



XVIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología



Madrid, 25-27 de marzo de 2015

PÓSTERS CON MENSAJES RELEVANTES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Endoscopia

44. UNA COLONOSCOPIA DE REVISIÓN AUMENTA EL RENDIMIENTO EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE POLIPOSIS SERRADA EN POBLACIÓN DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL

L. Rivero-Sánchez^{a,b}, M. López-Ceron^{b,c}, S. Carballal^{b,c}, X. Bessa^d, C. Hernández^e, A. Serradesanferm^f, M.A. Pozo^f, L. Moreira^{b,c}, M. Cuatrecasas^{c,g}, J. Llach^{b,c}, A. Castells^{b,c}, F. Balaguer^{b,c} y M. Pellisé^{b,c}

^aFundació Clínica per a la Recerca Biomèdica, Barcelona. ^bHospital Clínic, Departamento de Gastroenterología, Barcelona. ^cInstitut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona. ^dHospital del Mar: ^eServicio de Aparato Digestivo; ^fDepartamento de Epidemiología y Evaluación, Barcelona. ^gHospital Clínic: ^hDepartamento de Medicina Preventiva y Epidemiología; ⁱDepartamento de Anatomía Patológica, Barcelona.

Introducción: La detección de pólipos serrados (PS) es difícil y variable entre endoscopistas. El síndrome de poliposis serrada (SPS) es una condición de riesgo de CCR. Muchos pacientes tienen PS sin reunir criterios de SPS. Una alta sospecha es clave para detectarlos y establecer una adecuada vigilancia.

Objetivo: Valorar el rendimiento de una colonoscopia de revisión (CR) en pacientes con PS después de la colonoscopia de cribado.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes del programa de cribado basado en FIT+ sometidos a colonoscopia en Hospital Clínic de Barcelona entre 2010-2014. Las colonoscopias se realizaron con luz blanca de resolución estándar siguiendo criterios de calidad. Se seleccionaron los pacientes con exploración completa hasta ciego y al menos 1 PS ≥ 5 mm proximal a ángulo esplénico o ≥ 10 mm en cualquier localización. Durante este periodo, se eligieron los pacientes sometidos a CR mediante criterios empíricos basados en número, tamaño, localización e histología de los PS.

Resultados: 196 de 3.782 pacientes reunieron los criterios de selección. 82/196 pacientes (42%) (58,2 \pm 1,1 años; 52,4% hombres) fueron programados para una CR precoz en una media de tiempo de 11 \pm 1,5 meses. Los 114 restantes (59,1 \pm 1,1 años; 60,5% hombres)

fueron programados a colonoscopia de vigilancia en 3 o 5 años según los actuales protocolos. La principal diferencia entre los pacientes sometidos a CR y los no sometidos fue la proporción de pacientes con ≥ 1 adenoma serrado sésil (ASS) independientemente de su tamaño y localización (63,4% vs 27,2%; $p < 0,001$). Las CR fueron realizadas con cromoendoscopia (52%), NBI (6%), luz blanca de resolución alta (6%) y estándar (36%). En función de los hallazgos de la CR los pacientes se agruparon en: 1) SPS: reúnen criterios de la OMS (tipo 1: ≥ 5 PS proximal a sigma, 2 o más ≥ 10 mm, tipo 3: > 20 PS a lo largo del colon); 2) Casi-SPS: elevado número de PS sin llegar a reunir criterios de la OMS (a: ≥ 4 PS proximal a sigma y 1 o más ≥ 10 mm, b: ≥ 8 PS proximal a sigma, o c: ≥ 15 PS de cualquier tamaño a lo largo del colon); y 3) PS esporádico: el resto. Once de 82 pacientes (13%) reunieron criterios de SPS en la colonoscopia inicial (57 \pm 3 años; 73% hombres). De los 71 restantes, en la CR 20 (28%) se diagnosticaron de SPS, 15 (21%) de Casi-SPS (9 criterio "a"; 6 criterio "b" y 5 criterio "c") y 36 (51%) de PS esporádicos. Los pacientes que en la colonoscopia inicial tuvieron ≥ 5 PS, ≥ 2 ASS o ≥ 2 ASS ≥ 10 mm, se clasificaron como pacientes de alto riesgo (SPS o Casi-SPS) en la CR en un 69% 72% y 91% respectivamente.

Conclusiones: El SPS es infradiagnosticado tras una única colonoscopia. Una CR en pacientes con PS aumenta en un 200% el diagnóstico de SPS. La presencia de ≥ 5 PS o ≥ 2 ASS (al menos 1 ≥ 10 mm o ≥ 5 mm proximal a ángulo esplénico) en una colonoscopia de cribado puede considerarse un punto de corte óptimo para indicar una CR.

45. ESTUDIO CONTROLADO Y ALEATORIZADO CON DOS SOLUCIONES DE VOLUMEN REDUCIDO EN DOSIS PARTIDA: CITRAFLEET® Y MOVIPREP® PARA CONOCER SU EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PREPARACIÓN DE LA COLONOSCOPIA

F. Jorquera Plaza, A. García González, N. Cuervo Ramos y M. González Sastre

Clínica Altollano, Consulta de Aparato Digestivo, León.

Introducción: La correcta limpieza del colon es indispensable para una colonoscopia de calidad. Tanto la aceptación del método de limpieza por parte de los pacientes como la eficacia de la solución utilizada para la limpieza deben de ser tenidas en cuentas a la

hora de elegir la preparación. Además, acortar el tiempo de preparación y explicar al paciente directamente la misma pueden mejorar tanto la preparación como la aceptación de los pacientes.

Métodos: 445 pacientes se aleatorizaron para recibir una preparación para la colonoscopia con una de dos soluciones comerciales: Citrafleet® o Moviprep® aplicadas siempre la mañana de la prueba que en todos los casos se hizo por la tarde. Todas las colonoscopias las realizó el mismo endoscopista que hizo la prueba y su evaluación sin conocer la preparación utilizada por los pacientes. Todos los participantes otorgaron su consentimiento para participar en el estudio. El personal de enfermería explicó directamente la preparación, resaltando que la segunda toma de la solución se finalizase entre 4 y 5 horas antes de la prueba. 24 horas después de la prueba se realizó una encuesta telefónica a todos los participantes.

Resultados: 222 pacientes se prepararon con Moviprep® y 223 lo hicieron con Citrafleet® (55,5 ± 14 vs 56,7 ± 13,8 años. NS) sin diferencias en la distribución por sexos en ambas preparaciones. La preparación fue adecuada con ambos preparados aunque con Moviprep® la limpieza, utilizando la escala de Boston, fue significativamente mejor que con Citrafleet® tanto a nivel global (8,16 ± 1,13 vs 7,33 ± 1,13, P: 0,018), como por diferentes segmentos: colon izquierdo 2,88 ± 0,37 vs 2,59 ± 0,54, p < 0,001, colon transverso 2,73 ± 0,52 vs 2,57 ± 0,53, p < 0,001, colon derecho 2,55 ± 0,58 vs 2,20 ± 0,49, p < 0,001. Más del 90% de los pacientes completaron toda la preparación asignada con ambos preparados y la mayoría repetiría la preparación que hicieron si fuese preciso. No obstante, los que la hicieron con Citrafleet® la repetirían en un 98% frente a un 80% con Moviprep®, p < 0,001. No hubo diferencias en cuanto la preparación en función de la edad de los pacientes. La administración de ambas soluciones no acarrió complicaciones en paciente alguno.

Conclusiones: 1. La preparación en forma de solución de volumen reducido en dosis partida es segura y muy eficaz para preparar a los pacientes para realizarse una colonoscopia. 2. La preparación con Moviprep® es más eficaz en todos los segmentos del colon. 3. Las dos soluciones fueron bien aceptadas por los pacientes aunque la solución de Citrafleet® lo fue en mayor grado. 4. La solución para la preparación es muy importante pero hay que entender la preparación como un método global donde, entre otras cosas, también es fundamental dar instrucciones directas a los pacientes.

Enfermedad inflamatoria intestinal

110. NEOPLASIAS EXTRACÓLICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: RESULTADOS DEL REGISTRO ENEIDA DE GETECCU

M. Chaparro^a, J.M. Benítez^b, A. López-García^c, A. Juan^d, J. Guardiola^e, M. Mínguez^f, X. Calvet^g, L. Márquez^h, L. Fernández Salazarⁱ, L. Bujanda^j, A. López-San Román^k, Y. Zabana^l, R. Lorente^m, J. Barrioⁿ, J. Hinojosa^o, M. Iborra^p, M. Domínguez Cajal^q, M. van Domselaar^r, M.F. García-Sepulcre^s, F. Gomollón^t, M. Piqueras^u, G. Alcain^v, M. Ramas^w, V. García-Sánchez^x, J. Panés^y, E. Domenech^d y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP y CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bHospital Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo, Córdoba. ^cHospital Clínic, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^dHospital Germans Trias i Pujol, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Badalona. ^eHospital de Bellvitge, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^fHospital Clínic de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia.

^gHospital de Sabadell, Corporació Sanitària Universitària Parc

Taulí, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Sabadell.

^hHospital del Mar, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

ⁱHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid.

^jHospital de Donostia, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián.

^kHospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

^lHospital Mútua de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Terrassa.

^mHospital General Universitario de Ciudad Real, Servicio de Aparato Digestivo, Ciudad Real.

ⁿHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid.

^oHospital de Manises, Servicio de Aparato Digestivo, Manises.

^pHospital La Fe, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia.

^qHospital San Jorge, Servicio de Aparato Digestivo, Huesca.

^rHospital Universitario de Torrejón, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

^sHospital General Universitario de Elche, Servicio de Aparato Digestivo, Alicante.

^tHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza.

^uConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

^vHospital Clínic de Málaga, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga.

Introducción: El riesgo de desarrollar neoplasias extracólicas (NEC) en pacientes con EII en tratamiento con inmunosupresores (IMM) y anti-TNF no está bien establecido.

Objetivo: a) Conocer la prevalencia y distribución de NEC en pacientes con EII. b) Estimar la tasa de incidencia de NEC. c) Analizar la asociación entre el desarrollo de NEC y el tratamiento con IMM y anti-TNF.

Métodos: Estudio de cohortes, observacional. Criterios de inclusión: pacientes con EII del proyecto ENEIDA (registro de pacientes con EII mantenido prospectivamente) de GETECCU. Criterios de exclusión: Pacientes con NEC desarrolladas antes del diagnóstico de EII, ausencia de datos clínicos relevantes para este estudio (fecha de nacimiento, sexo, tratamiento con IMM o anti-TNF, historia de NEC) y pacientes que hubieran recibido otros IMM distintos de tiopurinas, metotrexato o anti-TNF. Para conocer la tasa de incidencia de NEC solo se consideró la "cohorte de inicio", formada por los pacientes diagnosticados de EII con posterioridad a la implementación de ENEIDA en cada centro (año 2007 en la mayoría de los casos).

Resultados: 11.076 pacientes cumplieron los criterios de inclusión (53% hombres, 50% enfermedad de Crohn, mediana de edad 44 años), con una mediana de seguimiento de 99 meses. El 48% de los pacientes habían estado expuestos a IMM o anti-TNF (46% tiopurinas, 5% metotrexato, 20% anti-TNF). La prevalencia de NEC fue del 4,3%. La distribución de las NEC se muestra en la tabla 1. La prevalencia de cáncer de piel no melanoma y de linfoma fue similar en los expuestos y no expuestos a tiopurinas. La prevalencia de cáncer de cérvix fue mayor (sin alcanzar la significación estadística) en las mujeres expuestas a IMM (0,8 vs 0,4%, p = 0,1). En el análisis multivariante, la edad fue la única variable asociada con el riesgo de desarrollar NEC (OR = 1,03, IC95% = 1,02-1,03). 3.497 pacientes formaron la cohorte de inicio, con una mediana de seguimiento de 27 meses (52% hombres, 49% enfermedad de Crohn, mediana de edad 38 años). El 44% había estado expuesto a IMM o anti-TNF en algún momento durante el seguimiento (42% tiopurinas, 4% metotrexato, 20% anti-TNF). 42 pacientes desarrollaron NEC (1,2%), con una tasa de incidencia de 478 y una tasa de incidencia estandarizada (SIR) de 402 casos/100.000 pacientes-año (SIR en la población española = 215 casos/100.000 habitantes/año). La tasa de incidencia de cada tumor se muestra en la tabla 2. En el análisis multivariante, la edad fue la única variable asociada con un mayor riesgo de desarrollar NEC (HR = 1,04, IC95% = 1,02-1,05). Ni el tratamiento con IMM ni con anti-TNF se asociaron con un mayor riesgo de NEC.

Conclusiones: La tasa de incidencia de desarrollo de NEC en los pacientes con EII es más alta (el doble) que la descrita en la población española. Una mayor edad fue la única variable asociada con

Tabla 1. Distribución de las neoplasias extracólicas más frecuentes

Cáncer	Frecuencia (%)
Mama	16,4
Próstata	10,2
Pulmón	7,7
Vejiga	7,3
Cérvix	6,6
Cáncer basocelular	6
Linfoma	4,9
Riñón	4,6
Melanoma	4
Leucemia	2,9
Carcinoma escamosa	3,1
Tiroides	2,4
Ovario	2,2
Estómago	2
Laringe	1,8
Intestino delgado	1,8
Sistema nervioso	1,5
Labios y boca	1,5
Seminoma	1,5
Endometrio	1,5
Colangiocarcinoma	1,1

Tabla 2. Tasa de incidencia de neoplasias extracólicas en la cohorte de inicio

Cáncer	Tasa de incidencia (casos/100.000 pacientes-año)
Mama	68,3
Pulmón	68,3
Cérvix	56,8
Vejiga	45,5
Próstata	34
Melanoma	34
Leucemia	22,7
Cáncer basocelular	22,7
Seminoma	11,4
Ovario	11,4
Renal	11,4
Tiroides	11,4
Estromal	11,4
Estómago	11,4
Metástasis de origen desconocido	11,4
Linfoma	11,4
Carcinoma escamoso	11,4
Labios y boca	11,4
Apéndice	11,4

un mayor riesgo de NEC. Ni el tratamiento con tiopurinas ni con anti-TNF se asociaron con un mayor riesgo de NEC en este estudio.

112. INFECCIÓN OPORTUNISTA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII): RELEVANCIA DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR Y MORTALIDAD ASOCIADA

Y. Zabana^a, L. Rodríguez^b, T. Lobatón^c, M. Martínez^d, A. Montserrat^e, R. Mena^f, M. Dotti^g, O. Benítez^h, J. Guardiola^b, E. Domènech^h, E. García-Planella^d, X. Calvetⁱ, M. Piqueras^f, M. Aceituno^a, F. Fernández-Bañares^a y M. Esteve^a

^aHospital Universitari Mútua de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Terrassa. ^bHospital Universitari de Bellvitge, Departamento de Gastroenterología, Barcelona. ^cHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Departamento de Gastroenterología, Badalona. ^dHospital de Santa Creu i Sant Pau, Departamento de Gastroenterología, Barcelona. ^eHospital de Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^fConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^gHospital Universitari Mútua de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^hHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Departamento de Gastroenterología, CIBERehd, Badalona. ⁱHospital de Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Barcelona.

Introducción: Una de las principales causas de muerte en la EII son las infecciones oportunistas (IO). No conocemos las IO asociadas a la EII en nuestro medio. Existe controversia sobre si el riesgo

de IO está relacionado con los inmunosupresores (IMMS) o es intrínseca a la enfermedad.

Objetivo: Evaluar: 1. Los tipos de IO en pacientes con EII tratados con IMMS o biológicos (IMM/Biol), 2. La relación de IO con el tratamiento IMM/Biol, 3. La mortalidad asociada a IO y el impacto de la morbilidad en la mortalidad asociada a IO.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con EII con infección relevante (obliga al ingreso, causa la muerte o riesgo para la vida, obliga al cambio/retirada de IMM/Biol, o es recurrente). Se han identificado 183 casos de la base local ENEIDA de 6 hospitales catalanes (5.736 pacientes - 3.419 pacientes que han requerido IMM/Biol en algún momento de su evolución). Se han analizado 4 periodos de exposición a infección (P): P1 (406 meses): pre-diagnóstico de EII, P2 (59 meses): diagnóstico-inicio de IMM/Biol, P3 (57 meses): inicio IMM/Biol y P4 (30 meses): post-retirada/desintensificación de IMM/Biol; P3-P4 hasta fin seguimiento o muerte.

Resultados: Se han encontrado 292 infecciones en 183 pacientes. P1 (n = 183): 9 infecciones. P2 (n = 183): 15 infecciones: 10 pacientes con un episodio y 2 ≥ 2. P3 (n = 183/Infección índice): 1 infección en 96 pacientes, 2 en 41, y ≥ 3 en 46. Mediana de la IO desde inicio IMM/Biol: 22 meses. 88 pacientes recibían monoterapia, 87 COMBO (IMM + Biol), y 8 con 3 o más IMM/Biol. P4 (n = 55): 1 infección en 10 pacientes (8 con IMMS monoterapia). Tipos de infecciones: 23 bacteriemias/viremias, 46 ITU/PNA/prostatitis, 85 infecciones respiratorias, 49 colitis por CMV/Clostridium difficile/otros gérmenes, 31 herpes virus/zóster/varicela, 13 TB (en todos excepto 1 paciente se llevó a cabo algún cribado de TB latente y 2 pacientes presentaron reactivación post-tratamiento tuberculostático), 5 infecciones por papiloma-virus (1 neoplasia pene), 21 infecciones cutáneas/ORL, 17 infecciones hepáticas/vía biliar, 3 me-

ningitis bacterianas, 5 vulvovaginitis, 2 endocarditis, 2 VIH, 1 leishmaniasis. Comorbilidad: 80 pacientes enfermedad concomitante, 103 pacientes con una o más comorbilidad relevante. Mortalidad global (4,3%) y asociada a la infección (3,3%): La mortalidad por infección no se relacionó con la presencia de comorbilidad.

Conclusiones: La IO es una causa importante de muerte en la EI, de forma independiente a la presencia de comorbilidad. El riesgo de infección no parece ser intrínseco a la EI, sino relacionado con la inmunosupresión. Hay que extremar la vigilancia con el tratamiento IMM/Biol, particularmente para la TBC.

Esófago-Estómago-Duodeno

164. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DOBLE-CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO PARA VALORAR LA EFICACIA DE LA COLESTIRAMINA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA CRÓNICA ACUOSA ATRIBUIDA A MALABSORCIÓN DE ÁCIDOS BILIARES

F. Fernández-Bañares^a, M. Rosinach^a, M. Piqueras^b, A. Ruiz-Cerulla^c, I. Modolell^b, Y. Zabana^a, J. Guardiola^c y M. Esteve^a

^aHospital Universitari Mútua de Terrassa, CIBEREHD, Servicio de Digestivo, Barcelona. ^bConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^cHospital Universitari de Bellvitge, Departamento de Gastroenterología, Barcelona.

Introducción: La malabsorción de ácidos biliares (MAB) idiopática de inicio en el adulto (MAB tipo II) puede ser causa de diarrea crónica acuosa de características funcionales, observando respuesta a la colestiramina en el 70% de los pacientes. Sin embargo, no existen estudios controlados con placebo y la mayoría de las series son retrospectivas y de baja calidad científica.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la colestiramina en la diarrea crónica acuosa atribuida a MAB en un ensayo clínico doble-ciego controlado con placebo, no comercial.

Métodos: Criterios de inclusión: diarrea acuosa de origen incierto una vez descartadas colitis microscópica y celiaquía, y criterios de SII-D/diarrea funcional (Roma III); Criterios de exclusión: tratamiento previo con colestiramina y cirugías GI previas. En todos los pacientes se realizó un test de SeHCAT para valorar la presencia de MAB. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir: 1. Colestiramina sobres 4 g/12h (n = 13); 2. Placebo (propilcelulosa) sobres idénticos (n = 13), durante 8 semanas. El 'end-point' principal fue la desaparición de la diarrea a las 8 semanas; 'end-point' secundario fue los cambios en el GIQLI (índice de calidad de vida GI). Cálculo del tamaño de la muestra: CLT, 70% vs PLA, 20%; alfa = 0,05, beta = 0,80; n = 12 por grupo.

Resultados: 81% de los pacientes incluidos tenían MAB, sin diferencias entre CLT y PLA. El porcentaje de remisión a las 8 sem CLT

vs PLA fue 54% vs 38,5% (intención de tratar) y 64% vs 38,5% (por protocolo) (ns); en los pacientes con MAB grave (SeHCAT 7º día = 6%) los resultados fueron 50% vs 28,6% (por protocolo) (ns). Se observó una reducción del nº de deposiciones líquidas/día del 92,4 ± 3,0% vs 75,8 ± 7,1% (CLT vs PLA, p = 0,048). Se observó una mejora del GIQLI tanto en el grupo CLT (p < 0,0005) como PLA (p = 0,014); en el grupo CLT hubo mejora en las escalas de síntomas (p < 0,005), bienestar físico (p < 0,005) y emocional (p = 0,01), mientras que en el grupo CLT en las escalas de síntomas (p = 0,014) y relaciones sociales (p = 0,015).

Conclusiones: Colestiramina fue mejor que un placebo en forma de propilcelulosa en el control de la diarrea crónica acuosa atribuida a MAB tipo II.

EudraCT 2009-011149-14; FIS EC08/00085.

168. RESULTADOS DEL GENOTIPADO DE LAS MOLÉCULAS DE HLA CLASE-II Y DE SUS COMBINACIONES ALÉLICAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELÍACA (SGNC)

Y. Arguedas Lázaro^{a,b}, S. Izquierdo Álvarez^c, C. Martínez Huguet^d, M. Arévalo Durán^e, G. Buisan Casbas^e, M. Domínguez Cajal^{a,b}, L. Oliván Guerra^{a,b}, J. Rodríguez^e, B. Cuartero^f, J. Vera^g, M. Marigil^g, S. Santolaria Piedrafita^{a,b}, J.I. González Hevia^c y M. Montoro Huguet^{a,b}

^aGrupo de Investigación INDOGASTRO "Instituto de Ciencias de la Salud de Aragón" y Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de Huesca, Departamento de Medicina, Universidad de Zaragoza.

^bHospital San Jorge, Servicio de Aparato Digestivo, Huesca.

^cHospital Universitario Miguel Servet, Sección de Genética Clínica, Servicio de Bioquímica Clínica, Zaragoza. Hospital San Jorge: ^dServicio de Medicina Interna; ^eUnidad Docente de MFyC;

^fServicio de Urgencias; ^gServicio de Anatomía Patológica, Huesca.

Introducción: La prevalencia de heterodímeros HLA de clase-II entre los pacientes con SGNC oscila entre el 51-100%. Por otro lado, existe controversia acerca de si los pacientes con duodenitis linfocítica seronegativa (DLSN) deben incluirse en el espectro de pacientes con SGNC.

Objetivo: Investigar si el genotipado DR-DQ en pacientes con SGNC difiere en función de la presencia o ausencia de DLSN.

Métodos: Se evaluó de forma retrospectiva a una cohorte consecutiva de pacientes con criterios de SGNC (Molina-Infante et al Gastroenterol Hepatol. 2014;37:362-71), incluyendo aquellos que presentaban DLSN. En todos los casos se procedió al genotipado DR-DQ mediante CELIACSTRIP obteniendo 9 haplotipos distintos, estratificados por riesgo (Megorni et al Hum Immunol. 2009;70:55-9). Se analizó la prevalencia de los diferentes haplotipos en función de la presencia o no de DLSN [clasificación de Corazza (A1: LIEs > 25%)]. Los patrones de presentación clínica (PPC) se clasificaron en I) Clásico; II) Manifestaciones gastrointestinales inespecíficas; III) Manifestaciones extraintestinales y IV) Factores de riesgo (familiares de 1º grado o dolencias autoinmunes).

DLSN (> 25% LIEs)	DQ2-DQ8-DR3/4 ¹	DQ2-DQ3/3-DR3/7 ²	DQ8 y DQ2 trans-DR4/7 ³	b2-DR7/7 ⁴	DQ2-DR3,DR7/11 ⁵	DQ8-DR4 ⁶	b2-DR7 ⁷	a5/DR11 ⁸	Negativo/Negativo ⁹	p
Sí (n = 96)	7 (7,3%)	10 (10,4%)	4 (4,2%)	0 (0,0%)	25 (26%)	12 (12,5%)	11 (11,5%)	16 (16,7%)	11 (11,5%)	0,802
No (n = 16)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (18,8%)	3 (18,8%)	4 (25%)	2 (12,5%)	1 (6,3%)	

¹DQ2 cis + DQ8 (DQA1*05-DQB1*02-DRB1*03 DQA1*03-DQB1*0302-DRB1*04); ²DQ2 cis + un haplotipo (Hp2) del DQ2 trans(DQA1*05-DQB1*02-DRB1*03 DQA1*02-DQB1*02-DRB1*07); ³[(DQ8 + un haplotipo Hp2 del DQ2 trans) (DQA1*03-DQB1*0302-DRB1*04 DQA1*02-DQB1*022-DRB1*07)]; ⁴b2 DR7/7 homocigótico DQB1*02/DQB1*02; ⁵[(DQ2 cis + un haplotipo (Hp1) del DQ2 trans (DQA1*05-DQB1*02-DRB1*03 DQA1*05-DQB1*0301-DRB1*11) (DQ2 trans) (DQA1*05-DQB1*0301-DRB1*11 DQA1*02-DQB1*02-DRB1*07) (DQ2 cis (DQA1*05-DQB1*02-DRB1*03)]; ⁶[(DQ8 + un haplotipo Hp1 del DQ2 trans (DQA1*05-DQB1*0301-DRB1*11 DQA1*03-DQB1*0303-DRB1*04) [(DQ8: QA1*03-DQB1*0302-DRB1*04); (Hp2 del DQ2 trans (DQA1*02-DQB1*02-DRB1*07)]; ⁸(Hp1 del DQ2 trans (DQA1*05-DQB1*0301-DRB1*11); ⁹Negativo para DQ-DR.

Resultados: De 556 pacientes a quienes se realizó el genotipado DR-DQ, 112 (20,14%) presentaban criterios de SGNC (81,3% mujeres, mediana de edad 41 años, rango 6-77). Los PPC fueron: I (17%); II (67%); III (4,4%) y IV (11,6%). La tabla muestra las combinaciones alélicas obtenidas en función de la presencia o ausencia de DLSN. Las combinaciones alélicas más frecuentes en pacientes con DLSN fueron Hp1 del DQ2 trans (DQA1*05-DQB1*0301-DRB1*11) (16,7%) y DQ2 CIS (DQA1*05-DQB1*02-DRB1*03) (14,6%), en tanto que Hp2 del DQ2 trans (DQA1*02-DQB1*02-DRB1*07) (25%) lo fue para los pacientes sin este rasgo (< 25% LIEs).

Conclusiones: Los pacientes con SGNC muestran mayoritariamente una presentación centrada en síntomas digestivos inespecíficos. Globalmente, la prevalencia de heterodímeros HLA de clase-II no es superior entre los pacientes con DLSN.

Oncología gastrointestinal

193. SISTEMA "SCORE" PARA ESTIMACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR: UNA BUENA HERRAMIENTA DE CRIBADO PARA DETECTAR PACIENTES CON ALTO RIESGO DE NEOPLASIA COLORRECTAL

C.J. Gargallo Puyuelo^a, P. Carrera^b, C. Scarpignato^c y A. Lanás Arbeloa^{a,b}

^aHospital Clínico Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^bCIBERehd. ^cUniversidad de Parma, Laboratorio de Farmacología Clínica, Italia.

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECV) y el cáncer colorrectal (CCR) son importantes problemas de salud a nivel mundial y parecen compartir múltiples factores de riesgo. Actualmente no se conoce el riesgo que tiene un individuo de presentar una neoplasia colorrectal (adenoma o CCR), en función de su riesgo cardiovascular (RCV) individual.

Objetivo: 1) Evaluar la prevalencia de neoplasia colorrectal (NCR) en una población con riesgo medio de CCR en función del RCV individual. 2) Evaluar la relación entre el RCV y el tipo de NCR (avanzada o no avanzada).

Métodos: Estudio de trasversal que incluyó a pacientes con riesgo medio de CCR que se realizaron una colonoscopia en el Hospital Clínico de Zaragoza. Los pacientes fueron clasificados, en función de su riesgo individual de sufrir un evento aterosclerótico fatal en los próximos 10 años, en 3 grupos: 1) riesgo bajo, 2) riesgo intermedio y 3) riesgo alto/muy alto. Para realizar dicha clasificación nos basamos en el sistema SCORE y en las recomendaciones de la última "Guía Europea de prevención de ECV en la práctica clínica (versión 2012)". La relación entre la categoría de riesgo de ECV fatal en 10 años y la prevalencia de NCR fue analizada usando el test de χ^2 . Posteriormente, se usaron modelos de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 605 pacientes. La edad media fue $59,7 \pm 11,6$ años y 311 (51,4%) fueron hombres. 9,8% eran diabéticos y 23,8% fumadores. 223 pacientes (36,9%) tenían una o más NCR. La prevalencia de NCR en pacientes con RCV bajo, RCV intermedio y RCV alto/muy alto fue 9/109 (8,3%), 126/303 (41,6%) y 88/193 (45,6%), respectivamente ($p < 0,001$). La prevalencia de NCR avanzada (adenoma avanzado o CCR) fue 5/109 (4,6%), 73/303 (24,1%) y 67/193 (34,7%), respectivamente ($p < 0,001$). En el análisis multivariante, el grupo de pacientes con RCV moderado y el grupo de pacientes con RCV alto/muy alto presentaron un incremento significativo del riesgo de padecer NCR en comparación con el grupo de pacientes con RCV bajo, [Odds ratio (OR) 5,69 (intervalo de confianza al 95% (IC95%) 2,41-13,42)] y [OR 5,62 (IC95% 1,99-15,89)], respectivamente ($p = 0,001$). El grupo de pacientes con RCV moderado y el grupo de pacientes con

RCV alto/muy alto también presentaron un incremento significativo del riesgo de padecer NCR avanzada en comparación con el grupo de pacientes con RCV bajo [OR 5,43 (IC95% 1,86-15,88)] y [OR 8,56 (IC95% 2,46-29,79)], respectivamente ($p = 0,001$). El grupo de pacientes con RCV alto/muy alto presentaron un incremento no significativo del riesgo de padecer NCR avanzada respecto al grupo de RCV moderado [OR 1,58 (IC95% 0,96-2,60), $p = 0,075$].

Conclusiones: La prevalencia y el riesgo de desarrollar NCR (adenomas y CCR) se incrementa de forma paralela con el riesgo de muerte por ECV. El sistema SCORE podría ser usado como modelo predictivo de riesgo de NCR. Los pacientes con un RCV aumentado podrían beneficiarse de estrategias de cribado de CCR.

195. LA MUTACIÓN KRAS_G12C: UN BIOMARCADOR DE CRIBADO EFECTIVO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA POLIPOSIS ASOCIADA A MUTYH

E. Hernández-Illán^a, C. Guarinos^a, A. Castillejo^b, F. Balaguer^c, M. Juárez^a, C. Egoavil^{d,e}, M.I. Castillejo^b, L. Pérez-Carbonell^a, M. Rodríguez-Soler^f, A. García-Martínez^a, V.M. Barberá^b, S. Oltra^g, A.B. Sánchez-Heras^h, J.L. Soto^b y R. Jover^{a,f}

^aHospital General Universitario de Alicante, Unidad de Investigación, Alicante. ^bHospital General de Elche, Laboratorio de Genética Molecular, Alicante. ^cHospital Clínic, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^dHospital General Universitario de Albacete, Servicio de Patología, Albacete. ^eHospital General Universitario de Alicante: ^eServicio de Patología; ^fServicio de Medicina Digestiva, Alicante. ^gHospital Universitario La Fe, Valencia. ^hHospital General de Elche, Unidad de Consejo Genético, Alicante.

Introducción: La poliposis asociada a MUTYH (MAP) es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva que normalmente muestra un fenotipo de poliposis adenomatosa familiar atenuada. Representa en torno al 1% de todos los carcinomas colorrectales (CCR) aunque puede estar infradiagnosticada. Se han descrito casos MAP aparentemente esporádicos que no cumplen criterios clínicos ni patológicos, sin embargo, no hay marcadores de cribado ampliamente consensuados para este síndrome.

Objetivo: El objetivo de este trabajo fue validar analítica y clínicamente la mutación somática KRAS_G12C como marcador de cribado para el diagnóstico de MAP. Se calcularon los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y positivo.

Métodos: Se incluyeron un total de 103 individuos en el estudio: 75 pacientes con poliposis (cohorte EPIPOLIP) y 28 pacientes con CCR (cohorte EPICOLON I y Programa de Cáncer Hereditario de la Comunidad Valenciana). En todos los pacientes se estudió la presencia de mutaciones germinales en el gen MUTYH (mediante secuenciación Sanger de toda la región codificante y las uniones intrón-exón) y la mutación KRAS_G12C en sus pólipos o CCR microdisecado (secuenciación Sanger).

Resultados: Trece pacientes con poliposis y 19 con CCR presentaron mutación bialélica en MUTYH. No se detectó mutación en 62 y 9 pacientes de estas dos series respectivamente. En los pacientes con poliposis, 11 de 13 (84,6%) de los portadores de mutación bialélica mostraron a su vez la mutación KRAS_G12C en al menos uno de sus pólipos, y únicamente 2 de los 62 pacientes no portadores (3,2%). En la serie de CCR, 13 de los 19 pacientes con mutación bialélica en MUTYH (68%) y ninguno de los pacientes no mutados mostraron la mutación KRAS_G12C respectivamente. A partir de estos resultados, el valor diagnóstico de la mutación KRAS_G12C para el cribado de MAP mostró una especificidad de 0,972, una sensibilidad de 0,75, y un valor predictivo positivo y negativo de 0,923 y 0,896 respectivamente.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la mutación KRAS_G12C es un marcador de cribado de MAP efectivo tanto para

cáncer como para pólipos colónicos. Estudios más amplios son requeridos para confirmar el valor clínico de este marcador y su potencial utilidad en el cribado del síndrome de MAP.

Páncreas y vías biliares

205. EVALUACIÓN DEL ESPECTRO DE PATOLOGÍA DIGESTIVA ASOCIADA A FIBROSIS QUÍSTICA EN ADULTOS

D. Sihuay^a, A. Montenegro^a, X. Merino^b y X. Molero^a

Hospital Universitari Vall d'Hebron: ^aServei d'Aparell Digestiu; ^bServei de Radiologia, Barcelona.

Introducción: El aumento de la expectativa de vida de los pacientes con fibrosis quística (FQ) (actualmente supera los 40 años, con o sin trasplante pulmonar) ha puesto en evidencia un amplio espectro de patología digestiva relacionada que previamente era poco manifiesto. El número de órganos afectados incluye páncreas, vía biliar, hígado, esófago, estómago, ileon y colon.

Objetivo: Evaluar la patología digestiva asociada a FQ en pacientes adultos.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en pacientes adultos con FQ controlados actualmente en nuestro Servicio de Aparato Digestivo. Se realizó una revisión detallada de su historia clínica, síntomas, datos analíticos y pruebas de imagen priorizando las complicaciones gastrointestinales.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes (45% mujeres; edad media 31 años). El diagnóstico fue realizado mediante test del sudor (χ^2) y examen de mutaciones del gen, en 16 casos en edad adulta. 11 pacientes eran portadores de un trasplante bipulmonar. Aparte de la afectación pancreática, 40 pacientes (64,5%) tuvieron complicaciones digestivas. 16 pacientes (25,8%) presentaron algún tipo de lesión en el tracto digestivo superior como esofagitis (3), gastritis (3), gastroparesia (3), esófago de Barrett (1) y adenocarcinoma esofágico (1). Otros 16 pacientes (25,8%) tuvieron formas obstructivas o atenuadas de síndrome de obstrucción intestinal distal (SOID), y hubo un caso de invaginación intestinal que precisó intervención quirúrgica. Sorprendentemente, el 30,6% de los pacientes refería estreñimiento crónico. Cuatro pacientes (6,5%) presentaron complicaciones del apéndice cecal como mucocele o apendicitis flemonosa. Las complicaciones hepatobiliares fueron: colelitiasis (13), alteraciones de vía biliar intrahepática (8) colestasis crónica (3), colangitis de repetición (1) y hepatopatía crónica (11). De éstos, 3 tenían cirrosis con hipertensión portal y 1 recibió un trasplante hepático por enfermedad evolucionada y episodios de hemorragia varicosa. 51 pacientes (82%) tenían pancreatopatía crónica, 47 (76%) insuficiencia pancreática exocrina. 12 (14,5%) presentaron brotes repetidos de pancreatitis aguda. Globalmente, 19 pacientes (30,6%) sufrieron 24 complicaciones agudas graves digestivas (1 impactación alimentaria por adenocarcinoma esofágico, 1 hemorragia digestiva por várices, 1 colangitis aguda, 12 pancreatitis aguda, 2 apendicitis, 6 SOID obstructiva, 1 invaginación intestinal).

Conclusiones: Las complicaciones gastrointestinales en pacientes adultos con FQ son frecuentes y comprometen el sistema digestivo en su totalidad. Su reconocimiento adecuado es trascendental dentro de una atención multidisciplinar.

Trastornos funcionales digestivos

216. LOS TRATAMIENTOS ACTUALES NO CONTROLAN DE FORMA COMPLETA LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE CON ESTREÑIMIENTO (SII-E) GRAVE: SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO IBIS-C EN ESPAÑA

F. Mearin^a, X. Cortés^b, J. Mackinnon^c, J. Bertsch^c, J. Fortea^b y J. Tack^d

^aCentro Médico Teknon, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^bAlmirall S.A., Barcelona. ^cTFS Develop S.L. ^dUniversity Hospital Gasthuisberg, Leuven, Bélgica.

Objetivo: Primer estudio que evalúa la carga socioeconómica del SII-E moderado o grave en 6 países europeos (Francia, Alemania, Italia, España, Suecia, Reino Unido). Presentamos un subanálisis del SII-E grave de la cohorte española.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo-retrospectivo (6 meses cada periodo) en pacientes diagnosticados en los últimos 5 años de SII-E (según criterios Roma III) moderado o grave: intensidad del SII (IBS-SSS) = 175. Se definió SII-E grave como un IBS-SSS > 300. Se evaluó la calidad de vida mediante los cuestionarios Euro-QoL-5D (EQ-5D) e IBS QOL.

Resultados: Se incluyeron 112 pacientes españoles, de los cuales 64 presentaban SII-E grave (edad media (\pm DE) 45,6 \pm 14,1 años, 88% mujeres). Tiempo desde el diagnóstico: 2,2 \pm 3,0 años; duración de los síntomas: 9,7 \pm 10,2 años. Los síntomas más prevalentes fueron: distensión abdominal (89%), dolor abdominal (88%), estreñimiento (86%) e hinchazón (63%). Las comorbilidades más frecuentes fueron: ansiedad (44%), dispepsia (44%), cefalea (30%), insomnio (27%) y depresión (23%). Durante el seguimiento, el 86% recibió fármacos de prescripción para el SII-E (laxantes [74%]; espasmolíticos [44%]; y agentes procinéticos [30%]; el 58% tomó medicamentos OTC (laxantes [31%]; plantas medicinales [30%] y fibra [20%]) y el 28% recibió terapias complementarias (principalmente relajación, acupuntura, dieta y reflexología). En la visita basal, el IBS-QoL medio fue 50,3 \pm 20,1 (escala: 0-100[mejor a peor]), y los dominios más afectados fueron la "evitación de alimentos" (media: 68,9) y "preocupación por la salud" (63,3). La puntuación media del EQ-5D fue 52,0 \pm 20,7 (escala: 0-100 [peor a mejor]), y el 92% y 69% de pacientes, respectivamente, reportaron problemas moderados o graves en dolor/malestar y ansiedad/depresión. La gravedad media de los síntomas (IBS-SSS) mejoró de 372,1 \pm 54,8 (basal) a 258,1 \pm 98,4 (6 meses), y el número medio de días con dolor abdominal (cada 10 días) de 7 \pm 3 a 5 \pm 3. A los 6 meses, el 30% de pacientes padecía SII-E grave, el 51% tenía síntomas moderados y el 19% leves. A pesar de esta mejoría en los síntomas, no hubo reducción significativa en las pérdidas de productividad laboral ni en la afectación de la actividad diaria (cuestionario WPAI:IBS-C (media [\pm DE] del % de tiempo en la semana previa a la inclusión y a los 6 meses): 41,5% \pm 29,2 vs 33,0% \pm 26,4 y 50,0% \pm 26,5 vs 46,7% \pm 26,5, respectivamente).

Conclusiones: El SII-E grave tiene un gran impacto en la calidad de vida y productividad de los pacientes. El grado de control tras 6 meses de tratamiento, principalmente con laxantes y espasmolíticos, es insuficiente, con 3 de cada 10 pacientes sufriendo todavía síntomas graves y 5 de cada 10 síntomas moderados. Esta mejoría no se traduce en mayor productividad ni menor afectación de la vida diaria a causa de la enfermedad.