-11).

Conclusiones: Hasta un 41% de los pacientes remitidos para realización de MAR presentan estreñimiento de larga data con fracaso del tratamiento con laxantes. El 75% de los pacientes presentan alteraciones manométricas y existe buena respuesta a BFB en aquellos con adecuado cumplimiento terapéutico.