



XVIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología



Madrid, 25-27 de marzo de 2015

SESIÓN PÓSTERS

Endoscopia

1. DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

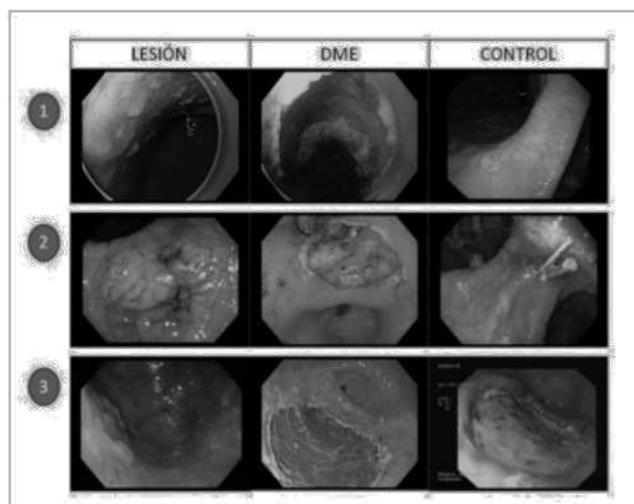
Y. Pérez Castaño^a, F. Múgica Aguinaga^a, I. Gil Lasa^a, A. Berbiela García-Viana^b, E. Egia Sancho^a, A. Maíz Arregui^a, O. Etxeberria Uranga^a, N. Otegi Irastorza^a, M. Alustiza Urrutikoetxea^a, L. Mendibil Esquizabel^a, I. Urtasun Lugea^a y S. Arranz Díaz^a

Hospital Universitario Donostia: ^aServicio de Digestivo; ^bServicio de Anestesiología, San Sebastián.

Introducción: El cáncer gástrico precoz (CGP) es definido como el cáncer gástrico que no invade más allá de la submucosa, independientemente de la afectación linfática. Es importante el diagnóstico precoz por su buen pronóstico. Son tratamientos aceptados tanto el quirúrgico como el endoscópico.

Métodos: Es un estudio descriptivo retrospectivo donde se analizaron los diagnósticos de CGP en el Servicio de Endoscopias del HUD durante los últimos 6 años. Se analizan las características demográficas, los motivos de petición de la endoscopia, las características de la lesión, el tratamiento y la concordancia anatómo-patológica antes y después del tratamiento.

Resultados: Se han diagnosticado 19 casos de CGP en 18 pacientes. La media de edad ha sido de 75 años. El motivo más frecuente de petición de la gastroscopia es la anemia (27,7%), seguido de control de gastritis crónica (22,2%). Teniendo como referencia la clasificación de Paris, la lesiones más frecuentes han sido las planas (0-IIa y 0-IIa+c). El tamaño medio de las lesiones ha sido de 25 mm y la localización más común el cuerpo gástrico (52,6%). El tratamiento ha sido quirúrgico en 11 de las 19 lesiones (57,9%) y endoscópico en 8 casos (42,1%). En el grupo endoscópico se han realizado 3 disecciones mucosas endoscópicas (DSE), 2 resecciones submucosas (RME), 2 terapia mixta DSE+RME y 1 polipectomía con asa. El 87,5% de las lesiones tratadas endoscópicamente han sido diagnosticadas en los últimos 18 meses. En cuanto a la AP, el 44,4% de las



lesiones eran de categoría 5 en las clasificación de Viena, el 38,9% categoría 4 y el 16,7% categoría 3. La concordancia entre la AP previa y tras el tratamiento ha sido del 77,7%. La curación de enfermedad local en el grupo endoscópico ha sido del 87,5%.

Conclusiones: 1. El tratamiento endoscópico del CGP es eficaz en la curación de la enfermedad local. 2. La introducción de la DME y RME ha cambiado llamativamente el manejo del CGP en nuestro medio.

2. ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA DEL ESÓFAGO DE BARRETT EN CANARIAS

A. Castellot^a, M. Sánchez^b, L. Betancor^a, V. Sosa^a, J.M. Marrero^a, A. González^a, A. Cruz^a, M. Peñate^a y A. Sierra^a

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bAnatomía Patológica.

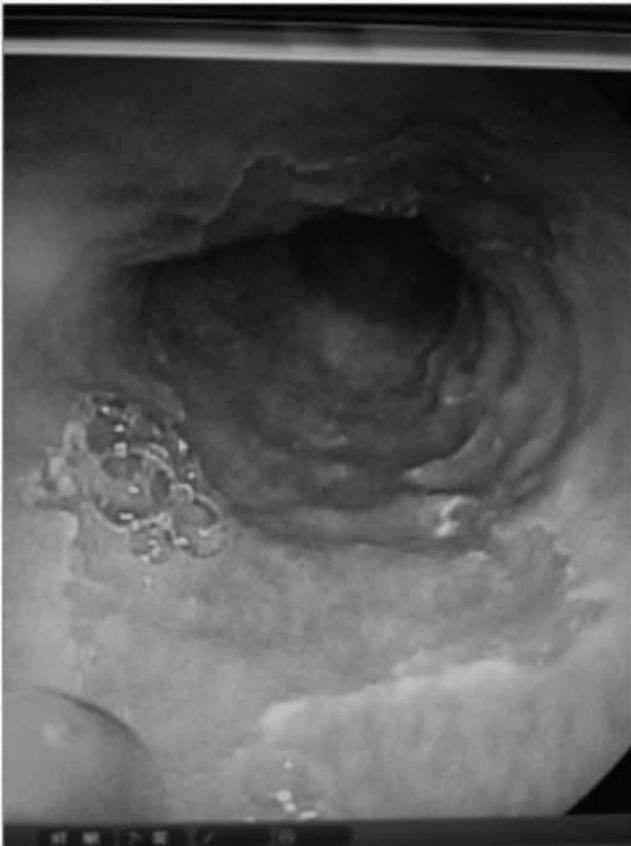
Introducción: La secuencia de los cambios histológicos en la progresión a malignidad del esófago de Barrett (EB) es bien conocida. La ablación por radiofrecuencia es una técnica endoscópica de reciente aparición que por su sencillez y pocas complicaciones está cambiando el manejo de los pacientes con EB demostrando gran eficacia en el tratamiento de la displasia y para la erradicación completa de la metaplasia intestinal.

Objetivo: Valorar nuestra experiencia en el tratamiento con ablación por radiofrecuencia en el EB.

Métodos: Se han incluido de forma prospectiva a los pacientes tratados con ablación por radiofrecuencia desde mayo de 2013 a noviembre 2014. Se ha usado la clasificación de Praga en la endoscopia y la clasificación de Viena para la valoración del grado de displasia. Se ha usado RF HALO 360, HALO 90 PLUS, HALO 60 Y HALO TTS (Barrx Medical).

Resultados: 12 pacientes varones, edad: 50 ± 15 (27-80), 13 sesiones. Displasia de bajo grado en 6, de alto grado en 5 y 1 una displasia de alto grado con focos de Cais. Se indicó HALO 360 en 10 ocasiones, 1 HALO 90 plus, HALO 60 y 1 TTS. Un procedimiento no realizado por desgarro mucoso esofágico durante la medición. Se ha realizado una única sesión salvo en un paciente que requirió (HALO 360 y HALO 60). En los 7 pacientes en los que se dispone de más de 9 meses de seguimiento se ha conseguido la erradicación de la displasia y en dos de ellos de la metaplasia (en todos disminución en la clase Praga). Solo se ha registrado una complicación que impidió terminar el procedimiento. En la semana posterior a la técnica se han registrado 3 casos de fiebre autolimitada, dolor torácico y disfagia en 2 pacientes. En ningún caso se precisó ingreso.

Conclusiones: La ablación con radiofrecuencia del EB es una técnica segura y eficaz para la erradicación de la displasia. Son necesarios seguimientos más prolongados para valorar su eficacia a largo plazo. La ablación es al adenocarcinoma sobre EB lo que la polipectomía al CCR.



3. HALLAZGOS ENTEROSCÓPICOS TRAS CÁPSULA ENDOSCÓPICA PATOLÓGICA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

I. Gorroño Zamalloa, I. Azagra de Miguel, M. Escalante Martín, M. Ogueta Fernández, S. Romero Izquierdo, C. Molina Álvarez, M. Álvarez Rubio, S. Martín Arriero, Y. Faye Palma, L. Martín Asenjo, L. Hijona Muruamendiáraz y L.F. Eraña Ledesma
Hospital Universitario de Álava-Sede Santiago, Servicio de Aparato Digestivo, Vitoria.

Introducción: La endoscopia ha alcanzado nueva frontera en el diagnóstico y tratamiento de la patología de intestino delgado (ID). La cápsula endoscópica y la enteroscopia con doble balón (ECD) permiten la evaluación del intestino delgado. A continuación mostramos la experiencia en nuestro Hospital.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, con casos seleccionados en el período 2010-2014. Selección de pacientes: se realizaron 127 cápsulas endoscópicas, de las cuales 46 presentaban hallazgos patológicos en ID. De estos 46 pacientes se seleccionaron aquellos a los que posteriormente se les realizó ECD, con un total de 26 pacientes. A todos ellos se les había realizado previamente estudio endoscópico convencional (gastroscopia y colonoscopia), sin hallazgos significativos. Las pruebas endoscópicas mencionadas se realizaron con cápsula PillCam® SB2 y enteroscopia Fujii EN-45-T5. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, motivo de la exploración (indicación), hallazgos endoscópicos y concordancia de hallazgos, terapéutica realizada.

Resultados: N = 26. Edad media 61 años. Sexo: V 13; M 13. Indicación: anemia ferropénica (54%), hemorragia digestiva (39%), sospecha inflamatoria (3,8%), sospecha celiaquía (3,8%). Los hallazgos en ID objetivados en cápsula en orden de frecuencia: angiodisplasias (14), pólipos (5), úlceras (3), mucosa inflamatoria (1), lesión submucosa (1), lesión submucosa + pólipo (1), angiodisplasia + lesión submucosa (1). Localizadas en: yeyuno (17), íleon (4), yeyuno + íleon (3), duodeno + yeyuno (2). En cuanto a la enteroscopia los hallazgos por frecuencia fueron: angiodisplasia (7), úlcera (4), pólipo (1), mucosa inflamatoria (1), angiodisplasia + úlcera (1), angiodisplasia + pólipo (1), angiodisplasia + lesión submucosa (1), lesión submucosa + úlcera (1). En nueve de las enteroscopias realizadas no se objetivó patología en ID. Por localización: yeyuno (10), íleon (4), yeyuno + íleon (2), duodeno + yeyuno (1). Se realizó terapéutica con electrocoagulación con APC en el 38,5% de los casos. La coincidencia en los hallazgos de ambas pruebas fue del 50%.

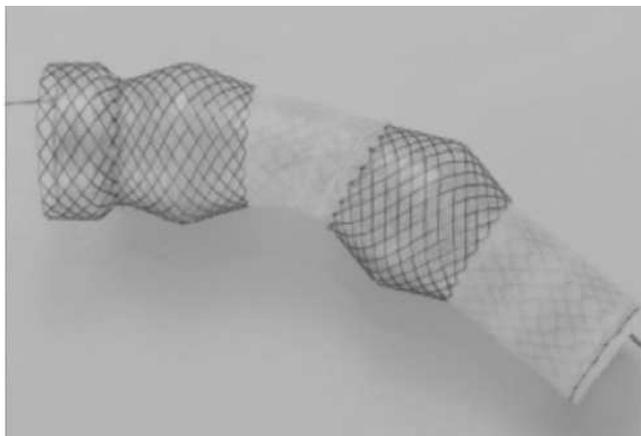
Conclusiones: La principal indicación para realización de la ECD tras cápsula fue el estudio de anemia ferropénica y hemorragia digestiva de origen incierto (gastroscopia y colonoscopia negativas). El hallazgo más frecuente detectado fueron angiodisplasias (27%). En el 65,4% de las enteroscopias se objetivó patología de ID por lo que concluimos que la enteroscopia es una herramienta eficaz para el diagnóstico de patología en ID.

4. UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES TOTALMENTE CUBIERTAS TAEWOONG BETA 2 EN PERFORACIONES Y DEHISCENCIAS ANASTOMÓTICAS ESOFÁGICAS

D. Vara-Brenes, R. Prados-Manzano, P.P. Joya Vázquez, P.L. González-Cordero, J. Molina-Infante, P. Robledo-Andrés, M. Fernández-Bermejo y J.M. Mateos-Rodríguez

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

Introducción: Las prótesis esofágicas autoexpandibles metálicas cubiertas suponen una alternativa válida en el tratamiento endoscópico de las fistulas anastomóticas, dehiscencia de suturas y per-



foraciones esofágicas. Las principales complicaciones son la colocación inapropiada y la migración del stent.

Objetivo: Valorar nuestra experiencia con prótesis esofágicas autoexpandibles especialmente diseñadas, analizando nuestros resultados sobre eficacia y seguridad.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre registro informático de un diseño único de prótesis esofágica autoexpandible colocadas en nuestra Unidad de Endoscopia Digestiva durante el año 2014. En todos los casos se utilizó una prótesis metálica totalmente cubierta autoexpandibles de 140 × 24 mm tipo Taewoong Beta 2 con dos dobles capas no cubiertas en el exterior, separadas 25 mm, entre los cuales debe quedar localizado el orificio fistuloso. La retirada de la prótesis se realiza transcurridas 3 semanas tras su colocación.

Resultados: Fueron incluidos 5 pacientes (3 hombres y 2 mujeres) de edad media 63,4 años (rango 47-90). Se excluyó un paciente con una fístula enterocutánea tras una gastrectomía subtotal por un cáncer gástrico in situ, que precisó nueva intervención quirúrgica por no localizar el muñón enteral durante la gastroscopia. Las indicaciones fueron en tres casos por dehiscencia de anastomosis quirúrgica y otros dos por perforación esofágica espontánea. La colocación de la prótesis autoexpandible se realizó bajo control combinado endoscópico y fluoroscópico. El cierre del orificio fistuloso se consiguió en 4 de los 5 casos, siendo necesario la colocación de una segunda prótesis de las mismas características por persistencia del orificio fistuloso en un único caso (pendiente de retirada). El éxito técnico se consiguió en todos los casos. La retirada de la prótesis se realizó entre 24 y 26 días tras su colocación. No hubo ningún caso de migración de la prótesis. En uno de los casos de dehiscencia de sutura quirúrgica se identificó una estenosis de la anastomosis a los dos meses de retirada la prótesis, que fue resuelta con dilatación con balón.

Conclusiones: En nuestra experiencia las prótesis metálicas totalmente cubiertas autoexpandibles Taewoong Beta 2, pueden considerarse tratamiento inicial efectivo de las dehiscencias anastomóticas esófago-entéricas y perforaciones esofágicas, con nula tasa de migración de las mismas. Es necesario confirmar estos resultados ampliando la casuística incluyendo otros centros que utilicen el mismo modelo de prótesis.

5. RENDIMIENTO DE LA TOMA DE BIOPSIAS EN COLONOSCOPIA NORMAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE COLITIS MICROSCÓPICA

M. San Juan Acosta, A. Ochoa Palominos, J.M. Bautista, C. Padilla Suárez, J. García Lledó, B. Merino Rodríguez, O. Nogales Rincón, M.I. Peligros Gómez, P. Menchén Fernández-Pacheco y C. González Asanza

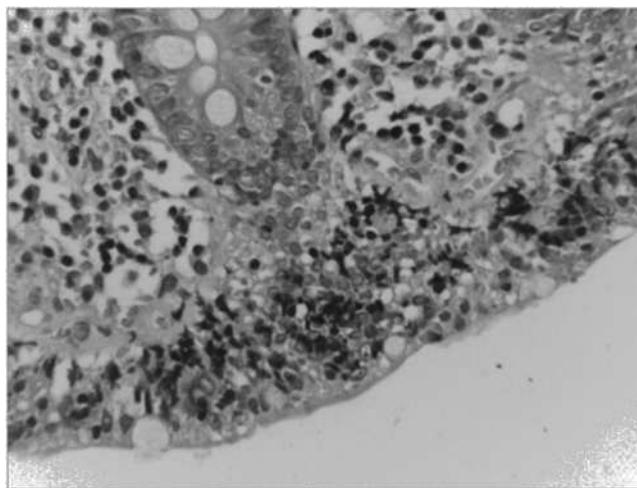
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La toma de biopsias en pacientes con colonoscopia normal y diarrea crónica, es un procedimiento que representa un coste adicional a la asistencia sanitaria y aumenta el tiempo de exploración.

Objetivo: Determinar el rendimiento diagnóstico de la toma de biopsias para el estudio de colitis microscópica (CM) en pacientes con colonoscopia normal.

Métodos: Se revisaron 199 colonoscopias realizadas entre enero y agosto de 2014 en el Hospital Universitario Gregorio Marañón indicadas por diarrea crónica, en las que se evidenció mucosa de colon sin alteraciones, y se analizaron los hallazgos histológicos.

Resultados: De los 199 pacientes estudiados, 125 fueron mujeres (63%) y 74 varones (37%), con una edad mediana de 51 años (rango: 17-89 años). La colonoscopia fue completa en 197 pacientes (99%) con intubación ileal en 145 pacientes (72,9%). Se diagnosticaron 7 pacientes de CM (3,5%), 151 (75,9%) pacientes presentaron inflamación crónica inespecífica, y en 41 (20,6%) pacientes la biopsia fue normal. De los casos con CM, en 5 pacientes se biopsió todo el colon (ascendente, transverso y descendente) y en 2 pacientes únicamente el colon ascendente. Los hallazgos de CM estuvieron presentes en todos los segmentos biopsiados.



Conclusiones: El estudio histológico de la mucosa macroscópicamente normal es un criterio de calidad en la colonoscopia cuando está indicada por diarrea. En nuestra serie con esta práctica diagnosticamos un 3,5% de pacientes con CM, un porcentaje ligeramente superior al publicado en la literatura. Concluimos que la rentabilidad de la biopsia de forma aleatoria en colonoscopia sin alteraciones está enfocada en la búsqueda de CM.

6. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 25 CASOS DE COLITIS MICROSCÓPICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Ochoa Palominos, M. San Juan Acosta, J. Miranda Bautista, J. Gómez Camarero, K. Klimová, A. Ahumada Jiménez, P. Lastra Andrade, L. Pérez Carazo, P. Menchén Fernández-Pacheco y C. González Asanza

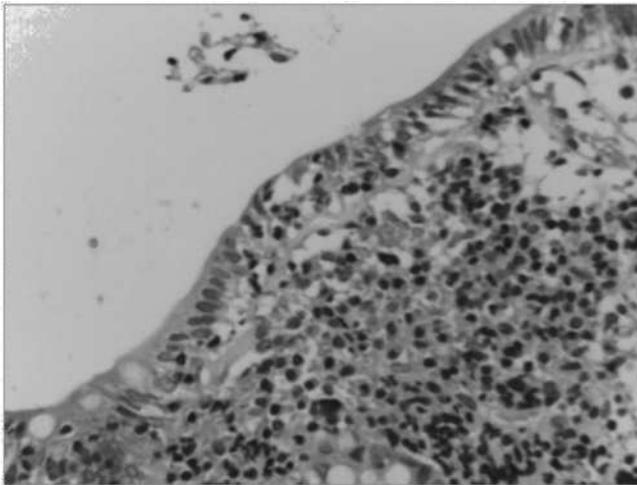
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La colitis microscópica (CM) es una enfermedad inflamatoria intestinal caracterizada por diarrea acuosa crónica. La colonoscopia suele ser normal hasta en el 80% de los casos y su diagnóstico es histológico. Existen dos tipos: la colitis linfocítica que se caracteriza por un aumento de linfocitos intraepiteliales (> 20 linfocitos/100 células epiteliales) y la colitis colágena en la que

se observa un engrosamiento de la capa de colágeno subepitelial > 10 μm .

Métodos: Estudio retrospectivo que evaluó el número de pacientes diagnosticados de CM entre los meses de enero de 2011 y agosto de 2014. Para ello se revisaron todas las colonoscopias (n = 914) indicadas por diarrea crónica realizadas durante dicho período.

Resultados: Se diagnosticaron 25 (2,7%) pacientes con CM: colitis linfocítica (88%) y colitis colágena (12%), 15 mujeres (60%) y 10 varones (40%), con edad mediana de 55 años (rango: 30-81 años). La mediana de evolución de la diarrea fue de 8 meses (rango: 1-72 meses). Además de la diarrea, 2 pacientes presentaron dolor abdominal, 1 paciente distensión abdominal y 1 paciente incontinencia fecal. Diez pacientes (40%) recibían tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina. Hallazgos endoscópicos: 80% colonoscopia normal, 4% divertículos y 4% pólipos adenomatosos. En el 68% de los casos se tomaron biopsias de todos los tramos colónicos y en el 32% únicamente se tomó biopsia de colon ascendente-transverso. Se trataron con aminosalicilatos 8 pacientes (32%), con budesonida 7 pacientes (28%), y el resto no recibió tratamiento específico. Respondieron bien al tratamiento: 5/8 pacientes tratados con aminosalicilatos y 6/7 pacientes con budesonida.



Conclusiones: Los casos presentados reproducen razonablemente las principales características de la CM previamente publicadas en la literatura, sin embargo se necesitan más estudios que permitan conocer mejor la historia natural y el tratamiento de esta entidad.

7. EXPERIENCIA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LAS PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES METÁLICAS (PAM) EN EL CÁNCER COLORRECTAL OBSTRUCTIVO

E. Tenorio González, O. Sánchez García y J. Mostazo Torres

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga.

Introducción: Las prótesis autoexpandibles metálicas (PAM) han supuesto una alternativa válida en el tratamiento de urgencia de la obstrucción maligna colorrectal. Su empleo permite, tanto la posibilidad de una cirugía diferida del tumor con menores tasas de morbilidad y mortalidad ("prótesis puente"), como su colocación definitiva paliativa en los casos no candidatos a cirugía.

Objetivo: Valorar nuestra experiencia con el empleo de las PAM para el tratamiento de la obstrucción maligna de colon analizando nuestros resultados sobre su eficacia y seguridad.

Métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo sobre registro informático sistemático de las PAM colocadas en nuestra Unidad de Endoscopia Digestiva desde enero del 2010 en el tratamiento de la obstrucción maligna de colon hasta diciembre 2013.

Resultados: Fueron incluidos 63 pacientes, con una edad media de 68,7 años. El éxito técnico se consiguió en el 93,6%. La zona más frecuente de localización de la obstrucción fue recto-sigma (en 45 pacientes) seguido de 14 casos en colon izquierdo y 4 en colon transverso. En todos los casos la PAM se colocó bajo control endoscópico y fluoroscópico combinado y fue del tipo Wallflex Colónica. No se observó ningún caso de mortalidad relacionado con la técnica. En el 61,9% de los pacientes la PAM permitió realizar cirugía diferida sin necesidad de colostomía temporal, mientras que en el 38,1% restante la prótesis resultó paliativa.

Conclusiones: El empleo de la PAM en casos de obstrucción maligna del colon es un procedimiento seguro y eficaz con muy baja morbilidad. En nuestra experiencia, los resultados obtenidos son comparables a los publicados por otros, y aportan información añadida sobre la utilidad de la técnica en el tratamiento de urgencia de la obstrucción aguda maligna de colon.

8. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS FÍSTULAS BILIARES POST-QUIRÚRGICAS

E. Iyo Miyashiro, C. Garrido Durán, S. Khorrami, C. Páez Cumpa, M.A. Payeras Capó y A. Llopart Rigo

Hospital Universitario Son Espases, Servicio de Aparato Digestivo, Palma de Mallorca.

Introducción: La esfinterotomía y la colocación de un drenaje biliar son técnicas eficaces en el tratamiento de las fístulas biliares post-quirúrgicas. Sin embargo, la evidencia disponible es escasa en cuanto a las indicaciones y el beneficio de colocar un drenaje biliar frente a la esfinterotomía sola.

Objetivo: 1) Describir nuestra experiencia en el tratamiento endoscópico de las fístulas biliares post-quirúrgicas. 2) Valorar el beneficio de la colocación de un drenaje biliar frente a la esfinterotomía sola.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de pacientes consecutivos con una fístula biliar posquirúrgica a los que se realizó tratamiento endoscópico entre 2009 y 2014. Se excluyeron a los pacientes con fístulas biliares de otras etiologías.

Resultados: Se incluyeron a 21 pacientes (52,4% mujeres, edad media 57 ± 17 años) intervenidos de colecistectomía (47,6%), hepatectomía (47,6%) y fenestración de quiste hepático (4,8%). La presentación clínica más frecuente fue la salida de bilis a través de los drenajes abdominales (28,6%). El tiempo desde la intervención quirúrgica hasta la aparición de síntomas fue de 8 días (2,5-15,5). La prueba de imagen más utilizada fue el TC abdominal (81%), siendo el hallazgo más frecuente el bilioma (70%). 11 pacientes (52,4%) portaban un drenaje biliar percutáneo previo a la CPRE. El tiempo entre la aparición de los síntomas y la realización de la CPRE fue de 17 días (11,5 - 28,5). Se realizó sólo esfinterotomía en 9 (42%) pacientes y esfinterotomía con colocación de drenaje biliar de plástico de 10F en 12 (57%) pacientes. Durante la CPRE se observó coledocolitiasis en 1 caso y estenosis del colédoco en otro. Se objetivó resolución de la fístula biliar en el 85% de los casos. Se observó una mayor tendencia de resolución de la fístula en pacientes tratados con esfinterotomía y colocación de drenaje biliar frente a sólo esfinterotomía, si bien esta diferencia no alcanzó la significación estadística (91,7% versus 77,8%, respectivamente, $p = 0,553$). El número de días hasta la resolución de los síntomas fue de 10,5 días (4,75-19).

Conclusiones: La esfinterotomía aislada y la esfinterotomía con colocación de drenaje biliar son medidas eficaces en el tratamiento de las fístulas biliares posquirúrgicas.

9. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS ESTENOSIS ESOFÁGICAS BENIGNAS MEDIANTE DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA Y ASOCIADO A OTRAS TÉCNICAS. RESULTADOS EN 11 AÑOS EN EL HOSPITAL SON LLÀTZER

R. Chacchi Cahuin, C. Dolz Abadía, A. Vilella Martorell, H. Andreu Serra, N. Rull Murillo, J. Riera, C. Garau Colom, L.M. Alcázar Jaén, A. Brotons, N. Balza Lareu, J. Canaval Zuleta, N. Amado Villanueva, C. de Zarraga Mata y M. Escudero Roldán

Hospital Son Llätzer, Servicio de Aparato Digestivo, Mallorca.

Objetivo: Este estudio pretende evaluar los resultados de la dilatación endoscópica neumática en las estenosis esofágicas benignas.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal que analiza las historias clínicas y los informes de gastroscopias realizadas en el centro de endoscopia digestiva del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Son Llätzer desde enero de 2003 hasta julio de 2014.

Resultados: Se realizaron 262 dilataciones neumáticas con balón en las estenosis esofágicas de naturaleza benigna desde enero de 2003 hasta julio de 2014. El 65,27% fueron realizadas en pacientes de sexo masculino. La edad promedio de los pacientes fue de 58,59 años, con una desviación estándar (DE) de 13,93 años. Se realizó 1 dilatación neumática a 51 pacientes, entre 2 y 5 dilataciones a 31 pacientes y más de 5 dilataciones a 10 pacientes. En relación a la etiología de las estenosis esofágicas benignas, la más frecuente fue la etiología péptica (21,4%), le siguen en frecuencia post radioterapia y cirugía otorrinolaringológica (14,12%), post radioterapia (12,9%), cáusticos (9,92%), posquirúrgicas por estenosis de la anastomosis de la unión esofagogástrica (9,16%), anillo de Schatzki (8,78%), posfunduplicatura de Nissen (8,78%), posquirúrgicas por estenosis de la anastomosis esofagoyeyunal (6,87%) y siendo menos frecuentes las dilataciones por otras causas como estenosis de la anastomosis esofagocólica, membrana esofágica alta, acalasia y esofagitis eosinofílica (en conjunto representan 8,02% de las estenosis esofágicas benignas). Se consiguió franquear la estenosis esofágica en el 91,6% de los casos. El diámetro del balón neumático utilizado fue en promedio 15,82 mm (DE \pm 3,11 mm). En los pacientes con estenosis postquirúrgicas el tiempo medio hasta la primera dilatación fue de 19,35 meses (DE \pm 33,06). Se realizó tratamiento con disector endoscópico (IT-Knife) en 11 casos (4,2%), de los cuales 1 fue por etiología péptica, 5 por estenosis de anastomosis esofagogástrica y 5 postradioterapia. Se administró triamcinolona en 5 dilataciones (1,9%), de las cuales 2 fueron por estenosis de la anastomosis esofagogástrica, 1 por cáusticos, 1 postradioterapia y 1 postradioterapia/cirugía otorrinolaringológica. Como novedad se administró tratamiento con mitomicina en 2 dilataciones (0,8%), en una paciente a la cual se le habían realizado 34 dilataciones previamente. En el 100% de las dilataciones no se observaron complicaciones (perforación, hemorragia, bacteriemia y sepsis); consideramos que este valor podría estar sesgado porque la mayoría de las dilataciones y sobre todo en los últimos años se realizan de forma ambulatoria, por lo cual podría haber ocurrido que las complicaciones leves se hayan infraestimado.

Conclusiones: Las causas más frecuentes de estenosis esofágicas benignas en nuestro medio son las pépticas, seguida de las secundarias a radioterapia y cirugía otorrinolaringológica, así como post radioterapia. Se consiguió la dilatación endoscópica en el 91,6% de los casos. En el 6,11% de los casos, se realizó dilatación endoscópica neumática junto con otros tratamientos endoscópicos. La dilatación endoscópica neumática y asociada a otros tipos de tratamiento endoscópico es un tratamiento seguro, eficaz y con mínimo de complicaciones.

10. DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

O. Etxeberria Uranga^a, F. Múgica Aguinaga^a, A. Berbiela García-Viana^b, E. Eguía Sancho^a, N. Otegui Irastorza^a, A. Maíz Arregui^a, Y. Pérez Castaño^a, M. Alustiza Urruticoechea^a, L. Mendibil Eskisabel^a, S. Arranz Díaz^a e I. Urtasun Lugea^a

Hospital Universitario Donostia: ^aServicio de Digestivo;

^bServicio de Anestesiología, San Sebastián.

Introducción: La disección submucosa endoscópica (DSE) es una alternativa a la escisión quirúrgica de lesiones del tracto digestivo. Con esta técnica se procede a la disección de la capa submucosa, pudiendo así resecar en bloque incluso lesiones de gran tamaño. El objetivo es revisar las indicaciones, resultados obtenidos y las complicaciones.

Métodos: Hemos analizado retrospectivamente los procedimientos realizados en nuestro centro desde abril de 2013 hasta la actualidad. En total se han realizado un total de 19 disecciones submucosas endoscópicas. En algunos casos se ha realizado una técnica mixta de disección más resección. Para la DSE se ha utilizado el Hybrid Knife (modo T, IT, coagulación e Hydroject) y el Coap-grasper. La resección se ha realizado con asa de polipectomía. La disección ha sido indicada en pólipos hiperplásicos, lesiones subepiteliales, adenomas y neoplasias precoces. Se excluyen las lesiones con invasión de la capa submucosa. Hemos analizado la edad y el sexo de los pacientes, el tamaño de las lesiones disecadas, los resultados anatomopatológicos, así como los márgenes de resección y las complicaciones, en forma de sangrado y/o perforación.

Resultados: Trece de estas intervenciones corresponden a lesiones localizadas en el estómago y seis a las localizadas en recto. En el grupo de las lesiones rectales, 5 fueron varones y 1 mujer y el grupo completo presentaba edades entre 60 y 85 años. Las lesiones rectales disecadas presentaban tamaños entre 18 y 50 mm. Cinco de ellas fueron reseçadas en bloque y la otra en 2 fragmentos. Cuatro lesiones correspondieron a adenomas tubulares, uno a adenoma túbulo-velloso y otro a adenocarcinoma bien diferenciado. Márgenes libres en 2 casos, 3 en contacto y 1 no valorable. Dos de las DSE rectales presentaron sangrado inmediato tratado satisfactoriamente con coagulación, y una de ellas posible perforación que se trató con endoclips, con buena evolución posterior. En el grupo de las lesiones gástricas, 9 fueron varones y 4 mujeres, con edades desde los 56 a los 83 años. Las lesiones disecadas presentaban tamaños entre 23 y 50 mm, de las cuales once fueron reseçadas en bloque y dos en 2 o más fragmentos. Tres correspondieron a pólipos hiperplásicos (que precisaron RME posterior por recidiva), cuatro displasias de bajo grado, tres displasias de alto grado y tres adenocarcinomas bien diferenciados. Márgenes libres en 9 casos, 3 en contacto y 1 no valorable. Entre las disecciones gástricas, cinco de las mismas presentaron sangrado intraprocedimiento que se trató con coagulación.

Conclusiones: La DSE es una alternativa válida tanto para lesiones benignas como neoplásicas superficiales, siempre que se aseguren márgenes libres de lesión y presenta menos complicaciones sistémicas y secuelas que la cirugía.

11. UTILIDAD DEL MOTIVO DE SOLICITUD DE LA COLONOSCOPIA COMO MARCADOR DE RIESGO PARA HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

B. Álvarez-Cuenllas, R. Díez-Rodríguez, L. Rodríguez-Martín, M. Aparicio-Cabezudo, F. Jorquera-Plaza y S. Vivas-Alegre

Complejo Hospitalario de León.

Introducción: En un sistema de recursos limitados, encontrar marcadores de riesgo de patología puede ser útil para priorizar la lista de espera de colonoscopia. El objetivo del trabajo fue analizar

Relación entre el motivo de indicación de la colonoscopia y la patología encontrada. Se incluyeron en el análisis multivariante solo aquellas variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis univariante.

	CCR (n = 64) 4,6%		Adenomas de alto riesgo (n = 131) 9,5%		Pólipos (n = 288) 20,9%	
	OR (IC95%)		OR (IC95%)		OR (IC95%)	
	Univariante	Multivariante	Univariante	Multivariante	Univariante	Multivariante
Anemia/ferropenia (n = 150)	4,14 (2,36-7,24)	5,01 (2,37-10,59)	1,15 (0,66-2,01)		0,6 (0,56-1,32)	
Rectorragia (n = 436)	2,09 (1,26-3,46)	4,82 (2,46-9,43)	1,38 (0,95-2)		1,16 (0,84-1,46)	
Alteración en el hábito intestinal (n = 303)	0,56 (0,27-1,14)		0,87 (0,55-1,36)		0,92 (0,67-1,26)	
Dolor abdominal (n = 156)	0,51 (1,82-1,42)		0,62 (0,32-1,22)		0,81 (0,52-1,24)	
AF (n = 335)			0,87 (0,57-1,34)		0,87 (0,57-1,35)	
Sexo (varón) (n = 660)	1,75 (1,05-2,93)	NS	2,09 (1,43-3,04)	2,13 (1,46-3,11)	2,01 (1,54-2,62)	2,06 (1,57-2,69)
Edad > 50 años	29,01 (4,098-210)		5,93 (3,08-11,43)		3,11 (2,19-4,42)	
Menor 50 años (n = 421)	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia
50-70 años (n = 626)	15,03 (2,019-111,98)	14,57 (1,95-108,79)	5,17 (2,64-10,16)	5,15 (2,62-10,14)	2,82 (1,95-4,07)	2,82 (1,95-4,09)
> 70 años (n = 333)	57,88 (7,92-423,2)	49,6 (6,71-366,79)	7,43 (3,71-14,89)	7,61 (3,79-15,28)	3,71 (2,79-5,51)	3,84 (2,56-5,71)

*NS: no significativo.

el riesgo de presentar lesiones neoplásicas y preneoplásicas en función del motivo de solicitud, en pacientes que acuden a realizarse su primera colonoscopia.

Métodos: Se analizaron las endoscopias realizadas (n = 2.793) en un centro de tercer nivel desde marzo 2012 hasta julio de 2013. Se incluyeron en análisis solo los pacientes que se realizaban su primera colonoscopia. Se analizó un análisis uni y multivariante (regresión por pasos hacia delante) para estudiar si el motivo de la exploración (anemia/ferropenia, rectorragia, alteración del hábito intestinal, dolor abdominal, antecedentes familiares de cáncer colorrectal (CCR)) se relacionaba con la patología encontrada (CCR, adenoma de alto riesgo o pólipos de manera global) incluyendo la edad, sexo.

Resultados: Se incluyeron 1.380 pacientes siendo la edad media de 57,74 (15,27) años y el 47,8% varones. El 97,1% fueron completas (1.340/1380). En el grupo de pacientes con AF, el 90% (301/335) tenían al menos 1 familiar de primer grado y familiar afecto era menor de 60 años en 18,5% (62/335). En la tabla se observa la relación entre la patología encontrada y el motivo de indicación de la colonoscopia.

Conclusiones: La solicitud por anemia y rectorragia tienen un valor predictivo independiente de CCR en la colonoscopia. La edad se comporta también como factor predictivo tanto de lesiones neoplásicas como preneoplásicas junto con el sexo varón para esta última. La priorización de las solicitudes de endoscopia por motivo de solicitud puede ser útil en la gestión de lista de espera.

12. LESIÓN DE DIEULAFOY: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA

D. João Matías, N. Fernández Fernández, L. Monteserín Ron, M. Jiménez Palacios, L. Vaquero Ayala, P. Linares Torres y S. Vivas Alegre

Complejo Hospitalario de León.

Introducción: La lesión de Dieulafoy, definida como arteria submucosa tortuosa de calibre aumentado, es una causa poco frecuen-

te de hemorragia digestiva. Al ser un sangrado arterial, tiene elevado riesgo de complicaciones y morbimortalidad.

Objetivo: Analizar las características, factores de riesgo, tratamiento y evolución asociados a las lesiones de Dieulafoy.

Métodos: Estudio retrospectivo desde enero de 2000 hasta diciembre de 2013 de todos los pacientes diagnosticados endoscópicamente de lesión de Dieulafoy en nuestro hospital. Se evaluaron variables epidemiológicas, de presentación clínica, factores de riesgo asociados, tratamiento realizado y evolución clínica.

Resultados: Se recogieron datos de 77 pacientes, con edad media 74 años, 52% varones. La lesión de Dieulafoy supuso el 1,4% de los casos de hemorragia digestiva ingresados en nuestro centro en este periodo. Las localizaciones más frecuentes fueron gástrica (57%), duodenal (30%) y colon (12%). Las formas de presentación clínica más habituales fueron melenas (38%), seguida de hematemesis en 34% y rectorragia en 10%. La media de hemoglobina al diagnóstico fue de 8,2 g/dl y la estancia media de 8,4 días. Los factores de riesgo asociados más prevalentes fueron HTA (60%), patología cardíaca (53%), diabetes mellitus (31%) y fibrilación auricular (26%). Un tercio de los pacientes consumía algún antiagregante, el 28% estaba anticoagulado y menos de la mitad utilizaban inhibidores de bomba de protones (46%). El 40% de los pacientes necesitó más de una exploración endoscópica para el diagnóstico. El tratamiento más utilizado fue esclerosis más clip (39%), siendo necesario un segundo tratamiento en el 26%. Además un 70% precisó transfusión de hemoderivados con una media de 3,26 concentrados/paciente. La tasa de recidiva hemorrágica fue del 18%. Fallecieron 9/77 pacientes (11,7%), todos ellos con lesión en el tracto digestivo superior. El análisis según la localización muestra que los Dieulafoy de colon y duodeno fueron más frecuentes en mujeres, y los gástricos en varones (p < 0,05). Los de colon se asociaron en mayor medida con enfermedad coronaria (p < 0,05). Las lesiones duodenales presentaron menor hemoglobina al diagnóstico (p < 0,01), más necesidad transfusional (p < 0,01), mayor consumo de hemoderivados por paciente (p < 0,05) y mayor tasa de recidiva hemorrágica (p < 0,05).

Conclusiones: La lesión de Dieulafoy, aunque de baja incidencia, presenta importante morbimortalidad, con elevada necesidad transfusional y de terapéutica endoscópica. Se asocia con frecuencia a patología cardiovascular. La localización duodenal es la que presenta mayor repercusión clínica. A pesar de los avances endoscópicos, sigue representando un reto diagnóstico en nuestra especialidad.

13. IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN DE RECOMENDACIONES DE PREPARACIÓN INTESTINAL SOBRE CALIDAD DE PREPARACIÓN EN COLONOSCOPIA

M. Muñoz García Borruel, E. Moreno Rincón, I. Pérez Medrano, J. Jurado García, M. Pleguezuelo Navarro, L.L. Casáis Juanena, A. González Galilea, A. Naranjo Rodríguez y A.J. Hervás Molina

Hospital Universitario Reina Sofía, UGC Aparato Digestivo, Córdoba.

Introducción y objetivo: La precisión de la colonoscopia depende, entre otros factores, de la calidad de la preparación intestinal. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de una actualización de las recomendaciones de preparación sobre la calidad de la colonoscopia en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo basado en una población sometida a colonoscopia en dos períodos de tiempo: 1º desde el 01-05-13 al 30-11-13 y 2º desde el 01-05-14 al 30-11-14. Los datos fueron extraídos de una base de datos informatizada de la Unidad de Endoscopias. En el primer período, la recomendación de preparación fue con fosfatos (si colonoscopia de mañana, dosis a 15 y 21h; si colonoscopia de tarde, dosis a 21 y 9h) y dieta pobre en residuos 24h. En el segundo período, se recomendó preparación con polietilenglicol (PEG) (si cita por la mañana, dosis a 18h y 5h antes de colonoscopia; si cita por la tarde, a 22h y 5h antes de colonoscopia; en ingresados, a las 00 horas) y dieta pobre en residuos 72 horas. No se indicó restricción dietética en pacientes ingresados. Calidad de preparación cuantificada mediante escala Boston considerando adecuada 2 o más puntos en cada segmento. Se aplicó t-Student para comparación de variables cuantitativas y chi cuadrado para variables cualitativas (SPSS®15). Se consideró significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se realizaron 5.280 colonoscopias (2.290 en el 1º período y 2.990 en el 2º). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos períodos en cuanto a edad ($60,5 \pm 14,96$ vs $59,1 \pm 14,92$ años; $p = 0,5$) y sexo (46,55% vs 48,46% mujeres; $p = 0,17$) de los pacientes, proporción de colonoscopias ambulatorias (89,08% vs 89,89%; $p = 0,34$) y tasas de intubación cecal (91,3% vs 92,7%; $p = 0,06$). Si hubo diferencias en la proporción de colonoscopias precoces (8,82% vs 11,17%; $p = 0,005$). La calidad global de la preparación fue superior en el 2º período (adecuada: 72,4% vs 79,1%; $p < 0,0001$), con diferencias en cuanto al régimen ambulante (73,9% vs 81,3%; $p < 0,0001$), y al carácter tanto electivo (73,0% vs 79,7%; $p < 0,0001$) como precoz (66,3% vs 74,9%; $p = 0,034$). Los pacientes ambulatorios tenían mejor preparación en horario de tarde en ambos períodos (mañana vs tarde: 72,90% vs 76,86%; $p = 0,08$ frente a 78,18% vs 86,41%; $p > 0,001$). La calidad de la preparación en pacientes ingresados fue peor, sin diferencias entre períodos (electivos 61,7% vs 57,4%; $p = 0,35$; precoces 50% vs 70%; $p = 0,09$).

Conclusiones: La recomendación de preparación basada en PEG con dosis fraccionada ha mejorado en un 6,7% el número de exploraciones adecuadas. Esta ganancia se debe a una mejora en el grupo de exploraciones ambulatorias y electivas, mayor en horario de tarde, y no observada en el paciente hospitalizado. Una dieta restrictiva en el hospitalizado podría ayudar a mejorar la calidad de la preparación. Es necesario encontrar fórmulas de preparación que consigan una calidad óptima.

14. ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN EL TRACTO DIGESTIVO. NUEVAS INDICACIONES

A. Castellot, L. Betancor, V. Sosa, JM. Marrero, A. González, A. Cruz, M. Peñate y A. Sierra

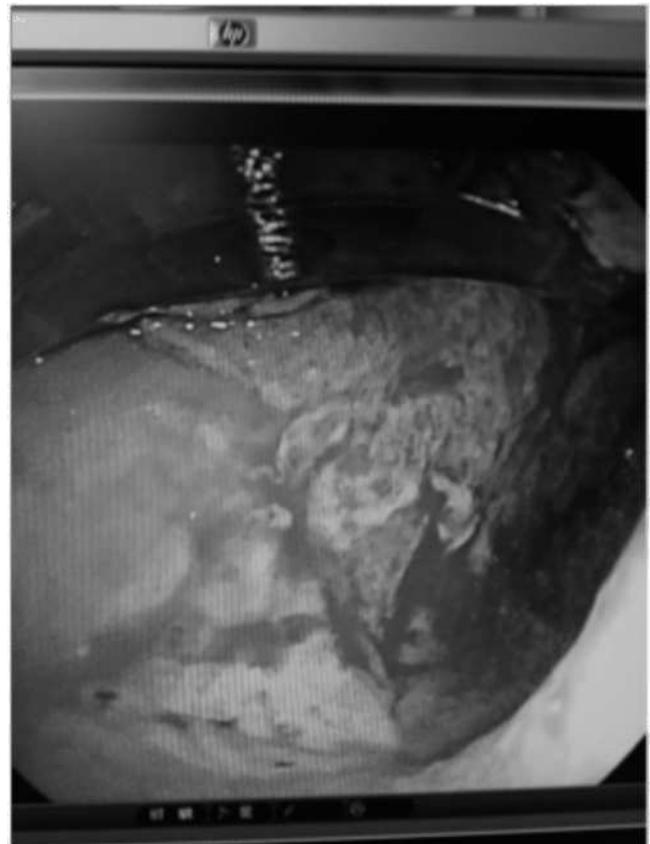
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Servicio de Aparato Digestivo, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La ablación por radiofrecuencia es una técnica endoscópica de aparición reciente que está cambiando el manejo de los pacientes con esófago de Barrett (EB). Se está empezando a emplear en otras patologías como la proctitis actínica y la gastropatía antral vascular ectásica (GAVE). Estas patologías no malignas requieren un alto consumo de recursos sanitarios y son muy invalidantes. La ablación con radiofrecuencia no sólo contribuye a mejorar la calidad de vida sino a disminuir el gasto sanitario en estos pacientes.

Objetivo: Valorar nuestra experiencia en el tratamiento con ablación por radiofrecuencia en el tracto digestivo.

Métodos: Se han incluido de forma prospectiva a los pacientes tratados con ablación por radiofrecuencia desde mayo de 2013 a noviembre 2014 por patología distinta al EB. Se ha usado HALO 60 Y HALO TTS (Barrx Medical).

Resultados: 4 pacientes con proctitis actínica y 1 paciente con GAVE. 3 hombres y 2 mujeres, con edad 71 ± 7 (61-79). Todos los pacientes con alto requerimiento transfusional y/o terapia férrica previo a la exploración alto. A todos los pacientes se les realizó una sesión inicial con HALO 60. Tras la misma y con un seguimiento medio de 7 meses (1-18), 4 de ellos no han presentado nueva sintomatología. Uno de ellos presentaba rectorragia ocasional por lo que se realizó segunda sesión con HALO TTS. En ningún caso tras la primera sesión se ha requerido transfusión con normalización de las cifras de hemoglobina. No se registraron complicaciones.



Conclusiones: La ablación por radiofrecuencia en la patología vascular ectásica del tracto digestivo es segura y eficaz, requiriendo menos tiempo de procedimiento y menos sesiones que otros métodos y, por tanto, con menor coste. Son necesarios seguimientos más prolongados para valorar coste-efectividad a largo plazo.

15. PRÓTESIS DE COLON COMO TRATAMIENTO PALIATIVO DE LA ESTENOSIS MALIGNA. ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

M.A. Álvarez-Gonzalez, F. Riu Pons, J.M. Dedeu Cusco, L. Barranco Priego, F. Bory Ros y A. Seoane Urgorri

Hospital del Mar, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

Introducción: El cáncer de colon se ha convertido en la neoplasia más frecuente. Las prótesis de colon metálicas autoexpandibles (PMAE) son una opción de tratamiento paliativo en pacientes no operables.

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

Métodos: Análisis prospectivo de los todos los casos consecutivos, de colocación de una primera PMAE por estenosis colónica maligna en el periodo enero 2005-diciembre 2013.

Resultados: Hubo 67 casos. La edad media de los pacientes fue 74 años (IC95%: 71-76), rango (37-94). La localización fue: recto 10%, sigma 58%, colon descendente 15%, ángulo esplénico 12%, colon derecho 5%. Se consiguió el éxito técnico y clínico en el 67 (100%) y 63 (94%) casos respectivamente. Se utilizaron 3 tipos de prótesis. Durante el seguimiento fallecieron 59 pacientes (88%), y hubo 3 (4,5%) pérdidas de seguimiento. La supervivencia media fue 372 días (IC95%: 301-443). El seguimiento de las prótesis ha sido de 17991 días-paciente. La permeabilidad media de las prótesis, en los pacientes que no fallecieron antes fue de 615 días (IC95%: 489-741). Hubo 6 (9%) complicaciones precoces todas por perforación y 11 (16%) complicaciones tardías: 8 (12%) obstrucciones, 1 (1,5%) perforación, 1 (1,5%) migración y un tenesmo que requirió cirugía. No se encontraron diferencias en la permeabilidad, ni en las complicaciones según el tipo de prótesis utilizado, o la localización del tumor.

Conclusiones: La permeabilidad de la PMAE de colon es buena. No hay diferencias entre las diferentes prótesis, o la localización del tumor.

16. NUESTRA EXPERIENCIA EN LIGADURA ENDOSCÓPICA CON BANDAS EN LESIONES VASCULARES GÁSTRICAS NO VARICOSAS

A. Maiz Arregui, Y. Pérez Castaño, O. Etxeberria Uranga, N. Otegui Irastorza, L. Mendibil Esquisabel, M. Alustiza Urruticochea, S. Arranz Díaz, I. Urtaun Lugea, U. Goicoechea, I. Gil Lasa y F. Mújica Aguinaga

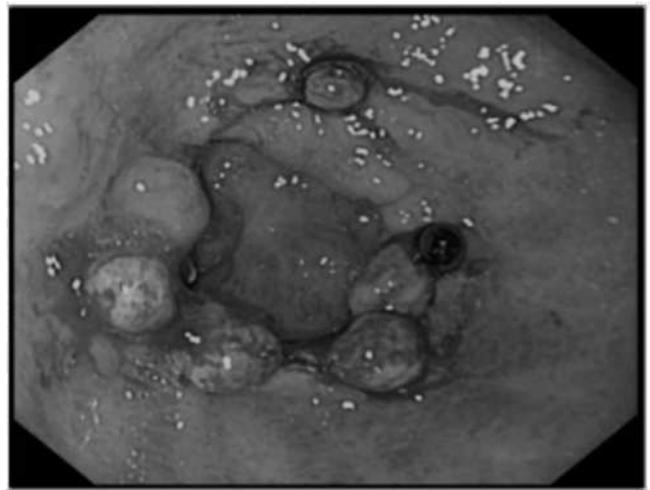
Hospital Universitario Donostia, Servicio de Digestivo, San Sebastián.

Objetivo: Exponer nuestra experiencia en la ligadura endoscópica con bandas (LEB) para tratar las lesiones vasculares gástricas no varicosas.

Métodos: Estudio retrospectivo de los casos tratados con LEB en nuestro centro por anemia secundaria a lesiones vasculares gástricas no varicosas desde septiembre del 2012 hasta septiembre del 2014, valoración del número de sesiones precisas para suspender el aporte férrico o las transfusiones y analizar los efectos secundarios.

Resultados: 11 pacientes remitidos al Servicio de Endoscopias por anemia ferropénica y con lesión vascular gástrica no varicosa

detectada en la endoscopia, fueron tratados con LEB. En 4/11 pacientes el sangrado fue secundario a lesión vascular gástrica localizada, en 3 casos por angiomas y en 1 caso por enfermedad de Die-lafoy. En 7/11 pacientes el sangrado fue secundario a lesiones difusas, en 5 por ectasia vascular antral tipo watermelon, y en 2 por gastropatía difusa asociada a la hipertensión portal. Las lesiones vasculares localizadas fueron erradicadas en una única sesión de LEB, y con una sola banda, cediendo el sangrado y la anemia, sin necesidad de posterior aporte de hierro oral o transfusión. En los 7 pacientes con lesiones difusas, se realizó LEB con colocación de una media de 4 bandas por sesión, y todos precisaron más sesiones endoscópicas para llegar a erradicarlos, con una media de 2,5 sesiones por paciente, con un intervalo de tiempo de 3-4 semanas. 2 de estos 7 pacientes continúan en tratamiento con hierro oral y ninguno de los pacientes ha precisado nuevas transfusiones sanguíneas, ni ingreso hospitalario. En ninguno de los pacientes tratados con LEB se han detectado complicaciones inmediatas o retardadas como hemorragias, estenosis o perforaciones.



Conclusiones: La ligadura endoscópica con bandas para el tratamiento de las lesiones vasculares gástricas no varicosas es una técnica fácil, efectiva, segura, y óptima para las lesiones vasculares localizadas.

17. PAPEL DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA PILLCAM® COLON EN EL ESTUDIO ENDOSCÓPICO DEL INTESTINO DELGADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

B. González-Suárez, C. Rodríguez de Miguel, C. Romero Mascarell, I. Ordás, A. Jáuregui, E. Ricart, A. Ramírez, M. Gallego, G. Fernández-Esparrach, A. Ginés, J. Llach y J. Panés

Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La segunda generación de cápsula endoscópica de colon (Pillcam CCE 2) tiene un mayor ángulo de visión y una frecuencia adaptativa de captación de imágenes lo que se traduce en la posibilidad de obtener 36 fotografías por segundo en todo el tubo digestivo. Este avance tecnológico puede comportar un mayor rendimiento diagnóstico en determinadas patologías, aún no evaluado.

Objetivo: Evaluar el rendimiento diagnóstico de la CCE en el estudio del intestino delgado en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) comparado con la cápsula endoscópica de intestino delgado (SBCE) con una menor capacidad de captación de imágenes. (2 fotografías por segundo).

Métodos: Se incluyeron pacientes con EC diagnosticada o sospecha de la misma en los que se realizó estudio con cápsula endoscópica (CCE o SBCE) desde octubre de 2011 hasta 2013. Se analizaron el número de hallazgos detectados, la preparación, el índice de Lewis, el rendimiento diagnóstico y la tasa de estudios completos.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes (21 hombres y 45 mujeres), con EC diagnosticada ($n = 37$) o sospecha de la misma ($n = 29$). En 41 pacientes se realizó estudio con cápsula endoscópica de intestino delgado, y en 25 con CCE. La tasa de limpieza fue significativamente superior en los pacientes en los que se realizó CCE en comparación con aquellos en los que se realizó SBCE (100% vs 73% buena-excelente; $p = 0,025$). No hubo diferencias en el tiempo de tránsito gástrico ($45, 60 \pm 43,42$ vs $44, 19 \pm 56,2$ minutos), pero el tiempo de tránsito intestinal fue significativamente inferior en los pacientes en los que se administró la CCE. La tasa de estudios completos fue superior con la CCE (100% vs 85%; $p = 0,004$). En cuanto al número de hallazgos, el índice de Lewis, el rendimiento diagnóstico y las complicaciones, no hubo diferencias entre los dos tipos de cápsula. No hubo diferencias tampoco en el tiempo de lectura entre ambos procedimientos.

Conclusiones: La cápsula endoscópica de colon es una exploración innovadora y no invasiva. Su aplicación en pacientes con enfermedad de Crohn para evaluar el intestino delgado no aumenta el rendimiento diagnóstico en comparación con la cápsula endoscópica de intestino delgado, pero la tasa de estudios completos y la limpieza es significativamente superior en la primera.

Agradecimientos: Ayudas ISCIII PI12/01187 y PS09/00213.

18. IDONEIDAD DE LA INDICACIÓN DE COLONOSCOPIA DE CRIBADO EN CÁNCER COLORRECTAL FAMILIAR

C.I. Páez Cumpa^a, E. Yun Iyo Miyashiro^a, M.A. Erimeiku Barahona^a, M.C. Garrido Durán^a, A.M. Gutiérrez García^b y A. Llompart Rigo^a

Hospital Universitario Son Espases: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Hematología, Palma de Mallorca.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias con mayor carga hereditaria. Los familiares de primer grado de pacientes con CCR presentan un riesgo entre 2 y 4 veces superior a la población sin historia familiar. Se recomienda iniciar el cribado a los 50 años en personas de riesgo intermedio y a los 40 o 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar afecto más joven en personas con antecedentes familiares (AF).

Objetivo: Definir la idoneidad de la indicación de colonoscopia en pacientes con antecedentes familiares de CCR en nuestro medio según la estrategia establecida de cribado de CCR familiar. Describir los hallazgos endoscópicos en pacientes con AF de CCR con indicación adecuada y compararlos con los de indicación inadecuada.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes sometidos a colonoscopia con petición de cribado por AF de CCR, entre enero y diciembre del 2013. Se excluyeron pacientes con síndrome de Lynch, poliposis adenomatosa familiar o con historia clínica incompleta para la información requerida. Se recogieron datos demográficos, parentesco y número de familiares afectados, edad de familiar afecto más joven, y hallazgos endoscópicos (localización y estadiaje en caso de CCR, y número, localización, tipo, tamaño y anatomía patológica en caso de pólipos).

Resultados: Se incluyeron 209 pacientes (mujeres 64,4%, 53 ± 32 años). El 22,01% tuvieron una indicación inadecuada, en un 60,8% por intervalo entre colonoscopias incorrecto. La indicación de colonoscopia fue idónea en el 78,62% cuando fue solicitada por especialistas, frente al 76,56% si fue solicitada por médicos de atención primaria ($p = 0,72$). El 16,2% de las colonoscopias fueron patológicas, observándose en todos los casos pólipos. Se observó una mayor proporción de colonoscopias patológicas si el procedimiento tuvo una indicación adecuada frente a las de indicación inadecuada

(18,4% vs 8,7% respectivamente; $p = 0,17$). El 5,5% de las colonoscopias con indicación adecuada presentaron adenomas avanzados. El 100% de los pólipos encontrados en colonoscopias con indicación inadecuada fueron hiperplásicos.

Conclusiones: 1. El 22% de las colonoscopias se indicaron inadecuadamente, la mayoría por intervalo incorrecto. 2. No se observaron diferencias en la idoneidad de la indicación según la procedencia. 3. El 5,5% de las colonoscopias con indicación adecuada presentaron adenomas avanzados. 4. Independientemente de la idoneidad de la indicación no hemos detectado ningún CCR.

19. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN NUESTRO MEDIO CON OTROS PAÍSES DEL MUNDO

M. Galdín, T. Voltà, M. Planella, R. Ballester, L. López y J.M. Reñé

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

Introducción: No hay estudios comparativos de las características de la hemorragia digestiva alta (HDA) entre nuestro país y otros países.

Objetivo: Comparar las características de la HDA de nuestra población con la de otros países y etnias.

Métodos: Revisión bibliográfica para identificar estudios descriptivos de HDA en diferentes países del mundo. Estudio retrospectivo de la base prospectiva de HDA de nuestro Hospital. Para la comparación se han utilizado el test chi cuadrado, el test exacto de Fisher y la corrección por comparaciones múltiples.

Resultados: En nuestro centro, desde 4/2007 hasta 6/2014 se han realizado 1874 gastroscopias por sospecha de HDA representando el 13% del total de gastroscopias, significativamente superior a la del estudio norte-americano y de Uganda (13% vs 5,09 y 6,67; $p < 0,0001$). La HDA por hipertensión portal representa un 8%, similar a la de los países europeos, EEUU, Australia y Malasia e inferior que en Brasil, Egipto y Uganda (8% vs 20; 34,6 y 40,6; $p < 0,0001$). Un 24% de las gastroscopias son normales, siendo superior que en EEUU, Italia, Inglaterra, Francia y Australia (17%; 7; 5; 19; 10 y 12; $p < 0,0001$) y similar que en Brasil, Egipto y Uganda. La úlcera péptica es la causa más frecuente de HDA no secundaria a hipertensión portal, pero menos frecuente que en Italia, Inglaterra, Suiza, Egipto, y Malasia (34,7% vs 53; 40,9; 51; 42,9 y 69,3; $p < 0,005$), más frecuente que en Uganda (10,5%; $p < 0,001$) y similar que en EEUU, Australia y Brasil. La úlcera duodenal es más frecuente que en los EEUU y Australia (57,6% vs 39,4 y 44,9; $p < 0,005$). Un 33% de las úlceras no presentan signos de sangrado, significativamente inferior que en EEUU, Inglaterra y China (55,8; 51 y 48,8; $p < 0,0001$) y superior que en Alemania (22%; $p = 0,01$). En la HDA por úlcera, la recidiva hemorrágica es del 10,8%, la necesidad de cirugía del 2% y la mortalidad del 5,6%, resultados similares a los de países desarrollados.

Conclusiones: La úlcera péptica es la causa más frecuente de HDA pero significativamente menos frecuente que en países vecinos. La HDA secundaria a hipertensión portal, como en países desarrollados, es poco frecuente. La evolución de la HDA por úlcera es similar a la descrita en países desarrollados.

20. PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES BIODEGRADABLES: ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ EN LAS ESTENOSIS BENIGNAS DEL TRACTO DIGESTIVO REFRACTARIAS AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL

A. Iriarte Rodríguez, I. Fernández-Urién, F.J. Jiménez Pérez, J.J. Vila Costas, E. Sainza Caballero, E. Valdivielso Cortázar, A. Cebrián García, C. Saldaña Dueñas, J. Eguaras Ros, A. Pueyo Royo y E. Albéniz Albizu

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

Introducción: Habitualmente las estenosis benignas del tracto digestivo (TGI) se tratan mediante prótesis metálicas autoexpandibles cubiertas (SEMS) y/o dilataciones neumáticas (DN). Normalmente si se opta por DN, el paciente requiere de la realización de varias sesiones. Las SEMS tienen riesgo de migración, la retirada puede ser compleja y no se han mostrado del todo eficaces a largo plazo. En este marco, las prótesis biodegradables (BD) pueden aportar una serie de ventajas por sus características.

Métodos: Se recogieron todas las prótesis BD colocadas en estenosis benignas del TGI refractarias al tratamiento convencional en nuestro centro entre enero 2010 y agosto de 2014. Todas fueron colocadas mediante control fluoroscópico y con el paciente anestesiado. Se realizó un estudio retrospectivo, analizando las siguientes variables: características del paciente, tratamientos previos, localización y etiología de las estenosis, tipo de prótesis y anclajes empleados, éxito técnico y clínico, días sin síntomas y complicaciones derivadas del procedimiento.

Resultados: Se colocaron 32 prótesis en 17 pacientes (edad media de 63 años [51-82], 11 varones y 6 mujeres). El tiempo medio entre la última DN/SEMS y la prótesis BD fue de 62 días (1-510). Las estenosis se localizaban en: esófago en 20 casos, 3 en yeyuno y en 9 casos en colon. Todas las prótesis BD empleadas fueron no cubiertas y de 25 × 60-80 mm. Se observó éxito técnico en 31/32 casos (96,8%) y mejoría clínica en 27/32 casos (84,3%) al mes, en 25/32 (78,1%) a los 2 meses, en 19/32 (59,3%) a los 3 meses y en 5/32 casos (15,6%) a los 6 meses. La mediana de tiempo sin síntomas fue de 82 días. Un paciente tuvo una perforación precoz (48h) en relación con la colocación del stent (3,1%) y en 2 casos (6,2%), la prótesis migró en menos de 1 semana (2 stents de colon, sin empleo de anclaje).

Conclusiones: Las prótesis BD pueden ser una opción segura y efectiva en el manejo de las estenosis benignas refractarias del TGI. Sin embargo, parece que su efecto es transitorio por lo que acaban precisando de tratamientos adicionales.

21. SEGURIDAD DE LA SEDACIÓN CON PROPOFOL EN CPRE ADMINISTRADA POR ENDOSCOPISTAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. Ollero Domenche, L. Luzón Solanas, S. Frago Larramona, R. Uribarrena Amezaga, J. Val Perez, E. Sierra Moros y M. Soria San Teodoro

Hospital Universitario Miguel Servet, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza.

Introducción: La sedación con propofol por el endoscopista en exploraciones endoscópicas complejas (colangiopancreatografía endoscópica, ecoendoscopia y enteroscopia) permite alcanzar el nivel de sedación deseado con una baja tasa de complicaciones.

Objetivo: Determinar la incidencia de complicaciones relacionadas con la sedación con propofol administrado por el endoscopista en pacientes sometidos a una CPRE en un hospital terciario.

Métodos: Estudio prospectivo que incluye 150 pacientes a los que se les realizó una CPRE entre junio y noviembre de 2014 en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza. La sedación se realizó únicamente con propofol administrado por el endoscopista responsable de la exploración y asistido por personal de enfermería entrenado. Se incluyeron todos los pacientes (mayores de 18 años) durante ese periodo con independencia del índice de masa corporal (IMC) o de la clase según la American Society Anesthesiologist (ASA). Se monitorizó la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno de los pacientes (bajo suplementación de oxígeno a 2-3 l/min mediante gafas nasales) de forma continua mediante pulsioximetría y la tensión arterial de forma intermitente. Los eventos adversos relacio-

nadas con la sedación incluyeron: hipoxemia (Sat O₂ < 90% de cualquier duración), hipotensión (TA < 90 mmHg o caída > 25 mmHg que requiere al menos la infusión de coloides o cristaloides), bradicardia (FC < 50 lpm) y otras menos frecuentes (laringoespasma, apnea, taquicardia, hipertensión).

Resultados: Un 24,5% de los pacientes fueron clasificados como ASA III/IV. En el 34% de los casos la indicación fue por colangitis aguda según los criterios de la Tokyo Guidelines de 2013. La dosis total de propofol estuvo comprendida entre 80 y 800 mg. 22 pacientes presentaron alguna complicación relacionada con la sedación: hipoxemia (14,6%) que se resolvió en la mayoría de los casos tras aumentar el flujo de oxígeno a 4-6 l/min y realizando la maniobra frente-mentón (sólo en un caso fue necesario el uso de mascarilla de oxígeno); bradicardia (4,6%), que precisó la administración de atropina en 5 de los 7 casos e hipotensión en 4 casos, sin embargo, ninguno de ellos requirió finalizar la exploración o la administración de inotropos.

Conclusiones: En nuestro centro hospitalario la tasa de complicaciones derivadas de la sedación con propofol durante la CPRE fue del 14,6%, siendo la hipoxemia el evento adverso más frecuente, con una tasa similar a la de estudios previos. Cabe destacar que todas las complicaciones fueron corregidas sin necesidad de finalizar precozmente la exploración y sin precisar maniobras invasivas (intubación orotraqueal).

22. HALLAZGOS DE LA COLONOSCOPIA DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER COLORRECTAL

B. Álvarez-Cuentas, R. Díez-Rodríguez, L. Rodríguez-Martín, M. Aparicio-Cabezudo, J.L. Olcoz-Goñi y S. Vivas-Alegre

Complejo Hospitalario de León.

Introducción: Un 2-5% de los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) tienen una lesión sincrónica y el 1,5-3% de los pacientes desarrollan lesiones metacrónicas en los 3-5 años después de la intervención. El objetivo del estudio fue analizar los hallazgos encontrados en la colonoscopia, en pacientes en seguimiento por antecedentes personales de CCR, en nuestro medio.

Métodos: Se recogieron de manera prospectiva la colonoscopias realizadas en el complejo asistencial de León desde marzo 2012 hasta julio de 2013 en paciente en seguimiento por antecedentes personales de CCR. Se excluyeron aquellos pacientes con EII y con antecedentes de CCR familiar polipósico o sd de Lynch. Los datos se obtuvieron de un cuestionario que el paciente cumplimento previa a la realización de la endoscopia y de la base de datos de endoscopias. Se realizó un análisis descriptivo en el grupo general y específicamente en aquellos pacientes que se realizaban su primera revisión.

Resultados: Se incluyeron 328 pacientes. Los datos correspondientes a los pacientes y a los hallazgos de la endoscopia en ambos grupos se muestran en la tabla (v. pág. siguiente).

Conclusiones: La presencia de tumores metacrónicos y de lesiones preneoplásicas es frecuente después de haber padecido un CCR. Este grupo de pacientes se benefician de un adecuado seguimiento para el diagnóstico precoz de la recurrencia de lesiones.

23. DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO POR PUNCIÓN POR ECOENDOSCOPIA DE LESIONES SUBEPITELIALES DIGESTIVAS

C. Garrido Durán, C. Páez Cumpa, A. Gutiérrez García, E. Iyo Miyashiro, A. Erimeiku Barahona, M.A. Payeras Capó y A. Llompard Rigo

Hospital Universitario Son Espases, Servicio de Aparato Digestivo, Palma de Mallorca.

Datos de los pacientes incluidos y de los hallazgos de la colonoscopia

	General	Grupo 1ª revisión
N	328	50
Edad media	71,85 (10,14) años	68,94 (10,75) años
Sexo (varón)	192 (58,5%)	31 (62%)
Fumador		
No	206 (62,2%)	32 (64%)
Exfumador	97 (29,6%)	13 (26%)
Fumador activo	25 (7,65%)	5 (10%)
Media de endoscopias de seguimiento	2,89 (1,92)	
Media de años desde diagnóstico	4,77 (4,2)	1,13 (0,29)
Intervalo de seguimiento correcto	289 (88,1%)	42 (84%)
Colonoscopia completa	324 (95,7%)	48 (96%)
Antecedentes de familiares de CCR		
AF de CCR	1144 (24,8%)	21 (42%)
Familiar de primer grado afecto	87 (26,5%)	16 (32%)
Más de 2 familiares de primer grado	17 (5,1%)	1 (2%)
Familiar < 60 años	26 (7,9%)	4 (8%)
Hallazgos de la colonoscopia		
Colonoscopia normal	26 (7,9%)	26 (7,9%)
Adenoma de alto riesgo	253 (77,1%)	37 (74%)
DAG	12 (3,7%)	1 (2%)
Pólipos > 1 cm	21 (6,4%)	2 (4%)
CCR	4 (1,2%)	3 (6%)

CCR: cáncer colorrectal. DDAG: displasia de alto grado.

Introducción: El diagnóstico preoperatorio de lesiones subepiteliales digestivas (LSE) puede ser difícil y la ecoendoscopia con punción (USE PAAF) puede contribuir a conseguirlo.

Objetivo: 1. Determinar la rentabilidad diagnóstica (RD) de USE PAAF en el diagnóstico de LSE. 2. Establecer la concordancia entre USE PAAF y pieza quirúrgica. 3. Identificar factores predictivos de aumento de RD.

Métodos: Estudio retrospectivo de 40 pacientes a los que se realizó USE PAAF de LSE. Definiciones: 1. Positividad: examen citopatológico e inmunohistoquímica (IH) establecieron diagnóstico específico; 2. Sospechoso de tumor estromal cuando se observaron células fusiformes, pero insuficiente para técnicas de IH; 3. No diagnóstico: no se obtuvo material suficiente para diagnóstico. Tamaño de las lesiones: se dividió en < 10 mm, 11-30 mm o > 30 mm. Material de punción: agujas de 22G. Se dispuso de presencia de patólogo en sala. El patrón de referencia para confirmar el diagnóstico fue la anatomía de la pieza quirúrgica.

Resultados: Se puncionaron 40 lesiones, 50% mujeres, mediana de edad 66 (24-90) años. Localización de las lesiones: esofágica (3), gástrica (31), duodenal (4), pélvica (2). Mediana de tamaño de las lesiones 27,5 mm (10-90 mm) Punciones diagnósticas 30 (75%), sospechosas de tumor estromal 3 (7,5%) y no diagnósticas 7 (17,5%). Diagnósticos positivos: metástasis de adenocarcinoma de colon (2), tumor fibroso solitario (1), tumor neuroendocrino (1), GIST (18: 15 gástricos, 2 pélvicos, 1 duodenal), schwannoma (1), pólipo inflamatorio (1), quiste de duplicación esofágico (1), leiomioma (5). La concordancia USE PAAF y la pieza quirúrgica fue de 94,7%. En el análisis de factores predictivos de RD (edad < o > 65 años, sexo, localización, tamaño) sólo el tamaño > 30 mm predijo mayor RD

respecto a los otros dos grupos con diferencia significativa ($p = 0,013$). Incluyendo lesiones sospechosas se mantuvo esta diferencia en lesiones > 30 mm ($p = 0,014$). De las punciones positivas, 65% fueron lesiones potencialmente malignas y 35% benignas. No se presentó ninguna complicación asociada a la técnica.

Conclusiones: 1. La RD de la USE PAAF en LSE fue del 75% (82.5% incluyendo sospechosas de tumor estromal) 2. La concordancia USE PAAF - pieza quirúrgica fue elevada 3. El único factor predictivo de mayor RD fue un tamaño de la lesión > 30 mm.

24. EL TIEMPO DE PREPARACIÓN Y EL INTERVALO HASTA LA COLONOSCOPIA SON FACTORES DECISIVOS PARA LA ADECUADA LIMPIEZA DEL COLON CON POLIETILENGLICOL

R. Calle Sanz, P. Ferrero León, J.L. Larraona Moreno, M.J. Jiménez Barbero, J. Ampuero Herrojo, A. Garrido Serrano y M. Romero Gómez

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Aparato Digestivo, Sevilla.

Objetivo: Evaluar los factores independientes que determinan la correcta limpieza del colon para una adecuada exploración, esencial para la detección de lesiones precancerosas, en pacientes citados de forma ordinaria en el servicio de endoscopias y que se han preparado con polietilenglicol (PEG).

Métodos: Estudio observacional prospectivo, incluyendo pacientes citados en el Servicio de Endoscopias, para la realización de

colonoscopia programada. Todos los pacientes incluidos fueron preparados con PEG. Se analizaron las siguientes variables: edad de los pacientes; seguimiento de dieta (presencia de residuos, días de dieta, litros de agua ingerida); tiempo que duró la preparación; tiempo desde el final de la preparación hasta la realización de la exploración; uso de laxantes u otros fármacos. Se realizó la escala de Boston para determinar la limpieza del colon, considerando que por debajo de 6 puntos la preparación era inadecuada.

Resultados: En el estudio se incluyeron 128 pacientes, hombres 61,7% (79/128) con una edad $58,8 \pm 14$ años. El 27,3% (35/128) presentaba estreñimiento habitual. La dieta sin residuos fue realizada por el 85,9% (110/128) de los pacientes, con una duración de $2,8 \pm 1,5$ días. Durante la preparación, la cantidad de agua ingerida fue de $3,55 \pm 0,8$ litros, con un tiempo medio empleado en la toma de PEG de $5,2 \pm 1,9$ horas. El tiempo medio desde el final de la preparación hasta la realización de la exploración fue de $12,3 \pm 4,6$ horas. La limpieza adecuada del colon, es decir, con Escala de Boston = 6 puntos, se consiguió en el 77,3% (99/128) de los pacientes. De las variables evaluadas encontramos que existía relación entre la mejor limpieza y el mayor tiempo empleado en la preparación ($5,3 \pm 2$ vs $4,7 \pm 1$ horas; $p = 0,042$) y el menor intervalo hasta la realización de la prueba ($11,8 \pm 4,8$ vs $14,1 \pm 3,6$ horas; $p = 0,006$). Al evaluar la limpieza de colon derecho encontramos que existía relación entre el menor intervalo desde el final de la preparación hasta la realización de la prueba ($11,7 \pm 4,9$ vs $14,2 \pm 3,1$ horas; $p = 0,001$).

Conclusiones: El menor intervalo de tiempo transcurrido entre el final de la preparación y la realización de la colonoscopia se muestra como un factor importante en la limpieza total del colon, así como el mayor tiempo empleado en la preparación; si bien el intervalo también influye en la mejor limpieza del colon derecho. Por tanto, debemos prestar atención a estas dos condiciones, al solicitar una colonoscopia, para aumentar el rendimiento diagnóstico.

25. ¿ESTÁ INDICADA LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA (EDB) DE RUTINA TRAS UN EPISODIO DE DIVERTICULITIS AGUDA (DA) CONFIRMADA RADIOLÓGICAMENTE?

D. Zaffalón, M.A. Álvarez, F. Riu, J.M. Dedeu, L. Barranco, A. Fernández, M. Pantaleón, A. Raga, F. Bory y A. Seoane

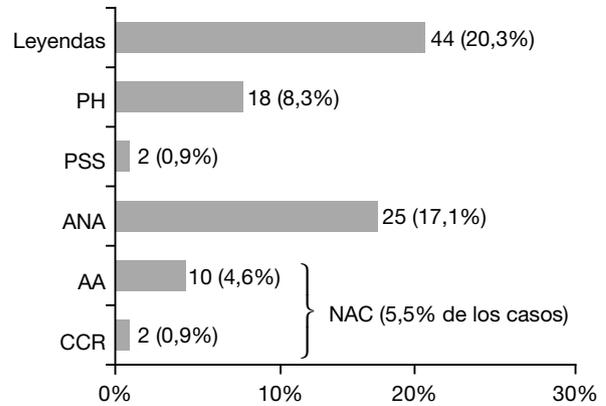
Hospital del Mar, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

Introducción: Las guías internacionales recomiendan la colonoscopia de rutina tras un episodio de diverticulitis aguda (DA) para descartar la presencia de neoplasia avanzada de colon (NAC). Sin embargo, tras la incorporación de la tomografía computarizada (TC) en el algoritmo diagnóstico, dicha recomendación está en entredicho.

Objetivo: Conocer la rentabilidad diagnóstica, calidad y seguridad de la colonoscopia en la DA.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de DA por TC entre 2005-2013, y sometidos posteriormente a colonoscopia. Se ha valorado la existencia de absceso, fístula, aire libre intrabdominal en la TC, definiendo en su presencia DA complicada (DAC) y en su ausencia DA no complicada (DANC). Se ha definido al adenoma avanzado (AA) y al cáncer colorrectal (CCR) como NAC y la colonoscopia completa con preparación eficaz (correcta o excelente según la clasificación de Aronchick) como parámetro de calidad.

Resultados: 216 pacientes diagnosticados por TC de DA fueron sometidos a colonoscopia (58 DAC [27%] y 158 DANC [73%]). Sexo: 48%-52% mujeres-hombres. Edad: mediana 59 (DE $\pm 15,2$). Se detectó NAC en 12 pacientes (5,5%, 2 CCR [0,9%]). La presencia de DAC ($11,7$ vs $3,2\%$, $p = 0,02$ y la edad > 50 años ($7,8$ vs 0% , $p = 0,02$)



PH: pólipos hiperplásicos, PSS: Pólipos serrados sésiles, ANA: Adenomas no avanzados, AA: Adenomas avanzados, CCR: Cáncer Colorrectal, NAC: neoplasia avanzada de colon.

han sido los únicos factores de riesgo independientes para presentar AA/CCR. No se observaron complicaciones mayores. La calidad (completa 88%, preparación eficaz 75%, resección de pólipos < 2 cm 78%) mejoró al retrasar el momento de la colonoscopia, siendo a las 9,5 semanas del diagnóstico de DA el punto de corte óptimo de calidad.

Conclusiones: Es aconsejable realizar una colonoscopia de rutina tras un episodio de DAC pero la recomendación no es clara en la DANC. La colonoscopia es segura incluso realizada de forma precoz. La calidad es globalmente baja pero podría optimizarse realizando la endoscopia posteriormente a los 2 meses del diagnóstico de la DA.

26. UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN DE INFLIXIMAB EN LA EFICACIA Y PREDICCIÓN DE LA EFICACIA EN EL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON BIOLÓGICOS

P. Casado Rey^a, V. Hernández Ramírez^b, M.A. Andrade Olivé^a, L. Sanromán Álvarez^b, J.R. Pineda Mariño^b, L. de Castro Parga^b, M. Figueira Álvarez^b, S. Pereira Bueno^b, J. Martínez Cadilla^b, D. Martínez Ares^b y J.I. Rodríguez Prada^b

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo: ^aServicio de Análisis Clínicos; ^bServicio de Aparato Digestivo, Pontevedra.

Introducción y objetivo: Las terapias biológicas anti TNF-a se han consolidado como una herramienta terapéutica clave para el tratamiento de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII). La inmunogenicidad es el principal inconveniente de estos tratamientos y se correlaciona con la disminución de los niveles séricos del fármaco, la pérdida de respuesta clínica, un acortamiento de la duración de la respuesta y un mayor riesgo de reacciones infusionales. El objetivo del estudio es relacionar la eficacia del tratamiento con infliximab en pacientes naïve con los niveles de fármaco a lo largo del primer año de tratamiento.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de 21 pacientes con EII (14 enfermedad de Crohn -EC- y 7 colitis ulcerosa -CU-) naïve a tratamiento con IFX durante 62 semanas. La mediana de edad fue de 47 años, 71% hombres, 26,3% fumadores, 71% a en tratamiento inmunosupresor (93% azatioprina y 7% metotrexate). Se valoró la actividad clínica mediante los índices de Mayo y Harvey-Bradshaw, y la actividad biológica mediante la determinación de PCR en las semanas 0, 6, 14, 30, 46 y 62. Se determinaron los niveles de IFX y anticuerpos anti-IFX (ATI) antes de la administración del

fármaco en estas semanas. Se considera remisión clínica un índice de Mayo = 1 y un índice Harvey-Bradshaw < 5, y remisión biológica PCR < 5 mg/dl. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS v.19, asumiendo significación estadísticas si $p < 0,05$.

Resultados: El 47,4% de los pacientes se encontraban en remisión clínica y biológica en la semana 62. Se registraron 3 reacciones infusionales (RI) en las semanas 14, 22 y 38, y 1 pérdida de eficacia (PE) en la semana 30. Dos pacientes presentaron ATI en ausencia de concentraciones detectables de fármaco y en ambos casos se produjo una RI (2/3). La PE correspondió a un paciente con concentraciones bajas de fármaco, ausencia de ATI y PCR elevada. Las concentraciones medias de fármaco en las semanas 6, 14, 30, 46, 62 fueron: 9,47, 4,06, 2,58, 2,68, 2,77 ng/ml, respectivamente. En la semana 6 los niveles de fármaco fueron significativamente más altas en los pacientes con remisión en la semana 62 que en los pacientes con actividad (11,63 vs 6,67 ng/ml, respectivamente); en el resto de puntos analizados, los pacientes que en la semana 62 se encontraban en remisión presentaron niveles de fármaco más altos que los que se encontraban en actividad, sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: La probabilidad de presentar pérdida de eficacia o una reacción infusional es mayor en etapas tempranas del tratamiento. Existe una relación entre la presencia de ATI y el desarrollo de reacciones infusionales. Los niveles de fármaco y anticuerpos en la semana 6 de tratamiento podrían predecir el éxito de la terapia a largo plazo, siendo necesario más estudios para establecer un punto de corte que permita predecir la respuesta al tratamiento.

27. TÉCNICAS DE ACCESO Y FACTORES PREDICTIVOS DE DIFICULTAD DE CANULACIÓN DE LA VÍA BILIAR DURANTE LA CPRE

F. González-Huix^a, M. Figa^b, A.L. Vargas García^a, M. Alburquerque^c, N. Zaragoza^d, J. Miñana^d y J.M. Reñe^d

^aClínica Girona, Servicio de Digestivo, Girona. ^bHospital Josep Trueta, Girona. ^cHospital de Palamós, Servicio de Digestivo, Girona. ^dHospital Universitari Arnau de Vilanova, Servicio de Aparato Digestivo, Lleida.

Introducción: La canulación profunda de la vía biliar (CBP) es imprescindible para alcanzar los objetivos diagnósticos y terapéuticos de la CPRE, aunque implica un porcentaje significativo de complicaciones (7-15%).

Objetivo: Describir la eficacia y seguridad de las diferentes técnicas de CBP y los factores predictivos de canulación difícil.

Métodos: Registro prospectivo de las CPREs consecutivas realizadas por endoscopistas expertos. Enero 2010-septiembre 2014. Exclusión: papilotomía previa, acceso imposible a papila, CPREs sin intento de CBP. Variables analizadas: Demográficas, 'performance status', indicación de CPRE, confrontación papilar (vía corta vs larga), características de la papila: localización peridiverticular, nº de pliegues interpapilares (= 1 vs > 1) y alteraciones anatómicas: estenosis/fibrosis, ectropión, tumoral, protrusiva; nº intentos de CBP (canulación difícil > 5 intentos) y complicaciones. Técnica de canulación: canulación directa con papilotomo (5-10 minutos) seguido de técnicas de ayuda a la canulación cuando fracasó la canulación directa: Guía, inyección de contraste, doble guía, precorte clásico o transpancreático.

Resultados: Se analizan 928 CPREs con papila intacta (edad media: 71,18 ± 16, 52,9% mujeres). Se consiguió CBP en 916 (98,7%): canulación directa en el 58,6% (n = 544) y con técnicas de ayuda adicionales en el 41,4%: guía: 13,9%; inyección de contraste: 7%; doble guía: 0,9%; precortes: 18,2% (clásico: 10,3, transpancreático: 7,9%). El uso de estas técnicas incrementó las complicaciones

respecto de la canulación directa (19,2% vs 13,0%; $p = 0,008$) a expensas de inyección submucosa (0,9% vs 6,2%; $p = 0,000$) pero no en el nº de complicaciones graves. No hubo diferencias en nº complicaciones según las distintas técnicas de ayuda (guía: 17,8%, inyección contraste: 20,0%, precortes 20,8%; $p = 0,499$). En el grupo de canulación directa (n = 544) el nº de intentos de canulación se relacionó significativamente con la tasa de pancreatitis post-CPRE: = 5: 1,3% vs > 5: 6%; $p = 0,017$, perforación: = 5: 0,7 vs > 5: 4,8%; $p = 0,013$ y exitus: = 5: 0,2% vs > 5: 3,6%; $p = 0,003$. Tres factores se asociaron a canulación difícil: confrontación papilar en vía larga ($p = 0,000$), tamaño papilar (> 1 pliegue; $p = 0,033$) y alteración anatómica papilar ($p = 0,004$); siendo, en el análisis multivariante, la confrontación papilar en vía larga factor pronóstico independiente de canulación difícil: OR: 3,7; IC95% = 1,88 a 7,27.

Conclusiones: La canulación profunda de la vía biliar con canulación directa se consiguió en 58,6% de las CPREs y se incrementó al 98,7% con el empleo de alguna técnica de ayuda, sin aumento de las complicaciones clínicamente relevantes. La reiteración en la canulación directa (> 5 intentos) aumenta el nº de complicaciones graves (pancreatitis, perforación) y exitus. La confrontación papilar en vía larga es un factor predictivo independiente de canulación difícil.

28. PÓLIPOS DIMINUTOS: PREVALENCIA EN COLONOSCOPIAS AMBULANTES E IMPACTO EN RECOMENDACIONES POST-POLIPECTOMÍA

A. Huerta Madrigal^a, I. Rodríguez Lago^a, M. Aguirresarobe Gil de San Vicente^a, I. Moraleja Yudego^a, S. Torres Burgos^a, M. Navajas Laboa^a, I. Berredo Santamaría^b, M.I. Imaz Murga^b, A. Bernal Martínez^a y J.L. Cabriada Nuño^a

Hospital de Galdakao: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Anatomía Patológica, Vizcaya.

Introducción: Se desconoce el papel de los pólipos diminutos (= 5 mm), PD, en el desarrollo de CCR. Sin embargo, se recomienda su exéresis y no hay diferencias en las recomendaciones s. post-polipectomía (SPP).

Objetivo: Definir prevalencia de PD en colonoscopias ambulantes y su impacto en recomendaciones SPP.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente colonoscopias ambulantes realizadas por un único endoscopista (mayo - noviembre 2014), n = 284. Se excluyeron 41 (12 EII, 2 Sd. hereditarios, 12 < 18 / > 80 años, 3 > 14 pólipos, 10 mala preparación/incompleta, 2 perdidas). Se estimó el SPP, teniendo y sin tener en cuenta los PD, y se calculó la diferencia en cada intervalo y el número de colonoscopias indicadas. Estas recomendaciones se basaron en la guía EU 2010; tamaño endoscópico e incluyendo componente vellosa/DAG en riesgo intermedio.

Resultados: Se incluyeron 243 colonoscopias: varones 64,9% (157/242), edad 60,56 años (DS 9,7), SOHi+ en cribado 47,7% (116), buena preparación 86,8% (211), = 1 pólipo 76,5% (186) y = 1 adenoma 65% (158). PD/colonoscopia: = 1 PD 68,3% (166); 1PD 21% (51), 2PD 16% (39), 3PD 12,3% (30), 4PD 6,2% (15) y 5-10PD 12,8% (31). Adenomas diminutos/colonoscopia: = 1AD 55,1% (134); 1-2AD 35,8% (87), 3-4 AD 14% (34), y 5-10AD 5,3% (13). El 66,9% de los pólipos (479/716) eran PD: proximal a esplénico 62,6% (300), planos 72,7% (348). Se resecaron y recuperaron el 92,9% (445): adenomas 71,7% (307 tubulares y 12 túbulo-vellosos), hiperplásicos 20,9% (93), inflamatorios 3,8% (17) y mucosa normal 3,6% (16); ninguno DAG/carcinoma. Recomendaciones SPP se incluyeron 172 colonoscopias (tabla); se excluyeron 57 no lesiones, 12 no resección de todas y 2 CCR avanzado. El 41,58% (42/101) de las indicaciones de colonoscopia de seguimiento fueron debidas a la presencia de PD.

Recomendaciones post-polipectomía (n = 172)

Intervalo SPP, n (%)	Todas (n = 172)	PD excluidos (n = 172)	Dif. intervalos sin PD
10 años SOHi (no adenomas)	11,6% (20)	46,5% (80)	+300% (+60)
5 años SOHi (r. bajo)	29,7% (51)	19,2% (33)	-35,3% (-18)
3 años colonoscopia (r. intermedio)	35,5% (61)	24,4% (42)	-31,1% (-19)
1 año colonoscopia (r. alto)	22,1% (38)	8,7% (15)	-60,5% (-23)
< 6 m colonoscopia (p. maligno)	1,2% (2)	1,2% (2)	0

Conclusiones: En esta serie los PD representan el 70% de las lesiones colónicas y son responsables del 40% de las indicaciones de colonoscopia de seguimiento post-polipectomía.

29. SUPERVIVENCIA LIBRE DE RECIDIVA TRAS DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA (DSE) EN NEOPLASIAS EPITELIALES

J.C. Marín-Gabriel^{a,b}, J. Díaz-Tasende^{a,b}, P. Cancelas-Navía^a, S. Rodríguez-Muñoz^a, A. del Pozo-García^a, M. Pérez-Carreras^a, M. Alonso-Riaño^c, Y. Rodríguez-Gil^c y G. Castellano-Tortajada^a

^aHospital Universitario 12 de Octubre, Servicio de Medicina Aparato Digestivo, Madrid. ^bHospital Universitario Madrid Norte Sanchinarro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^cHospital Universitario 12 de Octubre, Departamento de Anatomía Patológica, Madrid.

Introducción: La disección submucosa endoscópica (DSE) permite reducir el riesgo de recidiva neoplásica en comparación con la resección mucosa endoscópica (RME).

Objetivo: Evaluar la supervivencia libre de recidiva tras la DSE de neoplasias epiteliales.

Métodos: Se incluyeron de manera prospectiva las primeras 101 neoplasias de origen epitelial, por intención de tratar con DSE, desde septiembre de 2008 hasta noviembre de 2014. Se calculó el tiempo hasta la recidiva como el período de tiempo transcurrido desde el procedimiento hasta la primera endoscopia con confirmación histológica de recidiva neoplásica en la zona en que se realizó la DSE. Se evaluó la probabilidad de recidiva utilizando las curvas de supervivencia Kaplan-Meier. Para la comparación de supervivencias entre 2 grupos se usó el test Log rank.

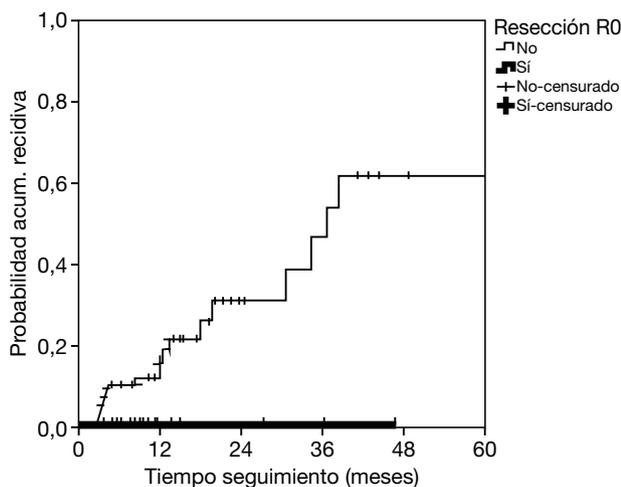


Fig. 1. Supervivencia libre de recidiva en DSE. Resección R0 vs. R1/Rx.

Resultados: En 19 lesiones (18,8%) no se realizó seguimiento endoscópico. El análisis final incluyó 82 casos: 1 esofágico, 25 gástricos y 56 colorrectales. Histológicamente, 20 (24,4%) contenían neoplasia mucosa de bajo grado; 54 (65,8%) neoplasia mucosa de alto grado y 8 (9,8%) carcinomas con invasión submucosa (1 de ellas, curativa). Se consiguieron resecar en bloque 49 lesiones (59,7%). La mediana de seguimiento fue de 9,9 meses (rango: 1,8-73,3). Se detectaron 15 recidivas (18,3%). La mediana de supervivencia global libre de recidiva fue de 37,6 meses (IC95%: 31,4-43,83). Las supervivencias libres de recidiva se compararon en función los siguientes factores: localización, histología, tamaño, resecciones en bloque vs fragmentadas y resección R0 vs R1/Rx. Únicamente se detectó diferencia estadísticamente significativa en la supervivencia libre de recidiva cuando se compararon las resecciones R0 vs R1/Rx. El tiempo de seguimiento máximo fue de 46,6 meses en el grupo R0 y 73,3 en el grupo R1/Rx. La supervivencia libre de recidiva a los 3 años de seguimiento fue del 100% para las resecciones R0 y del 45,8% en las R1/Rx (p = 0,049).

Conclusiones: Lograr una resección R0 parece determinante en la supervivencia libre de recidiva tras la terapéutica endoscópica.

30. RESECCIÓN DE PÓLIPOS PEDICULADOS (PARIS IP) GRANDES DE COLON

M. Alburquerque Miranda^{a,b}, A. Smarrelli^b, L. Vidal Planas^b, C. Ledezma Frontado^b, J. Chevarría Montesinos^c, A. Vargas García^a, M. Figa Francesch^a y F. González-Huix Lladó^a

^aClínica Girona, Servicio de Digestivo, Girona. Hospital de Palamós: ^bServicio de Digestivo; ^cOficina de Investigación, Girona.

Introducción: Existen varias técnicas de resección de pólipos Paris Ip de colon.

Objetivo: Comparar la seguridad de las técnicas de resección de pólipos de colon Paris Ip ≥ 20 mm según las características del pedículo.

Métodos: Estudio prospectivo (2010-2014) en relación la seguridad de las técnicas de resección practicadas habitualmente por 4 endoscopistas. Registramos: localización y características del pólipo, técnicas de resección y complicaciones. Clasificamos los pólipos en 4 grupos según las medidas del pedículo. Definimos hemorragia intraprocedimiento (HIP), a la que ocurrió durante la resección y requirió un método hemostático adicional. Técnicas de resección: A) Asa de diatermia simple, B) Inyección de adrenalina 1/10000-20000 en pedículo, resección con asa y cierre de escara/pedículo remanente con clips y, C) Colocación de clip o endoloop antes de la resección con asa.

Resultados: Resecamos 180 pólipos Paris Ip ≥ 20 mm (Dmáx. = $25,34 \pm 6,54$; 20-60 mm) en 168 pacientes, mujeres: 49 (29,16%). Edad: $63,53 \pm 10,96$ años. Excluidas 20 lesiones con datos incompletos. En el Grupo 1 (n = 38, pedículo: longitud < 15 mm/diámetro ≤ 10 mm) fueron resecados con asa: 57,89%; Grupo 2 (n = 28, longitud ≥ 15 mm/diámetro ≤ 10 mm) con clip: 57,15%; Grupo 3 (n = 30, longi-

tud < 15 mm/diámetro > 10 mm) con inyección de adrenalina en el pedículo: 93,33%; y en el Grupo 4 (n = 64, longitud ≥ 15 mm/diámetro > 10 mm) con endoloop: 75%. La HIP, fue la complicación global más frecuente: 31,10% (56/180), mayor en el grupo 3: 63,3%, p = 0,001; y fue resuelta con clips con una efectividad = 91,10% (41/45). En los Grupos 1 y 2 (pedículo de diámetro ≤ 10 mm) en la resección con asa, hubo HIP en 18,5% (6/32) vs 31,8% (7/22) con clip, p = 0,270. En los Grupos 3 y 4 (pedículo de diámetro > 10 mm) la HIP fue mayor con inyección de adrenalina que con endoloop: 64,70% (22/34) vs 10,20% (5/49), p = 0,0001. En estos grupos la HIP no fue diferente entre clips y adrenalina: 50% (3/6) vs 64,7% (22/34), p = 0,65. En los pedículos de diámetro > 10 mm, en el análisis multivariante, la inyección de adrenalina se asoció significativamente a HIP: OR = 15,23 (IC95% 4,43-52,34). En el Grupo 4, la HIP fue mayor con clips que con endoloops: 50% (3/6) vs 10,2% (5/49), p = 0,036.

Conclusiones: En pólipos de colon Paris Ip ≥ 20 mm de pedículo estrecho ≤ 10 mm la resección con asa demostró gran seguridad; en pedículo ancho > 10 mm, la resección con endoloop fue significativamente más segura, cuando su longitud ≥ 15 mm permitía colocarlos; y la técnica de inyección de adrenalina en el pedículo mostró mayor riesgo de hemorragia intraprocedimiento (HIP). Algunos tipos de clips parecen no ser superiores en prevenir la HIP; aunque son efectivos resolviéndola.

31. MARCADORES INTERNOS (VISICOIL®) COLOCADOS POR ECOENDOSCOPIA EN EL INTERIOR DE TUMORES SÓLIDOS DE PÁNCREAS COMO GUÍA PARA RADIOTERAPIA ESTEROTÁXICA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO SOBRE VIABILIDAD Y SEGURIDAD DEL PROCEDIMIENTO

S. Taberner, S. Prados, M.C. Rubio y O. Hernando

Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Introducción: La radioterapia esterotáxica es una alternativa para el tratamiento de los tumores sólidos malignos del páncreas en estadios avanzados cuya implantación es creciente en nuestro medio. El procedimiento necesita de un marcador interno (MI) que permita concentrar la radioterapia en un campo reducido. Existen nuevos MI (Visicoil®) cuyas características morfológicas hacen pensar que la ecoendoscopia podría ser un procedimiento viable y seguro para colocarlos en el interior de la masa pancreática como alternativa al procedimiento radiológico percutáneo. Describimos nuestra experiencia en el procedimiento.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes con un tumor sólido maligno del páncreas candidatos a recibir radioterapia esterotáxica en nuestro centro y cuyos MI se colocaron guiados por ecoendoscopia. Se recogieron datos demográficos, sobre la lesión y sobre el procedimiento. El objetivo primario fue evaluar el éxito de la técnica, la migración del MI y la seguridad del procedimiento.

Resultados: 9 pacientes incluidos (89% varones, 64 edad media, rango 48-86), todos en 2014. 7 casos de adenocarcinoma de páncreas, 1 de tumor neuroendocrino y 1 caso de metástasis de adenocarcinoma de recto. 6 casos tenían la lesión en la cabeza del páncreas y 3 en el cuerpo. El diámetro medio de los tumores fue de 34 mm (rango 21-55). El número medio de MI colocados en cada paciente fue 2 (rango 1-3) permitiendo que la radioterapia se administrara como estaba previsto en todos los casos. Todos los MI se colocaron en la primera punción y en ningún caso se colocaron otros MI fuera de la masa pancreática. No se registró ningún caso de migración, y no se registraron complicaciones directamente relacionadas con el procedimiento tras un seguimiento mínimo de un mes (media: 4 meses; rango 1-9 meses). Un caso presentó un absceso periduodenal tras la radioterapia y tras más de un mes desde la colocación del MI, la cual se había hecho desde el estómago.

Conclusiones: La colocación de MI (Visicoil®) en el interior de una masa pancreática sólida mediante ecoendoscopia es un procedimiento factible y seguro que permite la administración de radioterapia esterotáxica.

32. INFLUENCIA DEL CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA DECISIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EL MISMO

A. Martínez Herreros, V. Escrich Iturbe, C. Torres Vargas y B. Sacristán Terroba

Hospital San Pedro, Logroño.

Introducción: España es un país con una alta incidencia de cáncer colorrectal (CCR) por lo que se han desarrollado programas de cribado. La participación en ellos depende de diferentes factores pudiendo ser el conocimiento del Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal (PPCC) uno de los más importantes.

Objetivo: Analizar los factores que llevan a la población a participar o no participar en el PPCC centrándonos en la evaluación del conocimiento del programa.

Métodos: Estudio transversal mediante un cuestionario telefónico. Población de 50-61 años invitada a participar en el programa

Tabla 1. Medios de información

	Participantes (%)	No participantes (%)	Valor p
Carta			
Sí	97,6	67,6	
No	2,4	32,4	0,000*
TV, radio, prensa			
Sí	32,1	29	
No	67,9	71	0,674
Internet			
Sí	10,7	7,5	
No	89,3	92,5	0,494
Médico de cabecera			
Sí	34,5	11,8	
No	65,5	88,2	0,001*
Familiar o amigo			
Sí	26,2	19,1	
No	73,8	80,9	0,303
Percepción información			
Sí	82,1	47,5	
No	17,9	52,5	0,000*
Participación futura			
Sí	97,6	62,9	
No	1,2	11,4	
No sabe	1,2	25,7	0,000*

Tabla 2. Acerca del programa

	Participantes (%)	No participantes (%)	Valor p
Participación de hombres y mujeres			
Acierto	68,7	86,6	0,008*
No acierto	31,3	13,4	
Tener síntomas para participar			
Acierto	8,4	12,1	0,478
No acierto	91,6	87,9	
Edad > 60 años			
Acierto	85,5	82,5	0,622
No acierto	14,5	17,5	
Prueba de cribado TSOH			
Acierto	100	84,1	0,000*
No acierto	0	15,9	
Prueba de confirmación ocnoscopia			
Acierto	15,4	14,3	0,866
No acierto	84,6	85,7	
Detección precoz			
Acierto	90,6	85,5	0,383
No acierto	9,4	14,5	
Probabilidad de curación			
Acierto	98,7	96,4	0,383
No acierto	1,3	3,6	
Falsos positivos			
Acierto	83	61,8	0,026*
No acierto	17	38,2	
Falsos negativos			
Acierto	68,9	63,6	0,627
No acierto	31,1	36,4	

entre abril/2010-mayo/2012. Tamaño muestral: 115 participantes y 115 no participantes.

Resultados: El 45,7% de los no participantes no conocían el PPCC frente al 2,4% de los participantes ($p < 0,00$). En la tabla 1 se recogen los medios de información al programa. El 32,4% de los no participantes no habían recibido la carta de invitación ($p < 0,00$) y el médico de cabecera sólo informó al 11,8% de los no participantes ($p < 0,00$). Los conocimientos específicos del programa se muestran en la tabla 2. Se obtuvieron porcentajes de “no aciertos” mayores en los no participantes. Los principales motivos de participación y no participación quedan recogidos en la tabla 3.

Conclusiones: El conocimiento del PPCC es significativamente más bajo en los no participantes. Éstos reconocen no haber tenido suficiente información para decidir si participar y desconocen si lo volverían a hacer en el futuro lo que indica que habría que mejorar el acceso a la información en los no participantes. Un porcentaje significativo de no participantes no recibieron la carta de invitación y existe poca información a través de los medios de comunicación y del médico de cabecera. Se deberían revisar las estrategias de invitación para evitar errores en el envío de cartas y aumentar la información en médicos de atención primaria y las campañas en medios de comunicación.

33. EFICIENCIA DE LA APLICACIÓN QUICKVIEW (QV) DEL RAPID READER EN LA VISUALIZACIÓN DE COLONOSCOPIAS CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA (CCE)

J.F. Juanmartiñena Fernández^a, I. Fernández-Urién^a, C. Carretero^b, C. Prieto de Frías^b, A. Borda^a, I. Elizalde^a, F.J. Jjiménez^a, M. Muñoz-Navas^b y A. Guerra^a

^aComplejo Hospitalario de Navarra, Departamento de Gastroenterología, Pamplona. ^bClínica Universitaria de Navarra (CUN), Departamento de Gastroenterología, Pamplona.

Introducción: El tiempo de lectura en las CCE es una limitación importante. Una aplicación del RAPID 8, el QV, permite ahorrar tiempo en la lectura aunque se desconoce si a costa de la efectividad. El objetivo del presente estudio fue evaluar la eficiencia del QV en la visualización de videos de CCE.

Métodos: Se seleccionaron videos de colon realizados en dos centros (CHN y CUN) y se anotaron las variables en modo normal y QV80%, 60%, 40% y 20%: tiempo de lectura, frames por lesión, tamaño, morfología (clasificación Paris), intensidad (VAS), localiza-

Tabla 3

Motivos participación	%	Motivos noparticipación	%
Tema importante para salud	73	No tiempo	27,82
Prueba sencilla	70,4	No recibió carta	18,3
Detección precoz mayor curación	66,1	No síntomas	14,8
Descartar tener CCR	65,2	Prueba desagradable	8,7
Recomendación MAP	20	No quería colonoscopia	7,8
Familiar o amigo con CCR	17,4	Miedo diagnóstico CCR	5,2
Otros	10,4	No entendía procedimiento	4,3
Recomendación familiar	9,6	Otras pruebas de CCR	3,5
Creía tener síntomas	2,6	Le daba vergüenza	2,5

ción, limpieza del segmento y sensibilidad para pólipos tomando el modo normal como "gold standard".

Resultados: Se incluyeron 33 estudios para un total de 100 pólipos. El impacto de los diferentes "settings" del QV sobre el tamaño, intensidad, localización y morfología fue nulo. Sin embargo, se observó una disminución significativa de los frames por lesión: 12,7%, 27,2%, 53% y 65%, en QV 80%, 60%, 40% y 20%, respectivamente ($p < 0,05$). Esto se tradujo en una disminución significativa de la sensibilidad en QV 60%, 40% y 20%. No se encontró relación entre el tamaño, tipo de lesión, localización y grado de limpieza y la probabilidad de perder lesiones. Sin embargo, aquellas lesiones detectadas en modo normal en menos de 3 frames y aquellas con una intensidad menor de 5 en el VAS, se perdieron con una frecuencia significativamente mayor que el resto ($p < 0,05$). El tiempo medio de lectura de los videos fue de 369 segundos en modo normal, 295 en QV 80%, 221 en QV 60%, 147 en QV 40% y 73 en QV 20%. Finalmente, el impacto diagnóstico fue nulo en todos los "settings" y el impacto terapéutico fue nulo en QV 80% y 60%, y del 3% en QV 40% y 20%.

Conclusiones: El QV disminuye el tiempo de lectura pudiendo en algunos casos comprometer la precisión diagnóstica. Por lo tanto y aunque el impacto es escaso en nuestra serie, sólo podemos recomendar su uso como una herramienta complementaria y no debería sustituir nunca al método convencional de lectura.

34. DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO EN TIEMPO REAL DE PÓLIPOS DIMINUTOS DE COLON CON ALTA DEFINICIÓN + I-SCAN: SERIE PROSPECTIVA

A. Huerta Madrigal, F.J. Fernández Fernández, A. Rocha Escaja, M. López López, I. Moraleja Yudego, M. Navajas Laboa, S. Torres Burgos, M. Aguirresarobe Gil de San Vicente, I. Rodríguez Lago y A. Bernal Martínez

Hospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya.

Introducción: La ESGE aprueba el diagnóstico histológico en tiempo real (DHTR) con cromosondoscopia virtual + HD de alta confianza en pólipos diminutos (PD): a) "resecar y descartar" PD proximales a sigma: concordancia = 90% respecto al intervalo de seguimiento guiado por histología; y, b) no reseca los PD hiperplásicos distales un VPN = 90% para adenomas distales. Objetivo principal: valorar en la primera fase de aprendizaje de DHTR con I-scan en PD el cumplimiento de estos indicadores.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente las colonoscopias ambulatorias realizadas por un único endoscopista con procesador ePK i5000 y colonoscopios EC 3890 LI/LK/Fi (Pentax®) entre el 7 mayo -21 noviembre de 2014. Cada pólipo se evaluó de forma secuencial utilizando luz blanca + HD y 3 modos I-scan (i-Scan 1: + 2E, + 5SE; i-Scan 2 + E2, + SE4, Tec; Iscan 3: + 2E, 5SE +, + 2CE, TE c). Las recomendaciones de seguimiento se basaron en la guía EU 2010; tamaño endoscópico e incluyendo componente vellosos/DAG en riesgo intermedio.

Resultados: Se incluyeron 65 colonoscopias de las 122 realizadas con ePK i5000 (excluidas: 8 < 18/ > 80 años, 7 ingresada, 5 EII, 2 sd. hereditarios, 1 SPH, 1 perdida, 3 incompleta/mala preparación, 30 no pólipos diminutos): varones 72,3% (47), edad media 61,86 años (DE 9,22), SOHi+ en cribado 47,7% (31). Se diagnosticaron 205 PD, excluyéndose del análisis el 39% (80): 65 baja confianza de predicción, 15 no recuperados. Se incluyeron 125 PD para el análisis: planos 62,4% (78); proximales a sigma 28,8% (36); adenomas 68,8% (83 tubulares y 3 túbulo-vellosos), hiperplásicos 27,2% (34), inflamatorios/mucosa normal 4% (5); ninguno con displasia de alto grado ni carcinoma. La precisión global, sensibilidad y especificidad para adenomas diminutos fue del 90,4% (IC95% 83,97 a 94,42), 94,19% (IC95% 87,1 a 97,49) y 82,05% (IC95% 67,332 a 91,023); respectivamente. El VPN para adenomas distales fue del 96,43 (IC95%

82,29 a 99,37) con una prevalencia del 19,44%. Para la concordancia de intervalos se incluyeron 43 exploraciones (excluidas: 2 CCR avanzado, 10 ningún PD con predicción de alta confianza, 10 no recuperadas todas las lesiones), siendo el intervalo de referencia: 1 año 27,9% (12), 3 años 27,9% (12), 5 años 25,6% (11) y 10 años 18,6% (8). La concordancia con DHTR fue del 81,4% (IC95%: 67,38 a 90,25).

Conclusiones: El DHTR con endoscopios de alta definición + I-scan podría cumplir los objetivos para una política de diagnosticar y dejar in situ pólipos hiperplásicos distales en la fase precoz de aprendizaje.

35. EFECTIVIDAD DE UNA MEDIDA PUNTUAL DE FORMACIÓN EN LA INADECUACIÓN EN LA SOLICITUD DE COLONOSCOPIAS

J. Díaz-Tasende^a, J.C. Marín-Gabriel^a, P. Cancelas-Navia^a, P. Ruiz-López^b, J. Ferrándiz-Santos^c, R. Muñoz-Gómez^a, G. García-Álvarez^d, S. Rodríguez-Muñoz^a y G. Castellano-Tortajada^a

Hospital Universitario 12 de Octubre: ^aServicio de Medicina Aparato Digestivo; ^bUnidad de Calidad, Madrid. ^cUnidad de Calidad Atención Primaria, Subdirección de Calidad, DG Atención al Paciente, Comunidad de Madrid. ^dHospital Universitario 12 de Octubre, Continuidad Asistencial, Madrid.

Introducción: Los programas formativos mejoran a corto plazo la idoneidad en la petición de colonoscopias, pero se desconoce la efectividad de estas medidas a medio y largo plazo.

Objetivo: Evaluar el efecto sobre la inadecuación en la prescripción de colonoscopias de una intervención puntual de formación.

Métodos: Se analizaron de forma prospectiva la petición de colonoscopia y la historia clínica de 600 pacientes, antes y 18 meses después de una sesión sobre indicaciones de colonoscopia de 45 minutos de duración. La sesión se impartió de forma individual a cada uno de los servicios hospitalarios que solicitan colonoscopias de forma habitual y a médicos de atención primaria del área de influencia del hospital. La adecuación de la indicación se estableció mediante criterios EPAGE II, Guía de Prevención del Cáncer Colorrectal AEG-Semfyc y Guía Europea de Calidad en Colonoscopia de cribado y diagnóstico.

Resultados: Se incluyen en el análisis 523 pacientes (220 Pre/303 Post) (edad media 61,8 ± 15,5 años, 50,4% mujeres). Se aprecia una disminución significativa en la proporción de colonoscopias mal indicadas 18 meses después de la sesión formativa: Pre 32,27% vs

Indicación	Inadecuadas Pre, n (%)	Inadecuadas Post, n (%)	p
Anemia	0 (0,0)	1 (3,23)	0,47
Rectorragia	0 (0,0)	1 (3,57)	0,31
Estreñimiento	1 (16,67)	2 (10,53)	0,67
Dolor abdominal	0 (0,0)	2 (11,76)	0,53
Diarrea	0 (0,0)	2 (6,06)	0,26
Enf. inflam. Intestinal	1 (10,0)	1 (4,35)	0,53
Seguimiento adenomas	27 (27,45)	23 (57,50)	0,99
Seguimiento post CCR	29 (70,73)	13 (34,21)	< 0,01*
Cribado familiar CCR	11 (33,33)	1 (4,55)	0,01*
THOH+	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Otros	3 (14,29)	10 (26,32)	0,36

Post 18,48%, $p < 0,001$. Esta disminución es estadísticamente significativa en las exploraciones solicitadas en el seguimiento tras el tratamiento del cáncer colorrectal y el cribado por riesgo familiar (tabla).

Conclusiones: Las medidas de formación puntuales, disminuyen la inadecuación en la petición de colonoscopias a medio plazo.

36. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS DILATACIONES ENDOSCÓPICAS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: RESULTADOS DEL REGISTRO ENEIDA

X. Andújar^a, C. Loras^a, M. Socarras^b, E. Rodríguez^c, B. Sicilia^d, A. Figuerola^e, J. Barrio^f, J. Guardiola^g, E. Iglesias^h, M.J. Casanovaⁱ, Y. Ber^j, D. Montfort^k, J. Martínez González^l, I. Rodríguez^m, L. Bujandaⁿ, Y. Zabana^a, F. Fernández-Bañares^a y M. Esteve^a

^aHospital Universitari Mútua de Terrassa, CIBEREHD, Servicio de Digestivo, Barcelona. ^bHospital Clínic, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^cHospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Servicio de Aparato Digestivo, Tenerife. ^dHospital Universitario de Burgos, Servicio de Aparato Digestivo, Burgos. ^eHospital de Sabadell, Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Sabadell. ^fHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^gHospital Universitari de Bellvitge, Departamento de Gastroenterología, Barcelona. ^hHospital Universitario Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo, Córdoba. ⁱHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP y CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^jHospital Lozano Blesa, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^kConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^lHospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^mHospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya. ⁿHospital Universitario Donostia, Servicio de Digestivo, San Sebastián.

Introducción: La dilatación endoscópica con balón (DEB) es el tratamiento endoscópico de elección para las estenosis cortas en la enfermedad de Crohn (EC). Varios estudios observacionales no controlados han demostrado que la DEB en pacientes seleccionados, es una alternativa segura y eficaz a la cirugía. Las series publicadas previamente tienen limitaciones debido a su heterogeneidad, tanto en relación a la técnica como a los diferentes endpoints, y generalmente con un número pequeño de pacientes, lo que hace difícil las comparaciones.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la DEB, en un entorno de la práctica clínica, en los diferentes hospitales españoles adheridos al proyecto ENEIDA.

Métodos: Se identificaron todos los pacientes sometidos a DEB de la base de datos ENEIDA. Se solicitó información adicional a los centros participantes (14 hospitales): información clínica del paciente; datos de la estenosis; e información acerca de la efectividad y las complicaciones de la DEB. El éxito técnico se definió como la posibilidad de pasar el endoscopio a través de la estenosis después del procedimiento y el éxito terapéutico cuando no fue necesario otro tratamiento endoscópico o quirúrgico después de 1 año o hasta el final del seguimiento. Se realizó un análisis de regresión logística para evaluar los factores asociados con el éxito terapéutico.

Resultados: Se realizaron un total de 306 dilataciones en 154 pacientes (140 EC, 12 colitis ulcerosa y 2 colitis indeterminadas) con una media de 1,98 dilataciones por paciente. En el 41% de los casos la estenosis se localizaba en la anastomosis. El éxito terapéutico y técnico se consiguió en el 47,4% y el 65,2% de las DEB, respectivamente, con una mediana de seguimiento de 24 meses (1-88). En el análisis multivariado, la longitud de la estenosis (= 4 cm) con un OR de 3,38 (IC95%: 1,38 -8,26; $p = 0,008$) y el éxito técnico con un OR de 2,57 (IC95%: 1,23 -5,40; $p = 0,012$) se asociaron con el éxito terapéutico; mientras que el diámetro del balón (= 12 mm)

con una OR de 0,4 (IC95%: 0,16-0,93; $p = 0,034$) y la necesidad de tratamiento anti-TNF con una OR de 0,26 (IC95%: 0,13-0,50; $p < 0,005$) se asociaron de forma inversa con el éxito terapéutico. La tasa de complicaciones mayores fue del 5,4%.

Conclusiones: La DEB en un entorno de práctica clínica tiene una eficacia y seguridad parecida a la obtenida en centros terciarios. La longitud de la estenosis (= 4 cm), el éxito técnico, el diámetro del balón (> 12 mm) y no necesitar anti-TNF para el control de la enfermedad fueron los únicos factores asociados de forma independiente con el éxito terapéutico. Se requieren estudios prospectivos aleatorizados para establecer qué otros factores se relacionan con la respuesta a la DEB.

37. MODELO PREDICTIVO DE CONVERSIÓN A MUCOSECTOMÍA FRAGMENTADA (RME-F) EN LESIONES CON INTENCIÓN DE TRATAR POR DISECCIÓN SUBMUCOSA (DSE)

J.C. Marín-Gabriel^{a,b}, J. Díaz-Tasende^{a,b}, P. Cancelas-Navía^a, S. Rodríguez-Muñoz^a, A. del Pozo-García^a, M. Pérez-Carreras^a, M. Alonso-Riaño^c, Y. Rodríguez-Gil^c y G. Castellano-Tortajada^a

^aHospital Universitario 12 de Octubre, Servicio de Medicina, Aparato Digestivo, Madrid. ^bHospital Universitario Madrid Norte Sanchinarro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^cHospital Universitario 12 de Octubre, Departamento de Anatomía Patológica, Madrid.

Introducción: Lograr una disección submucosa endoscópica en bloque es difícil inicialmente y puede ser preciso completar la resección mediante mucosectomía fragmentada (RME-f).

Objetivo: Analizar los factores predictivos de conversión a RME-f cuando la técnica inicialmente programada es una DSE.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente las primeras 110 lesiones con intención de tratar mediante DSE.

Resultados: De las 110 lesiones, no se pudo completar la resección endoscópica en 5 pacientes, incluyéndose finalmente 105 casos (95,5%). La conversión de DSE a RME-f fue precisa en 39 (37,1%). Los factores asociados de manera estadísticamente significativa con la conversión a RME-f fueron: experiencia ≤ 35 casos (OR: 4,33; IC95%: 1,83-10,27; $p = 0,001$), localización no gástrica (OR: 4,05; IC95%: 1,57-10,47; $p = 0,003$), duración del procedimiento > 180 minutos (OR: 2,62 IC95%: 1,16-5,92; $p = 0,02$) y diámetro > 3 cm

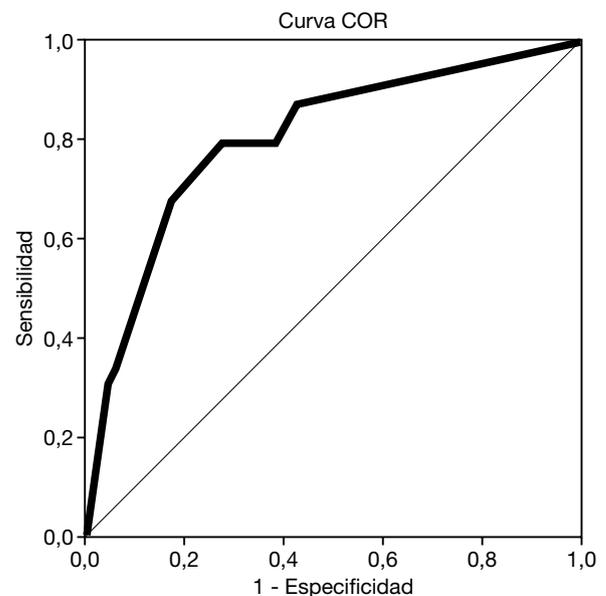


Fig. 1. Curva ROC del modelo predictivo para RME-f

(OR: 5,33; IC95%: 2,26-12,58; $p < 0,0001$). En el modelo de regresión logística, los factores de riesgo independientes para la conversión a RME-f fueron un diámetro > 30 mm (OR: 4,17; IC95%: 1,58-11,02; $p = 0,004$) y la experiencia ≤ 35 casos (OR: 4,77; IC95%: 1,75-13,01; $p = 0,002$). El valor del área bajo la curva ROC del modelo predictivo para RME-f [logodds = $1,57 \times (\text{diámetro} > 3 \text{ cm}) + 1,43 \times (\text{primeros } 35 \text{ casos}) - 0,89 \times (\text{localización no gástrica}) - 1,5$] fue 0,80 (IC95%: 0,71-0,89). Utilizando como punto de corte un valor $\geq 0,39$ la sensibilidad para predecir RME-f fue del 80% (IC95%: 78,1-80,8) y la especificidad del 72,7% (IC95%: 71,9-73,5).

Conclusiones: El tamaño de la lesión a reseca y haber realizado ≤ 35 casos fueron factores de riesgo independientes para conversión a RME-f. Un modelo que incluye el tamaño de la lesión, la localización y la experiencia en la técnica puede predecir la conversión a RME-f con elevada sensibilidad.

38. DRENAJE BILIAR GUIADO POR ECOENDOSCOPIA (DBUSE) FRENTE AL DRENAJE MEDIANTE COLANGIOGRAFÍA TRANSPARIETOHEPÁTICA (CTPH) TRAS CPRE FALLIDA EN LA OBSTRUCCIÓN BILIAR NEOPLÁSICA

N. Alcaide Suárez^a, L. Fernández Salazar^a, I. Peñas Herrero^b, R. Sánchez-Ocaña^b, M.A. Udaondo^a, C. de la Serna Higuera^a, B. Velayos Jiménez^a, L. del Olmo^a, J. Trueba^a, J.M. González Hernández^a y M. Pérez-Miranda^b

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^bHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid.

Introducción: La CTPH es el método de elección para el drenaje paliativo de la obstrucción biliar neoplásica cuando la CPRE no resulta posible. Se postula el DBUSE como alternativa a la CTPH, aunque todavía no se han comparado ambas técnicas.

Objetivo: Comparar la eficacia y seguridad de DBUSE y CTPH.

Métodos: Se han revisado de manera retrospectiva 40 casos de obstrucción biliar maligna no operables drenados mediante CTPH tras CPRE fallida en un hospital terciario de septiembre de 2009 a julio de 2014 y se han comparado con 40 pacientes drenados mediante DBUSE en otro hospital terciario, en términos de bilirrubina previa, días desde el ingreso hasta el procedimiento, número de sesiones requeridas en el episodio índice, éxito técnico (colocación de drenaje), drenaje biliar interno, tipo de prótesis, éxito clínico (disminución de la bilirrubina en un 80% respecto al valor basal en primeros 30 días), complicaciones, éxitos relacionados con el procedimiento, disfunción, reintervenciones, estancia hospitalaria, permeabilidad de las prótesis, supervivencia. Se utilizaron χ^2 y test de Fisher para las comparaciones.

Resultados: DBUSE: edad media 68,12 años (40-92), 60% varones, 40% ca páncreas, 22,5% metastásico, 22,5% colangiocarcinoma, 15% otros, obstrucción hiliar 37,5%. CTPH: 72,6 años (50-93), 55% varones, 30% páncreas, 32,5% colangioma, 22,5% metastásico, 15% otros, obstrucción hiliar 32,5%. Sin diferencias basales. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las tasas de bilirrubina previa, días hasta el procedimiento, éxito técnico, tipo de prótesis, éxito clínico, complicaciones, disfunción y permeabilidad del stent, reintervenciones, estancia hospitalaria, supervivencia ni éxitos relacionados con el procedimiento. La tasa de drenaje biliar interno fue superior con DBUSE (32 frente a 39, $p = 0,029$) y se obtuvo a expensas de un número de sesiones significativamente menor, 1,35 sesiones de media para DBUSE y 2,2 para CTPH, $p = 0,000$.

Conclusiones: La seguridad y eficacia del DBUSE son comparables a la CTPH en pacientes con obstrucción biliar neoplásica irreseca y CPRE fallida, requiriendo un menor número de sesiones y logrando una mayor tasa de drenaje biliar interno.

39. DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO EN TIEMPO REAL DE PÓLIPOS DIMINUTOS DE COLON CON ALTA DEFINICIÓN + NBI: SERIE PROSPECTIVA

A. Huerta Madrigal, M. López López, F.J. Fernández Fernández, L. Olondris Regal, P. Guisasa Dorronsoro, A. Elorza Echaniz, A. Hidalgo, A. Bernal Martínez y J.L. Cabriada Nuño

Hospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya.

Introducción: La ESGE aprueba el diagnóstico histológico en tiempo real (DHTR) con cromoendoscopia virtual + HD de alta confianza en pólipos diminutos (PD): a) "reseca y descartar" PD proximales a sigma: concordancia = 90% respecto al intervalo de seguimiento guiado por histología; y, b) no reseca los PD hiperplásicos distales un VPN = 90% para adenomas distales.

Objetivo: Principal: valorar en la primera fase de aprendizaje de DHTR con HD+NBI en PD el cumplimiento de estos indicadores.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente las colonoscopias ambulatorias realizadas por un único endoscopista con procesador EXERA III y colonoscopios H190L (Olympus®) entre el 7 mayo -21 noviembre de 2014. Cada pólipo se evaluó de forma secuencial utilizando luz blanca+HD y NBI. Las recomendaciones de seguimiento se basaron en la guía EU 2010; tamaño endoscópico e incluyendo componente vellosos/DAG en riesgo intermedio.

Resultados: Se incluyeron 45 colonoscopias de las 68 realizadas con EXERA III + H190L (excluidas: 3 $< 18 / > 80$ años, 3 ingresada, 1 > 15 pólipos, 1 perdida, 1 incompleta/mala preparación, 14 no pólipos diminutos): varones 68,9% (31), edad media 62,54 años (DE 7,72), SOHi+ en cribado 68,9% (31). Se diagnosticaron 146 PD, excluyéndose del análisis el 30,82% (45): 37 baja confianza de predicción, 8 no recuperados. Se incluyeron 101 PD para el análisis: planos 72,3% (73); proximales a sigma 25,5% (26); adenomas 64,4% (63 tubulares y 2 túbulo-vellosos), hiperplásicos 24,8% (25), inflamatorios/mucosa normal 11% (10,9); ninguno con displasia de alto grado ni carcinoma. La precisión global, sensibilidad y especificidad para adenomas diminutos fue del 83,17% (IC95% 74,69 a 89,22), 87,69% (IC95% 77,55 a 93,63) y 75% (IC95% 58,93 a 86,25); respectivamente. El VPN para adenomas distales fue del 100% (IC95% 79,61 a 100), con una prevalencia del 30,77%. Para la concordancia de intervalos se incluyeron 35 exploraciones (excluidas: 1 CCR avanzado, 4 ningún PD con predicción de alta confianza, 5 no recuperadas todas las lesiones), siendo el intervalo de referencia: 1 año 22,9% (8), 3 años 40% (14), 5 años 25,7% (9) y 10 años 11,4% (4). La concordancia con DHTR fue del 88,57% (IC95% 73,26 a 96,8).

Conclusiones: El DHTR con Exera III + HD-NBI podría cumplir, desde la primera fase de la curva de aprendizaje, los criterios de calidad para poner en práctica tanto una política de reseca y descartar PD proximales como diagnosticar y dejar in situ PD hiperplásicos distales.

40. DETERMINACIÓN DE PREDICTORES DE MALA CALIDAD DE LIMPIEZA COLÓNICA EN PACIENTES AMBULATORIOS PREPARADOS EL MISMO DÍA DE LA COLONOSCOPIA

G. Hernández, J.L. Baute Dorta, A.Z. Gimeno García, C.D. González Pérez, D. Nicolás, O. Alarcón, M. Hernández, R. Romero, I. Alonso, Z. Adrián, Y. González, L. Ramos y E. Quintero

Hospital Universitario de Canarias, Servicio de Aparato Digestivo, La Laguna.

Introducción: Una mala limpieza colorrectal incide negativamente en la eficiencia de la colonoscopia. La tasa de colonoscopias inadecuadas oscila según los estudios entre 6,8% y 33%. Pocos estudios han evaluado factores independientes de mala preparación colónica utilizando análisis multivariados.

Objetivo: Evaluar los predictores de mala preparación colónica en pacientes preparados el mismo día de la prueba utilizando una escala validada.

Métodos: estudio prospectivo de pacientes consecutivos a los que se les ha programado una colonoscopia en turno de mañana. Se incluyeron pacientes con edad > 18 años ambulatorios. Criterios de exclusión: contraindicación para la realización de una colonoscopia o a alguna de las soluciones de limpieza, antecedentes de colonoscopia con mala preparación, colectomía, colonoscopia incompleta o rechazo a participar. La limpieza fue evaluada mediante la escala de Boston (limpieza deficiente si < 6 puntos). Variables recogidas: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), comorbilidad, medicación (antidepresivos tricíclicos o antagonistas del calcio), indicación de la colonoscopia, estreñimiento, nivel educativo, antecedentes personales y familiares de neoplasia colorrectal, cirugía pélvica, tipo de preparación, información recibida, volumen ingerido y vómitos. Tamaño muestral: se consideró una tasa de mala preparación del 20%, y un máximo de 14 variables a incluir en el análisis multivariado. Se estimó necesario incluir 700 pacientes.

Resultados: Se han entrevistado 562 participantes, de los que 397 cumplieron criterios de inclusión (59 ± 13,8 años, 50,4%). El 81,6% (n = 324) presentaron buena limpieza, mientras que el 18,4% (n = 73) la limpieza fue deficiente. En el análisis bivariado, la comorbilidad (80% diabéticos, OR 3,8, IC95% [2,2-6,5]), medicación (OR 5,6 IC95% [2,7-11,6]), estreñimiento (OR 2,25 IC95% [1,27-3,98]) y cirugía pélvica (OR 2,35 IC95% [1,4-4,0]), se asociaron con una mala calidad de limpieza. En el análisis multivariado, la presencia de comorbilidad (OR 4,23 IC95% [2,4-7,6]), cirugía pélvica (OR 2,24 IC95% [1,2-4,1]) y medicación (OR 5,2 IC95% [2,4-11,6]), fueron las únicas variables independientes.

Conclusiones: Los pacientes con comorbilidad especialmente diabetes mellitus, que toman antidepresivos tricíclicos o antagonistas del calcio, con alguna cirugía pélvica presentan mayor riesgo de mala preparación y podrían beneficiarse de estrategias de limpieza más intensivas.

41. PAPEL DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA PILLCAM® COLON EN EL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL: ESTUDIO PROSPECTIVO Y COMPARATIVO CON COLONOSCOPIA

C. Romero Mascarell, C. Rodríguez de Miguel, A. Serradesanferm, A. Pozo, M. Pellisé, M. López-Cerón, E. Ricart, O. Sendino, G. Fernández-Esparrach, A. Ginés, J. Llach, J. Grau, A. Castells y B. González-Suárez

Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La colonoscopia es el gold standard para el cribado del cáncer colorrectal (CCR). La cápsula endoscópica de colon (CEC) es una exploración no invasiva y segura, indicada en casos de colonoscopia incompleta, contraindicación para la misma o cuando el paciente no quiere realizársela. El papel de la CEC en un programa de cribado de CCR y pacientes con test inmunológico de sangre oculta en heces positivo (SOH) no ha sido evaluado hasta el momento.

Objetivo: Evaluar la sensibilidad y especificidad, así como los valores predictivos positivos y negativos de la CEC comparada con la colonoscopia en pacientes incluidos en un programa de cribado de CCR después de un test de SOH positivo.

Métodos: Pacientes incluidos en nuestro programa de cribado fueron invitados a realizarse una exploración con CEC previa a la colonoscopia. La cápsula de colon se administró tras la realización de una preparación anterógrada intensiva. Dos o tres semanas tras la misma, se realizó la colonoscopia convencional.

Resultados: Se han incluido hasta el momento 67 pacientes. 14 de ellos no pudieron ser incluidos por diferentes motivos. Final-

mente, se analizaron 53 pacientes (31 hombres, edad media 61,3 ± 5,69). La tasa de excreción fue del 81%. La colonoscopia convencional detectó al menos 1 pólipo en el 82% de los pacientes. La sensibilidad y especificidad de la CEC en la detección de pacientes con alguna lesión fue del 100%. En las lesiones significativas (entre 6-9 mm y superiores a 9 mm) la sensibilidad y especificidad fueron del 87%, 88%, 88% y 94% respectivamente. El valor predictivo negativo de la CEC para la detección de lesiones significativas fue del 94%. Se detectaron 2 cánceres por colonoscopia, y todos ellos fueron detectados previamente por CEC.

Conclusiones: Con los resultados obtenidos hasta el momento, la cápsula endoscópica de colon puede considerarse como herramienta de detección precoz de cáncer colorrectal. Se necesitan más estudios prospectivos para poder identificar la adherencia de la población a esta nueva estrategia de cribado.

42. EXPLORACIÓN POR RETROVISIÓN EN CIEGO DEL COLON ASCENDENTE: POSIBILIDAD TÉCNICA Y RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA

A.L. Vargas García^a, M. Alburquerque^b, M. Figa^c, F. José^a, M. Pechkova^a, E. Cirera^a, E. González^a, M. Gironés^a, C. Yeste^a y F. González-Huix^a

^a*Clínica Girona, Servicio de Digestivo, Girona.* ^b*Hospital de Palamós, Servicio de Digestivo, Girona.* ^c*Hospital Josep Trueta, Girona.*

Introducción: Las lesiones del colon derecho no vistas durante la colonoscopia estándar son causa de cáncer de intervalo. La exploración de la cara proximal de los pliegues de colon ascendente con retrovisión cecal reduciría la posibilidad de perder estas lesiones. Los colonoscopios de menor diámetro pueden facilitar la retrovisión en ciego sin riesgo de complicaciones.

Objetivo: Determinar la capacidad técnica de realizar retrovisión en ciego, rentabilidad diagnóstica y complicaciones de esta maniobra con endoscopio de menor diámetro.

Métodos: Estudio prospectivo, incluyendo colonoscopias totales realizadas por un endoscopista experto. Técnica: 1) entrada en visión frontal hasta ciego y retirada explorando de forma habitual hasta ángulo hepático; 2) reintroducción hasta el orificio apendicular, intento de retrovisión; 3) retirada en retrovisión hasta ángulo hepático explorando la cara proximal de los pliegues del colon ascendente. Recogida de las lesiones visualizadas en introducción/retirada y detectadas sólo en retrovisión. Se excluyeron las endoscopias parciales (obstrucción, terapéutica endoscópica, resección de colon derecho). Todas las exploraciones realizadas con colonoscopia de menor diámetro PENTAX EC34-i10L (Ø inserción: 11,6, canal: 3,8, Deflexión arriba/abajo: 180/180, derecha/izquierda: 160/160).

Resultados: Valoración de 323 colonoscopias realizadas entre el 03/2014 a 07/2014. Exclusión de 20 colonoscopias por examen incompleto. La capacidad para realizar retrovisión al ciego fue 76,6% (n = 232). 142 colonoscopias con retrovisión en ciego, se detectaron un total de 42 (29,4%) lesiones en colon ascendente (pólipos: entre 3-15 mm) 32 sésiles, 8 semipediculados, 2 pediculados. Histología todas lesiones benignas (32 adenomas, 10 pólipos serrados sésiles sin displasia). 14 lesiones (9,8% del total y 33,3% de las de colon derecho) fueron detectadas sólo con retrovisión en ciego (pólipos sésiles 3-15 mm). 8 fueron reseñadas en retrovisión. No hubo complicaciones.

Conclusiones: La retroflexión en ciego es factible en más del 75% de las colonoscopias, no se registraron complicaciones. Más del 30% de los pólipos en el colon ascendente se detectaron sólo por retrovisión en ciego. Esta maniobra tiene el potencial de mejorar la detección de pólipos del colon ascendente.

43. DIAGNÓSTICO DE LAS ESTENOSIS BILIARES, COMPARACIÓN DE PINZA DE BIOPSIA PEDIÁTRICA VS SPYBITE. ESTUDIO PROSPECTIVO

A.L. Vargas García^a, R. Louvriex^b, M. Alburquerque^c, M. Figa^b y F. González-Huix^a

^aClinica Girona, Servicio de Digestivo, Girona. ^bHospital Josep Trueta, Girona. ^cHospital de Palamós, Servicio de Digestivo, Girona.

Introducción: La precisión del diagnóstico anatomopatológico (AP) en estenosis biliares es bajo y aumenta usando al menos dos técnicas de obtención de muestra (cepillado, biopsias y punción). En este contexto, se desconoce la efectividad de la pinza Spybite.

Objetivo: Comparar el rendimiento de la pinza estándar pediátrica y la Spybite en el diagnóstico AP de las estenosis biliares.

Métodos: Estudio prospectivo aleatorizado. Inclusión estenosis biliares por CPRE entre Feb2009-Ene2011. Obtención de muestras: cepillado citológico más biopsias intrabiliares: pinza estándar pediátrica (EP) vs Spybite (Sb). Registros: Número de pases de pinza, impresión de muestras adecuadas por endoscopista (obtención de tejido) y enfermera (visualización de biopsias en un bote), resultados del informe citológico y histológico, seguimiento de 1 año (confirmación de diagnóstico clínico). Objetivo primario: Rendimiento diagnóstico según el tipo de pinza.

Resultados: Se incluyeron 101 pacientes (edad: 72,57 ± 13,20; 41H) con estenosis biliares: 71 malignas, 86% extrahepáticas; Grupo EP: 44; Sb 57. Conseguimos = 4 pases de pinza en 84%; de 1-3 muestras en 48,4% y > 3 en 51,6%. La adecuación de muestra fue considerada buena por endoscopista en 53,5% y 55,4% por enfermera. El número de muestras fue mayor con SP que con SB (= 3: 79,5% vs 54,4%; p = 0,008) Análisis histopatológico: Ausencia de tejido o insuficiente en 21,2%, epitelio biliar normal: 23,2%, inflamatorio: 25,3%, displásico: 15,2% (bajo grado: 8,1%; alto grado: 7,1%) y tumoral: 15,2%. Se obtuvo diagnóstico correcto en 59,4% (n = 60); EP: 65,9% vs Sb: 54,5%; p = 0,16. El acceso intrabiliar (> 3 pases) fue mejor con EP (93,1 vs 84,1%; p = 0,048). La impresión de muestra adecuada fue mejor con EP para el endoscopista (p = 0,186) alcanzando significación estadística en la valoración por la enfermera (EP: 77,3% vs Sb 38,6%; p = 0,001).

Conclusiones: El rendimiento AP (citología + biopsia) de las estenosis biliares por CPRE es del 59,4% sin diferencias respecto del tipo de pinza. El acceso y obtención de muestras en las estenosis biliares es mejor con la pinza estándar pediátrica.

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-Cerón^{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 Clínic 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: ¹Departamento de Medicina Preventiva y Epidemiología; ²Departamento 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 ± 1,1 años; 52,4% hombres) fueron programados para una CR precoz en una media de tiempo de 11 ± 1,5 meses. Los 114 restantes (59,1 ± 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 sénil (ASS) independientemente de su tamaño y localización (63,4% vs 27,2%; p < 0,001). Las CR fueron realizadas con cromocopia (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: ≥ 5PS proximal a sigma, 2 o más ≥ 10 mm, tipo 3: > 20PS a lo largo del colon); 2) Casi-SPS: elevado número de PS sin llegar a reunir criterios de la OMS (a: ≥ 4PS 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 ± 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% 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

Clinica 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 cuenta 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 colo-

noscopias 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 a la preparación en función de la edad de los pacientes. La administración de ambas soluciones no acarreo 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

46. NIVELES DE INFLIXIMAB. UTILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

M. Lorente, M. Marrero Marrero, J.M. Marrero, M. Peñate, N. Cruz, I. Fernández, C. Sánchez, A. González y A. Sierra

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Servicio de Aparato Digestivo, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo: Evaluar la utilidad de los niveles de infliximab (IFX) en la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas en la práctica clínica diaria con un kit de ELISA de primera generación.

Métodos: Se ha incluido a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (tanto enfermedad de Crohn (EC) como colitis ulcerosa (CU)) que están en seguimiento en las consultas externas monográficas de EII y que están en tratamiento de mantenimiento con IFX. Se tomaron muestras de sangre el día que acudían a Hospital de Día para la administración del tratamiento. El servicio de bioquímica analizó las muestras con los kits cedidos por Laboratorios Biotek. Desde consultas externas se realizaron los controles analíticos, clínicos y endoscópicos habituales en el seguimiento de estos pacientes. Comparamos las características epidemiológicas, clínicas, analíticas y endoscópicas de los mismos con los niveles obtenidos, dividiéndolos en 3 grupos según las recomendaciones del fabricante.

Resultados: De los pacientes en tratamiento con IFX aceptaron participar en el estudio 63, 47 de ellos con EC (68%). El 55% son hombres, con una edad media de 37 años (16-72). El 25% son fumadores y el 11% exfumadores. De los pacientes con EC el 44% presentaba afectación de ileon terminal, 39% ileocolónica y el resto colónica, con predominio del patrón inflamatorio (74%). De los pacientes con CU el 65% presentaba afectación pancolónica y el resto colitis izquierda. 7 pacientes presentaban EPA y el 17% del total tenían manifestaciones extraintestinales (65% articulares, resto cutáneas y oculares). 35 pacientes (55%) estaban en tratamiento combinado con inmunosupresores y 12 pacientes habían recibido prednisona en los últimos 6 meses. No se observan diferencias en la distribución de niveles de IFX al comparar ambos sexos, tipo de EII, tratamiento combinado con IS ni pacientes con dosis intensificada de IFX con los pacientes con dosis estándar. Al comparar los niveles de IFX con el valor de calprotectina fecal (CF) se observa que a menor nivel de IFX los pacientes presentan mayores valores de CF sin que se observe una correlación estadísticamente significativa. En cuanto a la clínica, la gran mayoría de los pacientes estaban asintomáticos, pero los pacientes con brote grave o EPA activa presentaban niveles bajos de IFX.

Conclusiones: La medición de niveles de IFX no está estandarizada y por tanto deben ser interpretados con cautela y no tomar decisiones basadas en ellos. Deberíamos medir, en los pacientes con niveles de IFX bajos, los anticuerpos anti-infliximab. Parece necesaria la comercialización de kits de niveles de IFX y anticuerpos universales para poder comparar entre distintos centros.

47. SEGURIDAD Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y ABSCESOS INTRA-ABDOMINALES

J. Miranda-Bautista^a, L. Ibáñez^a, F. Díaz-Fontenla^a, V. Flores^a, M. Echenagusia^b, F. Camúñez^b, A. Díaz-Redondo^c, I. Marín-Jiménez^a y L. Menchén^a

Hospital General Universitario Gregorio Marañón: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Radiología; ^cServicio de Medicina Preventiva, Madrid.

Introducción y objetivo: Se estima que el 30% de los pacientes con enfermedad de Crohn desarrollan en algún momento abscesos intra-abdominales. El manejo de la enfermedad luminal activa puede requerir determinados tratamientos potencialmente perjudiciales para dicha patología infecciosa. El objetivo de este estudio es establecer la seguridad del tratamiento con fármacos biológicos en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y abscesos intra-abdominales. El tratamiento inicial fue antibioterapia, asociando drenaje percutáneo en los casos técnicamente posible.

Métodos: Se han revisado retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes seguidos por el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón por presentar enfermedad de Crohn con abscesos intra-abdominales.

Resultados: Fueron incluidos 12 pacientes en el estudio. En todos se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro, y se inició o continuó tratamiento biológico con anti-TNF. La indicación del mismo fue la existencia de actividad luminal moderada-severa de EC. En 7 de los 12 pacientes incluidos (58,3%) se realizó además drenaje percutáneo del absceso. No se observaron complicaciones asociadas al procedimiento. Asimismo, la evolución del proceso infeccioso fue buena, aunque un paciente presentó recurrencia del absceso que requirió intervención quirúrgica 1,5 años tras el episodio. Otros dos pacientes requirieron cirugía entre 12 y 18 meses tras el episodio, debido a enfermedad luminal refractaria.

Conclusiones: El uso de anti-TNF como tratamiento en pacientes con enfermedad de Crohn y abscesos intra-abdominales parece se-

guro. Podría ser una opción a valorar en los pacientes con absceso tratado adecuadamente (antibioterapia ± drenaje percutáneo) con enfermedad luminal activa moderada-severa.

48. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL USO DE TACROLIMUS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

I. Rodríguez Lago^a, O. Merino Ochoa^b, O. Nantes Castillejo^c, I. Moraleja Yudego^a y J.L. Cabriada Nuño^a

^aHospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya.

^bHospital Universitario de Cruces, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya. ^cComplejo Hospitalario de Navarra, Departamento de Gastroenterología, Pamplona.

Introducción: Los inmunomoduladores son fármacos usados habitualmente en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Entre ellos destacan los derivados tiopurínicos, el metotrexato y la ciclosporina. Existen otras opciones terapéuticas, aunque con menor evidencia científica y menos experiencia para esta indicación. El tacrolimus es un fármaco inhibidor de calcineurina que ha demostrado su utilidad en algunos ensayos clínicos y series de casos en esta patología. El objetivo de nuestro estudio es evaluar las características de los pacientes con EII tratados con tacrolimus en País Vasco y Navarra, así como su evolución clínica, analítica y endoscópica.

Métodos: Se han recogido datos de forma retrospectiva los casos de pacientes con EII tratados en algún momento de su enfermedad con tacrolimus provenientes de 3 unidades de EII de País Vasco y Navarra.

Resultados: Se incluyeron un total de 13 pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. En general eran pacientes con enfermedad de larga evolución y refractarios a inmunosupresores y biológicos. El 69% habían recibido biológicos previamente (3 - un fármaco, 2 - dos fármacos, 3 - tres fármacos y 1 - cuatro fármacos). La indicación más frecuente para el inicio de tacrolimus fue la cortico-dependencia, seguido de la enfermedad fistulizante. Los niveles de fármaco se mantuvieron entre 5-10 ng/ mL. Se alcanzó la remisión clínica completa en 5 pacientes (5/13, 38%) y la respuesta parcial en 4 pacientes (4/13, 30%). El tratamiento se mantuvo durante una media de 19 meses y se suspendió en 10 sujetos. Se han registrado 5 pacientes con efectos adversos (5/13, 38%), ninguno de ellos grave. En tres de ellos motivó la suspensión del tratamiento. El seguimiento clínico medio fue de 43.5 meses desde el inicio de tacrolimus, manteniéndose en 4 pacientes al final del periodo de seguimiento.

Conclusiones: Existe escasa experiencia con el uso de tacrolimus en EII, siendo la indicación más frecuente la cortico-dependencia y la enfermedad fistulizante. Es un fármaco relativamente efectivo y con un buen perfil de seguridad. Todo ello hace que sea un medicamento a tener en cuenta en pacientes con intolerancia o refractariedad a otros tratamientos, aunque es necesaria más información para establecer su papel en el algoritmo terapéutico de esta patología.

49. LEUCOCITOAFÉRESIS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: INDICACIÓN Y RESULTADOS DE UN REGISTRO ASTURIANO EN DOS CENTROS

E. Barreiro Alonso^a, D. Pereira Santiago^a, E. López Fernández^a, M. Curieses Luengo^a, J.M. Duque Alcorta^b, F.J. Román Llorente^a, C.I de la Coba Ortiz^a y C. Saro Gismera^a

^aHospital de Cabueñes, Servicio de Aparato Digestivo, Gijón.

^bHospital San Agustín, Servicio de Aparato Digestivo, Avilés.

Introducción: La leucocito-aféresis (LA) es una alternativa de tratamiento en la colitis ulcerosa (CU) activa, con distintas indica-

ciones, básicamente en CU esteroide-dependiente y como puente a azatioprina (AZA).

Objetivo: Describir la enfermedad y evaluar la respuesta de los pacientes con CU que han recibido tratamiento con LA en dos Centros asturianos.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo en 29 pacientes con CU activa tratados con LA, en los hospitales de Cabueñes y Avilés. Se describen las características de la enfermedad, indicación y pautas del tratamiento. Se evalúa una semana después de la última aféresis la respuesta clínica, biológica, endoscópica y necesidad de cirugía.

Resultados: 19 varones (65,5%), 12 exfumadores (41,3%). 19 colitis extensa (65,5%), 9 colitis distal (31%) y 1 proctitis (3,5%). Actividad basal: 9 leves, 11 moderadas y 5 graves. Edad media al diagnóstico: 36,3 años. Tiempo medio de evolución hasta primera aféresis: 3,32 años (0 a 32). 24 manifestaciones extraintestinales en 9 pacientes (31%). Indicación: 20 cortico-dependientes, 9 refractarios, 7 puente a IMM, 15 fracaso-intolerancia a AZA-IFX. Nº aféresis: 238, media 8,2/paciente (5 a 19); 16 pacientes con pauta clásica (1/sem, 5 sem), resto intensificado. Tiempo de aféresis = 60 mn; Re-aféresis: 4, Mantenimiento: 2. Remisión clínica libre de esteroides: 7/29 (24,13%); Respuesta clínica: 14/29 (48,3%); PCR media previa: 34,66, PCR post: 7,75. Mejoría endoscópica: 6/14 (42,8%). Colectomía post-aféresis: 4 pacientes. 1 exitus tras cirugía por fracaso a tratamiento.

Conclusiones: En nuestro medio, la aféresis permite la remisión clínica libre de esteroides en un cuarto de los pacientes tratados, mejorando la mitad de los pacientes. Debe seleccionarse este tratamiento para pacientes con colitis ulcerosa moderada.

50. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL USO DEL METOTREXATO EN PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE CROHN

J.O. Miquel-Cusachs^{a,b}, M. Serra-Pagés^c, A. Bahí^c, D. Busquets Casals^b y X. Aldeguer Manté^b

^aConsorci Hospitalari de Vic, Barcelona. ^bHospital Universitari Dr. Josep Trueta, Servicio de Aparato Digestivo, Girona. ^cInstitut de Investigació Biomèdica de Girona (IdIBGi), Girona.

Introducción: El metotrexato (MTX) es un inmunomodulador útil para pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) intolerantes o no respondedores a tiopurinas (azatioprina/6-mercaptopurina) y/o Anti-TNF (infliximab/adalimumab). El objetivo es evaluar retrospectivamente el uso y eficacia en la práctica clínica del MTX en la EC.

Métodos: Estudio retrospectivo durante el período 2006-14 de pacientes con EC tratados con MTX en la Unidad de Inflammatoria Intestinal del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona. Se ha clasificado la respuesta al tratamiento como pacientes respondedores, no respondedores o intolerantes. Las variables analizadas son: 1) Datos clínicos; 2) Clasificación ALB; 3) Respuesta a tratamientos previos; 4) Actividad clínica antes (Tiempo 0, T0), durante (T1) y post-tratamiento (T2) con MTX según parámetros clínicos (PCR, Leucocitos, hemoglobina, albúmina sérica, VSG) cómo respuesta clínica al MTX.

Resultados: Se han incluido 32 pacientes con EC (47% hombres, 53% mujeres; edad media de 39,5 años; tiempo de evolución media de la enfermedad de 11 años, edad de debut entre 17-40 años). 18 pacientes (56,25%) son intolerantes (n = 15, 46,87%) o bien no respondedores (n = 3, 9,37%) a tiopurinas. Se detectaron 14 pacientes intolerantes al tratamiento Anti-TNF (n = 8, 12,5%) o no respondedores (n = 6, 17,75%). La dosis media de MTX ha sido 15-25 mg/semana administrada por vía subcutánea. La duración media del tratamiento con MTX ha resultado ser de 7 meses (intervalo de 1 mes-51 meses). 13 de los pacientes (40,62%) con respuesta clínica

al MTX seguían tratamiento de mantenimiento con MTX en el momento del estudio (38% de los cuales eran intolerantes a tiopurinas), la gran mayoría (8 de los 13 pacientes respondedores, 61,5%) en tratamiento combinado con anti-TNF. 15 pacientes (46,87%) han mostrado algún efecto adverso o intolerancia al MTX (33,33% de los casos por alteración hepática, básicamente incremento del nivel de las transaminasas). 4 pacientes (12,5%) no respondieron al MTX, independientemente de la localización y el patrón de la enfermedad. En el grupo de respuesta a MTX se observó mejora clínica ($p < 0,05$) en T1 respecto T0 por los valores de PCR, hemoglobina y albúmina. En el grupo intolerantes al MTX la retirada del mismo se asocia a una mejora clínica significativa en T2, $p = 0,01$.

Conclusiones: Este estudio retrospectivo sugiere que el MTX se puede considerar una alternativa útil y eficaz en la EC refractaria a tiopurinas o anti-TNF y parece ser útil y seguro a largo plazo como mantenimiento combinado con anti-TNF. Serán necesarios más estudios prospectivos para evaluar su utilidad en este contexto clínico a largo plazo.

51. PERFIL Y RESULTADOS DE LA MERCAPTOPURINA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

F. Bermejo^a, A. Algaba^a, S. López-Durán^b, I. Guerra^a, M. Aicart^b, M. de Lucas^a, E. Garrido^b, M. Hernández^a y A. López-Sanromán^b

^aHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Digestivo, Madrid. ^bHospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Gastroenterología, Madrid.

Introducción: La mercaptopurina (MP) es un inmunomodulador tiopurínico cuya frecuencia de uso en nuestro medio es inferior a la de la otra tiopurina, azatioprina (AZA). Nuestro objetivo fue determinar las principales situaciones en las que se utiliza MP como terapia inmunomoduladora en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), bien de primera elección, bien tras suspensión de AZA, así como su eficacia y tolerancia.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyeron todos los casos de pacientes tratados con MP en una cohorte total de 1598 pacientes con EII de dos hospitales: 851 pacientes con enfermedad de Crohn (EC), 676 colitis ulcerosa (CU) y 47 colitis no clasificadas/indeterminadas (CI). De cada paciente se recogieron los datos epidemiológicos y clínicos de la EII y los datos relativos al tratamiento con MP.

Resultados: El 60,1% ($n = 961$) de los 1598 pacientes había estado en tratamiento con terapia inmunosupresora con tiopurinas en algún momento. De éstos, 151 pacientes (51% mujeres; 25,9% fumadores; edad media 49 ± 15 años) recibieron tratamiento con MP (98 EC, 51 CU, 2 CI) lo que supone el 9,4% del total de pacientes con EII, y el 15,7% del total de pacientes bajo terapia con tiopurinas. El tiempo medio desde el diagnóstico de la EII hasta el inicio de MP fue de 81 meses (RIQ: 20-109) y la dosis media empleada 80 ± 29 mg. La MP fue el tratamiento inmunomodulador inicial elegido en el 14,1% de los pacientes, en un 4,5% la MP se pautó tras fracaso de AZA y en el 80,5% se prescribió tras sufrir efectos adversos con AZA: 36,9% ($n = 48$) por intolerancia digestiva, 35,4% ($n = 46$) debido a hepatotoxicidad, 2,3% ($n = 3$) por mielotoxicidad, 1,5% ($n = 2$) por pancreatitis leve y 23,8% ($n = 31$) por otros efectos adversos. En 80/151 pacientes (53%; 47 EC, 33 CU) aparecieron efectos adversos con MP, que obligaron a la retirada del tratamiento en 50 de ellos; en un tercio, el efecto adverso fue idéntico al sufrido con AZA. El tratamiento con MP fue eficaz en el 39% de los casos (IC95% 31-47%), 41% eficacia en EC, 35% en CU. En el resto la falta de eficacia se debió a la retirada del tratamiento por un efecto adverso (49,5%), a la necesidad de subida de escalón terapéutico farmacológico (35,9%), necesidad de cirugía (12,4%) o problemas de abastecimiento (1,1%). El tiempo total medio de tratamiento con MP fue de 36 meses (RIQ: 2-60), durante el mismo 31 pacientes (20,5%)

tuvieron la menos un ingreso hospitalario y casi la mitad terminó suspendiendo el tratamiento con MP (47,7%, de éstos un 11,1% retomó el tratamiento más adelante).

Conclusiones: En nuestro medio, la MP es utilizada principalmente como terapia de rescate en pacientes con EII y efectos adversos con AZA, lo cual explicaría la modesta eficacia y el alto porcentaje de efectos adversos. No obstante, aun así este fármaco es una alternativa en este grupo de pacientes antes de considerar una subida de escalón terapéutico.

52. ENTESOPATÍA Y SINOVITIS ECOGRÁFICA SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) SIN SÍNTOMAS NI SIGNOS CLÍNICOS DE ESPONDILOARTRITIS

E. Vicente^a, S. Pérez^b, L. Merino^a, I. Llorente^a, M. Chaparro^b, F. Rodríguez-Salvanés^c, L. Vega^c, S. Castañeda^a y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de la Princesa, Madrid. ^bFundación Jiménez Díaz, Madrid. ^cUnidad de Apoyo a la Investigación, IIS-IP, Madrid.

Introducción: Las manifestaciones extraintestinales músculo-esqueléticas son las más frecuentes en los pacientes con EII. La ecografía con power Doppler (PDUS) podría ser una herramienta útil para identificar la afectación subclínica al ser más sensible que la exploración física para detectar entesopatía y sinovitis.

Objetivo: Evaluar la presencia de entesitis y sinovitis con PDUS en pacientes con EII sin clínica músculo-esquelética e investigar su correlación con las características de la EII.

Métodos: Estudio transversal con reclutamiento prospectivo de pacientes con EII atendidos en la Unidad de EII en 2013-2014. Se evaluó el estado de la EII y se realizaron exploraciones, reumatológicas y ecográficas, ciegas entre sí. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, características de la EII y los índices BASFI, BASDAI y HAQ. La evaluación ecográfica en escala de grises (EG) y con power Doppler (PD), mediante ecógrafo LOGIQ7 (General Electric) y transductor lineal de 12 MHz, incluyó las 12 entesis del índice MASEI y 44 articulaciones. La sinovitis se valoró de forma binaria y semicuantitativa.

Resultados: Se han incluido hasta el momento 35 pacientes (51% varones): 17 Crohn (EC) y 18 colitis ulcerosa (CU). Edad 42 ± 12 años, tiempo de evolución 9 años (rango: 0,1-33), CDAI $20,5 \pm 17,5$, índice de Mayo $0,4 \pm 0,9$, terapia con DMARD en el 91,3% durante $5,5 \pm 5,3$ años, VSG $12,4 \pm 8,0$ y PCR $0,13 \pm 0,19$. El 98,6% tenía un MASEI positivo, con valor medio de $33,1 \pm 8,8$. Se encontraron alteraciones en EG en ≥ 1 entesis en todos los pacientes: entesofitos o calcificaciones (100%), ecoestructura alterada (100%), grosor aumentado (100%), erosión (17%) y bursitis (34,3%). Las entesis más gravemente afectadas fueron el tendón de Aquiles y la fascia plantar. Se encontró derrame articular e hipertrofia sinovial (HS) en al menos 1 articulación en el 86% y 94%, respectivamente, siendo la afectación poliarticular (≥ 5 articulaciones) en el 40% y 60%, respectivamente. La señal PD en entesis y sinovial fue positiva en el 43% y el 40% de los pacientes, respectivamente. El derrame articular y la HS fueron más frecuentes en MTF, MCF y rodillas y la señal PD en carpos y rodillas. Los índices ecográficos de HS fueron significativamente superiores en CU que en EC ($p = 0,003$). Los índices ecográficos de HS y PD se asociaron con la edad ($p = 0,011$ y $p = 0,002$). No encontramos otras asociaciones entre las variables PDUS y las variables clínicas y analíticas de la EII, probablemente debido al tamaño muestral. La concordancia intraobservador fue alta (coeficiente kappa = 0,8).

Conclusiones: La entesopatía y la sinovitis ecográfica subclínica es frecuente en los pacientes con EII, con independencia de la actividad, el tiempo de evolución y el subtipo clínico. La HS parece ser más grave en la CU que la EC. Se necesitan estudios de segui-

miento prospectivo para definir su utilidad en la predicción de la afectación músculo-esquelética clínica y su asociación con el deterioro estructural.

53. PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DEL CROHN ESOFÁGICO, GÁSTRICO Y DUODENAL

A. Cañete Ruiz^a, A. López Sanromán^a, C. Taxonera Samsó^b, M.J. Casanova González^c, L. Tardío Mora^d, P. López Serrano^e, A. Algaba García^f, M. Villafruela Cives^g, N. Manceñido Marcos^h, B. Botella Mateuⁱ, J.P. Gisbert^c, D. Olivares Quintanar^j, I. Marín Jiménez^d y J.L. Pérez Calle^e

^aHospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Gastroenterología, Madrid. ^bHospital Clínico San Carlos, Servicio de Gastroenterología, Madrid. ^cHospital Universitario de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^dHospital General Universitario Gregorio Marañón, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^eHospital Fundación de Alcorcón, Servicio de Gastroenterología, Madrid. ^fHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^gServicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid. ^hHospital Infanta Sofía, Gastroenterología, Madrid. ⁱHospital Infanta Leonor, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^jHospital Clínico San Carlos, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Objetivo: La afectación del tracto digestivo alto EGD (esófago, estómago y duodeno) en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) es infrecuente. Se ha sugerido que representa un indicador de agresividad. Nuestro objetivo es determinar las características clínicas de este patrón de afectación y los tratamientos que requiere.

Métodos: Recogimos pacientes de las bases de datos de 9 consultas de enfermedad inflamatoria de 9 centros de Madrid. Se incluyeron: el momento del diagnóstico, clínica de inicio, hábitos tóxicos, presencia de *Helicobacter pylori* (en el caso de gastritis y duodenitis asociada a EC), necesidad de cirugía (tanto para afectación alta como no EGD) y el tratamiento médico requerido (desde salicilatos a biológicos). Como grupo control empleamos la población no EGD de esas mismas bases de datos.

Resultados: En nuestra serie de 90 pacientes, sobre un total de 3.968 (un 2,27%), encontramos un predominio del sexo femenino (59%), patrón inflamatorio B1 de Montreal (60%), afectación más frecuente a nivel duodenal (61%), diagnóstico mayoritariamente en el debut de la enfermedad (60%). Como otras manifestaciones asociadas, sólo 4 pacientes con afectación esofágica presentan aftas orales (30%), y la afectación perianal no es frecuente (16%). Un 50% de estos pacientes necesitan inmunomoduladores por corticodependencia. Un 43% reciben biológicos (principalmente infliximab y adalimumab) para el control de su EC, en comparación con el 21% de los no EGD que aparecen en nuestra serie. La afectación alta responde a IBP en la mitad de los casos, pero 18 pacientes necesitan biológicos para el control de la actividad a este nivel (20%). Un total de 5 pacientes requieren cirugía por afectación alta. El consumo de tabaco no es más frecuente en este grupo. Limitaciones: estudio retrospectivo.

Conclusiones: La prevalencia es baja. Los pacientes con afectación alta de EC presentan mayor tasa de tratamientos biológicos que la población no-L4 en el estudio comparativo en nuestra serie. La prevalencia de afectación perianal es baja.

54. TIEMPO DE RESOLUCIÓN DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA EN TRATAMIENTO CON MESALAZINA MMX. ANÁLISIS DE DATOS AGRUPADOS

S. da Silva Sánchez^a, L. García-Ortí^b y H. Wang^c

^aShire, Bruselas, Bélgica. ^bDepartamento Médico Shire España. ^cShire, Wayne, Pa, Estados Unidos.

Introducción: la colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica caracterizada por dolor abdominal, aumento de la frecuencia de deposiciones y rectorragia. La remisión endoscópica es el objetivo del tratamiento para los pacientes con CU. El alivio de los síntomas clínicos (rectorragia y frecuencia de las deposiciones) puede utilizarse para evaluar la remisión. Las mejoras en las puntuaciones de síntomas muestran correlación con mejoras en la calidad de vida. La mesalazina es la terapia estándar de primera línea para el tratamiento de la CU leve-moderada. Este estudio revisa datos agrupados de ensayos de mesalazina MMX, una formulación de dosis única diaria, en pacientes con CU, para evaluar el tiempo de resolución de los síntomas en el tratamiento agudo, y para los que lograron la remisión clínica, la proporción que permanece en remisión tras 12 meses de tratamiento.

Métodos: Se han revisado datos de 3 estudios fase 3 (NCT00503243; NCT00548574; NCT00151944) y 2 fases 4 (NCT00446849; NCT01124149). En la fase aguda los pacientes se aleatorizaron a placebo, 2,4 g mesalazina MMX una o dos veces al día y 4,8g una o dos veces al día durante 8 semanas. Los pacientes que alcanzaban la resolución de síntomas, (puntuación 0 para frecuencia de deposiciones y sangrado rectal según UC-DAI modificado) durante los 3 días previos a la visita del estudio, al final de esta fase continuaban en tratamiento de mantenimiento durante 12 meses con 2,4 g/día una vez al día. En uno de los estudios (NCT01124149), los pacientes en remisión parcial (puntuación combinada de frecuencia de las deposiciones y sangrado rectal = 1) al final de la fase aguda se pasaron a la fase de mantenimiento; sin embargo se les excluyó del análisis final.

Resultados: En la fase aguda el tiempo medio de resolución (con un IC95%) para los grupos de placebo, 2,4 g/día, 4,8 g/día, y 4,8 g/día + 2,4 g/día de mesalazina MMX para la frecuencia de las deposiciones fue: 52 días (45, no estimable [NE]); 33 días (23,46); 38 días (35,43); y 38 días (34,41). Para el sangrado rectal el tiempo medio de resolución fue: 35 días (20, NE); 14 días (12,18); 16 días (14,17); y 15 días (14,17). Para ambos síntomas, la media de resolución fue: NE (56, NE); 41 días (30,48); 45 días (42,50); y 45 días (41,48). En aquellos que alcanzaban la resolución de síntomas al final de la fase aguda el porcentaje de pacientes que mantuvo la puntuación de 0, tras 12 meses de tratamiento fue: 68,2% (462/677) para frecuencia de las deposiciones; 68,3% (721/1055) para el sangrado rectal; y 67,4% (438/650) para la resolución de ambos síntomas.

Conclusiones: En general, el tratamiento de fase aguda con mesalazina MMX resolvió los síntomas en un tiempo más corto en comparación con placebo (38 vs 52 días para la frecuencia de las deposiciones; 15 vs 35 días para el sangrado rectal). Además, más del 67% de los pacientes mantuvieron la resolución de síntomas después de 12 meses de tratamiento de mantenimiento con mesalazina MMX.

55. AFINIDAD DEL INFLIXIMAB POR LOS EXOSOMAS SÉRICOS

B. Hernández-Breijo^a, M. Chaparro^b, A. Paradela^c, I.D. Román^a, D. Cano-Martínez^a, P. Sanmartín-Salinas^a, J.P. Gisbert^b y L.G. Guijarro^a

^aUniversidad de Alcalá y CIBEREHD, Departamento de Biología de Sistemas, Alcalá de Henares. ^bHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP y CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^cCentro Nacional de Biotecnología, Servicio de Proteómica, Madrid.

Introducción: La pérdida de respuesta al infliximab (IFX) se ha asociado con la presencia de anticuerpos contra el fármaco (ATI).

Sin embargo, otros complejos de proteínas presentes en el suero también podrían unirse al fármaco, bloqueando su efecto. Algunos estudios han sugerido que los exosomas, partículas de 30-100 nm presentes en el plasma, podrían unirse a los fármacos biológicos disminuyendo su biodisponibilidad.

Objetivo: Analizar las moléculas que se unen al IFX en suero. Evaluar la interacción del IFX con los exosomas. Conocer la composición de los exosomas por métodos proteómicos.

Métodos: Se analizaron sueros humanos procedentes de voluntarios sanos ($n = 3$). Los sueros se incubaron con IFX-alexa488 y la mezcla se inyectó en una columna de HPLC de exclusión por tamaño Yarra3000 (Phenomenex, EEUU). La fracción correspondiente al volumen de vacío del perfil cromatográfico se ultracentrifugó (160,000 g, 4 °C, 90 min). El sedimento correspondiente se analizó mediante western blot y proteómica (Nano LC ESI-MSMS en Eksigent 1D-nano HPLC acoplado vía fuente nanospray a espectrómetro de masas 5600TripleTOF QTOF; ABSciex, Framingham, EEUU).

Resultados: Los resultados del análisis por HPLC mostraron que los complejos proteicos unidos al IFX-alexa488 poseen un diámetro (> 30 nm) consistente con el tamaño de los exosomas. Después de la ultracentrifugación de esta fracción, el sedimento fue caracterizado por western blot contra CD63 (marcador de exosomas). Por otro lado, también en el pellet, se identificaron otras proteínas por proteómica. Se observaron nuevas proteínas en los exosomas como son el receptor polimérico de inmunoglobulinas (PIGR), fibulina-1, utrofina, factor H del complemento, dermicidina, la cadena J de inmunoglobulina, entre otras. También se identificaron proteínas previamente descritas en exosomas como las queratinas, la región constante de la Ig alfa 2, la región constante de la Ig gamma 4, o la trombospondina. Por el momento, hemos inmunoprecipitado con IFX los complejos proteicos de los exosomas con el objetivo de definir nuevas dianas para este anticuerpo terapéutico.

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran que el IFX es capaz de unirse a los exosomas presentes en el suero humano. Este hecho debería ser tenido en cuenta a la hora de medir los anticuerpos contra IFX, ya que estas uniones podrían ser falsos positivos de los ATI. El estudio de la estructura y la función de los exosomas podría ser importante para evaluar la biodisponibilidad y la eficacia del IFX en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

56. USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA

E. Tulewicz, C. Moreno Castilla, R. Ballester Clau, A. Esquerda Serrano, N. Pociello Almiñana, M. Planella de Rubinat, L. Martí Cosconera, J. Prieto Labiano, P. Gallel Vicente y J.M. Reñé Espinet

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Unidad de Enfermedad Celíaca, Lleida.

Objetivo: Describir y analizar el uso de las terapias alternativas y complementarias (TAC) por parte de pacientes con enfermedad celíaca (EC).

Métodos: Encuesta online dirigida a socios de la Asociación de Celíacos de nuestra comunidad autónoma. En el caso de los menores de 15 años la encuesta fue realizada por un adulto allegado.

Resultados: Respondieron correctamente a la encuesta un total de 509 socios (69,2% mujeres y 46,2% menores de 15 años). El 17,3% ($n = 88$) presentaban otras enfermedades crónicas. El 94,1% ($n = 479$) refirieron un cumplimiento estricto de la dieta sin gluten (DSG) y el grado de satisfacción con ella era alto para un 70,7% ($n = 360$). La percepción de la salud fue buena o muy buena para el 79% ($n = 403$). El 25,1% ($n = 128$) había pensado alguna vez en utilizar TAC para tratar la EC, el 16,7% ($n = 85$) se informó sobre ellas y el 5,7% ($n = 29$) las utilizó, siendo en este caso la homeopatía la más empleada, por un 58,6% ($n = 17$). De quienes usaron TAC, el 82,8% ($n = 24$) supieron de su existencia a través de familiares o amigos. La

principal motivación para recurrir a las TAC fue la mejora del estado general (62,1%), consiguiendo este objetivo también un 62,1%. 8 de los 29 pacientes (27,6%) confiaron poder abandonar la DSG gracias a las TAC. Ninguna de las variables incluidas en la encuesta (edad, sexo, años de evolución de la enfermedad, satisfacción con la DSG, percepción del estado de salud, nivel de estudios, enfermedades crónicas coexistentes) influyó en la decisión de recurrir a las TAC.

Conclusiones: Una cuarta parte de los encuestados pensó en utilizar las TAC para la EC, pero pocos recurrieron a ellas finalmente. La mayoría logró el objetivo de mejorar su estado general. Un número pequeño, pero no despreciable, abandonó la DSG, el único tratamiento actual para dicha enfermedad.

57. EFICACIA DE LA INTENSIFICACIÓN Y DEL CAMBIO DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

R. Calle Sanz^a, M. Castro Fernández^a, J. Ampuero Herrojo^a, M.M. Manzano García^b, P. Ferrero León^a, C. Márquez Castro^a y M. Romero Gómez^a

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme: ^aAparato Digestivo; ^bFarmacología Clínica, Sevilla.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la modificación del tratamiento biológico con infliximab (IFX) o adalimumab (ADA) en la recuperación de la remisión clínica en pacientes con enfermedad de Crohn (EC).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes con EC en tratamiento con IFX y ADA seguidos en la consulta monográfica de enfermedad inflamatoria intestinal. El criterio de inclusión fue la modificación del tratamiento biológico tras pérdida de respuesta: a) intensificación, definido por doblar dosis de IFX (5 mg/kg a 10 mg/kg) o de ADA (40 mg a 80 mg), o por disminución de intervalo de dosis (menos de 8 semanas para IFX o dosis semanal para ADA); b) sustitución de biológico por pérdida de eficacia (IFX por ADA o ADA por IFX). Los pacientes fueron clasificados según el tratamiento biológico al final del estudio: a) grupo IFX, aquellos con intensificación de IFX más aquellos con sustitución de ADA por IFX; b) grupo ADA, aquellos con intensificación de ADA más aquellos con sustitución de IFX por ADA. La eficacia de la modificación del tratamiento fue valorada positivamente tras alcanzar la remisión clínica.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes, 46,3% varones (25/54), con edad media de $37,5 \pm 12,2$ años. La localización fue ileocólica en el 27,8% (15/54), ileal en el 48,1% (26/54) y colónica en el 24,1% (13/54). El tipo de intensificación recibida (cambio de intervalo o de dosis) no influyó en la respuesta ($p > 0,05$). En el grupo ADA, observamos una remisión clínica del 82,4% (14/17), mientras que los pacientes del grupo IFX alcanzaron una remisión del 48,6% (18/37) ($p = 0,035$). En el subgrupo de pacientes con intensificación de tratamiento (tanto IFX como ADA) ($n = 35$), el tiempo hasta precisar dicha intensificación se asoció a la remisión clínica ($29 \pm 20,5$ vs $15,7 \pm 12,6$ meses; $p = 0,031$). Tras ajustar por edad y sexo, en el análisis multivariante el grupo ADA [OR 8,33 (IC95% 1,23-34,6); $p = 0,030$] y el tiempo hasta la intensificación del tratamiento [OR 1,07 (IC95% 1,01-1,14); $p = 0,020$] fueron independientemente asociadas a la remisión clínica. El modelo multivariante arrojó una AUROC 0,82 (IC95% 0,69-0,96) ($p = 0,001$) para la predicción de remisión clínica.

Conclusiones: La intensificación del tratamiento con ADA y el cambio de IFX a ADA fue más eficaz que la intensificación de IFX y cambio de ADA a IFX para recuperar remisión clínica. La probabilidad de recuperar la respuesta clínica fue superior en los pacientes con mayor intervalo entre el inicio del biológico y su necesidad de intensificación.

58. COLITIS ULCEROSA REFRACTARIA A ESTEROIDES INTRAVENOSOS: INFLIXIMAB O CICLOSPORINA

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Aparato Digestivo, Sevilla.

Objetivo: Comparar la eficacia de ciclosporina (CyA) e infliximab (IFX) en el tratamiento de colitis ulcerosa (CU) refractaria a esteroides intravenosos.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes con brote moderado-grave de CU refractaria a esteroides intravenosos entre 2005 y 2013, utilizando CyA o IFX como tratamiento de rescate. Analizamos datos demográficos, fenotipo, tiempo de evolución y tratamientos previos de la CU, demora en el inicio de CyA/IFX, presencia de citomegalovirus (CMV) en biopsia rectal, desarrollo de megacolon, estancia hospitalaria y tiempo de seguimiento posterior. Asimismo determinamos necesidad de rescate cruzado y de colectomía como medida de la eficacia.

Resultados: Incluimos 43 pacientes con CU de predominio pancolónico (67%) con 61,95 meses de evolución en el momento del brote, en 10 casos es de debut. Veintisiete casos son brotes graves según criterios de Truelove-Witts, 10 con megacolon asociado. Se detectó CMV en biopsia rectal en 4/29 de los casos testados. Se decide tratamiento alternativo tras 8 días (rango 0-25) de esteroides intravenosos: CyA en 21 pacientes e IFX en 22 sin diferencias significativas en las variables analizadas, aunque es más frecuente la pancolitis (76% vs 59%, p 0,2) y el brote grave (71,4% vs 54,5%, p 0,2) en los pacientes con CyA. Seis pacientes (14%) requieren colectomía durante el brote, ligeramente superior con CyA (19 vs 9%; p 0,3). Uno recibió tratamiento cruzado (CyA y posteriormente IFX) evitando colectomía. La presencia de pancolitis o de brote grave tiene un riesgo de colectomía algo superior, no significativo, al igual que la presencia de CMV o megacolon. La estancia media fue similar en ambos grupos (IFX 21,6 vs CyA 24,6 días; p 0,3). El seguimiento medio posterior es de 37,92 meses. En los pacientes con CyA se realiza mantenimiento con azatioprina, en el grupo IFX se usa como puente a azatioprina en 6/20. A largo plazo requieren colectomía 4 pacientes más: 1/20 (5%) en grupo IFX y 3/17 (17%) con CyA. En total se intervienen 10 pacientes (23%): 3/22 (13,6%) con IFX y 7/21 (33%) con CyA, con una tendencia a mejor evolución a largo plazo en los tratados con IFX (p 0,09).

Conclusiones: La eficacia del tratamiento de rescate del brote grave-moderado de CU corticorefractaria es similar entre CyA e IFX. A largo plazo, el uso de IFX ya sea como puente a azatioprina o de mantenimiento es ligeramente superior a la estrategia de usar CyA como puente a azatioprina, evitando la colectomía el 90% de los pacientes que superan el brote grave-moderado.

59. SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO POR EFECTOS ADVERSOS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

E. Leo Carnerero, A. Núñez Ortiz, V. Aguilera Jaldo, C. Trigo Salado, M.D. de la Cruz Ramírez, J.M. Herrera Justiniano y J.L. Márquez Galán

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Aparato Digestivo, Sevilla

Objetivo: Conocer los efectos secundarios de los fármacos habitualmente utilizados en enfermedad inflamatoria intestinal (EII), con especial interés en aquellos que motivan la retirada definitiva de los mismos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye 565 pacientes con diagnóstico de EII (359 enfermedad de Crohn -EC-, 191

colitis ulcerosa -CU- y 15 colitis no clasificable -CNC-). Analizamos sexo, tabaco, características fenotípicas de la EII y fármacos utilizados, recogiendo los efectos secundarios. Consideramos que son significativos (ESS) si condicionan la retirada o modificación de la dosis de los mismos.

Resultados: Un total de 176/565 (31,2%) de los pacientes sufren algún tipo de ESS farmacológico; 43 (7,6% del global) al menos a dos fármacos. Entre los 510 pacientes tratados con 5ASA, 27 presentan ESS (5,3%). Estos son responsables de la retirada definitiva del fármaco en 20 pacientes (3,9%). La elevación de la creatinina es la principal causa, en 6 casos. Azatioprina (AZA) produce ESS en 147/353 pacientes (41,6%); provocan la retirada del fármaco en 85 (24,1%). El más frecuente es la leucopenia, objetivada en 53 casos (15%), sin embargo en 39 es suficiente el ajuste de dosis y solo en 14 provoca la retirada. De hecho, las causas más frecuentes de retirada son la intolerancia digestiva y la pancreatitis, ambos en 18 casos (5%), destacando que este último es exclusivo de la EC. La patología infecciosa provoca la retirada de AZA en 21 casos (17 por virus herpes), la mayoría de forma transitoria. Metotrexato (MTX) causa ESS en 12/57 pacientes (21,1%), el más frecuente es la intolerancia digestiva. Es poco frecuente haya que retirar el fármaco (7 pacientes, 12,2%). Algo similar ocurre con ciclosporina (CyA) que provoca ESS en 11/21 casos, 52,4%, pero sólo precisan suspender el tratamiento 3 pacientes (14,2%). En el caso de infliximab (IFX), las reacciones infusionales son la causa fundamental de retirada, en 10 casos. De los 114 pacientes tratados, 20 (17,5%) presentan ESS que provocan la retirada definitiva del mismo en 16 (14%). En cuanto a adalimumab (ADA), produjo ES en un porcentaje similar (13/90, 14,4%) aunque solo en 7 debe ser retirado (7,8%) al no presentar reacciones habitualmente. Aunque el análisis univariante muestra que los ESS son más frecuentes en pacientes con EC, con patología perianal e intervenidos, el multivariante solo encuentra como factores independientes el uso de AZA, MTX e IFX.

Conclusiones: La tercera parte de los pacientes con EII sufren algún tipo de ES en relación con los tratamientos utilizados. Como es sabido, los salicilatos tienen un gran perfil de seguridad. AZA y CyA son los que más los producen, siendo los tiopurinicos los que con más frecuencia condicionan la suspensión del tratamiento; su mayor uso en EC hace que en estos pacientes los ESS sean más frecuentes. Los ESS por MTX, IFX y ADA no suelen condicionar la retirada del tratamiento.

60. TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Syed, A. Algaba, I. Guerra, M. de Lucas, D. Bonillo, M. Hernández, A. Granja y F. Bermejo

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Digestivo, Madrid.

Objetivo: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) pueden presentar afectación en órganos distintos al aparato digestivo causando gran morbilidad. Aunque algunas de estas manifestaciones extraintestinales (MEI) se relacionan directamente con la actividad intestinal, otras tienen un curso independiente y requieren tratamientos específicos. Nuestros objetivos fueron: evaluar las características, tratamientos y evolución de las MEI en pacientes con EII en nuestro medio e identificar los posibles factores de riesgo asociados.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, tipo casos y controles. Los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) y MEI asociadas fueron considerados como casos. Los pacientes con EII sin MEI fueron considerados controles.

Resultados: Se incluyeron 619 pacientes con EII (327 EC, 265 CU, 27 colitis no clasificadas), edad media 45 ± 14 años, 60% mujeres, 24% fumadores. El 16,5% de los pacientes mostró al menos una MEI ($n = 102$). El 40% de las MEI observadas ($n = 50$) fueron manifestaciones musculoesqueléticas (28 artritis, 13 espondilitis anquilosante, 9 sacroileítis), otro 40% ($n = 50$) fueron manifestaciones cutáneas (28 eritema nodoso, 14 estomatitis aftosa, 6 pioderma gangrenoso, 1 síndrome de Sweet y 1 dermatitis granulomatosa), 11,2% ($n = 14$) manifestaciones oculares (7 uveítis y 7 epiescleritis), 6,4% ($n = 8$) trombosis vasculares y 2,4% ($n = 3$) enfermedades hepatobiliares (2 colangitis esclerosante y 1 hepatitis autoinmune). Respecto a los tratamientos empleados: las artropatías fueron tratadas con antiinflamatorios no esteroideos en el 26% de los casos, corticoides orales o intra-articulares en el 18%, metotrexato en el 10%, anti-TNF en el 10% y sulfasalazina en el 8%. El tratamiento de las manifestaciones cutáneas fue principalmente con corticoides (74%) y anti-TNF (2%). Las manifestaciones oculares se trataron con corticoides tópicos en el 64,3% de los pacientes y anti-TNF en el 7%. Globalmente, la eficacia del tratamiento pautado fue del 90% y solo el 13% de los pacientes tuvo recidiva de la MEI. El análisis multivariante mostró que el género femenino fue un factor de riesgo asociado al desarrollo de MEI ($p = 0,012$; OR = 1,61; IC95% 1,11-2,34). También, la gravedad de la EII estuvo asociada con el desarrollo de MEI, de modo que, pacientes con EII más graves que habían requerido terapia inmunosupresora ($p = 0,009$; OR = 1,65; 1,13-2,4) o terapia combinada de inmunosupresores con adalimumab ($p = 0,029$; OR = 2,28; 1,09-4,78) tuvieron un mayor riesgo de padecer una MEI.

Conclusiones: Las MEI más frecuentes observadas en nuestro medio fueron las manifestaciones musculoesqueléticas y cutáneas. Las mujeres y los pacientes con mayores requerimientos terapéuticos (inmunosupresores o anti-TNF) y por tanto, con enfermedades más graves, tuvieron mayor riesgo de desarrollar MEI. El tratamiento individualizado de las MEI es eficaz en la mayoría de los pacientes y el porcentaje de recidiva es bajo.

61. ¿CUÁL ES LA DOSIS REAL DE MESALAZINA UTILIZADA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA?

A. Algaba^a, I. Guerra^a, A. García-García de Paredes^b, M. de Lucas^a, C. Ferre^b, D. Bonillo^a, L. Aguilera^b, A. López-Sanromán^b y F. Bermejo^a

^aHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Digestivo, Madrid. ^bHospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Gastroenterología, Madrid.

Introducción: La mesalazina (MSZ) constituye la terapia de mantenimiento habitual en la colitis ulcerosa (CU). Sin embargo, la dosis real empleada por los clínicos es aún un misterio. El objetivo del estudio fue describir la utilización de la MSZ en nuestra práctica clínica, así como la dosis empleada y el éxito del tratamiento.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes con CU en tratamiento de mantenimiento con MSZ oral (al menos por 6 meses) vistos en las consultas por revisión entre septiembre y octubre de 2014 en dos unidades de enfermedad inflamatoria intestinal. Los pacientes en tratamiento con inmunosupresores o fármacos anti-TNF fueron excluidos. La adhesión al tratamiento con MSZ se determinó mediante el test de Morisky-Green.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes (edad media 52 ± 15 ; 52% mujeres, 13,5% fumadores). La duración media de la CU fue 10 ± 8 años. El 39% ($n = 35$) estaba en tratamiento concomitante con MSZ tópica. La dosis media de MSZ empleada fue $3 \pm 2,4$ g/d, tiempo medio 38 ± 46 meses. Dosis < 2 g/d fueron utilizadas en el 13,3% de los casos; de 2 a 2,9 g/d en el 35,6%, de 3 a 3,9 en el 23% y $= 4$ g/d en el 27,8% restante. El 45% de los pacientes tomaba la MSZ en una

única dosis diaria, el 36% en dos tomas y el 19% en tres tomas. El 40% de los pacientes había utilizado previamente otra marca comercial diferente de MSZ. Los motivos principales que suscitaron el cambio fueron: decisión médica ($n = 21$; 60%), efectos adversos ($n = 7$; 20%), solicitud del paciente ($n = 5$; 14,3%) o mala adhesión al tratamiento ($n = 2$; 5,7%). Durante el año previo a la recogida de datos, 55 pacientes habían permanecido en remisión de la enfermedad (62%), mientras que el resto había sufrido al menos un brote. En 59 casos, la dosis de mantenimiento se subió durante un brote de CU y en 26 de éstos (40%) se mantuvo esa dosis tras el mismo (dosis = 4 g/d en el 73% de ellos); en el resto se bajó la dosis transcurrido un tiempo (a 2 g/d en el 50%). Durante el tratamiento con MSZ, 8 pacientes requirieron ingreso hospitalario (9%), 10 estuvieron un período de tiempo sin tratamiento (90% por solicitud del paciente al llevar una larga temporada en remisión) y 10 (11%) sufrieron efectos adversos (alteración de la función hepática en el 30% de los casos). La adhesión al tratamiento fue buena en el 83% de los pacientes.

Conclusiones: Más de la mitad de nuestros pacientes con CU reciben dosis altas de MSZ (3-4 g/día) como terapia de mantenimiento, con aceptable seguridad y buena adhesión. La amplia variabilidad de dosis de mantenimiento utilizada en la práctica clínica sugiere la necesidad de individualizar la dosis en función del comportamiento clínico de la CU. Casi la mitad de los pacientes cambian la presentación comercial y un porcentaje similar toma una única dosis diaria. La utilización de dosis altas de MSZ de mantenimiento es una estrategia posible para lograr una terapia de mantenimiento satisfactoria.

62. RELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA E HISTOLÓGICA Y LA EXPRESIÓN DE LOS FACTORES ANGIOGÉNICOS Y LINFANGIOGÉNICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

P.M. Linares^a, M. Chaparro^a, A. Algaba^b, I. Guerra^b, F. Bermejo^b y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP y CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Objetivo: Correlacionar la expresión de los principales factores angiogénicos y linfangiogénicos en biopsias de mucosa intestinal con la actividad endoscópica e histológica de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Métodos: Estudio prospectivo en pacientes con EII que acudieron a la realización de una colonoscopia por práctica clínica. De cada paciente se obtuvieron muestras de tejido cólico para su estudio histológico. En aquellos pacientes con actividad durante la colonoscopia y en los que la extensión de la enfermedad así lo permitió, se tomaron muestras de zona afecta y no afecta. El grado de actividad endoscópica se determinó mediante el subscore de Mayo endoscópico para la colitis ulcerosa (CU) y el SES-CD para enfermedad de Crohn (EC). Según los hallazgos histológicos, los pacientes se clasificaron también en cuatro grupos: EII quiescente, afectación leve, moderada y grave. La expresión de los factores se determinó por inmunohistoquímica. Los resultados de la expresión de VEGFA, -C, -D, -R1, -R2, -R3 y PIGF se clasificaron como sigue: (++) si se tiñeron más del 50% de las células del tejido, (+) por debajo de 50%, y (-) tinción negativa. Ang1, Ang2 y Tie2 se evaluaron como la densidad promedio de cinco campos vistos un aumento de $\times 40$.

Resultados: Se incluyeron 82 biopsias de 58 pacientes con EII (36 CU y 22 EC). El 64% de los pacientes no tenía actividad endoscópica, un 16% tenía actividad moderada, 14% leve y 6% grave. Hubo diferencias significativas ($p < 0,01$) en la media del recuento de Ang1 y Ang2 dependiendo de la actividad endoscópica: se encontró una mayor expresión de Ang1 y Ang2 cuando la actividad endoscó-

pica fue grave comparada con enfermedad inactiva. De acuerdo con la histología, el 60% de los pacientes tenía enfermedad quiescente, un 20% tenía lesiones moderadas, 15% leves y 5% graves. La expresión de VEGFD ($p < 0,05$), PlGF ($p < 0,05$) y VEGFR3 ($p < 0,01$), y la media de recuento de Ang1 ($p < 0,05$) y Ang2 ($p < 0,01$) también fueron diferentes dependiendo de la actividad histológica. Estas expresiones aumentaron en paralelo con la gravedad de las lesiones histológicas excepto la de VEGFD, que disminuyó. Se encontraron correlaciones positivas ($p < 0,05$) entre la actividad histológica y la expresión de Ang1 ($r = 0,4$), Ang2 ($r = 0,5$), PlGF ($r = 0,4$), VEGFR3 ($r = 0,3$) y VEGFR3 ($r = 0,3$), y negativa de VEGFD ($r = -0,3$). Por otro lado, se encontraron correlaciones positivas ($p < 0,05$) entre la actividad endoscópica y la expresión de Ang1 ($r = 0,4$), Ang2 ($r = 0,5$) y PlGF ($r = 0,4$), y negativa de VEGFD ($r = -0,3$). El mayor área bajo la curva ROC (Receiver Operating Characteristic) para el diagnóstico de actividad histológica fue de 0,73 para la Ang1 (punto de corte 39,8: 89% sensibilidad y 56% especificidad).

Conclusiones: La expresión de VEGFA, -D, -R3, PlGF y Ang1 y -2 en las biopsias de mucosa se correlaciona con la actividad histológica de la EI. La expresión de Ang-1 y -2 en muestras de mucosa constituye un marcador de actividad endoscópica.

63. USO DE BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y EDAD AVANZADA

N. Domínguez García, P. Martínez Montiel, B. Casis Herce, G. Gómez Gómez, A. Masedo González, C. Yela San Bernardino y G. Castellano Tortajada

Hospital Universitario 12 de Octubre, Servicio de Medicina, Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: El 10-15% de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EI) son diagnosticados por encima de los 60 años. Los agentes biológicos son parte fundamental del tratamiento en los casos que cursan de forma agresiva. Sin embargo, se conoce poco a cerca de su manejo y seguridad en este grupo de pacientes. El objetivo del presente estudio es analizar las características de la EI en mayores de 60 años tratados con biológicos y las complicaciones derivadas de su uso.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, que incluyó a pacientes con EI y edad superior a 60 años tratados con biológicos (infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, ustekimumab) en nuestro centro, entre junio de 2004 y noviembre de 2014. Se recogieron datos demográficos, clínicos de la EI y relacionadas con los biológicos (respuesta y efectos secundarios).

Resultados: Entre junio de 2004 y noviembre de 2014 se registraron 21 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. El 43% eran mujeres. El 76% tenían enfermedad de Crohn (EC) y el 24% colitis ulcerosa (CU). Según la clasificación de Montreal, la localización de la enfermedad en la EC fue: el 37,5% L1, el 31,25% L2 y el 31,25% L3, y su patrón clínico fue B1 en el 44%, B2 en el 31% y B3 en el 25%. El 37,5% tenían enfermedad perianal. El 50% de EC requirieron cirugía por su EI. De los 5 pacientes con CU, 2 tenían afectación pancolónica y 3 colitis izquierda, y el 60% requirieron colectomía por refractariedad al tratamiento. La edad media al inicio del tratamiento biológico fue de 68,7 años. El 57,1% de los pacientes logró remisión de la enfermedad con un único biológico, de los cuales el 50% recibió infliximab y el otro 50% adalimumab, durante una media de tiempo de 50 y 32,3 meses respectivamente. El restante 42,9% precisó "switch" a otro biológico por pérdida de respuesta (77,8%) o efectos secundarios (22,2%). Entre ellos, 2 pacientes precisaron cambio de biológico en 3 ocasiones para lograr la remisión, y otro paciente en cuatro. Los efectos adversos asociados al uso biológicos y que motivaron la interrupción del fármaco fueron: 9 eventos infecciosos (2 candidiasis orales, 1 herpes zóster, 1

orquepididimitis, 1 pielonefritis, 1 TBC miliar y 1 sepsis biliar), 3 reacciones alérgicas cutáneas, 1 reacción infusional y 1 fenómeno autoinmune (sd Sjögren). No se registró ninguna muerte ni proceso neoplásico.

Conclusiones: Entre los pacientes con EI mayores de 60 años tratados con biológicos, predominó la EC de localización colónica. La respuesta a estos tratamientos entre las CU fue mala, requiriendo colectomía en el 60% de los casos. Un elevado número de pacientes precisó cambio de biológico para lograr el control de la enfermedad. La mayoría de efectos secundarios relacionados con los biológicos fueron infecciosos y leves, resolviéndose al suspender el tratamiento. No obstante, se produjeron algunos de carácter grave, lo que alerta sobre la relevancia de realizar una monitorización estrecha y diagnóstico precoz de las mismas.

64. IMPACTO DE LA ENTEROGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA DECISIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Hernández Camba^a, L. Ramos^a, M. Carrillo Palau^a, I. Alonso Abreu^a, N. Hernández Álvarez-Buylla^a, L. Díaz-Flores Varela^b, A. Márquez^a y E. Quintero Carrión^a

Hospital Universitario de Canarias: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Radiología, La Laguna.

Introducción: La enterografía por resonancia magnética (ERM) es una técnica de imagen recomendada para determinar la localización, actividad y complicaciones de la enfermedad de Crohn (EC) en el intestino delgado. Además, la ERM es una herramienta útil cuando se sospecha afectación del intestino delgado en un paciente con sospecha EC. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de ERM en la decisión médica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EI).

Métodos: Se incluyeron las ERM consecutivas realizadas en pacientes con EC sospechada o confirmada entre enero de 2011 y agosto de 2014 en un centro hospitalario del tercer nivel. Las historias clínicas se revisaron retrospectivamente. Se recogieron datos del momento de la realización de ERM sobre: indicación de la ERM, datos demográficos y relacionado con la EI (diagnóstico, localización, tratamiento y cirugías previas). Tres meses después de la ERM, se evaluó la decisión médica (enfoque conservador con el tratamiento de mantenimiento, cambio significativo en la terapia médica o cirugía).

Resultados: Se realizaron un total de 224 ERM a 207 pacientes (110H/97M, edad promedio 39 ± 14 años). Las indicaciones para la ERM fueron: valoración de la afectación de intestino delgado en 16 (7,7%) pacientes con colitis indeterminada (CI) y 9 (4,3%) pacientes con sospecha de EI o la evaluación de la gravedad y extensión de la enfermedad en 183 (88%) pacientes con EC. Diecisiete pacientes fueron sometidos a más de 1 de ERM durante el período de estudio. Sólo una paciente con sospecha de EI (34 años) tenía afectación extensa del intestino delgado en la ERM, lo que confirma el diagnóstico de EC iniciándose tratamiento con esteroides e inmunosupresores (IS). Cinco pacientes con CI (05/16; 31%) cambiaron el diagnóstico a EC. En 124/224 (55,3%) de los pacientes con EC, la ERM determinó un cambio en la decisión médica: 33 pacientes (26,6%) recibieron un curso de esteroides y en 77 (62,1%) pacientes se modificó el tratamiento de mantenimiento. De ellos, 64 (51,6%) fueron sometidos a tratamiento "set up" con inicio de tratamiento IS (n = 31), inicio de anti-TNF (n = 18) o intensificación de anti-TNF (n = 8). Además, 13 (10,5%) pacientes fueron sometidos a terapia "top-down", suspendiendo IS (n = 7) o anti-TNF (n = 3) y desintensificando tratamiento anti-TNF (n = 3). La cirugía se indicó en 14 (11,3%) pacientes después de la ERM.

Conclusiones: ERM es una herramienta muy útil para el manejo de los pacientes con EC. Esta técnica permite confirmar el diagnós-

tico de EC en pacientes con colitis indeterminada o sospecha de EC y proporciona información importante para la toma de decisiones sobre tratamiento médico.

65. LA COMPOSICIÓN DE LA MICROBIOTA ADHERIDA A LA MUCOSA PODRÍA PREDECIR LA RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

S. Khorrani^a, D. Ginard^a, R. Vidal^b, M. Mora^c, R. Muñoz^c, M. Hermoso^b, S. Díaz^c, A. Cifuentes^c, A. Orfila^c y R. Roselló-Mora^c

^aHospital Universitario Son Espases, Institut d'Investigació Sanitària de Palma (IdISPa), Servicio de Aparato Digestivo, Palma de Mallorca. ^bInstituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile. ^cInstitut Mediterrani d'Estudis Avançats (IMEDEA; CSIC-UIB), Departamento de Ecología e Investigación Marina, Esporles.

Introducción: La microbiota de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) presenta una menor diversidad que la de los controles sanos. Existen pocos datos sobre la composición de la microbiota y el estado clínico de la enfermedad.

Objetivo: Estudiar la composición de la microbiota adherida a la mucosa en pacientes con y sin recurrencia clínica en la EC.

Métodos: Se ha estudiado la composición microbiana de la mucosa colónica en biopsias procedentes de 8 pacientes con EC sometidos a resección intestinal (7 ileocecales y 1 colónica) mediante técnicas de secuenciación directa por secuenciación de los amplicones del gen de ARN ribosómico 16s bacteriano. Las secuencias de más de 500 nucleótidos fueron utilizadas para su afiliación filogenética y su agrupación en OPU (Operational Phylogenetic Units), que se pueden asimilar a especies. Se excluyeron a los pacientes con antecedentes de toma de antibióticos, probióticos o procesos infecciosos gastrointestinales en el último mes, los portadores de ileostomía o colostomía, así como aquellos con cambios recientes en la medicación inmunosupresora. Se recogieron los datos demográficos, antecedentes personales, características de la EC, su evolución y la medicación empleada.

Resultados: 4 de los 8 pacientes incluidos presentaron recurrencia clínica a lo largo del primer año tras su inclusión. La diversidad bacteriana fue similar entre los pacientes con recurrencia clínica (80 OPU, rango 61-107) y aquellos sin recurrencia (92 OPU, rango 67-100) ($p = 0,773$). La proporción de *B. voluntans* - *B. dorei* fue mayor en la microbiota de aquellos que no presentaron recurrencia clínica (28,9%, rango 1,1-47,9) frente a los que recurrieron (0,49%; rango 0-29) ($p = 0,05$). En cambio, los pacientes con recurrencia clínica presentaron una mayor proporción de colonización oportunista por miembros de Proteobacteriae como *E. coli* y *Shigella dysenteriae* (9,9%, rango 7,1-12,5%) frente a los que no recurrieron (3,9%, rango 0,6-8,6) ($p = 0,09$).

Conclusiones: Los pacientes de EC presentan una depleción de Firmicutes (especialmente Clostridia) que provoca o bien una preponderancia de Bacteroidetes autóctonos (en especial *B. voluntans* - *B. dorei*), o una colonización por Proteobacteriae oportunista. Los pacientes con preponderancia en proteobacterias parecen ser más susceptibles de recurrencia clínica de la EC. La composición de las especies microbianas adheridas a la mucosa podía ser útil como predictor de la recurrencia clínica en la EC.

66. EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE LOS FACTORES ANGIO Y LINFANGIOGÉNICOS EN LA MUCOSA CÓLICA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

P.M. Linares^a, M. Chaparro^a, A. Algaba^b, I. Guerra^b, F. Bermejo^b y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP y CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Objetivo: Evaluar las posibles diferencias entre la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y controles, y entre la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), en la expresión de VEGFA, -C, -D, VEGFR1, -R2, -R3, PIGF, Ang1, Ang2 and Tie2 en la mucosa cólica.

Métodos: Se incluyeron de manera prospectiva y se estudiaron por inmunohistoquímica biopsias de pacientes con y sin EII que se sometieron a una colonoscopia por práctica clínica. Los resultados de la expresión de VEGFA, -C, -D, -R1, -R2, -R3 y PIGF se clasificaron como sigue: (++) si se tiñeron más del 50% de las células del tejido, (+) por debajo de 50%, y (-) tinción negativa. Ang1, Ang2 y Tie2 se evaluaron como la densidad promedio de cinco campos vistos un aumento de x40. En aquellos pacientes con actividad durante la colonoscopia y en los que la extensión de la enfermedad así lo permitió, se tomaron muestras de zona afecta y no afecta. La localización de la enfermedad se valoró mediante la clasificación de Montreal. El grado de actividad endoscópica se determinó mediante el subscore de Mayo endoscópico para la CU y el SES-CD para la EC.

Resultados: Se incluyeron 101 biopsias de 58 pacientes con EII (36 CU y 22 EC) y 19 controles; el 56% de los pacientes eran varones y el 20% fumadores. El 64% no presentaba actividad endoscópica, un 16% moderada, 14% leve and 6% grave. La expresión y el recuento medio de Ang1, Ang2, VEGFR2 ($p < 0,01$) y VEGFC, -R1 y Tie2 fue mayor en las muestras de pacientes con CU que en las de EC ($p < 0,05$). En los pacientes con EC, el recuento medio de Ang1, y la expresión de VEGFC, -D, -R2, PIGF y VEGFR3 fue mayor ($p < 0,05$), y del resto de los factores menor, que en los controles. La expresión de Ang2 ($p < 0,05$) y la de todos los factores estudiados fue mayor en las muestras de EC activa que en las inactivas. La expresión de VEGFR1 y Tie2 fue mayor en los pacientes en tratamiento con anti-TNF ($p < 0,05$). La expresión de VEGFR1 y -R2 fue mayor en los pacientes con manifestaciones extraintestinales ($p < 0,05$). La expresión de todos los factores fue mayor en los pacientes con CU que en los controles ($p < 0,05$). El recuento medio y la expresión de Ang1, Ang2 ($p < 0,05$) y VEGFD fue menor ($p < 0,05$) en las muestras con enfermedad activa. Los pacientes fumadores tuvieron una expresión menor de VEGFR2 ($p < 0,05$). Los pacientes tratados con 5-ASA tuvieron una expresión menor de VEGFD ($p < 0,05$), y los tratados con tiopurinas tuvieron una mayor expresión de VEGFA y PIGF ($p < 0,05$). La expresión de VEGFR2 fue mayor en los pacientes con CU izquierda ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los factores angiogénicos se expresan de manera diferenciada a nivel de la mucosa en los pacientes con EC y CU. Nuestros resultados sugieren un papel de estos factores en la actividad y el comportamiento de la EII. La expresión de estos factores en la mucosa cólica de pacientes con EII podría ser modulada por los tratamientos inmunosupresores y anti-TNF.

67. CREENCIAS Y COMPORTAMIENTOS CON RESPECTO A LA DIETA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

M.J. Casanova^a, M. Chaparro^a, B. Molina^b y J.P. Gisbert^a, en representación de los investigadores del estudio NUTRIBD

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP y CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bHospital Universitario de la Princesa, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Madrid.

Introducción: El estado nutricional de los pacientes con EII se encuentra frecuentemente alterado, y un número considerable de pacientes presentan desnutrición, incluso cuando la enfermedad está en remisión. Aunque no existen datos que apoyen la recomen-

dación de una dieta específica, muchos pacientes tienen la creencia de que determinados alimentos pueden inducir o empeorar los síntomas de la enfermedad, por lo que restringen el consumo de determinados alimentos, contribuyendo a un empeoramiento de su estado nutricional.

Objetivo: Analizar el comportamiento y las creencias de los pacientes con EII con respecto a la dieta.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico (46 centros). Se incluyeron pacientes consecutivos diagnosticados de enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa que acudieron a las consultas de EII de los centros participantes. El estudio constó de dos partes. En la primera parte, cuyos resultados preliminares se presentan a continuación, los pacientes completaron un cuestionario de 11 preguntas acerca de sus hábitos alimentarios. En la segunda, se evaluó el estado nutricional del paciente, se realizaron mediciones antropométricas, y se midió la composición corporal y la fuerza muscular.

Resultados: Se han incluido hasta el momento 30 pacientes que han completado la primera parte del estudio (57% mujeres, edad media 45 años, 70% enfermedad de Crohn). El 20% eran fumadores y el 40% tenía antecedentes de cirugía previa por la EII. El 13% de los pacientes recibía tratamiento en monoterapia con 5-ASA, el 27% con inmunosupresores, el 27% con biológicos y el 30% con inmunosupresores y biológicos. En el cuestionario, el 40% de los pacientes manifestó que el consumo de determinados alimentos incrementaba el riesgo de padecer EII. El 57% de los pacientes consideraba que la dieta tenía un papel importante o extremadamente importante como desencadenante de los brotes de EII, y el 77% evitaba el consumo de ciertos alimentos por temor a desencadenar un brote (53% comidas picantes, 40% bebidas alcohólicas, 26% lácteos, 26% comidas precocinadas). Asimismo, el 90% de los pacientes evitaba ciertos alimentos cuando tenía actividad de la enfermedad por temor a empeorar el brote (63% comidas picantes, 50% comidas grasas, 57% bebidas alcohólicas, 40% bebidas con gas y 37% lácteos y fibra). El 97% de los pacientes creía que sería útil recibir consejo nutricional de personal cualificado. El 90% consideraba que su apetito era normal cuando la enfermedad se encontraba en remisión; no obstante, cuando la EII estaba activa, el 72% refería disminución del apetito. Finalmente, un 53% de los pacientes modificó sus hábitos dietéticos tras el diagnóstico de la EII.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con EII considera que ciertos alimentos pueden desencadenar un brote de la EII. La mayoría de los pacientes restringe por su cuenta el consumo de determinados alimentos por temor a desencadenar un brote o a empeorar el mismo.

68. LA RELACIÓN ENTRE EL ESTADO DE REMISIÓN Y EL IMPACTO EN EL TRABAJO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA LEVE A MODERADA QUE COMPLETARON LA TERAPIA A CORTO Y LARGO PLAZO CON MESALAZINA MMX

M.K. Willian^a, L. García-Ortiz^b, A. Yarlas^c y A.V. Joshi^a

^aShire, Wayne, Pa, EEUU. ^bDepartamento Médico Shire España. ^cOptum, Lincoln.

Introducción: Se realiza un análisis para comparar el rendimiento en el trabajo (RT, WRO, en inglés) en pacientes con colitis ulcerosa (CU) que están en remisión completa (RC), remisión parcial (RP) o no habían alcanzado la remisión (NR) después de completar tratamiento de inducción (8 semanas) o tratamiento de mantenimiento (12 meses) con mesalazina MMX.

Métodos: Se analizan datos de un estudio abierto, prospectivo, multicéntrico (ClinicalTrials.gov ID NCT01124149). Durante la fase de inducción de 8 semanas, los pacientes con CU leve-moderada recibían 4,8 g/una vez al día. Los pacientes en RC o RP en la semana 8 que pasaron a la fase de 12 meses en tratamiento de manteni-

miento recibieron 2,4 g/una vez al día. RC se definió como UC-DAI modificado = 1, puntuación = 0 en sangrado rectal y frecuencia de las deposiciones, y una reducción de = 1 punto en la valoración endoscópica. RP se definió como UC-DAI = 3, sangrado rectal y frecuencia de las deposiciones < 2 y que no habían alcanzado la RC. Al inicio, a la semana 8, y al mes 12 los pacientes cumplieron un cuestionario de productividad laboral e impacto en actividad (WPAI:UC) para determinar el impacto de la CU en el absentismo (ausencia al trabajo), presentismo (disminución del rendimiento), impacto general en el rendimiento, y en la actividad en los 7 días anteriores. Se presentaron los resultados como porcentaje de impacto. Se realizaron test de covarianza (ANCOVA) comparando los valores del WPAI: UC al inicio y a la semana 8 del estudio. Además se analizaron también empleando ANCOVA los valores del WPAI: UC a la semana 8 y al mes 12. Los p-valores se ajustaron para controlar la multiplicidad.

Resultados: En la semana 8, el absentismo no era diferente en función del estado de remisión ($p > 0,005$), pero sí se observaron diferencias significativas en los demás dominios (todos $p < 0,001$). Los test post-hoc mostraron que el presentismo, el impacto general en el rendimiento y en la actividad, en pacientes con RC ($n = 63, 61, 120$; media estimada(ME) = 8%, 9%, 10%, respectivamente) y RP ($n = 96, 92, 176$; ME = 1%, 8%, 9%, 10%) eran significativamente menores que en pacientes sin remisión ($n = 11, 14, 11, 29$; ME = 13%, 20%, 32%, 22%; todos $p < 0,01$). Al mes 12 no hay diferencias significativas entre la RC y la RP (todos $p > 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes con CU en tratamiento que no alcanzan la remisión muestran un mayor impacto laboral tanto en el corto plazo como en el largo plazo que los pacientes en RC o RP.

69. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA REFRACTARIA A CORTICOIDES CON RESPUESTA A LA PAUTA DE INDUCCIÓN DE INFILIXIMAB

J. Llaó^a, J.E. Naves^b, A. Ruiz-Cerulla^c, C. Romero^d, M. Mañosa^b, T. Lobatón^b, E. Cabré^b, J. Guardiola^c, E. García-Planella^d y E. Domènech^b

^aHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Departamento de Gastroenterología, Barcelona. ^bHospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ^cHospital Universitari de Bellvitge, Departamento de Gastroenterología, Barcelona. ^dHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: Infiliximab (IFX) ha demostrado ser eficaz en evitar la colectomía en la colitis ulcerosa cortico-refractaria (CUCR). Los estudios controlados disponibles han evaluado pautas de inducción con una o tres infusiones de IFX, sin evaluar la eficacia a largo plazo ni la pauta de mantenimiento más apropiada en pacientes con respuesta a la inducción.

Objetivo: Describir la evolución a largo plazo de los pacientes con CUCR con respuesta clínica a pauta de inducción con IFX y comparar-la según recibieron tratamiento de mantenimiento con tiopurinas en monoterapia o con IFX.

Métodos: Se identificaron todos los pacientes ingresados y tratados con corticoides endovenosos por CU entre enero 2005 y diciembre 2011 en 3 hospitales universitarios, que requirieron rescate con IFX durante el ingreso completando la pauta de inducción (3 infusiones) y que no se colectomizaron antes de la semana 22 desde la primera infusión de IFX.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes, 75% CU extensa, 4 (17%) fumadores activos. En el momento de iniciar corticoides ev, 46% presentaban actividad moderada y grave en 54%. El 33% de los pacientes habían estado expuestos a tiopurinas previamente a IFX. La mediana de días de tratamiento con corticoides endovenosos hasta la primera infusión de IFX fue de 9 días (IIQ 7-12) y la mediana de tiempo de seguimiento fue de 555 días (IIQ 217-1.050). El trata-

miento de mantenimiento después de la inducción con IFX fue tiopurinas en 9 (37%), IFX en monoterapia en 3 (13%) y combinado en 12 (50%). Se pudieron retirar los corticoides en todos los pacientes en el seguimiento. Ninguno de los 9 pacientes en tratamiento con tiopurinas se colectomizó, pero en 4 (45%) fue necesario la reintroducción de IFX en el seguimiento. De los 15 pacientes en mantenimiento con IFX, 9 (60%) presentaron pérdida secundaria de respuesta, y en 8 de ellos se procedió a intensificación de IFX. Durante el seguimiento, 4 pacientes (27%) en mantenimiento con IFX requirieron colectomía después de una mediana de 203 días (rango 196-401) desde el inicio de los corticoides. En 6 de 13 pacientes con IFX de mantenimiento que no se colectomizaron, éste se retiró por remisión mantenida durante el seguimiento. No se identificaron factores asociados a colectomía en el seguimiento.

Conclusiones: Una cuarta parte de los pacientes con CUCR que responden a la pauta de inducción con IFX requieren colectomía en el seguimiento. El mantenimiento con IFX después de la inducción parece recomendable, si bien en una proporción importante de pacientes se puede retirar IFX durante el seguimiento.

70. PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF α

J. Miranda-Bautista^a, C. de Gracia Fernández^a, M. López-Ibáñez^a, M. Barrientos^b, A. Díaz-Redondo^c, I. Marín-Jiménez^a y L. Menchén^a

Hospital General Universitario Gregorio Marañón: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Medicina Interna; ^cServicio de Medicina Preventiva, Madrid.

Introducción y objetivo: Los fármacos antiTNF α pueden modificar el perfil lipídico y con ello el riesgo cardiovascular, tal y como ha sido descrito en pequeñas cohortes de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) y enfermedades reumáticas. El objetivo de nuestro estudio es analizar el perfil lipídico en pacientes con EII uno y tres años después de iniciar la terapia biológica.

Métodos: 128 pacientes de 190 potenciales candidatos, que al menos hayan recibido 3 dosis de infliximab y 2 de adalimumab, y mantuviesen un seguimiento de al menos un año fueron evaluados retrospectivamente. Se recogieron datos en relación con las características clínicas (edad, sexo, tipo de EII, agente antiTNF, hábitos tóxicos, tratamiento con estatinas, eventos cardiovasculares previos) así como el perfil lipídico (colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos) previo al tratamiento biológico, y uno y tres años después. También se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple lineal, considerando como variable dependiente la diferencia de colesterol total previo, al año y a los 3 años.

Resultados: No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el perfil lipídico pre y postratamiento ni a uno ni a tres años. Sin embargo, el subgrupo con colesterol previo normal (< 200 mg/dl) previo al tratamiento biológico (n = 82) mostró un incremento estadísticamente significativo de colesterol total tras uno (159,13 \pm 26,06 vs 172,76 \pm 54,87; p = 0,029) y tres años (159,13 \pm 26,60 vs 176,57 \pm 30,22), así como un incremento del colesterol LDL a los 3 años (86,61 \pm 22,89 vs 97,9 \pm 2,88; p = 0,04). El subgrupo (n = 77) con triglicéridos normales (< 130 mg/dl) también mostró incremento a uno (86,32 \pm 26,62 vs 103,71 \pm 58,94; p = 0,01) y tres años (86,32 \pm 26,62 vs 110,98 \pm 56,65; p = 0,026). El índice de aterogenicidad (colesterol total/colesterol HDL) se incrementó significativamente a los tres años (3,106 \pm 0,85 vs 3,53 \pm 1,21, p = 0,008). El análisis multivariante demostró ausencia de influencia de la edad, el género, el tipo de EII, o la presencia de dos o más FRCV.

Conclusiones: El tratamiento antiTNF α parece inducir cambios proaterogénicos en el perfil lipídico de pacientes con EII a uno y

tres años de tratamiento en los pacientes con valores previos normales. No se han observado diferencias en la muestra total de pacientes.

71. LA REMISIÓN PROFUNDA PREDICE BUENA EVOLUCIÓN TRAS RETIRADA DE LA TERAPIA ANTI-TNF EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Aparato Digestivo, Sevilla

Objetivo: Conocer la evolución a largo plazo de nuestra serie de pacientes con EII tras la suspensión del tratamiento con biológicos tras comprobar curación mucosa endoscópica (CM) e identificar posibles factores asociados con el riesgo de recaída.

Métodos: Estudio retrospectivo de 44 pacientes (29 enfermedad de Crohn, 14 colitis ulcerosa, 1 colitis indeterminada) a los cuales se les suspendió la terapia antiTNF- α por remisión clínica prolongada y tras comprobar curación mucosa endoscópica una vez cumplido al menos 1 año de tratamiento, incluyendo un periodo que abarca desde febrero 2011 hasta diciembre de 2013. Analizamos las características demográficas, fenotípicas, tiempo de evolución de la EII, tipo de biológico, uso concomitante de inmunosupresores (IS), tiempo de tratamiento biológico; así como valor de PCR y otros reactantes inflamatorios y niveles de calprotectina en el momento de retirarlos.

Resultados: Entre los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) predomina el patrón inflamatorio (60%) y extensión ileocolónica (60%). Siete (10,1%) habían presentado una intervención quirúrgica previa. El 80% de las CU son colitis extensas. La principal indicación de tratamiento antiTNF fue la corticoides dependencia, el 71% de los pacientes presentan fallo previo a inmunomoduladores. El biológico más utilizado fue el Infliximab (68,2%). Tras suspender el anti-TNF, tras una mediana de seguimiento de 18,3 meses se produjo la recidiva clínica en 14 pacientes (31,8%), aunque solo 8 requirieron reintroducción del biológico (18%). La curva de supervivencia de Kaplan-Meier mostró que al año precisarían reiniciarlo el 16,2%. No encontramos diferencias en la necesidad de reintroducción entre pacientes con EC y CU. Entre los pacientes con EC, existe una tendencia no significativa a mayor necesidad de reintroducir antiTNF en pacientes varones, fumadores, con patrón inflamatorio, enfermedad ileal y perianal sin cirugía previa. Todos los pacientes respondieron a la reintroducción del biológico.

Conclusiones: La tercera parte de los pacientes en los que se consigue remisión profunda con tratamiento antiTNF presentan recidiva clínica, pero sólo el 18% precisan reiniciar el mismo, la mayoría en el primer año. La reintroducción del fármaco es eficaz en todos los casos. Por tanto parece indicado valorar la retirada del fármaco en estas circunstancias; posiblemente en EC existan factores predictores de recidiva aunque son necesarios estudios más amplios para confirmarlo.

72. ESTUDIO DE LA PROTEASA MT1-MMP COMO DIANA TERAPÉUTICA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

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

^aCentro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Departamento de Biología Vascul y Inflamación, Madrid.

^bHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP y CIBEREHD, Servicio

de Aparato Digestivo, Madrid. *Hospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, Servicio de Inmunología, Madrid.*

Introducción: Recientemente hemos demostrado el incremento en la expresión de la proteasa MT1-MMP en biopsias y de sus sustratos trombospodina 1 (TSP1) y nidógeno 1 (NID1) en sueros de pacientes con colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC) activas. Nuestro objetivo fue analizar el papel funcional de MT1-MMP en la angiogénesis y daño tisular que se producen en dichas enfermedades.

Métodos: Se obtuvieron biopsias de colon y sueros de pacientes con CU o EC activas y de individuos control, y se analizó: la expresión tisular de MT1-MMP y de sus sustratos TSP1 y NID1, así como la respuesta angiogénica por inmunofluorescencia (IF); la expresión génica de MT1-MMP por qPCR; y los niveles de TNF α , VEGF α , TSP1 y NID1 por ELISA. La actividad endoscópica se determinó mediante el subscore Mayo endoscópico para la CU y el SES-CD para la EC, y la actividad clínica con el índice Mayo parcial en CU y mediante el índice de Harvey-Bradshaw en la EC. Se utilizó un modelo animal de colitis inducida por sulfato sódico de dextrano (DSS) en ratón. Se realizaron IF en secciones e in toto de colon para analizar la respuesta angiogénica con CD31/PECAM1 y VE-Cadherina, marcadores específicos de endotelio, y la expresión de MT1-MMP y sus sustratos TSP1 y NID1 tanto en ratones control como en tratados con DSS al 1% (que induce colitis moderada) o al 4% (que induce colitis grave). La expresión de MT1-MMP endotelial se analizó también en un modelo reportero de ratón (MT1-MMP^{LacZ/+}). El análisis funcional in vivo se realizó en un modelo de ratón genéticamente modificado que permite la depleción específica de la expresión de MT1-MMP en endotelio (MT1-MMP $\lt \sup \gt$ flox/flox $\lt \sup \gt$ xVECadhERT2-Cre) y se analizó: (i) el índice de actividad de la colitis; (ii) el patrón y la función vascular mediante cuantificación de la perfusión, proliferación endotelial e hipoxia tisular (inyección y tinción de isolectina B4, EdU y pimonidazol, respectivamente); y (iii) el infiltrado inflamatorio (IF con CD11b).

Resultados: La expresión de MT1-MMP fue más elevada en biopsias de pacientes con EII activa; además, los niveles séricos de TSP1 y NID1 fueron significativamente superiores en los casos con CU y EC con actividad baja. En el modelo de colitis inducida, aumentaron: (i) los niveles séricos de TNF α , VEGF-A, TSP1 y NID1; (ii) la expresión tisular de MT1-MMP; y (iii) la angiogénesis en la mucosa intestinal, a lo largo de la evolución de la enfermedad. Además, nuestros resultados preliminares muestran que la depleción específica de MT1-MMP en el endotelio protege de la colitis inducida por DSS mediante la 'normalización' de la vasculatura con la consiguiente disminución de la hipoxia y de la inflamación.

Conclusiones: Los datos obtenidos apoyan el uso potencial de TSP1 y NID1 como biomarcadores séricos para el diagnóstico de la EII pre-sintomática o de baja actividad, y señalan a la proteasa MT1-MMP endotelial como una nueva diana para inducir la normalización vascular y mejorar la sintomatología en la EII.

73. METOTREXATO TRAS FALLO A ANTI-TNF: ¿UNA ESTRATEGIA EFICAZ?

F. Mesonero Gismero^a, E. Garrido Gómez^a, E. Tavío Hernández^a, A. Algaba García^b, F. Bermejo San José^b y A. López Sanromán^a

^aHospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: Metotrexato (MTX) se emplea en el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC) desde hace varias décadas. Las guías clínicas recomiendan su uso tras fallo o intolerancia a tiopurinas. Actualmente no existen estudios que evalúen el papel del MTX en otros escenarios como el fallo o la pérdida de respuesta a

anti-TNF, situación mucho más compleja y sobre la que no existen recomendaciones terapéuticas firmes.

Objetivo: Analizar la respuesta a corto y largo plazo a MTX, así como el perfil de seguridad en pacientes con EC con fallo a tiopurinas y a un anti-TNF al menos.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de 2 series hospitalarias. Se seleccionaron pacientes con EC que recibieron MTX en monoterapia por enfermedad intestinal tras fallo a tiopurinas y anti-TNF. Evaluamos la respuesta a corto (14-16 semanas) y largo plazo según el índice de Harvey-Bradshaw y se recogieron eventos adversos.

Resultados: Identificamos 13 pacientes. La edad media al diagnóstico fue de 25 \pm 4 años. 61% eran varones y 23% fumadores. 69% de los pacientes tenían enfermedad extensa, 38% con enfermedad estenosante/penetrante y enfermedad perianal. El 23% tenían cirugías abdominales previas y el 30% asociaban manifestaciones extraintestinales. El 84% habían sido fallo a tiopurinas (el 16% restante fueron intolerantes). Infliximab se usó como primer anti-TNF en 85% (77% en terapia combinada). Un segundo anti-TNF se empleó en un 69% (adalimumab). 85% recibieron 25 mg MTX por vía subcutánea (15-20 mg el resto) como tratamiento de inducción tras 9,5 años de evolución de la enfermedad. En semana 14-16 se observó remisión clínica en el 38% y respuesta en otro 23%. A largo plazo solo el 23% de los pacientes en remisión mantuvieron respuesta durante una media de 28 \pm 16 meses de tratamiento. Se observaron efectos adversos (todos leves) en 5 pacientes (38%), pero sólo en 2 casos obligaron a la suspensión del tratamiento.

Conclusiones: MTX presenta similares tasas de respuesta clínica en pacientes con fallo a anti-TNF con buen perfil de seguridad, aunque este beneficio puede perderse a largo plazo. Podríamos considerar el tratamiento con MTX en monoterapia una vez que tiopurinas y anti-TNF hayan fracasado tras haber optimizado previamente su uso.

74. RESCATE CON AGENTES ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y RECURRENCIA POSQUIRÚRGICA CON FRACASO O INTOLERANCIA A TIOPURINAS

B. Oller^a, M. Mañosa^{a,c}, Y. Zabana^a, M. Piñol^b, J. Troya^b, J. Boix^a, V. Moreno^a, E. Cabré^{a,c} y E. Domènech^{a,c}

Hospital Germans Trias i Pujol: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Cirugía Digestiva, Badalona. ^cCIBERehd.

Introducción: La recurrencia post-quirúrgica (RPQ) en la enfermedad de Crohn (EC) ocurre en \gt 75% durante el primer año después de la resección intestinal sin tratamiento preventivo. A pesar del tratamiento con tiopurinas, hasta un 40% presentan RPQ al año de la cirugía. No está bien establecida la conducta a seguir ante la constatación de lesiones recurrentes dada la escasez de estudios controlados en esta situación clínica.

Objetivo: Describir la evolución de la RPQ en pacientes que reciben tratamiento con agentes anti-TNF como tratamiento de RPQ.

Métodos: Se identificaron todos los pacientes con EC y resección intestinal con anastomosis íleo-cólica que iniciaron tratamiento con agentes anti-TNF por aparición de RPQ y no como prevención primaria. Definimos recurrencia endoscópica (RE) usando el índice de Rutgeerts y clasificamos la recurrencia en moderada (i2 Rutgeerts) o severa (i3 y i4 Rutgeerts) y definimos como recurrencia clínica (RC) el desarrollo de síntomas que requieren cambios en el tratamiento de la EC. Se registró la evolución clínica y endoscópica en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes de los cuales 53% hombres; 53% enfermedad ileal; 47% enfermedad íleo-cólica; 43% patrón estenosante y 40% patrón penetrante. Se tuvieron en cuenta 3 factores de riesgo para la RPQ: fumadores activos después de la cirugía

(60%), patrón penetrante y cirugía previa (25%). El 85% de los pacientes tenían uno o más factores de riesgo. Antes de la resección índice, 62% de los pacientes habían estado expuestos a tiopurinas y 31% a agentes anti-TNF. El 72% iniciaron prevención con tiopurinas después de la resección índice y 16% con 5-ASA. Los anti-TNF se iniciaron para RE moderada en 31% de pacientes y para RE grave en un 69%. Un 87% inició infliximab y un 13% adalimumab, y 74% mantuvieron el anti-TNF inicial durante el seguimiento. El 88% siguieron inmunomodulador asociado a anti-TNF, la mayoría el que ya seguían previamente. Después de una mediana de seguimiento de 17 meses des del inicio del tratamiento biológico, se dispuso de pruebas de imagen en 29 de 32 pacientes (80% con colonoscopia). En 69% de los casos se evidenció mejoría en el índice de Rutgeerts. Además, se consiguió mejora clínica en el 60%. Al final del seguimiento, el 25% requirieron una nueva resección intestinal, todos ellos tenían RC.

Conclusiones: Los agentes anti-TNF constituyen una alternativa válida como tratamiento de la RPQ en aquellos pacientes en los que las tiopurinas han fracasado o no se han tolerado. A pesar de ello, al menos en un 25% no será suficiente para evitar una nueva resección a corto-medio plazo. Estos datos sugieren que la prevención primaria con tiopurinas asociada a una monitorización endoscópica precoz puede ser una estrategia coste-efectiva en la prevención de la RPQ.

75. TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA NAÏVE A ANTI-TNF: ESTUDIO PILOTO EN LA SEMANA 8

L. Deiss Pascual^a, C. Muñoz-Villafranca^a, R. Higuera^b, O. Merino^c, O. Nantes^d, P. Ramírez de la Piscina^e, A. Munagorri^f, C. Rodríguez^d, P. Arreba^a, M.A. Ogueta^e, A. Bernal^g, J.A. Arévalo^g, E.L. Gómez^e, S. Ibáñez^c, J.O. de Zárate^a, J.L. Cabriada^g y Grupo Vasco-Navarro EII

^aHospital Universitario de Basurto, Vizcaya. ^bHospital San Eloy, Vizcaya. ^cHospital Universitario de Cruces, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya. ^dComplejo Hospitalario de Navarra, Departamento de Gastroenterología, Pamplona. ^eHospital Universitario de Álava, Servicio de Aparato Digestivo, Vitoria. ^fHospital Donostia, San Sebastián. ^gHospital Galdakao Usansolo, Servicio de Digestivo, Vizcaya.

Introducción: Adalimumab ha demostrado eficacia en el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) en estudios controlados. Sin embargo, tenemos poca información sobre la respuesta a adalimumab en la práctica clínica.

Objetivo: Conocer la respuesta al tratamiento con adalimumab en pacientes con CU y los factores relacionados con ella.

Métodos: Realizamos un estudio multicéntrico, prospectivo y observacional en pacientes con CU, corticorresistente/corticodependiente, naïve a anti-TNF. Se trataron con adalimumab 160,80 mg/en semana 0, 2, 4 y cada dos semanas, con intensificación semanal, según criterio clínico. Realizamos estudio endoscópico en semana 0 y 8 que fue valorado por el subíndice endoscópico Mayo (0-3). Valoramos respuesta clínica en semana 4 y 8. La actividad clínica en semana 0 y 8 se determinó con el índice Mayo (0-12) y en semana 4, con el subíndice Mayo (0-9). Definimos remisión clínica (RC) como una puntuación Mayo < 2; respuesta clínica como una caída de al menos 3 en este score; y curación mucosa (CM) como un subscore de 0-1. El análisis de resultados se realizó por intención de tratar (ITT) (incluye todos los pacientes que habían recibido al menos una dosis de adalimumab) El análisis estadístico fue realizado con SPSS 20, usando el test de chi-cuadrado para el análisis univariante y para el multivariante se hizo una regresión logística.

Resultados: De los 24 pacientes incluidos en el estudio, 22 completaron las 8 semanas (2 se retiraron por agravamiento clínico). La CU fue grave en 4 (16,7%), moderada en 19 (79,2%) y leve en 1 paciente (4,2%). De ellos, 5 (20,83%) se encontraban hospitalizados y más de la mitad, 14 (58,33%), fueron corticodependientes. Se

consiguió remisión clínica, en la semana 4 y 8, en 8 (33,3%) y 11 pacientes (45,8%) y respuesta clínica en 11 (45,8%) y 8 (33,3%) respectivamente. En las 8 semanas del estudio, solo un paciente fue hospitalizado de nuevo y ninguno sufrió colectomía. La CM en la semana 8, se alcanzó en 15 casos (78,9%), y se encontró correlación con la remisión ($p < 0,025$) y respuesta clínica ($p < 0,028$). Entre los factores de respuesta en la semana 8, encontramos relación entre la ausencia de sangre en heces, la respuesta clínica ($p < 0,014$) y la remisión clínica ($p < 0,001$) y entre los niveles de calprotectina en heces y la remisión clínica ($p < 0,019$).

Conclusiones: 1. Adalimumab es un tratamiento eficaz para inducir respuesta clínica en pacientes con colitis ulcerosa. 2. Es un fármaco eficaz para inducir curación mucosa precoz en estos pacientes. Existe relación entre la actividad clínica y la curación mucosa.

76. RIESGO DE RECIDIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL QUE SUSPENDEN EL TRATAMIENTO ANTI-TNF: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

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

Hospital Universitario de la Princesa, IIS-IP y CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: La suspensión del tratamiento anti-TNF, una vez lograda la remisión en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), es un tema de interés tanto por la seguridad del paciente como por aspectos económicos. Sin embargo, se desconoce si esta estrategia es adecuada en la práctica clínica.

Objetivo: Estimar el riesgo de recidiva tras detener la terapia anti-TNF, investigar los factores asociados a dicha recidiva, y evaluar la respuesta al retratamiento con el mismo anti-TNF en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU) que recidivaron.

Métodos: Criterios de inclusión: estudios que evaluaban la incidencia de recidiva en pacientes con EC o CU en los que se suspendía la terapia anti-TNF [infliximab (IFX), adalimumab (ADA), o certolizumab pegol (CZP)] tras haber alcanzado, al menos, la remisión clínica. Estrategia de búsqueda: Búsqueda en PubMed, Embase y congresos internacionales, hasta Octubre de 2014. Síntesis de los resultados: Porcentaje de recidivas tras la suspensión del tratamiento anti-TNF, estimado por el método de la varianza inversa genérica. Subanálisis: por tipo de EII, comportamiento de la EC (luminal, fistulizante), tipo de anti-TNF y motivo de suspensión del anti-TNF (remisión clínica y/o endoscópica).

Resultados: Se incluyeron 26 estudios (20 evaluaron IFX, 6 con resultados mixtos de IFX-ADA). El riesgo de recidiva tras suspender la terapia anti-TNF en la EC fue del 45% (IC95% = 38-53%; $I^2 \geq 76\%$; 23 estudios; 720 pacientes), y del 41% en la CU (30-53%; $I^2 \geq 53\%$; 9 estudios; 159 pacientes). En la EC, hubo una tasa de recidiva del 35% a corto plazo (6 meses después de la suspensión del anti-TNF), 38% a medio plazo (12 meses) y 49% a largo plazo (60-125 meses). Estos resultados fueron heterogéneos ($I^2 \geq 71-88\%$). La tasa de recidiva a los 12 meses en la CU fue del 33% (2-65%; $I^2 \geq 93\%$; 3 estudios; 94 pacientes). En la EC, cuando se suspendió la terapia anti-TNF por remisión clínica, la tasa de recidiva un año después de dicha suspensión fue del 39%, disminuyendo a un 26% cuando además se exigió la remisión endoscópica. Este subanálisis no pudo realizarse en la CU por falta de información. Ningún otro factor se asoció con el riesgo de recidiva. De los pacientes que recidivaron y fueron retratados con el mismo anti-TNF, un 79% (66-92%; 8 estudios; 255 pacientes) alcanzaron la remisión; concretamente, la tasa de remisión en la EC fue del 83% (62-100%), y del 85% (62-100%) en la CU.

Conclusiones: Aproximadamente un tercio de los pacientes con EII que interrumpen el tratamiento anti-TNF tras alcanzar la remi-

sión recidivan al año. En la EC, cuando el anti-TNF se suspendió por remisión clínica, la tasa de recidiva al año fue del 39%, mientras que ésta fue del 26% cuando además se exigió la remisión endoscópica. La respuesta al retratamiento con el mismo anti-TNF fue favorable (80% de remisión) en aquellos pacientes que recidivaron tras la suspensión de la terapia

77. VALOR PREDICTIVO DE CALPROTECTINA FECAL EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA ASINTOMÁTICOS

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Aparato Digestivo, Sevilla.

Objetivo: Conocer la capacidad predictiva de recidiva de la calprotectina fecal (CF) en pacientes con colitis ulcerosa (CU) clínicamente inactiva.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico establecido de CU a lo que se realizó una determinación de CF estando asintomáticos. Excluimos a los que habían presentado un brote reciente (6 últimos meses) requiriendo tratamiento como consecuencia del mismo. Igualmente excluimos a los que han realizado alguna modificación del tratamiento en los 3 últimos meses. Analizamos tabaquismo, sexo, edad al diagnóstico y extensión histológica de la CU y niveles de CF ($\mu\text{g/g}$). Se realizó un seguimiento de un año, considerando recidiva clínica significativa la necesidad de modificación del tratamiento.

Resultados: Incluimos 101 pacientes (56 hombres, 45 mujeres) con diagnóstico de CU a los $33 \pm 15,7$ años (2-78). De ellos 15 (14,9%) eran fumadores. El 62,4% de los pacientes presentaban colitis extensa, 34,7% colitis izquierda y 3% proctitis. El valor medio de CF fue de $182,4 \pm 237,4 \mu\text{g/g}$ ($1,3-1.135$). En el transcurso del año siguiente a la determinación 28 pacientes (27,7%) presentan brote de actividad, de los cuales 14 se controlan solo con aumento de la dosis de salicilatos, en 10 además se deben añadir esteroides y 4 se tratan directamente con esteroides. La CF basal fue superior entre los pacientes que precisaron modificar el tratamiento ($314,4 \pm 283,3$ vs $131,7 \pm 197$; $p < 0,001$). El 80,8% de los pacientes con CF menor de $200 \mu\text{g/g}$ se mantienen asintomáticos tras un año de seguimiento, frente al 50% de los pacientes con valores superiores ($p < 0,002$). El área bajo la curva para un valor de $200 \mu\text{g/g}$ es de 0,7. Los pacientes que requieren sólo aumento de salicilatos presentan CF de $278,1 \pm 309 \mu\text{g/g}$ frente a $399,6 \pm 288 \mu\text{g/g}$ de los que precisan esteroides ($p < 0,7$). Entre los pacientes que recidivan, no existen diferencias en cuanto a la precocidad de la misma dependiendo del nivel de CF. No encontramos relación entre los demás factores analizados -sexo, tabaco, edad al diagnóstico y extensión de la CU- y el riesgo de recidiva.

Conclusiones: Valores de CF inferiores a $200 \mu\text{g/g}$ en pacientes con CU asintomáticos predicen una buena evolución de la enfermedad tras un año de seguimiento. Valores superiores implican un riesgo de recidiva en torno al 50%. Posiblemente la actividad histológica sin repercusión endoscópica o clínica podría justificar el bajo valor predictivo positivo de valores elevados de CF.

78. REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y DE RECURSOS SANITARIOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS BROTES DE LA PROCTITIS ULCEROSA

M. Calafat, M. Larrain, N. Caballero, M. Mañosa, T. Lobatón, L. Marín, E. Cabré y E. Domènech

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: En estudios poblacionales, la proctitis ulcerosa (PU) constituye más del 25% de los casos de colitis ulcerosa (CU) y presenta unas características clínicas, evolutivas y de tratamiento claramente diferenciales del resto de pacientes con CU.

Objetivo: Describir la evolución clínica, los requerimientos terapéuticos y la utilización de recursos sanitarios para el tratamiento de los brotes de PU.

Métodos: Se identificó aquellos pacientes con CU que tenían una extensión máxima limitada al recto. Se registró la evolución clínica y los tratamientos utilizados para el tratamiento de cada uno de los brotes de actividad de la enfermedad recogidos en el curso clínico, especificando fármacos y galénicas empleadas.

Resultados: De un total de 687 pacientes con CU, 101 (15%) presentaron una extensión máxima confirmada limitada al recto, sin evidencia de progresión proximal en ningún momento. Mediana de edad al diagnóstico 38 años (IQ 29-49). El tiempo medio de seguimiento desde el diagnóstico fue de 8 años (3-14). De éstos, 17% presentaron en algún momento afectación periapendicular. La pauta más frecuente para el tratamiento de los brotes fue el 5ASA tópico en el 66% (mayoritariamente con supositorios), seguida del 5ASA oral en el 33% de pacientes y de combinaciones diversas (orales y tópicos, tópicos con tópicos) en el 30% de pacientes. Los corticoides se utilizaron por vía tópica en 26% y fueron necesarios por vía oral en forma de prednisona en el 8% y beclometasona en 10% (mayoritariamente sólo 1 curso por paciente). Sólo el 10% de los pacientes habían consultado a Urgencias en alguna ocasión y sólo un 4% requirió ingreso por actividad de la PU fuera del momento diagnóstico.

Conclusiones: La PU activa conlleva un consumo reducido de recursos sanitarios, con una necesidad muy limitada de visitas a Urgencias o ingresos hospitalarios. Los supositorios de 5ASA constituyen el tratamiento más empleado en la PU en la práctica clínica, lo que sugiere un grado de confianza elevado por parte de los prescriptores. Sin embargo, el 5ASA oral, los corticoides tópicos y la combinación de cualquiera de ellos, son pautas a menudo utilizadas en el manejo de los brotes de PU.

79. LO QUE PREOCUPA A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

E. Berroa de la Rosa, L. Fernández Salazar y J.M. González Hernández

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

Introducción: El cuestionario RFIPC fue desarrollado en EEUU y se ha empleado en trabajos procedentes de Suecia y Noruega. Con él se mide la intensidad de la preocupación de los pacientes con EII en 22 ítems mediante una escala de 0 a 100. Un análisis factorial permite resumir los 22 ítems en factores. Hasta ahora no se ha traducido al español.

Objetivo: Conocer cuánto y por qué se preocupan los pacientes con EII. Conocer si existe relación entre estas preocupaciones y aspectos de la historia clínica de los pacientes o con su calidad de vida.

Métodos: Hemos entrevistado a 61 pacientes con EII (39 con EC y 22 con CU). En la entrevista los pacientes contestaron al cuestionario RFIPC previamente traducido al español y el cuestionario IBDQ32. Los datos clínicos de los pacientes se obtuvieron de la historia clínica. El análisis factorial del RFIPC nos permitió resumir los 22 ítems en 6 factores (consecuencias de la enfermedad, autoestima, futuro, aspecto social, ileostomía y relación de pareja). Hemos comparado la puntuación total del RFIPC y la puntuación de sus 6 factores con las variables clínicas (índices HBI y Mayo, PCR, extensión y comportamiento, tratamiento con corticoides, IM, biológicos, antecedentes quirúrgicos) y con las puntuaciones totales del

IBDQ32 y de sus 4 dominios (intestinal, sistémico, social y emocional). Las medias de las puntuaciones se han comparado con los tests de Mann Whitney y Kruskal Wallis y la correlación entre las puntuaciones con el test de Spearman. La consistencia interna del cuestionario se comprobó con un valor alfa de Cronbach de 0,939.

Resultados: La puntuación media del RFIPC fue 47,1 y el rango intercuartil 33,6-64,6. En la totalidad de pacientes hemos encontrado mayor puntuación total del RFIPC en las mujeres ($42,4 \pm 3,6$ vs $52,6 \pm 3,7$, $p 0,026$) y en menores de 40 años ($51,4 \pm 3,6$ vs $43,4 \pm 3,6$, $p 0,099$). Los tres ítems que más preocupan a los pacientes son la necesidad de llevar una bolsa de ileostomía o colostomía ($71,5 \pm 32,0$), los efectos adversos de las medicinas ($70,3 \pm 29,3$) y la posibilidad de tener un cáncer ($65,5 \pm 32,4$). Distintos aspectos de la historia clínica no se asociaron con mayor puntuación total del RFIPC pero sí la puntuación total del IBDQ32 ($R 0,373$, $p 0,005$) y sus dominios, sobre todo el emocional ($R 0,438$, $p 0,001$) que se correlacionó con los 6 factores del RFIPC. Entre los pacientes con CU no se encontró relación entre RFIPC y la historia clínica ni hubo correlación con el IBDQ32. Entre los pacientes con EC se encontró relación entre RFIPC y el fenotipo de la EC ($B1 51,2 \pm 3,9$ vs $B2 36,3 \pm 13,3$ vs $B3 22,8 \pm 2,6$, $p 0,014$) y correlación entre RFIPC e IBDQ32 ($0,478$, $p 0,004$).

Conclusiones: La puntuación del RFIPC de nuestros pacientes es superior a la comunicada en otros trabajos procedentes de EEUU o Suecia. La historia clínica no parece influir en las preocupaciones de los pacientes con EI. El comportamiento de la enfermedad y la calidad de vida se relacionan con la intensidad de las preocupaciones en la EC.

80. PERCEPCIÓN DEL IMPACTO SOCIAL Y EMOCIONAL DE LA COLITIS ULCEROSA EN PACIENTES ESPAÑOLES. ENCUESTA UC-LIFE

D. Carpio^a, F. Argüelles-Arias^b, X. Calvet^c, B. Juliá^d, C. Romero^d y A. López Sanromán^e

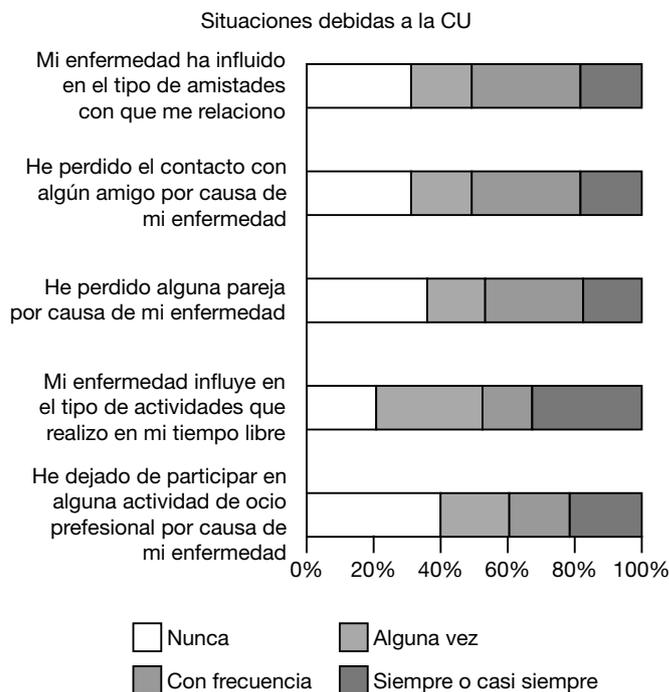
^aComplejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ^bHospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ^cCorporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Sabadell. ^dUniversitat Autònoma de Barcelona, Departament de Medicina, CIBERehd, Barcelona.

^eMerck Sharp & Dohme de España, Departamento Médico, Madrid. ^fHospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivo: Describir el impacto social y emocional de la colitis ulcerosa (CU) percibido por pacientes seguidos de manera habitual en consultas de gastroenterología de hospitales españoles.

Métodos: En la encuesta UC-LIFE participaron 39 gastroenterólogos, cada uno entregó 15 encuestas de manera consecutivas a pacientes con CU mayores de edad. Éstos completaron la encuesta en su casa y la devolvieron por correo. Se incluyeron preguntas sobre la influencia de la CU en los sentimientos de los pacientes, su trabajo y sus relaciones personales.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 75% (585 entregas/436 recibidas). La edad media fue de 46 años (DE: 13), 53% fueron hombres. Un 24% consideró que la CU les impedía hacer una vida normal siempre o casi siempre; Un 41% consideró que la CU condicionaba el tipo de trabajo que realizaban; Un 55% apuntó haber sufrido bajas por enfermedad debido a la CU y un 38% de los pacientes reconoció que la CU disminuía la confianza en sí mismos. Otras situaciones se muestran en la figura. Un tercio de los pacientes indicó sentirse deprimido, ansioso, rabioso o frustrado con frecuencia o casi siempre debido a la CU. Los pacientes señalaron como su miedo principal la posibilidad de desarrollar cáncer de colon, seguido de la necesidad de llevar una colostomía. La principal preocupación fue tener que ingresar en el hospital por causa de la CU seguido de la imposibilidad de alcanzar sus objetivos en la vida debido a esta enfermedad.



Conclusiones: En esta muestra de pacientes seguidos en consultas de hospital la CU demuestra tener un elevado impacto social y emocional en su vida cotidiana. La confianza en sí mismos, sus relaciones, su trabajo y sus actividades de ocio aparecen afectadas con frecuencia. Estos aspectos deberían ser parte de la evaluación que llevan a cabo los médicos que les tratan y sus equipos.

Agradecimientos: Financiado por Merck Sharp & Dohme de España y avalado por ACCU (Asociación española de enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).

81. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CORTICODEPENDIENTE

M. Barreiro de Acosta^a, M. García Alvarado^b, M. Sierra^c, A. Lorenzo^a, E. Domínguez-Muñoz^a y F. Muñoz^c

^aComplejo Hospitalario Universitario de Santiago, Servicio de Aparato Digestivo, Santiago de Compostela. ^bHospital Virgen de la Concha, Zamora. ^cComplejo Hospitalario de León.

Introducción: En pacientes con colitis ulcerosa, el desarrollo de corticodependencia es frecuente (más del 30%) existiendo pocos datos sobre la administración de adalimumab (ADA) en esta situación. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia clínica, entendida como remisión sin corticoides, en pacientes con CU corticodependiente tratados con adalimumab.

Métodos: Elaboramos un estudio multicéntrico, abierto, retrospectivo y con inclusión consecutiva. Se incluyeron pacientes con CU mayores de 18 años que cumplían los criterios de corticodependencia según la ECCO. Todos los pacientes recibieron ADA para la inducción a las dosis de 160/80 mg en las semanas 0 y 2 y posteriormente 40 mg cada 2 semanas. Los pacientes incluidos fueron evaluados al final de la inducción y en los meses 6 y 12. En los pacientes que presentaron pérdida de respuesta, se acortó el intervalo de administración o se duplicó la dosis según criterio médico. El objetivo principal del estudio fue evaluar la remisión clínica sin esteroides durante todo el tratamiento y los objetivos secundarios fueron la respuesta clínica, la curación mucosa y la disminución de valores

de PCR y de calprotectina fecal. Los resultados se expresan en porcentajes y las asociaciones fueron analizadas mediante un análisis multivariante.

Resultados: 37 pacientes con CU corticodependiente tratados con ADA (67% mujeres). El 40% tenía manifestaciones extraintestinales y el 65% estaba diagnosticado de colitis extensa (E3). 12 pacientes (32%) eran naïve a anti-TNF y 25 (68%) habían recibido infliximab (IFX) con anterioridad. La media de seguimiento fue de 25,9 meses. El 83% recibió tratamiento con inmunosupresores (INM) y un 43% necesitaron intensificación con ADA debido a pérdida de respuesta. Después de la inducción, el 35% de los pacientes estaba en remisión sin corticoides, manteniéndola a los 12 meses el 40% de los pacientes incluidos. La media del mayo parcial basal fue de 6,97; de 3,23 en el mes 6 (IC95% 2,88-4,58; $p < 0,001$) y 2,33 en el mes 12 (IC95% 3,43-6,35; $p < 0,001$). La curación mucosa se alcanzó en el 48% de los pacientes. La media de la calprotectina disminuyó de 535,92 basal a 178,33 en el mes 6 (IC95% 1,62-713,54; $p = 0,049$) y a 70 en el mes 12 (p NS). La PCR disminuyó de 16,8 a 2,87 en el mes 12 (IC95% 9,44-18,43; $p < 0,001$). Solo 3 pacientes (8%) necesitaron colectomía en el primer año. No observamos ninguna asociación entre las características clínicas o el tratamiento concomitante con INM y la respuesta a ADA. En el análisis multivariante mediante regresión de Cox, los pacientes que necesitaron intensificación con ADA (HR = 48,1 IC95% 1,46-1.589,1; $p = 0,03$) y con IFX previo (HR = 12,8; IC95% 2,24-73,54, $p = 0,004$) tenían menores tasas de remisión.

Conclusiones: Adalimumab puede ser eficaz para conseguir la remisión clínica sin esteroides y la curación mucosa en pacientes con CU corticodependiente. El uso previo del IFX o la necesidad de intensificación, fueron factores predictivos de baja eficacia.

82. PERCEPCIÓN DEL IMPACTO DE LA COLITIS ULCEROSA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ESPAÑOLES. ENCUESTA UC-LIFE

F. Argüelles-Arias^a, A. López Sanromán^b, X. Calvet^c, O. Rincón^d, C. Romero^d y D. Carpio^e

^aHospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ^bHospital Ramón y Cajal, Madrid. ^cCorporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Departament de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona, CIBERehd, Sabadell. ^dMerck Sharp & Dohme de España, Departamento Médico, Madrid. ^eComplejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Objetivo: Describir la carga y el impacto de los síntomas de la colitis ulcerosa (CU) sobre la calidad de vida (CdV) percibida por pacientes seguidos habitualmente en consultas de gastroenterología de hospitales españoles.

Métodos: En la encuesta UC-LIFE participaron 39 gastroenterólogos, cada uno entregó 15 encuestas de manera consecutiva a pacientes con CU mayores de edad. Éstos completaron la encuesta en su casa y la devolvieron por correo. A los pacientes se les preguntó por el impacto de la CU en su vida cotidiana y en particular que síntomas habían sufrido durante el año previo, señalando aquellos con mayor impacto en su CdV.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 75% (585 entregadas/436 recibidas). La edad media fue de 46 años (DE: 13), 53% fueron hombres. Un 24% de los pacientes consideró que la CU era con frecuencia o siempre un obstáculo para realizar una vida normal, mientras que un 55% indicó que esto sucedía a veces y sólo un 21% consideró que la CU nunca era un obstáculo. Los síntomas de la CU afectaron la calidad del sueño siempre o con frecuencia en un 21% de los pacientes, un 55% afirmó que esto sucedía a veces y un 24% nunca. Los síntomas más prevalentes durante el año previo fueron la diarrea, la urgencia y el sangrado rectal (señalado por ~60% de los pacientes) (tabla). Cuando a los pacientes se les pidió que señalaran que dos síntomas empeoraban más su CdV, aquellos

Síntomas de la CU	Pacientes que lo sufrieron el año anterior (%)	Síntomas más impactantes para el paciente (%)*
Diarrea		60% 72%
Dolor abdominal y/o pinchazos		48% 47%
Flatulencias (gases)		55% 44%
Sangrado rectal		57% 57%
Urgencia en la defecación		60% 74%
Incontinencia		25% 32%
Dolor articular (muñecas, pies, rodillas, etc.)		39% 34%
Fatiga o cansancio		53% 52%
No he tenido ninguno de estos síntomas durante el año anterior		9% -

*A cada paciente se le pidió que marcara los dos síntomas que más empeoraban su CdV.

que mencionaron con más frecuencia fueron urgencia (74%), diarrea (72%), sangrado rectal (57%) y fatiga (52%) (tabla).

Conclusiones: En esta muestra de pacientes con CU seguidos en consultas de hospital se pone de manifiesto el impacto de los síntomas de la CU en la CdV y en la calidad del sueño. Estos pacientes consideran la urgencia y la diarrea como los síntomas que más empeoran su CdV.

Agradecimientos: Financiado por Merck Sharp & Dohme de España y avalado por ACCU (Asociación española de enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).

83. EL EMPEORAMIENTO CLÍNICO DE UN BROTE MODERADO DE COLITIS ULCEROSA TRATADO CON CORTICOIDES ORALES JUSTIFICA LA INTRODUCCIÓN DIRECTA DE TRATAMIENTOS DE RESCATE

J. Llaó^a, J.E. Naves^b, A. Ruiz-Cerulla^c, J. Gordillo^a, M. Mañosa^b, C. Aràjol^c, E. Cabré^b, J. Guardiola^c, E. García-Planella^a y E. Domènech^b

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

Introducción: Los corticoides endovenosos (CE) son el tratamiento de elección de los brotes graves de colitis ulcerosa (CU). La evaluación clínica-biológica a los 3-5 días de iniciar el tratamiento permite identificar aquellos pacientes no-respondedores. Esto ha permitido reducir las tasas de colectomía urgente gracias a la introducción de tratamientos de rescate en una proporción considerable de estos pacientes.

Objetivo: Identificar las características clínicas y/o biológicas en el momento de iniciar los CE por un brote grave de CU asociadas a la necesidad de tratamiento de rescate.

Métodos: Se identificaron todos los pacientes ingresados y tratados con CE por un brote grave de CU entre enero 2005 y diciembre 2011 en 3 hospitales universitarios. Se registraron datos demográficos, epidemiológicos y clínicos de la CU, así como los datos clínicos y biológicos en el momento de iniciar los CE, incluyendo aquellos

Atributos del tratamiento	1	2	3	4	5
Control continuo de los síntomas	44,6%	21,4%	16,4%	9,8%	7,9%
Buena tolerabilidad	15,8%	28,7%	29,0%	19,3%	8,0%
Rapidez de acción	12,7%	24,3%	21,4%	26,8%	14,9%
Comodidad de administración	4,9%	6,0%	13,6%	23,9%	51,6%
Normalización de la CdV	3,5%	17,2%	17,2%	15,6%	13,5%

Orden de importancia: 1 = más importante; 5 = menos importante.

que definen la gravedad a más del número de deposiciones (proteína C reactiva, hemoglobina, fiebre, taquicardia o hipotensión).

Resultados: Se incluyeron 62 brotes graves, 70% CU extensa, 82% no fumadores. El 43% de los brotes requirió tratamiento de rescate durante el ingreso hospitalario. De los 14 episodios que habían recibido corticoides orales por el brote índice antes de iniciar CE, 10 (71%) requirieron tratamiento de rescate durante el ingreso y 3 de los no rescatados presentaron corticodependencia en el seguimiento. En el análisis univariado, el fracaso de corticoides orales al inicio del brote, la no exposición a tabaco, la ausencia de síntomas sistémicos o el tener menos de 2 criterios adicionales de gravedad se asociaron a una mayor probabilidad de requerir tratamiento de rescate. En el análisis multivariado, solamente la falta de respuesta a corticoides orales para el brote índice fue predictor independiente de tratamiento de rescate en la multivariada ($p = 0,018$).

Conclusiones: En los brotes graves de CU, el único factor asociado a necesidad de tratamiento de rescate por falta de eficacia de los CE es el fracaso de los corticoides orales para el mismo brote. Estos resultados sugieren que en los pacientes que presentan empeoramiento clínico durante el tratamiento con corticoides orales por un brote moderado serían tributarios de tratamiento de rescate con ciclosporina o infliximab sin intentar CE.

84. PERCEPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO EN PACIENTES ESPAÑOLES CON COLITIS ULCEROSA. ENCUESTA UC-LIFE

A. López Sanromán^a, D. Carpio^b, X. Calvet^c, L. Cea-Calvo^d, C. Romero^d y F. Argüelles-Arias^e

^aHospital Ramón y Cajal, Madrid. ^bComplexo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ^cCorporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, CIBERehd, Sabadell. ^dMerck Sharp & Dohme de España, Departamento Médico, Madrid. ^eHospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivo: Describir la percepción en cuanto a la carga de la enfermedad, los atributos preferidos en un tratamiento y la satisfacción con el tratamiento actual en pacientes con colitis ulcerosa (CU) seguidos en consultas de hospitales españoles.

Métodos: En la encuesta UC-LIFE participaron 39 gastroenterólogos, cada uno entregó 15 encuestas de manera consecutiva a pacientes con CU mayores de edad. Éstos completaron la encuesta en su casa y la devolvieron por correo. Los pacientes respondieron a preguntas sobre su enfermedad, sus expectativas y el tratamiento actual de su CU.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 75% (585 entregadas/436 recibidas). La edad media fue de 46 años (DE: 13), 53% fueron hombres. Un 57,3% de los pacientes percibieron su CU como leve, un 35,9% como moderada y un 6,8% como grave. Durante el año anterior un 50,5% de los pacientes indicó haber sufrido una exacerbación y un 19%, un 31% y un 47% respectivamente indicaron haber sido ingresados en el hospital, haber acudido a urgencias o haber adelan-

tado alguna visita a su médico por causa de la CU. Los atributos considerados más importantes en un tratamiento fueron el control continuado de los síntomas (44,6%) y la normalización de la calidad de vida (CdV) (36,5%) (tabla). Un 38,8% se declaró muy satisfecho con su tratamiento, un 40,0% satisfecho, un 16,9% neutral, un 3,6% insatisfecho y un 0,7% muy insatisfecho. El grado de satisfacción en relación a los distintos atributos evaluados fue similar.

Conclusiones: En esta muestra de pacientes seguidos en el hospital un 50% apuntó actividad de su CU durante el año previo y un 43% percibió su CU como moderada o grave. Sin embargo, los pacientes estuvieron en general satisfechos con su tratamiento actual. El control continuo de los síntomas y la normalización de la CdV fueron valorados como los atributos más importantes.

Agradecimientos: Financiado por Merck Sharp & Dohme de España y avalado por ACCU (Asociación española de enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).

85. REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y UTILIZACIÓN DE LAS DIFERENTES GALÉNICAS EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE LA PROCTITIS ULCEROSA

M. Calafat, M. Larrain, N. Caballero, M. Mañosa, T. Lobatón, L. Marín, E. Cabré y E. Domènech

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: En estudios poblacionales, la proctitis ulcerosa (PU) constituye más del 25% de los casos de colitis ulcerosa (CU) y presenta unas características clínicas, evolutivas y de tratamiento claramente diferenciales del resto de pacientes con CU.

Objetivo: Describir la evolución clínica, los requerimientos terapéuticos y la utilización de las diferentes galénicas disponibles para el tratamiento de mantenimiento de la PU.

Métodos: Se identificaron aquellos pacientes con CU que tenían una extensión máxima limitada al recto. Se registró la evolución clínica y los tratamientos utilizados para el mantenimiento de la remisión de la enfermedad, especificando fármacos y galénicas utilizadas, intolerancia y efectos adversos.

Resultados: De un total de 687 pacientes con CU, 101 (15%) presentaron una extensión máxima confirmada limitada al recto, sin evidencia de progresión proximal en ningún momento. Mediana de edad al diagnóstico 38 años (IQ 29-49). El tiempo medio de seguimiento desde el diagnóstico fue de 8 años (3-14). De éstos, 17% presentaron en algún momento afectación periapendicular. Para el tratamiento de mantenimiento, 89% siguieron en algún momento 5ASA tópico en monoterapia (mayoritariamente con supositorios y de forma continuada, no a demanda). En caso de tratamiento a demanda, el uso de los enemas aumentaba en detrimento de los supositorios. El 35% de los pacientes presentaron recidivas durante el mantenimiento con 5ASA tópico y sólo un 6% de los pacientes cambiaron la galénica inicial. 55% de los pacientes siguieron en algún momento 5ASA oral, presentando recidivas en el 40% de los casos. Hasta un 16% de estos pacientes cambiaron de preparado comercial de 5ASA oral. El tratamiento con 5ASA combinado oral y

tópico de mantenimiento lo siguieron hasta un 33% de los pacientes, el 50% de los que presentaron recidivas. Sólo un 12% utilizaban corticoides tópicos para el mantenimiento y sólo 3 pacientes (3%) se trataron con tiopurinas y ninguno con antiTNF. Hasta un 36% de los pacientes refirieron estreñimiento significativo en el seguimiento y se prescribió tratamiento laxante por estreñimiento persistente en el 30% del total de pacientes, empleándose mayoritariamente el plantago ovata.

Conclusiones: Los supositorios de 5ASA constituyen el tratamiento de mantenimiento más empleado en la PU, en la práctica clínica, lo que sugiere una buena aceptación por parte de los pacientes. El estreñimiento crónico constituye un problema casi tan frecuente como las recidivas y requiere tratamiento específico en una proporción elevada de estos pacientes.

86. DIVERSIDAD DE LA MICROBIOTA ADHERIDA A LA MUCOSA INTESTINAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN. EVIDENCIA DE DOS SUBGRUPOS DIFERENTES

D. Ginard^a, S. Khorrami^a, R. Vidal^b, M. Mora^c, R. Muñoz^c, M. Hermoso^b, S. Díaz^c, A. Cifuentes^c, A. Orfila^c y R. Roselló-Mora^c

^aHospital Universitario Son Espases, Institut d'Investigació Sanitària de Palma (IdISPa), Servicio de Aparato Digestivo, Palma de Mallorca. ^bInstituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile. ^cInstitut Mediterrani d'Estudis Avançats (IMEDEA; CSIC-UIB), Departamento de Ecología e Investigación Marina, Esporles.

Introducción: La microbiota intestinal participa activamente en la homeostasis de la inflamación y juega un papel importante en la patogenia de enfermedad de Crohn (EC). Las técnicas basadas en el estudio del gen codificante para el ARN ribosómico 16S bacteriano han permitido ahondar en la diversidad de microorganismos en sistemas naturales de forma independiente al cultivo.

Objetivo: Estudiar la microbiota adherida a la mucosa intestinal de los pacientes con EC y compararla con la de la población sana.

Métodos: Se obtuvieron biopsias de la mucosa colónica de 13 pacientes con EC y 7 controles sanos remitidos para la realización de una colonoscopia por indicación médica. Se recogieron los datos demográficos, antecedentes personales, características de la EC, medicación y antecedentes quirúrgicos. Se excluyeron a los pacientes con antecedentes de toma de antibióticos, probióticos o procesos infecciosos gastrointestinales en el último mes, los portadores de ileostomía o colostomía, así como aquellos con cambios recientes en la medicación inmunosupresora. Las biopsias de la mucosa intestinal fueron congeladas inmediatamente en tubos estériles a -80 °C. La microbiota adherida a la mucosa fue estudiada mediante amplificación y secuenciación directa por pirosecuenciación de los amplicones del gen de ARN ribosómico 16S bacteriano. Para el trabajo se generaron más de 150.000 secuencias, que tras la criba y eliminación de las más cortas, se obtuvo una media de 6.000 secuencias por muestra con una longitud superior a 500 nucleótidos. Se identificó la posición genealógica de las secuencias mediante inferencia filogenética y se agruparon en forma de OPU (Operational Phylogenetic Units), que pueden asimilarse como especies distintas. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de las Islas Baleares.

Resultados: Las muestras de los pacientes con EC presentaron una media de 83 ± 16 OPU mientras que la de los controles sanos fue de 101 ± 19 OPU. Se identificaron dos grupos diferentes de pacientes con EC en base a su perfil de microbiota adherida a la mucosa intestinal. Ambos grupos presentaron una depleción de la clase Clostridia. El grupo CD1 presentaba un incremento de los Bacteroidetes como resultado de la desaparición de los Firmicutes, mientras que el grupo CD2 destacaba por la colonización oportunista por miembros de Proteobacteriae.

Conclusiones: Los pacientes con EC poseen una menor diversidad bacteriana en su microbiota intestinal en comparación con los controles sanos. Existen diferentes patrones microbianos en la microbiota intestinal de los pacientes con EC, lo que podría traducir diferentes mecanismos patogénicos subyacentes. El estudio de la abundancia relativa de Firmicutes, Bacteroidetes y Proteobacteria permite identificar subgrupos de pacientes de EC.

87. EFICACIA EN PRÁCTICA CLÍNICA DE ADALIMUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA: COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES NAÏVE Y NO NAÏVE A ANTI-TNF

M. Iborra^a, A. López-García^b, M. Boscá^c, V. García-Sánchez^d, J. Hinojosa^e, A. López-Sanromán^f, L. Márquez^g, P. Camo^h, J.P. Gisbertⁱ, M. Aceituno^j, M. Calafat^k, J. Guardiola^l, B. Belloc^m, Y. Berⁿ, L. Bujanda^ñ, C. Rodríguez Gutiérrez^o, J. Barrio^p, M. Rivero Tirado^q, R. Camargo^r, M. van Domselaar^s, X. Calvet^t, J.L. Cabriada^u, E. Rodríguez-González^v, D. Hervás^w y P. Nos^a

^aHospital Universitario La Fe y CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^bHospital Clínic de Barcelona, Departamento de Gastroenterología, Barcelona. ^cHospital Clínic de Valencia, Servicio de Gastroenterología, Valencia. ^dHospital Universitario Reina Sofía, Aparato Digestivo, Córdoba. ^eHospital de Manises, Servicio de Medicina Digestiva, Valencia. ^fHospital Ramón y Cajal, Servicio de Gastroenterología, Madrid. ^gHospital del Mar, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^hHospital Universitario Miguel Servet, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ⁱHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP y CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^jHospital Universitari Mútua de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^kHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Departamento de Gastroenterología, Badalona. ^lHospital Universitari de Bellvitge, Departamento de Gastroenterología, Barcelona. ^mHospital de San Jorge, Servicio de Digestivo, Huesca. ⁿHospital Clínic Universitario Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^oHospital Donostia/Instituto Biodonostia, Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y CIBEREHD, Departamento de Gastroenterología, San Sebastián. ^pComplejo Hospitalario de Navarra, Departamento de Gastroenterología, Pamplona. ^qHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^rHospital Universitario de Valdecilla, Servicio de Digestivo, Santander. ^sHospital Clínic Virgen de la Victoria, Servicio de Gastroenterología, Málaga. ^tHospital de Torrejón, Servicio de Digestivo, Madrid. ^uCorporació Sanitària Parc Taulí, Servei de Digestiu, Sabadell. ^vHospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya. ^wHospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Servicio de Aparato Digestivo, Tenerife. ^xInstituto de Investigación Sanitaria Hospital La Fe, Unidad de Bioestadística, Valencia.

Introducción: La eficacia de adalimumab (ADA) para la colitis ulcerosa (CU) activa en pacientes expuestos previamente a anti-TNF y en pacientes naïve a anti-TNF ha sido evaluada a partir de ensayos clínicos (ULTRA-2) y de series cortas.

Objetivo: Evaluar en práctica clínica la eficacia de ADA en la CU activa comparando pacientes previamente tratados con anti-TNF (no naïve) frente a pacientes naïve a anti-TNF (naïve).

Métodos: Estudio retrospectivo basado en la recogida de diferentes variables obtenidas a partir del registro ENEIDA. Se recogieron los datos demográficos de los pacientes, tratamientos concomitantes, índice de Mayo (IM) e índice endoscópico de Mayo (IME) al inicio del tratamiento, así como la causa por la que se interrumpió el primer fármaco antiTNF en el caso de los no naïve. Se evaluaron los porcentajes de respuesta clínica, remisión clínica y endoscópica a las 12, 24 y 52 semanas, la tasa de efectos adversos y la necesi-

	Naïve	No naïve
Sexo masculino	66%	59%
Edad al diagnóstico (años)	42,23 (13,98)	42,99 (14,4)
Fumador	12%	4%
No	60%	70%
Exfumador	28%	26%
Proctitis	24%	17%
Colitis izquierda	14%	21%
Pancolitis	62%	62%
Duración CU (meses)	105,81 (94,48)	98,34 (89,77)
Indicación del tratamiento		
Inducción de remisión	78%	81%
Mantenimiento de remisión	6%	14%
ME	10%	2%
Enfermedad perianal	4%	0,6%
Otros	2%	2,4%
Razón de discontinuación del primer anti TNF		
No respuesta primaria		17%
Pérdida de respuesta		44%
Intolerancia		24%
Otros		15%
GC concomitantes	38%	59%
IS concomitantes		
No	49%	51%
Tiopurinas	46%	42%
Otros	5%	6%
Leve (IM 3-5 y/o IME \leq 1)	8 (11%)	32 (22%)
Moderado (IM 6-10 y/o IME \leq 2)	44 (65%)	74 (55%)
Grave (IM > 10 y/o IME = 3)	15 (24%)	34 (23%)
Respuesta clínica		
No	15 (20%)	49 (34%)
Sí	60 (80%)	97 (66%)
A la semana 12	45 (60%)	66 (45%)
A la semana 24	9 (12%)	16 (11%)
A la semana 52	6 (8%)	15 (10%)
Mantenimiento 2 años	27 (39%)	47 (33%)
Remisión clínica		
No	25 (36%)	74 (52%)
Sí	44 (64%)	69 (48%)
A la semana 12	25 (36%)	33 (23%)
A la semana 24	11 (16%)	21 (15%)
A la semana 52	8 (12%)	15 (10%)
Remisión endoscópica		
No	22 (50%)	65 (64%)
Sí	21 (50%)	36 (36%)
A la semana 12	10 (24%)	12 (12%)
A la semana 24	4 (9,5%)	13 (13%)
A la semana 52	7 (16,5%)	11 (11%)

Datos expresados en porcentajes, número absoluto (porcentaje) o media (desviación típica). GC: glucocorticoides; IS: inmunosupresores; ME: manifestaciones extraintestinales.

dad de intensificación, colectomía y hospitalización durante el primer año.

Resultados: Se incluyeron 245 pacientes (163 no naïve y 82 naïve). Los datos demográficos y porcentajes de respuesta y remisión se recogen en la tabla. Un 11% de los pacientes naïve y un 6% de los no naïve presentaron algún evento adverso a ADA. La necesidad de intensificación, hospitalización y colectomía durante el primer año fue menor en el grupo naïve (26, 21 y 11% respectivamente) que en el no naïve (40, 43 y 27%). En el análisis multivariante, el fracaso primario o la intolerancia al primer fármaco anti-TNF y la enfermedad grave se asociaron estadísticamente con peor respuesta clínica ($p = 0,015$, $p = 0,042$ y $p = 0,049$). No respuesta primaria al anterior anti-TNF y la enfermedad grave fueron factores predictivos de peores tasas de remisión clínica ($p = 0,04$ y $p = 0,026$). La remisión endoscópica no se asoció con ninguna de las variables.

Conclusiones: En práctica clínica ADA parece un tratamiento efectivo en CU moderada y especialmente en pacientes naïve a anti-TNF.

88. LOS NIVELES SÉRICOS DE INFLIXIMAB NO PREDICEN LA REMISIÓN TRAS LA INDUCCIÓN EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

M. Chaparro^a, I. Guerra^b, M. Iborra^c, J.L. Cabriada^d, L. Bujanda^e, C. Taxonera^f, V. García-Sánchez^g, I. Marín-Jiménez^h, M. Barreiro de Acostaⁱ, I. Vera^j, M.D. Martín-Arranz^k, B. Hernández-Breijo^l, F. Mesonero^m, L. Sempereⁿ, F. Gomollón^o, M. Mora^p, M. Ramas^q, A. Algaba^r, B. Beltrán^c, I. Moraleja^d, A. Arbelaz^e, D. Olivares^f, E. Iglesias-Flores^g, L. Menchén^h, R. Ferreiroⁱ, C. Suárez Ferrer^j, S. Gómez Senent^k, L.G. Guijarro^l, P. Muñoz-Linares^a y J.P. Gisbert^a en representación del grupo de investigadores del estudio PREDICROHN de GETECCU

^aHospital La Princesa, IIS-IP Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Madrid. ^bHospital de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^cHospital La Fe, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Valencia. ^dHospital de Galdakano, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya. ^eHospital Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU y CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Guipúzcoa. ^fHospital Clínico, IdISSC, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^gHospital Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo, Córdoba. ^hHospital Gregorio Marañón, IISGM, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ⁱHospital Clínico de Santiago, Servicio de Aparato Digestivo, Santiago de Compostela. ^jHospital Puerta de Hierro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^kHospital La Paz, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^lUniversidad de Alcalá de Henares, CIBEREHD, Madrid. ^mHospital Ramón y Cajal, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ⁿHospital de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo, Alicante. ^oHospital Clínico, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Zaragoza. ^pHospital de Manises, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia.

Introducción: La correlación entre los niveles séricos de infliximab (IFX) y la probabilidad de alcanzar la remisión tras las dosis de inducción en los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) no ha sido estudiada.

Objetivo: 1) Evaluar la correlación entre los niveles de IFX y la respuesta tras las dosis de inducción en los pacientes con EC. 2) Estudiar la capacidad de la medición de los niveles séricos de IFX para predecir la remisión a corto plazo.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con EC activa (CDAI > 150) que no hubieran sido expuestos previamente al tratamiento con fármacos anti-TNF; recibieron IFX 5 mg/kg en las semanas 0, 2, 6 y 14. Se definió la remisión como un CDAI < 150, y la respuesta como un descenso > 70 tras 14 semanas de tratamien-

to. Se realizaron evaluaciones clínicas y se obtuvieron muestras de sangre basales y en las semanas 4, 8 y 14. La determinación de infliximab y anticuerpos contra infliximab (ATI) se realizó mediante cromatografía líquida de alta resolución (HMSA; Prometheus Lab, San Diego, EEUU). Se calculó la correlación entre los niveles de infliximab durante la fase de inducción y la respuesta clínica en la semana 14. Se calcularon las curvas ROC y las áreas bajo las mismas (AUC).

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes (58% mujeres, 65% con inmunosupresores concomitantes). En la semana 14, el 72% de los pacientes alcanzó la remisión, el 14% respuesta parcial y el 14% no respondió. Se observó una mayor frecuencia de sexo femenino entre los respondedores, la puntuación en el CDAI basal fue más baja y el tiempo de evolución de la enfermedad más corto en los pacientes que alcanzaron la remisión. La media de la concentración de IFX fue similar en los pacientes que alcanzaron la remisión en la semana 14 que en los que no la alcanzaron: 35 vs 42 $\mu\text{g}/\text{mL}$ en la semana 4, 33 vs 34 $\mu\text{g}/\text{mL}$ en la semana 8, y 5 vs 8,4 $\mu\text{g}/\text{mL}$ en la semana 14. En el análisis multivariante (ajustado por la edad, el sexo y el tiempo de evolución de la enfermedad) los niveles valle de IFX en la semana 14 no se asociaron con la probabilidad de alcanzar la remisión (OR = 0,75, IC95% = 0,5-1,1). Las AUC de las concentraciones de IFX para predecir la remisión en la semana 14 fueron: 0,38 en la semana 4, 0,52 en la semana 8 y 0,37 en la semana 14. Los resultados correspondientes considerando respuesta en la semana 14 en lugar de remisión fueron: 0,2 en la semana 4, 0,23 en la semana 8 y 0,15 en la semana 14. No se logró identificar ningún punto de corte con suficiente exactitud para predecir la remisión en ninguna de las visitas.

Conclusiones: No se observó asociación entre los niveles séricos de IFX en las semanas 4, 8 o 14 y la respuesta clínica o la remisión tras las dosis de inducción en los pacientes con EC. Por tanto, no se logró identificar una concentración umbral de IFX que predijera remisión o respuesta en la semana 14 de tratamiento.

89. EXPERIENCIA CON USTEKINUMAB EN UNA SERIE DE 77 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN REFRACTARIA

S. Khorrami^a, D. Ginard^a, I. Marín-Jiménez^b, M. Chaparro^c, M. Sierra^d, V. García-Sánchez^e, D. Olivares^f, S. García^g, M. Aguas^h, J. Martínez-Gonzálezⁱ, J.L. Cabriada^j, J. Gelabert^k, A. Villoria^l, N. Mancañido^m, J.R. Pinedaⁿ, A. Ponferrada^o, M. Rivero^p, J. Barrio^q, G. Alcaín^r, J. Riera^s, F. Casellas^t, E. García-Planella^u, D. Hervías^v, A. Sansó^w, M. van Domselaar^x, M. Barreiro^y, M.T. Diz-Lois^z, F. Gomollón¹, D. Busquets¹, A.I. Muñagorri², J. Guardiola³, M. Carrillo⁴ y J.P. Gisbert^c

^aHospital Universitario Son Espases, Servicio de Aparato Digestivo, Institut d'Investigació Sanitària de Palma (IdISPa), Palma de Mallorca. ^bHospital General Universitario Gregorio Marañón, IISGM, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^cHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^dComplejo Hospitalario de León. ^eHospital Universitario Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo, Córdoba. ^fHospital Clínico San Carlos, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^gHospital Universitario Miguel Servet, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^hHospital Universitario La Fe, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ⁱHospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Digestivo, Madrid. ^jHospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya. ^kHospital Mateo Orfila, Menorca. ^lHospital de Sabadell, Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Sabadell. ^mHospital San Sebastián de los Reyes, Madrid. ⁿComplejo Hospitalario Universitario de Vigo, Servicio de Aparato Digestivo, Pontevedra. ^oHospital Infanta Leonor, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^pHospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ^qHospital Río Hortega, Servicio de Aparato

Digestivo, Valladolid. ^rHospital Universitario Virgen de la Victoria, Aparato Digestivo, Málaga. ^sHospital Son Llàtzer, Servicio de Aparato Digestivo, Mallorca. ^tHospital Vall d'Hebron, Barcelona. ^uHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^vHospital Virgen de Altagracia, Ciudad Real. ^wHospital de Manacor, Baleares. ^xHospital de Torrejón, Servicio de Digestivo, Madrid. ^yComplejo Hospitalario de Santiago, Servicio de Aparato Digestivo, Santiago de Compostela. ^zComplejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹Hospital Clínico de Zaragoza. ²Hospital Josep Trueta, Girona. ³Hospital de Donostia, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián. ⁴Hospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ⁵Hospital Universitario de Canarias, Servicio de Aparato Digestivo, La Laguna.

Introducción: Ustekinumab (USK) es un anticuerpo monoclonal que bloquea la subunidad p40 de las IL 12/23. Ha demostrado ser superior al placebo en la inducción y el mantenimiento de la respuesta clínica en la enfermedad de Crohn (EC) refractaria a anti-TNF.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de USK en la EC refractaria.

Métodos: Estudio abierto y retrospectivo de una serie consecutiva de pacientes con EC, tratados con USK en los hospitales españoles. Se recogieron los datos demográficos, clínicos y quirúrgicos, dosis, pauta de administración y efectos adversos atribuidos a USK. La respuesta fue evaluada mediante el índice de Harvey-Bradshaw y a juicio de su médico.

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes (61% mujeres, edad 38 \pm 14 años) con un seguimiento de 364 (rango IC, 144-662) días. La mayoría padecía una EC ileocólica (61%), patrón inflamatorio (56%) y de larga evolución (10 años, rango IC 6-17). El 65% habían fracasado previamente a al menos dos inmunosupresores, el 86% al menos a dos anti-TNF y la mitad habían sufrido resección intestinal. 70 (91%) pacientes recibieron una pauta de inducción, siendo el régimen más frecuente (45%) el de 90 mg semanales durante 4 semanas por vía subcutánea. En 66 (86%) pacientes se realizó tratamiento de mantenimiento, la mayoría (65%) con 90 mg cada 8 semanas por vía subcutánea. Las tasas de respuesta clínica al inicio, a los 6 meses, 12 meses y al final del seguimiento se presentan en la tabla. El 60% de los pacientes que respondieron inicialmente a USK, mantuvieron la respuesta clínica al final del seguimiento. De los 38 fracasos, 23 pacientes (60%) precisaron cirugía. Se describieron efectos adversos en 7 (9,1%) casos, todos leves. La existencia de enfermedad perianal (OR: 2,7; IC95% 1,09-6,90) y el antecedente de cirugía resectiva (OR: 3,08; IC95% 1,21-7,8) se asociaron al fracaso terapéutico con USK.

Conclusiones: USK parece ser efectivo y seguro en el tratamiento de la EC refractaria en la práctica clínica.

90. RELACIÓN ENTRE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA, CURACIÓN MUCOSA Y CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

A. Ruiz Cerulla, L. Rodríguez Alonso, C. Arajol, S. Maisterra, F. Rodríguez Moranta y J. Guardiola

Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL, Barcelona.

Introducción: A pesar de la creciente evidencia sobre la importancia de alcanzar la curación mucosa, muchos aspectos del manejo de la enfermedad de Crohn (EC) se siguen basando en datos clínicos. Ha sido descrita una mala correlación entre el CDAI y las lesiones endoscópicas, sin embargo existen pocos datos sobre el valor de otros índices clínicos o los síntomas concretos sobre la predicción de la curación mucosa. La relación entre sintomatología, lesiones endoscópicas y calidad de vida ha sido poco evaluada en la EC.

	Remisión	Respuesta	Fracaso
Inicial (n = 77)	24 (31,2%)	39 (50,6%)	14 (18,2%)
6 meses (n = 67)	25 (37,3%)	28 (41,8%)	14 (20,9%)
12 meses (n = 46)	26 (56,5%)	14 (30,4%)	6 (13,1%)
Global (n = 77)	24 (31,1%)	15 (19,5%)	38 (49,4%)

Objetivo: Conocer el valor predictivo de los diferentes índices y síntomas clínicos sobre la curación mucosa en la EC. Conocer el impacto de la sintomatología clínica y de las lesiones endoscópicas sobre la calidad de vida.

Métodos: Estudio prospectivo observacional en el que se han incluido 74 pacientes diagnosticados de EC a los cuales se ha realizado una ileocolonoscopia por indicación clínica. Variables clínicas analizadas: CDAI, Harvey-Bradshaw (HB), índice de Hjortswang (IH), número de deposiciones/día, número deposiciones líquidas/día, presencia de urgencia y dolor abdominal. Variables endoscópicas: índice SES-CD, índice de Rutgeerts. Variables de calidad de vida: CCVEII-9 (Cuestionario reducido de la versión española del cuestionario de calidad de vida para la enfermedad inflamatoria intestinal). Remisión clínica: CDAI < 150, HB = 4. Curación mucosa: SES-CD = 3, Rutgeerts < 2.

Resultados: El área bajo la curva de las variables clínicas en la predicción de la curación mucosa estuvo en torno a 0,5 (similar al azar): CDAI 0,50, HB 0,53, IH 0,49, urgencia 0,46, nº deposiciones líquidas 0,57, nº deposiciones 0,5, dolor 0,51. En cambio, las variables clínicas presentaban una buena correlación con el CCVEII-9; coef. de correlación rho de Spearman: CDAI -0,78, HB -0,76, IH -0,7, urgencia -0,61, nº deposiciones líquidas -0,66, nº deposiciones -0,51, dolor -0,77 (p < 0,001 en todos los casos). La actividad endoscópica no se correlacionó con la calidad de vida (coef. Rho entre SES-CD y CCVEII-9: 0,34, p = 0,77). No se encontraron diferencias en la puntuación del CCVEII-9 entre los pacientes que presentaban curación mucosa y los que no (62,5 vs 63 puntos respectivamente, p = 0,78).

Conclusiones: En la EC, las manifestaciones clínicas son independientes de las lesiones endoscópicas. Si la curación mucosa se considera un objetivo, las decisiones terapéuticas no deberían basarse en la sintomatología sino en la evaluación endoscópica o en biomarcadores. La calidad de vida de los pacientes con EC viene determinada por la presencia de síntomas y es independiente de las lesiones endoscópicas. Para mejorar la calidad de vida de estos pacientes es imprescindible una mejor comprensión del origen de los síntomas, especialmente en aquellos pacientes que han alcanzado la curación mucosa.

91. FACTORES LIMITANTES EN EL USO DE LAS TÉCNICAS DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL (ESTUDIO RAYMOND) DIRIGIDA A GASTROENTERÓLOGOS Y RADIÓLOGOS ESPAÑOLES

A. Gutiérrez^a, A. Torregrosa^b, J. Rimola^c, I. Marín-Jiménez^d, I. Ordás^e y J. Hinojosa^f

^aHospital General Universitario de Alicante. ^bHospital La Fe, Servicio de Radiología, Valencia. ^cHospital Clínic, Servicio de Radiología, CIBEREHD, Barcelona. ^dHospital Gregorio Marañón, Servicio de Medicina Digestiva, Madrid. ^eHospital Clínic de Barcelona y Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas, Barcelona. ^fHospital de Manises, Servicio de Medicina Digestiva, Valencia.

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es una patología crónica que precisa de la realización de múltiples pruebas de ima-

gen para su diagnóstico y correcto manejo. Su uso puede verse dificultado por la existencia de factores limitantes tales como las listas de espera, su disponibilidad, coste o experiencia en la realización de estas técnicas.

Objetivo: Describir la percepción de una muestra de gastroenterólogos (G) y radiólogos (R) españoles respecto a la limitación en el uso de las distintas técnicas de imagen en el diagnóstico y manejo de pacientes con EC.

Métodos: Estudio descriptivo basado en la información obtenida mediante una encuesta (estudio "RAYMOND") dirigida a G y radiólogos R españoles. Se incluyeron preguntas acerca de las técnicas de imagen- ecografía (ECO), TC, RMN y tránsito baritado(TB) - consideradas más adecuadas, su uso real y limitaciones percibidas para el mismo en diversos escenarios clínicos: diagnóstico de EC con alta y baja sospecha clínica, extensión y gravedad de lesiones, diagnóstico de complicaciones (penetrantes/estenosis), recurrencia postquirúrgica y modificación de tratamiento. Los factores limitantes considerados fueron: edad, radiación previa, coste, lista de espera, disponibilidad y experiencia en la técnica. Los métodos estadísticos usados para la comparación de resultados entre G y R fueron el porcentaje de acuerdo ponderado y el kappa ponderado.

Resultados: Entre mayo y julio del 2013, 324 profesionales con diferentes grados de dedicación a la EC (69,3% G y 30,7% R) respondieron la encuesta. El 44% de G y de R encontraban limitaciones en la utilización de RMN; el 21 y 12%, respectivamente, en el uso de la TC, y el 10 y 4% respecto al TB, siendo el factor limitante más frecuente la lista de espera en sus centros. En cuanto a la ECO, el 39% de G y el 25% de R encontraban limitaciones en su uso, siendo en este caso la experiencia del operador el factor limitante más frecuente. Condicionantes en la demanda de pruebas radiológicas como la edad del paciente y exposición previa a radiación, fueron considerados por un 61 y 69% de G y R, respectivamente. Los costes de las pruebas fueron el factor limitante menos importante para ambos colectivos, aunque la RMN fue la prueba en que esta limitación fue más citada. El 8% de los G y el 7% de los R manifestaron no tener acceso a RMN.

Conclusiones: El factor limitante más frecuente en el uso de las técnicas de imagen en el manejo de la EC tanto para gastroenterólogos como radiólogos es la lista de espera, salvo para la ecografía, donde la experiencia del operador es el factor que más condiciona su utilización.

92. ADHESIÓN A UN PROGRAMA DE VACUNACIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

C. González Alayón^a, P. Ruiz Cuesta^a, E. Iglesias Flores^a, J.L. Barranco^b y V. García Sánchez^a

Hospital Universitario Reina Sofía: ^aAparato Digestivo; ^bServicio de Medicina Preventiva, Córdoba.

Introducción: La implantación de programas de vacunación en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es heterogénea y en general, deficiente, por lo que no es bien conocida la adhesión de nuestros pacientes con EII a un programa de vacunación previamente establecido.

Objetivo: Determinar la adhesión a un programa de vacunación establecido en nuestro centro en pacientes con diagnóstico EII y definir qué factores pueden predecir una baja adhesión a dicho programa.

Métodos: Se derivaron a Medicina Preventiva todos los pacientes con diagnóstico de EII revisados en consulta entre enero y marzo de 2012, con el fin de determinar su estado de inmunización (mediante la extracción de analítica con serologías del virus de la hepatitis A, B y C, virus varicela-zoster, parotiditis, rubeola y sarampión) y

posteriormente ser vacunados teniendo en cuenta dicho estado de inmunización así como calendario vacunal previo. Se determinó el porcentaje de adhesión y no adhesión a dicho programa así como los factores relacionados con una baja adhesión.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes (45,1% hombres y 54,9% mujeres, con una edad media de $43,30 \pm 14,19$ años, rango 17-83) con diagnóstico de EII (50,3% colitis ulcerosa y 49,7% enfermedad de Crohn). La adhesión al programa de vacunación fue del 84,3%. Los factores que se asociaron con una baja adhesión fueron: fármacos en relación con la EII (los pacientes con inmunosupresores y/o biológicos presentaron una mayor adhesión frente aquellos que no los tomaban $p < 0,021$), adherencia al tratamiento médico (aquellos con mala adhesión al tratamiento presentaron también baja adhesión a la vacunación, $p < 0,016$), estado civil (solteros, divorciados o separados presentaron menor adhesión respecto a los casados, $p < 0,015$), realización de ejercicio físico (los pacientes que no realizaban ejercicio físico presentaron una adhesión inferior a aquellos que sí lo realizaban, $p < 0,063$) y la falta de información ($p < 0,085$).

Conclusiones: La adhesión a la vacunación no es adecuada en pacientes con EII. Acciones específicas como la optimización de la información que se le proporciona al paciente acerca de su enfermedad y la necesidad de una adecuada vacunación, constituye un pilar fundamental para lograr mejorar la adhesión.

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

V. Jusué, M. Chaparro y J.P. Gisbert

Hospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Madrid.

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 CF 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 de Mayo para la colitis ulcerosa (CU) y el de SES-CD para la enfermedad de Crohn (EC). Los pacientes con EC ileal en los que no se pudo realizar ileocolonoscopia fueron excluidos. Se calculó la actividad clínica mediante los índices de Mayo parcial para la CU y el 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 88 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 (216 ± 110 vs 53 ± 61 mg/g, $p < 0,05$), como en la de alto rango (635 ± 401 vs 146 ± 149 mg/g, $p < 0,05$). También se observaron diferencias estadísticamente significativas en la concentración de CF en los pacientes con y sin actividad endoscópica con EC en la medición de bajo (158 ± 113 vs 77 ± 92 mg/g, $p < 0,05$) y en la de alto rango (507 ± 474 vs 223 ± 294 mg/g, $p < 0,05$). 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 de 50 mg/g para la CF de bajo rango (sensibilidad 88%, especificidad 81%, valor predictivo positivo [VPP] 75% y valor predictivo negativo [VPN] 91%) y de 102 mg/g para la de rango alto (sensibilidad 78%, especificidad 77%,

VPP 74% y VPN 88%). En los pacientes con EC, los mejores puntos de corte fueron de 54 mg/g para la de bajo rango (sensibilidad 75%, especificidad 72%, VPP 75% y VPN 71%) y de 115 mg/g para la de rango alto (sensibilidad 75%, especificidad 71%, VPP 74% y VPN 78%). Se calculó la exactitud diagnóstica de la CF para estimar la existencia de actividad endoscópica mediante curvas ROC, obteniendo un área bajo la curva de 0,88 y de 0,86 con la CF de bajo y de alto rango respectivamente en los pacientes con CU, y de 0,75 con ambas mediciones de CF en los pacientes con EC.

Conclusiones: La CF presenta una buena exactitud diagnóstica (superior en la CU que en la EC) para la detección de actividad endoscópica en pacientes con EII.

94. CORRELACIÓN ENTRE LOS NIVELES SÉRICOS DE ADALIMUMAB Y LA RESPUESTA TRAS LA INDUCCIÓN EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN (EC)

M. Chaparro^a, I. Guerra^b, M. Iborra^c, J.L. Cabriada^d, L. Bujanda^e, C. Taxonera^f, V. García-Sánchez^g, I. Marín-Jiménez^h, M. Barreiro de-Acostaⁱ, I. Vera^j, M.D. Martín-Arranz^k, B. Hernández-Breijo^l, F. Mesonero^m, L. Sempereⁿ, Y. Ber^o, J. Hinojosa^p, M. Ramas^q, F. Bermejo^b, B. Beltrán^c, I. Rodríguez-Lago^d, J.M. Banales^e, D. Olivares^f, P. Aguilar-Melero^g, L. Menchén^h, R. Ferreiroⁱ, I. Blázquez Gómez^j, B. Benítez García^k, L.G. Guijarro^l, P.M. Linares^a y J.P. Gisbert^a, en representación del grupo de investigadores del estudio PREDICROHN de GETECCU

^aHospital La Princesa, IIS-IP, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Madrid. ^bHospital de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^cHospital La Fe, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^dHospital de Galdakano, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya. ^eHospital Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Guipúzcoa. ^fHospital Clínico, IdISSC, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^gHospital Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo, Córdoba. ^hHospital Gregorio Marañón, IISGM, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ⁱHospital Clínico de Santiago, Servicio de Aparato Digestivo, Santiago de Compostela. ^jHospital Puerta de Hierro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^kHospital La Paz, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^lUniversidad de Alcalá de Henares, CIBEREHD, Madrid. ^mHospital Ramón y Cajal, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ⁿHospital de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo, Alicante. ^oHospital Clínico, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Zaragoza. ^pHospital de Manises, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia.

Introducción: La correlación entre los niveles valle de adalimumab y la respuesta tras las dosis de inducción en los pacientes con EC no ha sido estudiada.

Objetivo: Evaluar la correlación entre los niveles de adalimumab y la remisión clínica tras la fase de inducción en los pacientes con EC. Estudiar la capacidad de la medición de los niveles valle de adalimumab para predecir la remisión a corto plazo.

Métodos: Se incluyeron pacientes con EC activa (CDAI > 150) no tratados previamente con anti-TNF. Los pacientes recibieron adalimumab 160/80 mg en las semanas 0 y 2, y 40 mg/2 semanas en adelante. Se consideró remisión como un CDAI < 150, y respuesta como un descenso de > 70 puntos en la semana 14 de tratamiento. Se realizaron evaluaciones clínicas y se obtuvieron muestras de sangre basales y en las semanas 4, 8 y 14. La determinación de adalimumab y anticuerpos contra adalimumab (ATA) se realizó mediante cromatografía líquida de alta resolución (HMSA; Prometheus Lab, San Diego, EEUU). Se calculó la correlación entre los niveles valle de adalimumab durante la fase de inducción y la respuesta clínica en la semana 14. Se calcularon las curvas ROC y las áreas

Áreas bajo las curvas ROC (AUC) de los niveles valle de adalimumab para la predicción de respuesta en la semana 14

	Semana	AUC	Concentración umbral (mejor punto de corte)	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Remisión	4	0,75	13 µg/mL	82	75
	8	0,75	9 µg/mL	68	75
	14	0,80	8 µg/mL	80	75
Respuesta	4	0,89	9,4 µg/mL	89	100
	8	0,88	6,4 µg/mL	88	100
	14	0,94	7,6 µg/mL	88	100

bajo ellas (AUC). Se identificaron los mejores puntos de corte junto con su sensibilidad y especificidad para predecir la remisión en la semana 14.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes (54% hombres, 91% con afectación ileal o ileocólica, 73% con patrón inflamatorio, 23% con cirugía previa y 82% con inmunosupresores concomitantes). En la semana 14, el 80% de los pacientes estaba en remisión, el 10% tenía respuesta parcial y el 10% no había respondido. Los pacientes que alcanzaron la remisión eran más jóvenes que los que no la alcanzaron (37 vs 54 años $p = 0,03$). La media de los niveles valle de adalimumab en la semana 8 en los pacientes que alcanzaron la remisión en la semana 14 fue más alta que en los que no la alcanzaron (12 vs 7 µg/mL, $p = 0,02$). La media de los niveles valle de adalimumab en las semanas 4 y 14 fue también más alta en los pacientes que alcanzaron la remisión en la semana 14, pero la diferencia no alcanzó la significación estadística (semana 4: 16 vs 11 µg/mL, $p = 0,19$; y semana 14: 13 vs 8 µg/mL, $p = 0,08$). Las AUC de los niveles valle de adalimumab para predecir remisión y respuesta en la semana 14, así como los mejores puntos de corte se muestran en la tabla.

Conclusiones: Los pacientes con EC que alcanzaron la remisión o la respuesta en la semana 14 tuvieron niveles valle de adalimumab durante la inducción más altos que aquellos que no respondieron. Este estudio nos ha permitido identificar las concentraciones umbrales de adalimumab que predicen respuesta y remisión con una elevada exactitud.

95. CONCORDANCIA ENTRE LOS DIFERENTES DOMINIOS DEL SIMPLE COLITIS CLINICAL ACTIVITY INDEX (SCCAI) AUTOADMINISTRADO POR PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA A TRAVÉS DE UNA HERRAMIENTA ON-LINE Y ADMINISTRADO EN LA CONSULTA DEL GASTROENTERÓLOGO. ESTUDIO CRONICA-UC

J. Panés^a, E. Domènech^b, P. Nos^c, I. Marín-Jiménez^d, S. Riestra^e, J.P. Gisbert^f, D. Carpio^g, X. Cortés^h, E. Iglesiasⁱ, C. Romero^j, O. Rincón^k, L. Cea-Calvo^l y B. Juliá^m

^aHospital Clínic, Departamento de Gastroenterología, Barcelona. ^bHospital Germans Trias i Pujol, Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Badalona. ^cHospital La Fe, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Valencia. ^dHospital General Universitario Gregorio Marañón, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^eHospital Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo. ^fHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^gComplejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ^hHospital de Sagunto, Servicio de Aparato Digestivo, Sagunto. ⁱHospital Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo, Córdoba. ^jDepartamento Médico MSD, Madrid.

Introducción: En el estudio CRONICA-UC, se evaluó la capacidad diagnóstica del SCCAI auto-administrado por el paciente en su casa

(a través de un aplicación on-line) comparado con el SCCAI valorado por un gastroenterólogo en la consulta (considerado como referencia). Aquí mostramos la concordancia en los diferentes dominios del SCCAI entre las evaluaciones de los pacientes y gastroenterólogos.

Métodos: Se incluyeron pacientes con colitis ulcerosa = 18 años de edad, con al menos una exacerbación en el año anterior y se siguieron durante 6 meses. Tras la visita inicial, los pacientes completaron el SCCAI en casa a través de un sitio web privado en los meses 3 (V1) y 6 (V2), y en < 48 horas en cada uno de esos momentos, se cumplimentó el SCCAI en la consulta del gastroenterólogo que desconocía la puntuación del paciente. El acuerdo entre el paciente el médico se evaluó para cada dominio del SCCAI con el porcentaje de acuerdo, kappa de Cohen y coeficiente Rho de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 199 pacientes (edad media 39,3 años [DE 11,4 (18,5-67,4)], 55,8% mujeres. El acuerdo más alto se observó en el “número de deposiciones diurnas” y “número de deposiciones nocturnas” (tabla 1). La prevalencia de las manifestaciones extra-intestinales (EIM), excepto la artritis, fue muy bajo, pero el acuerdo entre médicos y pacientes fue alto (88,5% para la artritis, y > 90% para las restantes EIM). La concordancia más baja se observó en el dominio “urgencia para defecar”, los pacientes puntuaron la “urgencia para defecar” más alta que los médicos en 68 casos, mientras que puntuaron más bajo en 16 casos (tabla 2).

Conclusiones: En general, la concordancia en la evaluación de cada dominio del SCCAI entre los pacientes y los médicos fue alta. La concordancia más baja, se vio en el dominio “urgencia para defecar”, con una subestimación por parte del médico, lo que podría deberse a una comunicación médico-paciente subóptima o incomprensión de los síntomas.

96. CAPACIDAD DIAGNÓSTICA DEL SCCAI (SIMPLE CLINICAL COLITIS ACTIVITY INDEX) A TRAVÉS DE UNA APLICACIÓN ON-LINE COMPARADO CON SU VALORACIÓN EN LA CONSULTA POR UN GASTROENTERÓLOGO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA. ESTUDIO CRONICA-UC

I. Marín-Jiménez^a, P. Nos^b, E. Domènech^c, S. Riestra^d, X. Cortés^e, E. Iglesias^f, J.M. Huguet^g, C. Taxonera^h, J.P. Gisbertⁱ, R. Fernández^j, X. Calvet^k, D. Carpio^l, A. Gutiérrez^m, J. Guardiolaⁿ, L. Castro^o, B. Sicilia^p, L. Bujanda^q, L. Cea-Calvo^r, C. Romero^s, O. Rincón^t y B. Juliá^u

^aHospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ^bHospital La Fe, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^cHospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ^dHospital Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo. ^eHospital de Sagunto, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^fHospital Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo, Córdoba.

Tabla 1. Concordancia en los diferentes dominios

	Porcentaje de acuerdo (IC95%)	Kappa	Rho de Spearman
Nº de deposiciones durante el día	89,9% (86,1-92,8)	0,661	0,716
Nº de deposiciones durante la noche	93,3% (90,1-95,7)	0,641	0,646
Urgencia para defecar	75,4% (70,5-79,9)	0,570	0,675
Sangre en las heces	81,3% (76,7-85,3)	0,603	0,814
Bienestar general	80,4% (75,8-84,5)	0,629	0,706
Artritis	88,5% (84,7-91,5)	0,584	0,602

Tabla 2. Concordancia entre la autoevaluación del paciente y la valoración del médico en el dominio "urgencia para defecar"

	SCCAI del paciente				
	Ninguna	Prisa	Inmediatez	Incontinencia	Total
Ninguna	131 (38,3%)	52 (15,2%)	4 (1,2%)	0 (0%)	187 (54,7%)
Prisa	9 (2,6%)	117 (34,2%)	9 (2,6%)	1 (0,3%)	136 (39,8%)
Inmediatez	0 (0%)	4 (1,2%)	10 (2,9%)	2 (0,6%)	16 (4,7%)
Incontinencia	0 (0%)	0 (0%)	3 (0,9%)	0 (0%)	3 (0,9%)
Total	140 (40,9%)	173 (50,6%)	26 (7,6%)	3 (0,9%)	342 (100%)

[§]Hospital General de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^hHospital Clínico San Carlos, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ⁱHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^jHospital General de Jaén, Servicio de Aparato Digestivo, Jaén. ^kHospital Parc Taulí, Servicio de Aparato Digestivo, Sabadell. ^lComplejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ^mHospital General de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo, Alicante. ⁿHospital de Bellvitge, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^oHospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ^pHospital General de Burgos, Servicio de Aparato Digestivo, Burgos. ^qHospital de Cruces, Servicio de Aparato Digestivo, Bilbao. ^rDepartamento Médico MSD, Madrid.

Introducción: Las nuevas tecnologías pueden mejorar la comunicación médico-paciente y la eficiencia en el seguimiento de la enfermedad. En pacientes con colitis ulcerosa, evaluamos la capacidad diagnóstica del SCCAI auto-administrado por el paciente en su casa (en una aplicación on-line) comparado con el SCCAI valorado por un gastroenterólogo en la consulta.

Métodos: Se siguieron durante 6 meses pacientes con colitis ulcerosa y empeoramiento en los últimos 6 meses. En los meses 3 (V1) y 6 (V2) completaron el SCCAI en casa online, y después (< 48 horas) un gastroenterólogo, ciego a la puntuación del paciente, lo completó con el paciente en la consulta. Las puntuaciones del SCCAI fueron dicotomizadas como remisión (SCCAI ≤ 2) o actividad (SCCAI > 2) y los cambios de actividad entre V1 y V2 como exacerbación (incremento > 2), estabilidad (variación ≤ 2) y mejoría (descenso > 2).

Resultados: 199 pacientes (edad media: 39 años [DE 11,4], (18,5-67,4), 56% mujeres), contribuyeron con 340 pares de cuestionarios. La correlación en las puntuaciones del SCCAI entre médicos y pacientes fue alta (rho de 0,79). Para el estado dicotómico de remisión o actividad, el acuerdo fue del 85% (IC95% 80,8-88,4, kappa: 0,66), el valor predictivo negativo (VPN) para la actividad fue del 94,5% y el valor predictivo positivo (VPP) de 68% (58,8-69,2). Los resultados fueron similares independientemente de la edad y sexo; el acuerdo fue mayor en los 168 pares de cuestionarios de la

visita 2 (p = 0,027). La concordancia en el cambio de V1 a V2 fue de 82,6% (IC95% 75,9-88,1; kappa: 0,51, Spearman: 0,60) con un VPP para exacerbación de 91,9% (85,9-95,9) y un VPN de 88,3% (81,9-93,0) (tabla 2).

Conclusiones: En pacientes con colitis ulcerosa, la auto-administración del SCCAI on-line presenta una adecuada correlación con su valoración en la consulta, con un alto VPN. El SCCAI realizado a través de internet podría ser útil para el seguimiento de los pacientes con CU, y podría evitar visitas innecesarias al hospital.

97. PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA EN REMISIÓN TRAS LA SUSPENSIÓN DE TIOPURINAS

E. Moreno Rincón^a, F.J. Serrano Ruiz^a, J.M. Benítez Cantero^a, J.M. Vázquez Morón^b, H. Pallarés Manrique^b, J.M. Herrera Justiniano^c, E. Leo Carnerero^c, M.R. Gómez García^d, M.J. Cabello Tapia^d, M. Castro Fernández^e, M. Rojas Feria^e, L. Castro Laria^f, F. Argüelles Arias^f, R. Camargo Camero^g, G. Alcaín Martínez^g, E. Iglesias Flores^a y V. García Sánchez^a

^aHospital Universitario Reina Sofía, Aparato Digestivo, Córdoba.

^bHospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Aparato Digestivo, Huelva.

^cHospital Universitario Virgen del Rocío, Aparato Digestivo, Sevilla.

^dHospital Universitario Virgen de las Nieves, Aparato Digestivo, Granada.

^eHospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Aparato Digestivo, Sevilla.

^fHospital Universitario Virgen Macarena, Aparato Digestivo, Sevilla.

^gHospital Universitario Virgen de la Victoria, Aparato Digestivo, Málaga.

Introducción: La duración idónea del tratamiento con tiopurinas (TP) en pacientes con colitis ulcerosa (CU) en situación de remisión sostenida permanece aún desconocida, aceptándose de forma generalizada que su suspensión se asocia a un peor pronóstico. El objetivo de este estudio es analizar el pronóstico clínico tras esta suspensión y determinar posibles factores predictores de recidiva clínica significativa (RCS).

Tabla 1. Tabla de contingencia del SCCAI auto-administrado por el paciente versus la evaluación en la consulta por el gastroenterólogo

		Paciente SCCAI		
		Remisión (SCCAI ≤ 2)	Actividad (SCCAI > 2)	Total
Gastroenterólogo SCCAI	Remisión (SCCAI ≤ 2)	206 (60,6%)	39 (11,5%)	245 (72,1%)
	Actividad (SCCAI > 2)	12 (3,5%)	83 (24,4%)	95 (27,9%)
	Total	218 (64,1%)	122 (35,9%)	340 (100%)

Tabla 2. Clasificación de los pacientes de acuerdo al cambio en el SCCAI según la evaluación del paciente y la del gastroenterólogo (referencia)

		Cambio en el cuestionario SCCAI del gastroenterólogo			
		Mejoría	Estabilidad	Exacerbación	Total
Cambio en el cuestionario SCCAI del paciente	Mejoría	8 (5,0%)	3 (1,9%)	0 (0%)	11 (6,8%)
	Estabilidad	8 (5,0%)	113 (70,2%)	14 (8,7%)	135 (83,9%)
	Exacerbación	0 (0%)	3 (1,9%)	12 (7,5%)	15 (9,3%)
	Total	16 (9,9%)	119 (73,9%)	26 (16,1%)	161 (100,0%)

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, analítico y retrospectivo, en el que se incluyeron 102 pacientes con CU en tratamiento con TP durante al menos 6 meses, en los que se suspendió este fármaco en situación de remisión clínica sostenida libre de corticoides de al menos 6 meses. Todos fueron seguidos hasta la última revisión o la aparición de RCS de la enfermedad, que se definió como la aparición de cualquier signo o síntoma de CU que requiriese la administración de un tratamiento de rescate.

Resultados: La media de duración de la enfermedad en el total de pacientes fue de $13 \pm 0,61$ años, la media de tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de TP de $48,14 \pm 5,51$ meses y la media de la duración total del tratamiento con TP de $60,87 \pm 4,89$ meses. Después de la suspensión de las TP, se registró una RCS global en el 32,35% de los pacientes. El porcentaje acumulado fue del 18,88% en el primer año, del 36,48% en el tercer año y del 43,04% en el quinto año tras la suspensión. En el análisis univariante, factores como la duración total del tratamiento con TP ($p = 0,0097$) o el tiempo de remisión clínica libre de corticoides antes de la suspensión ($p = 0,0216$) alcanzaron la significación estadística. En el análisis multivariante los factores predictores de recidiva fueron un mayor tiempo hasta el inicio de las TP desde el diagnóstico de la CU (HR 1,01, IC95% 1,01-1,02, $p = 0,0397$), el número de recidivas clínicas durante el tratamiento con TP (HR 1,3, IC95% 1,01-1,66, $p = 0,0298$) y la pancolitis (HR 5,01, IC95% 1,95-26,43, $p = 0,0277$). Se identificaron, asimismo, factores relacionados con un menor riesgo de recidiva como una mayor duración del tratamiento con TP (HR 0,15, IC95% 0,03-0,66, $p = 0,0125$) y una situación de remisión biológica en el momento de la suspensión (HR 0,004, IC95% 0,0001-0,14, $p = 0,0021$).

Conclusiones: La suspensión de las TP en pacientes con CU, aun en situación de remisión sostenida, se relaciona con un elevado riesgo de recidiva de la enfermedad. Factores como la pancolitis, un mayor período de tiempo desde el diagnóstico de CU hasta la administración de TP o un número elevado de recidivas clínicas antes de su suspensión deberían de tenerse en cuenta antes de decidir la suspensión de estos fármacos. Estudios controlados, aleatorizados y prospectivos con largo tiempo de seguimiento serían necesarios para esclarecer esta cuestión.

98. FACTORES PREDICTORES DE FATIGA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Villoria Ferrer^{a,b}, V. García Hernando^b, A. Dosal^b, L. Moreno^b, A. Montserrat Torres^{a,b}, A. Figuerola Ferrer^{a,b} y X. Calvet Calvo^{a,b}

^aHospital de Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.
^bCIBEREHD.

Introducción: La fatiga es un síntoma común y molesto de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluso en períodos de remisión. Se han relacionado con la fatiga factores psicológicos y biológicos. El objetivo del estudio es determinar el papel de diferentes factores biológicos y psicológicos en la fatiga percibida por los pacientes con EII.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva todos los pacientes con EII seguidos en nuestro Hospital de día de Gastroenterología entre enero y diciembre de 2013. La evaluación de la fatiga se realizó mediante la cumplimentación de un test validado "Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue score" (FACIT-F). La evaluación de los factores psicológicos se realizó mediante el cuestionario de Beck (depresión), Stai (ansiedad), Epworth (sueño) y IBDQ-9 (calidad de vida). La actividad de la EII se valoró mediante el índice de Mayo (colitis ulcerosa) y Harvey-Bradshaw (enfermedad de Crohn). La valoración de los factores biológicos incluyeron la determinación de interleucina 5, 8 y 12, el hemograma completo, ferritina, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular, así como una serie de micronutrientes (calcio, zinc, vitamina D, magnesio, fólico, vitamina B12, cobre y fosfato).

Resultados: Se estudiaron un total de 219 pacientes y al final del estudio fueron incluidos en el análisis 177 pacientes (edad media, 39 ± 12 años, el 28% con colitis ulcerosa y el 72% con enfermedad de Crohn). La mediana de la puntuación de fatiga fue de 38, rango (1-52), menor que la que en la población general (a menor puntuación del FACIT-F, mayor es el nivel de fatiga). Un 16% (28/177) del total de pacientes tuvieron fatiga moderada a severa determinado como una puntuación de fatiga de 22 o inferior. La presencia de fatiga fue mayor en mujeres, en pacientes con enfermedad de Crohn, en pacientes con enfermedad intestinal activa o síntomas articulares, en aquellos con un mayor IMC o puntuaciones más elevadas en los índices de ansiedad y depresión. Por el contrario se redujo

en aquellos pacientes con elevadas puntuaciones del IBDQ-9 o los tratados con tiopurinas. Todas estas variables se incluyeron en el análisis multivariado. El género femenino (β -6,61, $p < 0,001$), BMI (β -0,61, $p < 0,001$), mayor depresión (β -0,43, $p < 0,001$) y ansiedad (β -0,18, $p < 0,001$) fueron predictores de aumento la fatiga. Una mejor calidad de vida medida mediante IBDQ-9 (β 0,51, $p < 0,001$) se relacionó de forma independiente con una menor fatiga.

Conclusiones: La fatiga es frecuente en nuestros pacientes con EII y se relacionó con altos niveles de ansiedad y depresión y baja calidad de vida. Ninguno de los factores biológicos evaluados incluyendo parámetros analíticos, las interleuquinas proinflamatorias o las deficiencias de micronutrientes se asoció significativamente con la presencia de fatiga.

99. FACTORES DE RIESGO DE TUBERCULOSIS ACTIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

S. Riestra^a, R. de Francisco^a, M. Arias-Guillén^b, C. Saro^c, M. García-Alvarado^d, J.M. Duque^e, F. Muñoz^f, L. Blanco^a, O. Castaño^a, J.J. Palacios^f, I. Pérez-Martínez^a, P. Martínez-Cambor^g y D. Pérez-Hernández^h

Hospital Universitario Central de Asturias: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bAGC Pulmón, Oviedo. ^cHospital de Cabueñes, Servicio de Aparato Digestivo, Gijón. ^dComplejo Hospitalario de León. ^eHospital San Agustín, Servicio de Aparato Digestivo, Avilés. ^fHospital Universitario Central de Asturias, Laboratorio de Medicina, Oviedo. ^gOficina de Investigación Biosanitaria, Oviedo. ^hServicio de Vigilancia Epidemiológica, Asturias.

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que reciben tratamiento antiTNF tienen mayor riesgo de tuberculosis (TB) activa, fundamentalmente por reactivación de una infección latente. No disponemos de suficientes estudios sobre otros factores de riesgo de TB en pacientes con EII.

Objetivo: Definir los factores de riesgo de TB activa en pacientes con EII y describir las características de los casos de TB.

Métodos: Estudio caso-control, retrospectivo y multicéntrico. Se identificaron pacientes que desarrollaron TB activa tras el diagnóstico de EII, registrados en las bases de datos de cuatro hospitales de Asturias y León. Por cada caso se seleccionaron 3 pacientes con EII que no desarrollaron TB, apareados por edad, sexo y año de diagnóstico de la EII. Se recogieron datos de la EII, así como factores de riesgo de TB. Se describen las características de los casos de TB activa.

Resultados: Se incluyeron 34 casos y 102 controles, de los cuales un 50% eran mujeres; la edad media al diagnóstico de la EII fue de 36 años. 9 de los 34 casos fueron diagnosticados entre 1989 y 1999, y 25 casos (15 asociados a tratamiento antiTNF) en el periodo 2000-2012. Los casos eran o habían sido fumadores y habían recibido tratamiento inmunomodulador (IMM) o biológico más frecuentemente que los controles; el patrón penetrante fue más frecuente entre los casos con enfermedad de Crohn que entre los controles. La hospitalización en los 3 o 6 meses anteriores, y el uso de corticoesteroides, IMM o antiTNF en los 3, 6 o 12 meses anteriores se asociaron a mayor riesgo de TB; niveles mayores de hemoglobina y albúmina se asociaron a menor riesgo. En el análisis multivariante, el uso de antiTNF en los 12 meses previos (OR 7,43 [2,39-23,12], $p: 0,001$), la hospitalización en los 6 meses previos (OR 4,38 [1,18-16,20], $p: 0,027$) y el nivel de albúmina (OR 0,88 [0,81-0,95], $p: 0,001$) se asociaron al desarrollo de TB activa. El peso de los factores de riesgo permitió graduar a los pacientes entre los de mayor riesgo (uso de antiTNF 12 meses anteriores y hospitalización en los 6 meses anteriores) y los de menor riesgo (no uso de antiTNF y niveles de albúmina > 35). El genotipado de cepas de Mycobacterium TB en 7 pacientes, confirmó un caso y sospechó otro de transmisión nosocomial. La edad media al diagnóstico de TB fue de 43 ± 16

años; el tratamiento IMM en los 12 meses previos y la presentación extrapulmonar fueron más frecuentes entre los casos asociados a antiTNF. La TB se diagnosticó una mediana de 13 meses tras iniciarse la terapia biológica, y sólo un 47% en los 12 primeros meses.

Conclusiones: Además del tratamiento antiTNF, la hospitalización se asocia a mayor riesgo de TB en pacientes con EII; la transmisión nosocomial puede ser importante en nuestro medio. Menos del 50% de los casos de TB asociada a antiTNF ocurren en los 12 primeros meses tras comenzar dicha terapia; debería mantenerse el despistaje de TB durante el tratamiento antiTNF.

100. USO DE LAS TÉCNICAS DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL (ESTUDIO RAYMOND) DIRIGIDA A GASTROENTERÓLOGOS Y RADIÓLOGOS ESPAÑOLES

A. Gutiérrez^a, A. Torregrosa^b, I. Ordás^c, I. Marín-Jiménez^d, J. Rimola^e y J. Hinojosa^f

^aHospital General Universitario de Alicante, Servicio de Medicina Digestiva, Alicante. ^bHospital La Fe, Servicio de Radiología, Valencia. ^cHospital Clínic, Servicio de Medicina Digestiva, CIBEREHD, Barcelona. ^dHospital Gregorio Marañón, Servicio de Medicina Digestiva, Madrid. ^eHospital Clínic, Servicio de Radiología, CIBEREHD, Barcelona. ^fHospital de Manises, Servicio de Medicina Digestiva, Valencia.

Objetivo: 1. Describir la percepción respecto a la utilidad (nivel teórico) y uso real de las distintas técnicas de imagen en el diagnóstico y manejo de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) de una muestra de gastroenterólogos (G) y radiólogos (R) españoles. 2. Conocer el grado de concordancia teórico-práctica respecto al uso de las técnicas de imagen entre ambos grupos de profesionales.

Métodos: Estudio descriptivo basado en la información obtenida mediante una encuesta (estudio "RAYMOND") dirigida a G y R españoles, distribuidos por todo el territorio nacional. Se incluyeron preguntas acerca de las técnicas de imagen y endoscopia consideradas más adecuadas, su uso real y limitaciones percibidas para el mismo en los siguientes escenarios clínicos: diagnóstico de EC con alta y baja sospecha clínica, extensión y gravedad de lesiones, diagnóstico de complicaciones (penetrantes/estenosantes), recurrencia postquirúrgica y modificación de tratamiento. Los métodos estadísticos usados para la comparación de resultados entre G y R fue el porcentaje de acuerdo ponderado y el kappa ponderado.

Resultados: Entre mayo y julio del 2013, 324 profesionales (69,3% G y 30,7% R) respondieron la encuesta. Un 9,5% de los R tenían especial dedicación a la EIIC y un 47,4% estaban especializados en abdomen. El 67,6% de los G eran especialistas en EIIC. La técnica considerada como más apropiada para el diagnóstico de la EC luminal es para la inmensa mayoría de los G la endoscopia (99%), mientras que el tránsito baritado (TB) es utilizado tan sólo por un 8%. Respecto al resto de pruebas de imagen para ambos grupos de profesionales, la técnica considerada como más apropiada, es la RMN, seguida de la TC, la ecografía y finalmente el TB en todos los escenarios clínicos. El uso rutinario de la cápsula Patency es un 15% superior por parte de G que trabajan en centros con mayor volumen de pacientes (> 300 camas). Respecto al grado de concordancia teórica y práctica entre G y R se formaron 77 parejas de especialistas pertenecientes al mismo centro. El porcentaje de acuerdo entre G y R fue alto en los 3 escenarios considerados; localización y extensión de la enfermedad, detección de fístulas intrabdominales y/o abscesos y de estenosis; se encontraba en un rango entre el 54% y el 96%.

Conclusiones: Entre las técnicas de imagen disponibles para el diagnóstico y manejo de la EC, la endoscopia y la RM son las exploraciones mejor consideradas y más utilizadas por G y R, mientras

que el TB es usado minoritariamente. El% de acuerdo entre G y R es alto en todos los escenarios clínicos para las distintas técnicas de imagen, tanto a nivel teórico (idoneidad de las exploraciones) como a nivel práctico (uso real de las mismas).

101. EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DEL RECEPTOR DE CANNABINOIDES CB1 EN LA MUCOSA CÓLICA DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

P.M. Linares^a, M. Chaparro^a, L. Menchén^b, I. Marín-Jiménez^b y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bHospital General Universitario Gregorio Marañón, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Objetivo: Evaluar las posibles diferencias en la expresión del receptor de cannabinoides CB1 en la mucosa cólica de pacientes con colitis ulcerosa (CU) y controles sanos.

Métodos: Estudio prospectivo en pacientes con CU que acudieron a la realización de una colonoscopia por práctica clínica. De cada paciente se obtuvieron muestras de tejido cólico para su estudio histológico. En aquellos pacientes con actividad endoscópica apreciada durante la colonoscopia y en los que la extensión de la enfermedad así lo permitió, se tomaron muestras de zona afectada y no afectada. El grado de actividad endoscópica se determinó mediante el subscore de Mayo. Se determinó la localización del receptor CB1 en la mucosa cólica mediante inmunohistoquímica. Además, se marcaron cortes seriados de biopsias con los anticuerpos marcadores de macrófagos CD68 para localizar su origen y patrón de distribución en el tejido. La expresión de los factores se evaluó como la densidad promedio de cinco campos vistos un aumento de x40.

Resultados: Se incluyeron 24 biopsias de 12 pacientes con CU y 8 controles. El 44% de los pacientes no tenía actividad endoscópica, un 31% tenía actividad moderada, 13% leve y 12% grave. De acuerdo con la histología, el 38% de los pacientes tenía enfermedad quiescente, un 37% tenía lesiones moderadas, 6% leves y 19% graves. Hubo diferencias significativas ($p < 0,01$) en la media del recuento de CB1 dependiendo de la actividad histológica. La expresión de CB1 aumentó en paralelo con la gravedad de las lesiones tanto histológicas como endoscópicas. Se encontró una correlación positiva ($p < 0,01$) entre la actividad histológica y la expresión de CB1 ($r = 0,7$). Además, la expresión de CB1 fue levemente positiva y dispersa en las células epiteliales de la lámina propia y de las criptas, tanto de pacientes como de controles. Las células caliciformes fueron negativas, y la tinción de las criptas desestructuradas fue más intensa en aquellas que presentaron infiltrado inflamatorio marcado con CD68. Los marcajes tanto con CD68 como con CB1 fueron más intensos en las zonas con mayor actividad y afectación del tejido en las muestras de pacientes con CU.

Conclusiones: El receptor CB1 se expresa tanto en el colon normal como en el de pacientes con CU. La expresión del receptor CB1 en las biopsias de mucosa se correlaciona con la actividad histológica de la CU. Esta expresión es más intensa en las zonas con mayor gravedad de las lesiones histológicas y mayor aumento del infiltrado de macrófagos.

102. NIVELES DE TNF SOLUBLE DURANTE LA FASE DE INDUCCIÓN CON EL TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN (EC)

M. Chaparro^a, I. Guerra^b, M. Iborra^c, J.L. Cabriada^d, L. Bujanda^e, C. Taxonera^f, V. García-Sánchez^g, I. Marín-Jiménez^h, M. Barreiro de-Acostaⁱ, I. Vera^j, M.D. Martín-Arranz^k, B. Hernández-Breijo^l, F. Mesonero^m, L. Sempereⁿ, M.T. Arroyo^o, M.D. Hinojosa^a, M. Ramas^a, A. Algaba^b, B. Beltrán^c,

A. Rodríguez Pescador^d, M.J. Perugorria^e, D. Olivares^f, J.M. Benítez-Cantero^g, L. Tardío^h, R. Ferreiroⁱ, V. Matallana Royo^j, S. Gómez Senent^k, L.G. Guijarro^l y J.P. Gisbert^a, en representación del grupo de investigadores del estudio PREDICROHN de GETECCU

^aHospital La Princesa, IIS-IP, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Madrid. ^bHospital de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^cHospital La Fe, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^dHospital de Galdakano, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya. ^eHospital Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Guipúzcoa. ^fHospital Clínico, IdISSC, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^gHospital Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo, Córdoba. ^hHospital Gregorio Marañón, IISGM, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ⁱHospital Clínico de Santiago, Servicio de Aparato Digestivo, Santiago de Compostela. ^jHospital Puerta de Hierro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^kHospital La Paz, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^lUniversidad de Alcalá de Henares, CIBEREHD, Madrid. ^mHospital Ramón y Cajal, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ⁿHospital de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo, Alicante. ^oHospital Clínico, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Zaragoza. ^pHospital de Manises, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia.

Objetivo: 1) Evaluar la correlación entre la concentración de TNF y la actividad clínica en pacientes con EC. 2) Estudiar la utilidad de la medición de los niveles séricos de TNF para predecir la remisión a corto plazo en pacientes en tratamiento anti-TNF.

Métodos: Estudio multicéntrico nacional en el que se incluyeron prospectivamente pacientes con EC no expuestos previamente al tratamiento con fármacos anti-TNF. Los pacientes recibieron adalimumab (ADA) 160/80 mg en las semanas 0 y 2 y, a continuación, 40 mg cada 2 semanas, o infliximab (IFX) 5 mg/kg en las semanas 0, 2, 6 y 14, a criterio médico. Se definió la remisión como un CDAI < 150, y la respuesta como un descenso > 70 tras 14 semanas de tratamiento. Se realizaron evaluaciones clínicas y se obtuvieron muestras de sangre basales y en las semanas 4, 8 y 14. Los niveles séricos de TNF se midieron mediante un ELISA modificado altamente sensible (*Collaborative enzyme enhanced reactive immunoassay*, CEER). Las determinaciones de IFX y ADA y de anticuerpos contra los fármacos se realizaron mediante cromatografía líquida de alta resolución (HMSA; Promethue Lab, San Diego, EEUU). Para conocer la correlación entre los niveles de TNF y la remisión en la semana 14, únicamente se incluyeron los pacientes con enfermedad activa (CDAI > 150) al inicio del tratamiento. Se calcularon las curvas ROC y las áreas bajo ellas (AUC) de las concentraciones de TNF.

Resultados: Se incluyeron 117 pacientes (47% con EC activa al inicio del tratamiento, 52% tratados con IFX y 48% con ADA). Las concentraciones medias de TNF fueron: 5, 5,2, 5,5 y 8,4 pg/mL al inicio y tras 4, 8 y 14 semanas de tratamiento, respectivamente. No se observó correlación entre la puntuación del CDAI y las concentraciones séricas de TNF en ninguna de las visitas. En los pacientes con EC activa al inicio del tratamiento, las AUC de TNF para predecir remisión tras 14 semanas fueron: 0,5, 0,62, 0,66 y 0,48 al inicio y tras 4, 8 y 14 semanas de tratamiento, respectivamente. En los pacientes que alcanzaron la remisión con IFX, los niveles basales de TNF fueron más bajos que en los que no la alcanzaron (5 vs 8 pg/mL, $p = 0,04$). Sin embargo, los niveles de TNF fueron similar entre los respondedores y los no respondedores en el resto de las visitas (tabla 1). Los niveles séricos de TNF se correlacionaron inversamente con los de IFX en la semana 14 (una tendencia observada desde el inicio; tabla 2). Con respecto a los pacientes tratados con ADA, no se observaron diferencias en las concentraciones séricas de TNF entre los que alcanzaron la remisión y los que no (tabla 1).

Conclusiones: Las concentraciones séricas de TNF no se correlacionan con la actividad clínica en los pacientes con EC. Aunque los niveles basales de TNF son más bajos en los pacientes con EC que

Tabla 1. Concentraciones séricas de TNF en los pacientes que alcanzaron la remisión con tratamiento anti-TNF y los que no la alcanzaron

Anti-TNF	Semana	TNF pg/mL (remisión)	TNF pg/mL (no remisión)	p
IFX	0	5	8	0,04
	4	7	9	ns
	8	8	11	ns
	14	12	18	ns
ADA	0	5	2	ns
	4	2,9	2,4	ns
	8	5	3,2	ns
	14	5,8	2,2	ns

Tabla 2. Asociación entre los niveles de anti-TNF y TNF en la semana 14

Semana	Cohorte de IFX			Cohorte de ADA		
	Correlación	p	R ²	Correlación	p	R ²
0 (basal)	-0,3999	0,24		-0,206	0,375	
4	-0,648	0,1183	4%	-0,598	0,0298	8,6%
8	-0,41	0,18	2%	-0,08	0,72	
14	-0,684	0,0094	13,9%	-0,24	0,198	

alcanzan la remisión con IFX, la medición del TNF no parece ser útil para predecir la respuesta al tratamiento anti-TNF.

103. EFECTO DE LA MESALAZINA-MMX (MEZAVANT®) EN EL PERFIL MICROBIOLÓGICO DEL COLON EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

J.O. Miquel-Cusachs^{a,b}, M. Serra-Pagés^c, D. Busquets Casals^b, A. Bahí^c, J. García-Gil^d y X. Aldeguer Manté^b

^aConsorti Hospitalari de Vic, Barcelona. ^bHospital Universitari Dr. Josep Trueta, Servicio de Aparato Digestivo, Girona. ^cInstitut de Investigació Biomèdica de Girona (IdbGi), Girona. ^dLaboratori de Biología Mol-lecular, Departament de Microbiologia, Universitat de Girona.

Introducción: La microbiota intestinal (MI) en la enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) es estructuralmente diferente

respecto los pacientes sanos. En esta línea, nuestro grupo ha desarrollado un índice específico, índice FEI (Fp/Ec), basado en la desaparición de *Faecalibacterium prausnitzii* (Fp) respecto la abundancia de *Escherichia coli* (Ec). El objetivo principal es evaluar el potencial del índice FEI para determinar la respuesta clínica a mesalazina (MMX) en CU activa leve-moderada.

Métodos: 11 pacientes con CU activa (6 hombres, 5 mujeres; edad media 37,1 años, no fumadores) del Hospital Universitario de Girona, se realizó una biopsia rectal, mediante procedimientos estándares, 3 días antes de empezar el tratamiento (T0) con MMX (2-4 comp/día) y a 4 semanas post-inicio del tratamiento (T1). Para evaluar la respuesta clínica (RC) se midió el índice de Mayo, True-love y valores de PCR en T0 y T1. La determinación del índice FEI se realizó mediante q-PCR de las biopsias colónicas.

Resultados: Todos los pacientes, excepto uno, mostraron mejora de la RC. El Cut-off point para mayor disbiosis fue 2,48, calculado a partir de las medianas del índice FEI en T0 y T1 ((med. T0+med. T1)/2) (fig. 1). En T0, los pacientes mostraron un FEI < 2,48 (2,12)

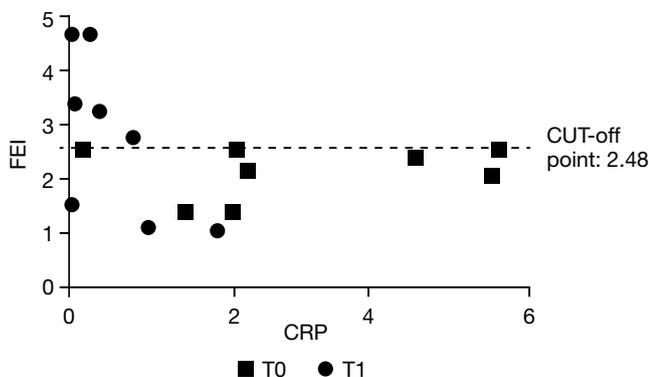


Fig. 1. Curva de utilidad FEI-ROC.

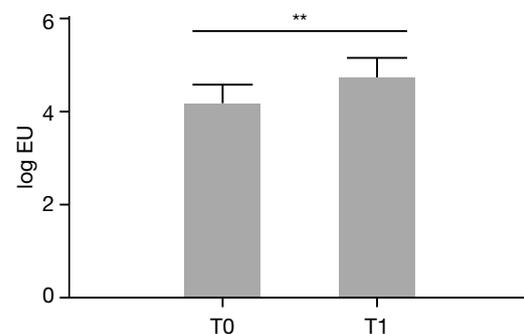


Fig. 2. La Mesalazina restablece las eubacterias de la MI en pacientes con CU.

y en T1 de 2,84. En T1, Ec se redujo en el 19,93% de los pacientes y Fp no se modificó. La MMX fue capaz de aumentar significativamente el número de bacterias totales (Eubacterias) $p < 0,01$ (fig. 2). Se observa una buena correlación clínica (75% especificidad y 62.50% sensibilidad) entre los parámetros clínicos analizados en T0 y T1, y el FEI.

Conclusiones: Estos resultados indican que el índice FEI tiene una buena correlación clínica y es buen indicador del estado de disbiosis de la MI. El tratamiento con MMX es eficaz en la CU demostrado por un aumento del índice FEI después del tratamiento, que se correlaciona con el grado de recuperación de la MI. El índice FEI es una herramienta prometedora para evaluar la respuesta al tratamiento en pacientes con CU.

104. DISCAPACIDAD LABORAL DE LOS PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA (DL-CU): VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO AUTO-REPORTADO

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

^aCIBERehd. ^bHospital Universitari Parc Taulí, Universitat Autònoma de Barcelona, Servicio de Digestivo, Sabadell.

^cComplejo Hospitalario de Burgos, Servicio de Digestivo, Burgos.

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

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal se presenta con frecuencia en pacientes adultos jóvenes que se encuentran en plena época de actividad laboral. La discapacidad es un hallazgo frecuente a lo largo de la historia natural de la EII. Su presencia en el ámbito laboral puede ser medido con instrumentos específicos. La medida de la discapacidad laboral puede ser útil tanto en la práctica clínica como en la investigación. Recientemente, hemos desarrollado y validado un cuestionario auto-reportado con 9 preguntas que mide la discapacidad laboral en los pacientes con enfermedad de Crohn (DL-EC). Dada la gran similitud entre colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn, es probable que el cuestionario pueda ser útil para la CU. El cuestionario, sin embargo, no ha sido validado en la CU.

Objetivo: Validar el cuestionario auto-reportado de discapacidad laboral en pacientes con CU.

Métodos: El DL-CU tiene un total de 9 preguntas que evalúan la percepción de discapacidad laboral por el propio paciente. Fueron incluidos un total de 142 pacientes consecutivos con CU (75 hombres y 67 mujeres, con una edad media de $48,01 \pm 10,28$ años). El tiempo medio desde el diagnóstico de la enfermedad fue de $9,2 \pm 7,2$ años. 69% de ellos estaban en tratamiento con 5-ASA oral y el 31,7% con azatioprina o metrotexate. Los pacientes rellenaron el DL-CU, IBDQ-9, y el EuroQol-5D (un cuestionario genérico de calidad de vida que incluye cinco preguntas sobre cinco dimensiones de la salud y una escala analógica visual). Las siguientes propiedades psicométricas del DL-CU fueron evaluadas para su validación: 1) La validez de constructo que consta de; a) La validez discriminante que se midió comparando los resultados del DL-CU en pacientes con CU activa y CU en remisión. b) Validez convergente: Los resultados de DL-CU se compararon con el IBDQ-9, EuroQol-5D y la actividad de la UC medida por los criterios de Montreal. c) la reproducibilidad test-retest se evaluó mediante la comparación de dos medidas DL-CU obtenidas con dos semanas de diferencia en pacientes sin cambios clínicos. También se calculó la correlación intraclase y el alfa de Cronbach. El análisis estadístico se realizó comparando los datos con el test de Wilcoxon para datos pareados y para datos no apareados se utilizó el test de Mann-Whitney para la comparación de la validez discriminante y la fiabilidad test-retest. La correlación de Spearman se utilizó para evaluar la validez convergente.

Resultados: Fase de validación. a) Validez discriminante: 66 pacientes en remisión puntuaron $12,8 \pm 4,4$ en DL-UC vs $17,2 \pm 6,1$ en 75 pacientes con actividad clínica ($p < 0,05$). b) Validez convergente: la correlación entre el DL-CU y IBDQ-9 fue $r = 0,74$ ($p < 0,001$), con la actividad clínica $r = 0,44$ ($p < 0,01$), con el Euroqol-5D $r = 0,56$ ($p < 0,01$) y con la escala visual analógica $r = 0,60$ ($p < 0,01$); c) Reproducibilidad: c1) Reproducibilidad test-retest: los pacientes rellenaron el cuestionario DL-CU con dos semanas de intervalo mostrando similar medias de índices de discapacidad ($15,8$ vs $15,1$), con una correlación de $r = 0,91$ ($p < 0,01$); c2) Correlación intraclase fue de $0,93$ (IC95% $0,92-0,95$) c3) Coeficiente Cronbach alfa fue $0,94$.

Conclusiones: El cuestionario de DL-CU es un instrumento válido y reproducible para medir la discapacidad laboral en la colitis ulcerosa.

105. LINFOCITOS T DOBLE POSITIVOS (DP) Y DOBLE NEGATIVOS (DN) EN LA MUCOSA INTESTINAL: DIFERENCIAS ENTRE ÍLEON Y COLON EN LA MUCOSA SANA E INFLAMADA

A. Carrasco, F. Fernández-Bañares, Y. Zabana, M. Aceituno, M. Rosinach, X. Andújar, C. Loras y M. Esteve

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Terrassa, CIBERehd.

Introducción: Los linfocitos T doble positivos (DP, CD3+CD4+CD8+) y doble negativos (DN, CD3+CD4-CD8-) son poblaciones celulares minoritarias en los compartimentos inmunes intestinal y sistémico. Su papel en la homeostasis intestinal es poco conocido, aunque se ha sugerido que las células DN pueden tener un papel inmunoregulatorio.

Objetivo: Analizar las poblaciones de DP y DN en diferentes localizaciones del intestino sano y en distintas patologías inflamatorias.

Métodos: Se incluyeron 20 pacientes de enfermedad de Crohn (EC), 7 de colitis ulcerosa (CU), 5 de colitis infecciosa (CI) y 14 de colitis colágena (CC), todos ellos en fase de actividad y sin tratamiento. Se han comparado también diferentes regiones intestinales (íleon, colon derecho y colon izquierdo) en 16 controles sanos no inflamados y en los pacientes de EC. Se han cuantificado los linfocitos DP y DN en sangre y en mucosa por citometría de flujo.

Resultados: En sangre periférica de pacientes de EC se detecta una reducción en las células DN en comparación con controles sanos ($p = 0,036$). En las otras patologías inflamatorias no se han detectado diferencias en sangre periférica. Esta disminución de las células DN en la EC se detecta también en la mucosa de colon inflamada en comparación con el colon normal ($p = 0,005$), pero no en la mucosa ileal inflamada en comparación con mucosa de íleon sana. En cambio, en la colitis colágena se detecta un incremento de estas células DN ($p = 0,038$) en comparación con la mucosa de colon sana. Respecto a las células DP, no se ha detectado ninguna diferencia entre controles sanos y pacientes con inflamación ni en sangre periférica ni en mucosa intestinal. Tanto en la mucosa sana como en la mucosa inflamada de pacientes con EC, se objetiva un incremento significativo de células DP en íleon en comparación con colon (íleon vs colon: en MC $p = 0,016$; en mucosa sana, $p = 0,028$).

Conclusiones: Los pacientes con EC tienen un reducción selectiva de las células DN en sangre periférica y en mucosa intestinal de colon, mientras que se encuentran incrementadas en la mucosa de los pacientes con colitis colágena. Estos cambios pueden tener relevancia en la fisiopatología de ambas enfermedades. El incremento de células DP en la mucosa ileal sana e inflamada sugiere que éstas pueden tener un papel importante en la homeostasis intestinal. Son necesarios más estudios para fenotipar adecuadamente estas subpoblaciones y determinar su rol en la mucosa sana e inflamada.

106. RIESGO DE FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN TRATADOS CON METOTREXATE: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

J. Llaó^a, A. Bargalló^b, C. Romero^a, M. Mañosa^b, J. Haya^a, L. Yip^a, E. Cabré^a, E. García-Planella^a y E. Domènech^b

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

Introducción: El metotrexate (MTX) es un fármaco de primera línea para el tratamiento de algunas enfermedades inmunomediadas como la psoriasis o la artritis reumatoide. En la enfermedad de Crohn (EC), su uso está limitado entre otras causas debido al temor a la hepatotoxicidad en forma de fibrosis hepática, pero los datos disponibles en pacientes con EC son escasos.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de fibrosis hepática en pacientes con EC e identificar factores de riesgo asociados.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con EC que habían recibido en algún momento MTX (casos) en dos centros universitarios y un grupo de pacientes con EC nunca expuestos al fármaco (controles). Se registraron las características demográficas, índice de masa corporal, factores de riesgo para síndrome metabólico o hepatopatía (hábitos tóxicos, diabetes mellitus, dislipemia, hipertensión arterial e infección por VHB o VHC), así como la dosis, duración y vía de administración del MTX. Se practicó una elastografía de transición (ET) a todos los pacientes, se recogieron datos analíticos (biología hepática, plaquetas, INR y colesterol) y se calcularon los índices APRI y FORNS. Se definió fibrosis hepática significativa cuando la ET fue = 7,9 KPa, APRI > 1,5 o FORNS > 6,9.

Resultados: Se incluyeron 84 pacientes (56 casos y 28 controles), 56% patrón inflamatorio y 26% penetrante, 43% con antecedentes de resección intestinal y 31% con enfermedad perianal. El 93% no consumía alcohol habitualmente, 9% eran obesos y 37% tenían sobrepeso; sólo el 5% eran diabéticos y 13% tenían dislipemia. No se encontraron diferencias en las características basales de los dos grupos. La dosis media acumulada de MTX en los casos fue de 1.545 mg (IIQ 730-2.755) con una duración media de tratamiento de 29 meses (IIQ 12-60). El 77% se administraba el MTX vía parenteral, la mitad habían recibido inducción con 25mg/semanales y todos se habían suplementado con folatos. Los valores medios de ET, APRI y FORNS fueron de 4,9 ± 1,9 KPa, 0,22 ± 0,1 y 3,2 ± 1,6 en los casos y de 5,8 ± 2,9 KPa, 0,22 ± 0,2 y 3,7 ± 2,2 en los controles, sin diferencias entre los dos grupos. Únicamente se objetivó fibrosis significativa en la ET de 3 controles (10,7%) y 4 casos (7,1%) (p = ns). El consumo habitual de alcohol, la diabetes y una mayor edad se asociaron a fibrosis significativa en el análisis multivariado.

Conclusiones: El riesgo de fibrosis hepática en pacientes con EC tratados con MTX es bajo y no parece superior al de los pacientes no expuestos al fármaco.

107. EVALUACIÓN DE FIBROSIS HEPÁTICA ASOCIADA A METOTREXATE Y A COMORBILIDAD HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: UTILIDAD DE LA ELASTOGRAFÍA Y DE LOS ÍNDICES DE FIBROSIS

B. Arau^a, M. Aceituno^{a,b}, M. Forné^{a,b}, Y. Zabana^{a,b}, L. Ruiz^a, M. Rosinach^{a,b}, D. Montfort^c, O. Benítez^a, F. Fernández-Bañares^{a,b} y M. Esteve^{a,b}

^aHospital Universitari Mútua de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^bCIBEREHD. ^cConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

Introducción: El metotrexate (MTX) es un fármaco utilizado en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que puede inducir fibrosis hepática con dosis acumulada. La elastografía es un método no invasivo utilizado para el diagnóstico de fibrosis hepática. Se ha

observado que la presencia de fibrosis en pacientes tratados con MTX es más frecuente en pacientes que presentan otros factores de riesgo (alcohol, esteatosis).

Objetivo: Determinar la prevalencia de fibrosis hepática significativa medida por elastografía hepática (Fibroscan®) en pacientes con EII tratados con MTX y correlacionar los hallazgos con índices analíticos de fibrosis. Determinar la prevalencia de otros factores de riesgo de fibrosis hepática en estos pacientes.

Métodos: Se seleccionaron todos los pacientes con EII que habían recibido tratamiento con MTX durante un mínimo de 6 meses. Al momento de la inclusión se recogieron los datos clínicos: edad, IMC, diabetes, dislipemia, dosis acumulada de MTX, ingesta de alcohol y serologías virales. Se realizó una ecografía y una elastografía hepática a todos los pacientes y se realizó una analítica para obtener los 3 índices de fibrosis (Forns, FIB-4, APRI). Los resultados de dosis y duración de MTX se expresan como mediana y límites. Se ha realizado una correlación lineal entre los valores de elastografía y los índices de fibrosis y dosis acumulada.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes (25 mujeres (71,4%), edad media 54 años DE 12,5), tratados con MTX con una duración de 39 meses y una dosis acumulada de 2,38 g (0,3-14,3). 25 (71,4%) pacientes presentaban al menos un factor de comorbilidad hepática (19 IMC > 25, 4 diabetes, 17 hiperlipemia). 4 presentaron fibrosis significativa (F2) en la elastografía hepática, y todos ellos tenían factores de comorbilidad hepática. Ninguno de los pacientes incluidos presentó valores de elastografía de F3-F4. Los valores de la elastografía no se correlacionaron con la dosis acumulada, ni con los índices de fibrosis. Un paciente con valores de elastografía de 9,6 kPa (F2-F3) presentaba una amiloidosis en la biopsia hepática.

Conclusiones: Se confirma que, a corto plazo, la fibrosis inducida por MTX no parece un problema relevante. La mayoría de los pacientes que precisan tratamiento con MTX presentan factores de comorbilidad hepática. Son necesarios estudios longitudinales que ayuden a establecer recomendaciones de detección precoz de la fibrosis y que determinen si el MTX acelera la fibrosis hepática en presencia de comorbilidad.

108. EFECTO DE LOS CORTICOESTEROIDES SOBRE LOS LINFOCITOS PERIFÉRICOS Y DE MUCOSA INTESTINAL EN LA ENFERMEDAD DE CROHN (EC). RELACIÓN CON LA RESPUESTA A ESTEROIDES

A. Carrasco, F. Fernández-Bañares, M. Aceituno, M. Forné, Y. Zabana, C. Loras, X. Andújar y M. Esteve

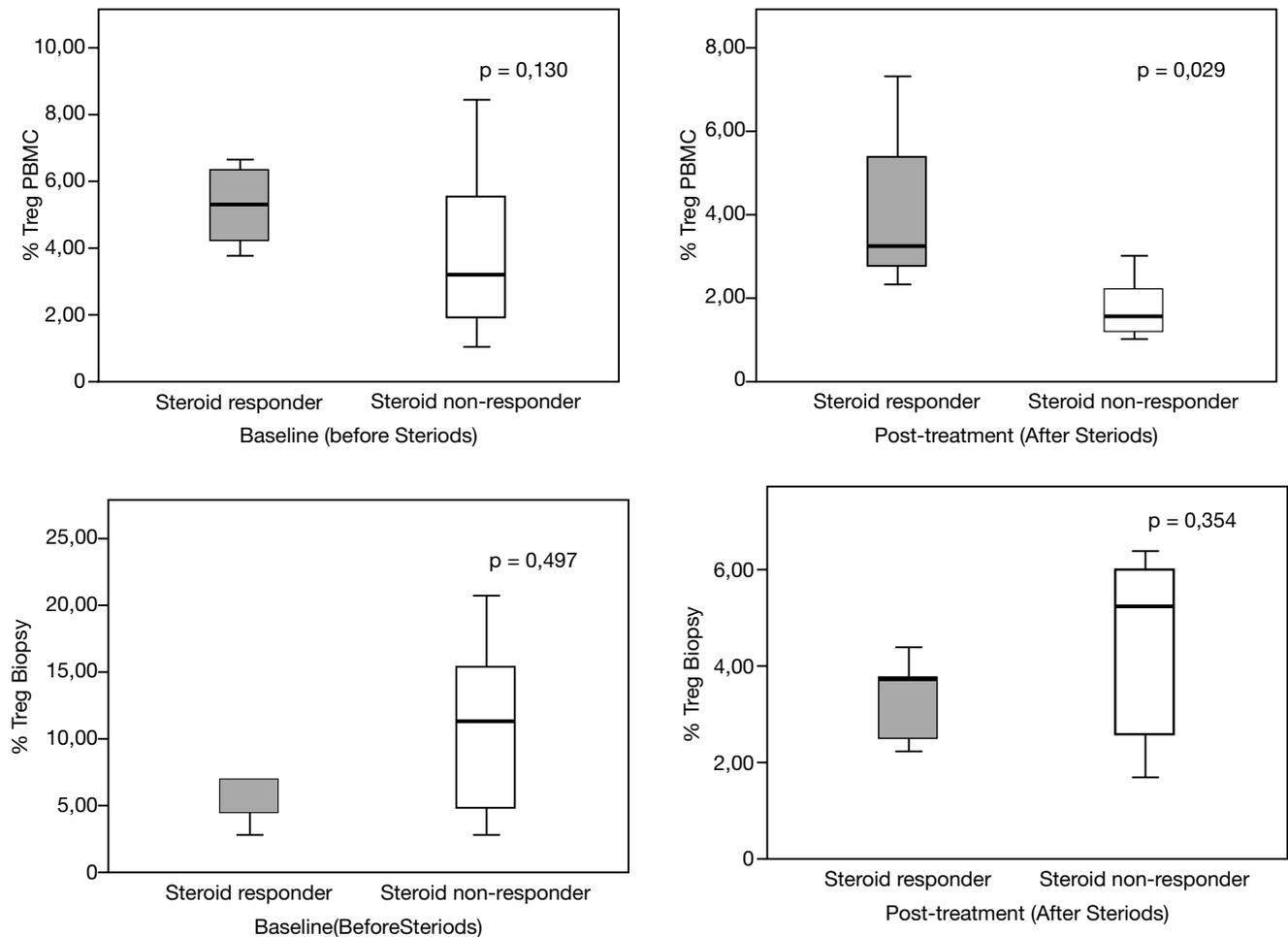
Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Terrassa.

Introducción: El 40% de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) presentan buena respuesta a esteroides. Los niveles basales de las poblaciones linfocitarias o una respuesta diferente al tratamiento podrían ser factores predictivos de respuesta.

Objetivo: Determinar el valor predictivo de los niveles basales de linfocitos según la respuesta a esteroides y el efecto sobre estos.

Métodos: Se incluyeron 19 pacientes de EC (6 sensibles, 7 dependientes y 6 refractarios a esteroides). Se analizaron linfocitos de sangre periférica y de mucosa intestinal por citometría antes y un mes después del tratamiento con corticoides.

Resultados: a) Utilidad en la predicción de la respuesta a esteroides: No se hallaron diferencias en los niveles basales de linfocitos T (T, CD3+), Thelper (Th, CD3+CD4+), T citotóxicos (Tc, CD3+CD8+), linfocitos doble positivos (DP, CD3+CD4+CD8+) o doble negativos (DN, CD3+CD4-CD8-). En pacientes sensibles se encontró en la muestra basal una tendencia a una mayor presencia de linfocitos T reguladores (Treg, CD3+CD4+CD25+FOXP3+) en sangre y una reducción en mucosa en comparación con pacientes no respondedores. Esta inver-



sión de la ratio sangre/mucosa se mantuvo en la muestra post-corticoides, alcanzando significación estadística en sangre periférica ($p = 0,02$). b) Efecto de los esteroides sobre el perfil de linfocitos: Tras el tratamiento el % de linfocitos T se incrementó ($p = 0,01$) en sangre pero no en mucosa. Los linfocitos Tc y Th no variaron ni en sangre ni en mucosa. Los linfocitos DP y DN se redujeron en sangre ($p = 0,020$ y $0,006$), pero no en mucosa. Se detectó una reducción de linfocitos Treg en sangre y en mucosa sólo en los pacientes corticodpendientes, pero no en sensibles y refractarios.

Conclusiones: Los compartimentos intestinal y sistémico muestran un comportamiento distinto al tratamiento con esteroides. Las células Treg no son lo suficientemente discriminativas para ser usadas como herramienta diagnóstica.

109. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE NEOPLASIA ASOCIADOS A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE LARGA EVOLUCIÓN: ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL (ESTUDIO CROMO)

S. Carballal^a, S. Maisterra^b, A. López^c, A. Gimeno-García^d, M. Vera^e, J.C. Marín^f, L. Márquez^g, L. Hernández Villalba^h, M.L. Castroⁱ, J. Gordillo^j, I. Puig^k, P. Vega^l, M. Bustamante^m, J. Acevedoⁿ, B. Peñas^o, M. López Cerón^a, E. Ricart^a, L. Rivero-Sánchez^a y M. Pellisé^a

^aHospital Clínic, Barcelona. ^bHospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat. ^cHospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ^dHospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de

Tenerife. ^eHospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

^fHospital 12 de Octubre, Madrid. ^gHospital del Mar, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^hHospital Universitario de Móstoles, Madrid. ⁱComplejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra. ^jHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^kFundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Barcelona. ^lComplejo Hospitalario Universitario de Ourense.

^mHospital Universitario La Fe, Valencia. ⁿHospital Universitario de Calella, Barcelona. ^oHospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: No existen estudios que determinen la prevalencia y los factores de riesgo (FR) de neoplasia asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (N-EII) basados en cribado con cromoscopia (CE) en España.

Objetivo: Evaluar la incidencia y prevalencia de N-EII mediante cribado CE en pacientes con EII de larga evolución en España y los FR asociados a su aparición.

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico de ámbito estatal con inclusión durante 2 años de pacientes con EII colónica inactiva y de larga evolución en un programa de cribado mediante biopsias dirigidas por CE.

Resultados: Se incluyeron 350 pacientes con una edad mediana al diagnóstico de EII de 33 años (rango: 10-71) y un tiempo medio de evolución de 17 años (DE: 7,4). Otras características clínicas se representan en la tabla. Diez (2,8%) pacientes habían presentado N-EII antes de su inclusión en el cribado con CE, y 48 (13,7%) presentaron N-EII durante el estudio. La tasa de incidencia de N-EII de nuestra población de 5,5 casos por cada 100 personas-año de seguimiento. En 3 (0,8%) pacientes se detectaron N-EII irresecables y

Características clínicas	N-EII = 58 (16,5%)	No-EII = 292 (83,4%)	p
Edad (mediana y rango)	36 (14-71)	32 (10-67)	
Edad < 35 años: 196 (56%)	24 (12%)	172 (88%)	
Edad ≥ 35 años: 154 (44%)	34 (22%)	120 (78%)	0,004
Sexo			
185 hombres (53%)	38 (20,5%)	147 (79,5%)	
165 mujeres (47%)	20 (12%)	145 (88%)	0,03
Tipo de EII			
Colitis ulcerosa: 273 (78%)	51 (18,6%)	222 (81,4%)	
E. de Crohn/colitis indeterminada: 77 (22%)	7 (9%)	70 (91%)	0,06
Extensión de la inflamación colónica			
Colitis izquierda: 108 (30,8%)	12 (11%)	96 (89%)	
Pancolitis: 242 (69%)	46 (20%)	196 (80%)	0,005
Colangitis esclerosante primaria			
No: 327 (93,5%)	51 (15,6%)	276 (84,4%)	
Sí: 23 (6,5%)	7 (30,4%)	16 (69,6%)	0,06
Tabaco			
No fumador: 184 (52,6%)	26 (14%)	158 (86%)	
Fumador: 166 (47,4%)	32 (19,2%)	134 (80,8%)	0,1
Antecedente familiar de cáncer colorrectal			
No: 298 (85,2%)	51 (17%)	247 (83%)	
Sí: 52 (14,8%)	7 (13,4%)	45 (86,6%)	0,5
Años de evolución de enfermedad (mediana y rango)	16,5 (3-43)	15 (3-42)	
Menos de 20 años: 233 (66,5%)	33 (14%)	200 (86%)	
Más de 20 años: 117 (33,5%)	25 (21,3%)	92 (78,7%)	0,006

ningún paciente desarrolló cáncer invasivo. En el análisis multivariado los FR predictores independientes de N-EII fueron: el sexo masculino (OR: 1,9; IC95% 1,08-3,6; p: 0,02), una edad de debut > 35 años (OR: 2,7; IC95% 1,4-4,9; p = 0,002), la extensión pancolónica (OR: 2,5; IC95% 1,2-5,3; p = 0,01) y un tiempo de evolución de enfermedad > 20 años (OR: 2,4; IC95% 1,2-4,5; p = 0,006).

Conclusiones: La prevalencia de N-EII detectada mediante CE en un este estudio de ámbito nacional es del 13,7%. Los FR asociados a su aparición son: el sexo masculino, una edad tardía de debut (> 35 años), la afectación pancolónica y la enfermedad de larga evolución (> 20 años).

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. Alcaín^v, M. Ramas^w, V. García-Sánchez^b, J. Panés^c, E. Doménech^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 Clinic, 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 Clínico 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 Clínico 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

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

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 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.

111. PREDICCIÓN DE NIVELES DE INFLIXIMAB PREDOSIS MEDIANTE MODELOS DE FARMACOCINÉTICA POBLACIONAL. ¿ES POSIBLE INDIVIDUALIZAR LA DOSIFICACIÓN?

L. Rodríguez-Alonso^a, E. Santacana^b, N. Padullés^b, H. Colom^c, A. Padullés^b, C. Arájo^a, A. Ruiz-Cerulla^a, S. Cobo^b, J. Bas^d, J. Climent^d, F. Morandeira^d, F. Rodríguez-Moranta^a y J. Guardiola^{a,e}

Hospital Universitari de Bellvitge: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Farmacia, Barcelona. ^cFacultad de Farmacia, Universidad de Barcelona, Unidad de Biofarmacia y Farmacocinética, Barcelona. ^dHospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Inmunología, Barcelona. ^eHospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL, Barcelona.

Introducción: Los niveles predosis o “trough levels” de infliximab (TLI) en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se asocian con la eficacia terapéutica. No obstante, los TLI son extremadamente variables con la dosificación habitual, lo que se podría explicar, en parte, por la formación de anticuerpos anti-infliximab (ATI), la actividad inflamatoria, los niveles de albúmina o el tratamiento inmunomodulador concomitante. Se han desarrollado dos modelos farmacocinéticos poblacionales (PopPK) a partir de los datos de los ensayos pivotales que permitirían predecir los TLI y otros parámetros farmacocinéticos (PK) en función de la dosis administrada (Fasanmade et al, 2011; Fasanmade et al. 2009). Estos modelos, de ser validados en la práctica habitual, permitirían una dosificación individualizada.

Objetivo: Validar los PopPK desarrollados por Fasanmade et al para colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC). Es decir, verificar si los TLI y otros parámetros PK predichos por el modelo se ajustan a los observados en la práctica clínica real.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y prospectivo en pacientes con EII en tratamiento con infliximab (IFX) en estado estacionario. Se analizaron los TLI y ATI mediante ELISA (Promonitor[®]). Se determinaron los parámetros PK individuales y TLI predichos mediante los PopPK previamente publicados y simulaciones de Monte Carlo (Nonmem[®] v7.2). Las covariables incluidas en estos modelos son ATI, terapia inmunosupresora (INM), albúmina, peso y sexo. Se calculó el área bajo la curva (AUC) y el tiempo de semivida ($t_{1/2}$) y se predijo la exposición.

Resultados: Se incluyeron 132 determinaciones de TLI y ATI de 64 pacientes (39 EC y 25 CU, 72% con terapia con INM). TLI fueron bajos en el 54% (< 3 mg/L), en rango terapéutico en el 36% (3-7 mg/L) y supraterapéutico en el 10% (> 7 mg/L). En el 14% de las muestras se detectaron ATI, en el 3% fueron indetectables y en el 83% indeterminados debido a la presencia de IFX. El PopPK desarrollado para CU aplicado a pacientes con CU no era suficientemente preciso (TLI observados 2,98, TLI predichos 3,41, rs 0,27, p = 0,064). En cambio, el PopPK desarrollado para EC predecía con precisión los TLI tanto en CU como en EC (TLI observados 3,17, TLI predichos 2,92, rs 0,99, p < 0,0001).

Conclusiones: El modelo PopPK de Fasanmade et al. para pacientes con EC permite predecir con precisión los TLI y otros parámetros PK individuales en pacientes con EII tratados con IFX. Este modelo podría ser útil para individualizar la dosificación en función de los TLI deseados.

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 la 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/URL, 17 infecciones hepáticas/vía biliar, 3 meningitis 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 EII, de forma independiente a la presencia de comorbilidad. El riesgo de infección no parece ser intrínseco a la EII, sino relacionado con la inmunosupresión. Hay que extremar la vigilancia con el tratamiento IMM/Biol, particularmente para la TBC.

113. ESTUDIO PROSPECTIVO, ALEATORIZADO Y COMPARATIVO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE DOS VACUNAS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS B (VHB) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

M. Chaparro^a, J. Gordillo^b, E. Domènech^c, M. Esteve^d, M. Barreiro de Acosta^e, A. Villoria^f, E. Iglesias-Flores^g, M. Blasi^b, J.E. Naves^c, O. Benítez^d, L. Nieto^e, X. Calvet^f, V. García-Sánchez^g, J.R. Villagrana^h, A.C. Marín^a, M. Ramos^a, I. Morenoⁱ, J. Maté^a y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de la Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IP), Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Madrid. ^bHospital Santa Creu i Sant Pau, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^cHospital Universitario Germans Trias i Pujol, Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Badalona. ^dHospital Universitario Mutua de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Terrassa. ^eComplejo Hospitalario Universitario de Santiago, Servicio de Aparato Digestivo, Santiago de Compostela. ^fHospital de Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Sabadell. ^gHospital Universitario Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo, Córdoba. ^hHospital Universitario de la Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IP), Servicio de Medicina Preventiva, Madrid. ⁱFundación de Investigación Biomédica, Hospital Universitario de la Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IP), Madrid.

Introducción: Aproximadamente el 50% de los pacientes con EII no responde a la vacuna del VHB (vs 5% de la población sana). La estrategia óptima de vacunación en los pacientes con EII aún no ha sido establecida.

Objetivo: Comparar la respuesta a la vacunación del VHB en pacientes con EII con 2 tipos de vacunas: la tradicional (Engerix[®]) y una nueva vacuna con un adyuvante (Fendrix[®]). El objetivo secundario fue identificar factores predictores de respuesta.

Métodos: Se incluyeron pacientes con EII, serología del VHB negativa y no vacunados previamente frente al VHB. Los pacientes se aleatorizaron 1:1 a recibir Fendrix[®] o dosis doble de Engerix[®] a los 0, 1, 2 y 6 meses. La concentración de anti-HBs se evaluó 2 meses tras la 3ª y 4ª dosis (a los 4 y 8 meses) (EUDRA CT: 2010-023947-14).

Resultados: 173 pacientes fueron incluidos: 55% varones, 51% con enfermedad de Crohn, 28% en tratamiento con fármacos inmunosupresores y 35% con anti-TNF. El 54% de los pacientes recibió Engerix[®] y el 46% Fendrix[®]. Las principales características de los pacientes (edad, sexo, tipo de EII y tratamiento) fueron similares

en los 2 grupos de estudio. Globalmente, el 43% de los pacientes presentaron respuesta (anti-HBs \geq 100 UI/l) tras las 3 primeras dosis (165 habían recibido las 3 primeras dosis en el momento del análisis), y el 71% tras las 4 dosis de vacuna (161 habían completado la vacunación). El 47% de los pacientes que no habían respondido a la 3ª dosis de vacuna, respondieron a la 4ª ($p < 0,0001$). El porcentaje de respuesta tras las 4 dosis fue del 75% (IC95%, 63-84%) con Fendrix[®] y del 67% (56-77%) con Engerix[®] ($p = 0,3$; no obstante, la potencia estadística para esta comparación fue sólo del 30%); considerando como respuesta anti-HBs \geq 10 UI/l (concentración establecida de forma estándar como respuesta), la tasa de respuesta fue marginalmente más alta con Fendrix[®] que con Engerix[®] [88% (78-94%) vs 74% (66-85%), $p = 0,06$]. En los pacientes en tratamiento con inmunosupresores o anti-TNF, la respuesta (anti-HBs \geq 100 UI/l) tras las 4 dosis de vacuna fue del 67% (47-83%) con Fendrix[®] vs 45% (27-64%) con Engerix[®] ($p = 0,09$). En el análisis multivariante, la edad (OR = 0,9, $p < 0,0001$) y el tratamiento con inmunosupresores (OR = 0,12, $p < 0,01$) o anti-TNF (OR = 0,09, $p < 0,0001$), pero no el tipo de vacuna (OR = 1,8, IC95% = 0,8-4), se asociaron con la respuesta a la vacunación. El porcentaje de pacientes que presentó brote de la EI durante el estudio fue similar en ambos grupos (17% vs 22% con Fendrix[®] y Engerix[®]).

Conclusiones: No hemos podido demostrar una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de respuesta a Fendrix[®] (dosis convencional) y Engerix[®] (doble dosis) en los pacientes con EI, aunque no se puede descartar un error *beta*. La pauta de vacunación con 4 dosis aumenta significativamente el porcentaje de respuesta (más del 40%) frente a la pauta de 3 dosis. Una mayor edad y el tratamiento con inmunosupresores o anti-TNF se asocian con una menor respuesta a la vacunación.

Esófago-Estómago-Duodeno

114. ENFERMEDAD CELIACA. SUS CARACTERÍSTICAS EN ADULTOS MAYORES DE 55 AÑOS

M. Liberal Sarnago, A. Merino Zubizarreta, J.D. Solano Iturri, M. López Gutiérrez, A. Castro Zabaleta, L. Deiss Pascual, J. Velasco Arteche, C. Muñoz Villafranca y V.M. Orive Cura

Hospital Universitario de Basurto, Vizcaya.

Introducción: La enfermedad celiaquía (EC), considerada una enfermedad propia de la infancia, se diagnostica cada vez con más frecuencia en adultos y ancianos. Nuestro objetivo es conocer las características de la enfermedad en pacientes mayores diagnosticados de celiaquía en nuestro medio.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo y observacional a partir de la base de datos de Anatomía Patológica entre los años 2009-2013. Consideramos enfermedad celiaquía al paciente con clínica e histología compatible más serología y/o estudio genético. De este grupo, seleccionamos a los pacientes mayores 55 años en el momento del diagnóstico.

Resultados: Un total de 12 pacientes cumplieron ambos criterios de inclusión. La edad media fue de 72 años (56-88) con un claro predominio del sexo femenino (8/12). La astenia fue el síntoma predominante (91,6%), seguido del dolor abdominal y la diarrea (66,6%), mientras que el estreñimiento se presentó un cuarto (25%) de los pacientes. Una parte considerable del grupo (75%), había sido catalogada previamente como Síndrome Intestino Irritable. La alteración analítica más frecuente fue la anemia (66,66%) seguida de hipoalbuminemia y alteración de transaminasas (33,3%). Los anti-tTG fueron negativos en 8/12 (66,6%) de los casos. En 5 de

estos paciente se realizó estudio genético (DQ2/DQ8) cuyo resultado fue positivo. Histológicamente, todos presentaron linfocitos intraepiteliales y la atrofia vellositaria estuvo presente en la mayoría de los casos, 10/12 (83%). En el seguimiento, una tercera parte de los pacientes refería no hacer dieta.

Conclusiones: 1. La EC es una entidad de diagnóstico difícil en pacientes mayores. 2. La astenia y las manifestaciones digestivas, fueron los síntomas dominantes. 3. Los anti-tTG fueron negativos con frecuencia, recomendándose en estos casos estudio genético. 4. La aceptación de la dieta en estos pacientes, es baja.

115. TUMOR ESTROMAL MALIGNO GASTROINTESTINAL (GIST): HALLAZGOS DE IMAGEN Y CASUÍSTICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

J.M. Mínguez Cortés y F. Martín Ocaña

Hospital Comarcal de la Axarquía, Málaga.

Introducción: Los GIST son tumores originados en un precursor de las células intersticiales de Cajal, presentes en el plexo mioentérico. Constituyen la neoplasia no epitelial más frecuente del tracto gastrointestinal. Estas células expresan un receptor transmembrana tirosín-quinasa encriptado en el gen KIT. Identificar este receptor (CD 117) es la clave para el diagnóstico de GIST en el 95% de los pacientes. El tratamiento electivo para tumores localizados es la resección quirúrgica.

Objetivo: Definir la prevalencia de los tumores GIST en nuestra área así como las características clínicas y diagnósticas más relevantes.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de los tumores GIST diagnosticados en nuestro centro durante 2013. Se recogen datos epidemiológicos como edad y sexo, así como síntomas previos, localización tumoral y hallazgos radiológicos e histológicos.

Resultados: Se diagnostican 8 casos de GIST, 5 hombres y 3 mujeres. La edad media es de 59 años. La localización tumoral fue gástrica en 5 casos y en yeyuno en los 3 restantes. 6 pacientes consultaron por síntomas inespecíficos de distensión y disconfort abdominal. 2 pacientes estaban asintomáticos y fueron derivados a digestivo tras diagnóstico incidental: uno de ellos en el contexto de estudio por lipoma de pared torácica y el otro tras objetivarse la lesión durante el acto quirúrgico de colecistitis aguda. En todos los casos el TC muestra masas bien definidas con captación de contraste de baja atenuación en centro y periferia, hallazgos en correlación con áreas necróticas-quisticas objetivadas por ecografía. Los GIST incidentales, ambos yeyunales, mostraron menor tamaño y realce, sin metástasis al diagnóstico. De los 6 casos con sintomatología, 4 de ellos, gástricos, presentaban una importante proliferación de vasos tumorales, y de éstos, 3 asociaban metástasis hepáticas. Los otros 2 casos sintomáticos presentaban fístulas hacia la luz intestinal. El estudio histológico postquirúrgico conllevó el análisis de la expresión CD 117 (C-KIT) así como la celularidad, índice mitótico y presencia de necrosis. Microscópicamente todos los casos presentaban elevada celularidad con células fusiformes y actividad mitótica variable.

Conclusiones: Los GIST son tumores raros (5-6% de los sarcomas), que se diferencian de otras neoplasias intestinales por la expresión de la proteína KIT (CD 117) mediante técnicas inmunohistoquímicas. Su diagnóstico ha aumentado en los últimos años tras un mayor conocimiento de sus características por imagen. Dada su baja expresividad clínica, en el momento del diagnóstico constituyen masas de gran tamaño, con zonas de necrosis central. Más frecuentemente se localizan en estómago e intestino delgado. El Tc constituye la técnica ideal para el diagnóstico y seguimiento, bien tras cirugía de resección o tras tratamiento con inhibidores de la tirosín-quinasa.

116. 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, A. Díaz^b y J.P. Gisbert^a

Hospital Universitario de la Princesa, IIS-IP: ^aServicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD; ^bServicio de Análisis Clínicos, 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 rápido 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 antigliadina 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 200 pacientes. La media de edad al diagnóstico fue de 40 años y el 70% eran mujeres. Los principales síntomas al diagnóstico fueron: diarrea (56%), pérdida de peso (37%), distensión abdominal y flatulencia (35%) y dolor abdominal (30%). Las manifestaciones extraintestinales más frecuentes fueron: osteopenia/osteoporosis (20%), dermatitis herpetiforme (13%) e hiperparatiroidismo (8%). La comorbilidad más frecuente fue la enfermedad tiroidea autoinmune (15%). Las principales alteraciones analíticas al diagnóstico fueron ferropenia (49%) y anemia (29%). Al diagnóstico, el porcentaje de pacientes con títulos elevados de anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa fue del 68% y del 62%, respectivamente. En la mayoría de los casos se observó atrofia vellositaria en las biopsias duodenales (42% Marsh IIIA, 35% IIIB y 9% IIIC), mientras que el 13% 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 el 74% de los pacientes y parcial en el 25%. 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 aquéllos 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 instaurar la DSG es completa en la mayoría de los pacientes.

117. ¿OBTENDRÍAMOS BENEFICIO EN EL DIAGNÓSTICO DE *HELICOBACTER PYLORI* RECOGIENDO HISTOLOGÍA A PACIENTES EN LOS QUE YA HEMOS OBTENIDO UN TEST RÁPIDO DE UREASA POSITIVO?

V. Escrich Iturbe, M. Muñoz Villalengua, A. Martínez Herreros, C. Torres Vargas y B. Sacristán Terroba

Hospital San Pedro, Logroño.

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* tiene una prevalencia elevada en nuestra población, llegando a más del 50% a nivel mundial. Su diagnóstico y tratamiento es de gran relevancia, dado que la infección desempeña un papel fundamental en el desarrollo de distintas enfermedades digestivas. Hasta en un 10-15% de los casos puede producir úlcera péptica, lesiones pretumorales gástricas o linfoma MALT. Entre las técnicas diagnósticas invasivas utilizamos con mayor frecuencia, el test rápido de ureasa: rápido, preciso y de menor coste, pero con posibles falsos negativos en caso de ingesta de IBPs y/o antibióticos; y la histología: que permite estudiar áreas sospechosas y aporta información de la actividad y grado de inflamación, pero con mayor coste y limitada por la variabilidad interobservador. **Objetivo:** Valorar si el estudio histológico en pacientes con test rápido de ureasa positivo tendría un beneficio diagnóstico añadido.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo, con una muestra representativa estimada para la población de La Rioja de 384 pacientes. Recogida de muestras de historias clínicas en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2009 y junio de 2011, de pacientes en los que se había realizado gastroscopia con test rápido de ureasa positivo y biopsia gástrica.

Resultados: De los 384 casos, 179 fueron mujeres (46,6%) y 205 hombres (53,4%). La edad de los sujetos estuvo comprendida entre 13 y 90 años, situándose la media en 52,75 años. Al comparar ambos test diagnósticos, en un 83,3% de los casos tanto la histología como el test rápido de ureasa fueron positivos, mientras que en el 16,7% restante la histología fue negativa. Al analizar dichos datos en función de la edad, se observó mediante un test de comparación de medias (t de Student) que la media de edad en pacientes con ambos test positivos fue de 51,50 años, mientras que la media de edad en pacientes con test de ureasa positivo e histología negativa fue de 59,02 años obteniendo una p: 0,001. Por otra parte, se analizaron dichos resultados en función de los hallazgos histológicos y endoscópicos sin encontrar datos relevantes clínica ni estadísticamente.

Conclusiones: En el 83,3% de los casos con test rápido de ureasa positivo, la histología fue también positiva, observando mayor concordancia entre ambas pruebas en pacientes jóvenes. Por tanto, en caso de test rápido de ureasa positivo, cuando el único objetivo es el diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori*, la realización de histología no parece aportar beneficios relevantes. A la vista de los resultados, en pacientes menores de 52 años como método de diagnóstico invasivo de infección por *Helicobacter pylori* se podría recomendar únicamente la realización de test rápido de ureasa. A partir de los 59 años, dado que la sensibilidad de la biopsia disminuye, podríamos concluir que si el test rápido de ureasa es positivo no sería necesaria la histología.

118. ANÁLISIS DE LA DEMANDA POR CAUSA DIGESTIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO SIN LISTA DE ESPERA EN LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DIGESTIVA

M. Arroyo^{a,b}, P. Carrera^b, E. Alfambra^c, B. Amores^c y A. Lanás^{a,b}

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

Introducción: Los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) padecen un aumento permanente de la demanda debido a la elevada utilización de estos servicios para la atención de situaciones no urgentes. Uno de los motivos citados es la existencia de barreras de acceso a otros servicios por las listas de espera. En nuestro servicio con dos niveles de asistencia ambulatoria y demoras menores a 15 días en casos preferentes y 1 mes en el resto desconocemos si esto induce a una menor utilización del SUH por patología digestiva (PD).

Objetivo: Analizar la utilización del SUH por PD con intención de conocer las causas más demandantes para poner en marcha herramientas de mejora.

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes adultos atendidos en el SUH de nuestro hospital durante el mes de enero del 2014. Se analiza el motivo de consulta, la prioridad triaje del caso y su necesidad de hospitalización.

Resultados: El 17,8% (1.044/5.859) de las visitas médicas atendidas en SUH corresponden a motivos digestivos. El 57,6% de los casos atendidos eran mujeres y la edad media fue de 53,01 ± 22,5 años. Los principales motivos de consulta fueron el dolor abdominal, excluida apendicitis y/o abdomen agudo (n = 395) seguido de gastroenteritis agudas (n = 131) y estreñimiento (n = 56), que suponen el 55,7% de las visitas por PD. El porcentaje de visitas clasificadas con triaje III fue superior en los pacientes con PD que en el resto de causas médicas (31,8% vs 22%; p < 0,05). La necesidad de ingreso por PD fue del 17,8%(199/1044) sin diferencias frente al resto de otras causas médicas (19%). En la tabla reflejamos patologías que se podrían haber beneficiado de un control ambulatorio y que habrían disminuido hasta en un 23,6% la necesidad de ingreso.

Causa	% ingreso	Edad media
Anemia	34% (10/30)	78,03 ± 8,77
Coledocolitiasis no complicada	80% (4/5)	77,02 ± 10,16
Dolor abdominal	7% (28/395)	58,12 ± 23,29
Vómitos	25% (5/25)	61,5 ± 21,2

Conclusiones: Las principales causas digestivas que motivan la asistencia a SUH son entidades que se deben manejar en el primer nivel asistencial. Es preciso poner en marcha medidas de educación de la población para el uso adecuado de los recursos sanitarios.

119. EFICACIA Y SEGURIDAD DE RIFAXIMINA ASOCIADA A LA TRIPLE TERAPIA ESTÁNDAR (OMEPRAZOL, CLARITROMICINA Y AMOXICILINA) PARA LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI* (R+OCA): ENSAYO CLÍNICO PILOTO FASE IV

A.G. McNicholl, M. Ramas y J.P. Gisbert

Hospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, CIBERehd, Madrid.

Introducción: La rifaximina es un macrólido inhibidor de la síntesis de ARN bacteriano. Este antibiótico no se absorbe en la luz intestinal, por lo que tiene un elevado perfil de seguridad. Además, no se han descrito resistencias clínicamente relevantes frente a la rifaximina. La experiencia clínica con este antibiótico frente a *H. pylori* es limitada y siempre se ha utilizado en combinación con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) y un único antibiótico (claritromicina o metronidazol). La adición de rifaximina a la triple terapia estándar con un IBP y dos antibióticos (claritromicina y amoxicilina) podría representar un tratamiento altamente eficaz y con menos efectos adversos que otras combinaciones cuádruples.

Objetivo: Evaluar en un estudio piloto la eficacia y seguridad de la adición de rifaximina a la triple terapia estándar para la erradicación de *H. pylori*. Hipótesis de trabajo: la rifaximina asociada a la triple terapia durante 10 días obtiene una tasa de erradicación de *H. pylori* ≥ 90%.

Métodos: Ensayo clínico independiente prospectivo piloto (EU-DRA CT: 2013-001080-23). Estudio financiado con la Beca del Grupo de Trabajo de Esófago-Estómago-Duodeno de la AEG. Se incluyeron 40 pacientes consecutivos infectados por *H. pylori*. Criterios de

inclusión/exclusión: mayor de 18 años, presencia de síntomas dispepticos, no haber recibido tratamiento erradicador previo, no presentar alergia a los medicamentos del estudio, ni cirugía gástrica previa, ni enfermedad crónica asociada. En los 5 primeros pacientes se evaluó la seguridad mediante la realización de una analítica completa tras el tratamiento erradicador. La variable principal de estudio fue la erradicación de *H. pylori* confirmada mediante prueba del aliento con ¹³C-urea al menos 4 semanas tras la finalización del tratamiento. Tratamiento: rifaximina 400 mg/8 h, claritromicina 500 mg/12h, amoxicilina 1 g/12h y omeprazol 20 mg/12h durante diez días.

Resultados: Se han incluido 40 pacientes dispepticos consecutivos (55% varones, edad media 49 años). El 53% fueron mujeres, el 23% fumadores, sólo un paciente (2,6%) presentaba úlcera péptica (gástrica). El subgrupo de pacientes con analítica de seguridad no mostró alteraciones significativas en los valores estudiados. El cumplimiento del tratamiento fue del 95%. Hasta el momento han finalizado el seguimiento 16 pacientes, lográndose la erradicación de *H. pylori* en 9 de ellos (54%). El 75% de los pacientes mostraron algún efecto adverso durante el tratamiento.

Conclusiones: A falta de terminar el seguimiento de los pacientes incluidos, se puede concluir que el tratamiento con rifaximina, claritromicina, amoxicilina y omeprazol durante diez días no parece ofrecer ventajas respecto del tratamiento triple habitualmente utilizado.

120. CÁNCER DE ESÓFAGO: MANEJO EN LA PRÁCTICA REAL Y COMPARACIÓN CON LOS ESTÁNDARES

M.J. Domper Arnal, G. García Rayado, M. Solano Sánchez, E. Martínez Crespo, I. Ariño Pérez, B. Marcén Ehandi, A. Ferrández Arenas y A. Lanás Arbeloa

Hospital Clínico Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza.

Introducción: El cáncer de esófago es el 8º cáncer más frecuente en el mundo. Presenta una alta mortalidad debido a un diagnóstico en estadios avanzados. El tratamiento quirúrgico de esta enfermedad se relaciona con una alta tasa de complicaciones.

Objetivo: Describir y evaluar el manejo en la práctica clínica habitual de un centro hospitalario de 3º nivel del cáncer de esófago.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional de pacientes diagnosticados de cáncer de esófago en el Hospital Clínico Lozano Blesa desde enero de 2004 hasta septiembre de 2013. Para su identificación se han revisado los datos de informes de alta codificados por CMBD unido a piezas y biopsias compatibles con esta patología durante el periodo referido. Se realizó un análisis descriptivo/bivariante y de supervivencia.

Resultados: Se diagnosticaron 177 pacientes con un 86,4% (n = 153) de varones y una edad media al diagnóstico de 66,5 años (IC95% 64,8-68,1). Un 54,9% (n = 95) fueron carcinomas escamosos y un 39,9% (n = 69) adenocarcinomas, el 42% de los mismos (n = 29) sobre esófago de Barrett. El 26,3% (n = 45) presentaba una enfermedad metastásica de inicio. Sobre el 32,9% (n = 57) se realizó tratamiento quirúrgico, disponiendo de 55 piezas quirúrgicas para el estudio. El 47,27% de las piezas quirúrgicas (n = 26) eran estadios avanzados (al menos T2 o N+). Un 50,87% (n = 29) pacientes sufrieron algún tipo de complicación médica, quirúrgica o mixta tras la cirugía. De aquellos pacientes que recibieron tratamiento oncológico, un 37,85% (n = 67) recibió tratamiento con intención neoadyuvante, un 3,95% (n = 7) con intención definitiva, un 28,81% (n = 51) con intención paliativa, de inicio o con la evolución de la enfermedad. La mediana de supervivencia de la muestra es de 8 meses (IC95%:5,5-10,4). Los pacientes con un tratamiento neoadyuvante correctamente indicado con respuesta tumoral completa en la pie-

za quirúrgica tiene una supervivencia mayor en comparación con los que no respondieron o con los que no recibieron dicho tratamiento, cuando estaba indicado (38 meses, 25 meses, 14 meses, respectivamente, $p = 0,730$) Se realizó un estudio descriptivo comparativo entre la morbimortalidad del acto quirúrgico en nuestro hospital y los estándares de la bibliografía. La morbilidad según la literatura es del 40-70% (Wilke et al. *Am J Clin Oncol*, 2013) y en nuestro centro, la morbilidad médica, quirúrgica o mixta fue comparable: 50,87% (29/57 pacientes operados). La mortalidad publicada es del 2-5%, mientras que en nuestro estudio los fallecimientos durante los primeros 60 días post-cirugía fueron del 21,05% (12/57 pacientes operados).

Conclusiones: El carcinoma escamoso de esófago continúa siendo el más frecuente en nuestro medio, siendo diagnosticado generalmente en estadios avanzados. Optimizar un correcto diagnóstico y estadiaje mejora una decisión terapéutica óptima, evitando iatrogenia innecesaria y mejorando la supervivencia de los pacientes.

121. ¿TIENEN VALOR PREDICTIVO LOS HALLAZGOS DE LA GASTROSCOPIA CON BIOPSIA SOBRE LA RESECABILIDAD DEL CÁNCER GÁSTRICO?

A. Borda, C. Prieto, J.J. Vila, J. Jiménez-Pérez, I. Fernández-Urién, J.M. Zozaya y A. Guerra

Complejo Hospitalario de Navarra, Departamento de Gastroenterología, Pamplona.

Introducción: La gastroscopia con biopsia proporciona el diagnóstico del cáncer gástrico (CG), pero contamos con escasos datos acerca de su posible valor predictivo sobre la resecabilidad de la neoplasia.

Objetivo: Analizar el valor predictivo de los hallazgos de la endoscopia sobre las posibilidades de resección con intención curativa del CG.

Métodos: Analizamos retrospectivamente 264 CG, diagnosticados consecutivamente por gastroscopia con biopsias. Tras excluir los casos no operados por causas ajenas al tumor (edad y/o comorbilidad), comparamos entre los casos resecaos y no resecaos la frecuencia de las siguientes variables: localización tumoral; tamaño = 5 cm; tipo macroscópico (clasificación Japonesa del cáncer gástrico); tipo histológico de Lauren y grado de diferenciación (I-IV). Considerando la agrupación de las variables con $p < 0,05$ como test diagnóstico predictivo (+) de resecabilidad, determinamos su sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VP+) y negativo (VP-) y precisión diagnóstica (PD).

Resultados: 154 pacientes fueron resecaos con intención curativa. Del resto, 11 se operaron sin resección y 62 se consideraron inoperables por su estadio tumoral. Excluimos para el análisis 37 casos considerados inoperables por su edad y/o comorbilidad. No registramos diferencias significativas en cuanto a resecabilidad entre la localización tumoral: $p = 0,25$, ni el tipo histológico: $p = 0,21$. Los tumores < 5 cm presentaron mayor resecabilidad: 88,2% vs 48,7%; [OR = 7,69; IC95% = (3,85-128,2); $p = 0,000$]. Los tumores con componente infiltrante (ulcerado infiltrante-infiltrante difuso) registraron una menor resecabilidad: 53% frente al resto: 73,9% [OR = 2,51; IC95% = (1,32-4,77); $p = 0,002$]. Según el grado de diferenciación, la resecabilidad fue: grado I-II (bien-moderado) = 86,9% versus III-IV (poco-indiferenciado) = 56,4% [OR = 5; IC = (2,38-111,1); $p = 0,000$]. Considerando los tumores < 5 cm, con tipo macroscópico no infiltrante y bien-moderadamente diferenciados como test diagnóstico positivo para la resecabilidad obtenemos una S = 0,80; E = 0,95; VP (+) = 0,98; VP (-) = 0,63 y PD = 0,84.

Conclusiones: 1. Dentro de los parámetros obtenidos en una gastroscopia con biopsias, el tamaño de la neoplasia < 5 cm, el tipo macroscópico no infiltrante y el grado de diferenciación alto-moderado muestran un significativo valor de predicción sobre la resecabi-

lidad con intención curativa del cáncer gástrico. 2. Considerando como test diagnóstico positivo de resecabilidad a la presencia de un tumor < 5 cm, sin componente endoscópico de infiltración y con un grado de diferenciación alto o moderado, obtenemos unas tasas muy elevadas de especificidad (0,95) y de valor predictivo positivo (0,98).

122. ¿PODEMOS SEGUIR INDICANDO EL TRATAMIENTO ERRADICADOR OCA-10 DE PRIMERA LÍNEA? ANÁLISIS DE SU EFECTIVIDAD EN NUESTRO MEDIO

M. Gómez Alonso, J. Carrascosa Gil, M. Basterra Ederra y M.R. Calderón Ramírez

Hospital de Zumárraga, Departamento de Gastroenterología, Guipúzcoa.

Introducción: Las recomendaciones acerca del tratamiento de elección de primera línea de la infección por *Helicobacter pylori* (HP) han sido modificadas recientemente, tras el IV Consenso de Maastricht y la III Conferencia Española de Consenso. Se sigue considerando como aceptable la triple terapia con IBP, claritromicina y amoxicilina (OCA) en áreas donde se mantenga una efectividad por encima del 80%. **Objetivo:** Análisis retrospectivo descriptivo de los resultados obtenidos en nuestro Hospital en el tratamiento del HP.

Métodos: Se han recogido todos los pacientes tratados para erradicar la infección por HP, desde agosto de 2013 hasta abril de 2014 en nuestro Hospital. A través de la historia clínica informatizada se han revisado todos los tratamientos recibidos y la respuesta a los mismos. Los datos se han analizado con el programa SPSS.

Resultados: Se trataron 118 pacientes. La edad media fue 48 años (DE: 18); el 58,5% eran mujeres. La infección se diagnosticó en el 69,5% por histología y en el 26,3% por test del aliento. Las indicaciones de tratamiento más comunes fueron: dispepsia funcional (58,5%), anemia ferropénica (14,4%) y AF de primer grado de cáncer gástrico (7,6%). Recibieron tratamiento de primera línea con OCA10 el 69,49% (82 pacientes) y con OCA7 el 19,4% (23 pacientes). Tras el tratamiento se comprobó la erradicación con test del aliento en el 97,5%, mediante histología en el 1,2% y no se comprobó en el 1,2%. Un 1,2% recibieron conjuntamente probióticos. Se logró la erradicación con esta pauta en el 75,3% de los casos. De los pacientes que recibieron OCA7 erradicaron la infección únicamente el 55%.

Conclusiones: Con el tratamiento OCA10 de primera línea se consigue la erradicación del HP en el 75,3% de los casos en nuestro medio, siendo esta cifra inferior a la efectividad necesaria recomendada actualmente (80%) para indicar este tratamiento de primera elección. Por tanto, en nuestra área estaría indicado pautar el tratamiento cuádruple de primera línea con IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol durante 10 días. El tratamiento con OCA7 es claramente inferior al tratamiento OCA10 en nuestro medio, como se ha observado en otros estudios previos.

123. EL TRATAMIENTO TRIPLE DE 14 DÍAS A DOSIS ALTAS Y SIN CLARITROMICINA LOGRA ALTAS TASAS DE ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN URUGUAY

C. Dacoll^a, J. Sánchez Delgado^b, Q. Henia Balter^a, X. Pazos^a, M. di Pace^a, G. Sandoya^a, X. Calvet^b y H. Cohen^a

^aClinica de Gastroenterología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelaR, Montevideo, Uruguay. ^bHospital de Sabadell, Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Sabadell.

Introducción: La inhibición ácida potente aumenta las tasas de erradicación con la triple terapia y 14 días de tratamiento son más efectivos que 7 días. Además, la combinación de amoxicilina con metronidazol a dosis farmacológicamente correctas -tres veces al

día- ha demostrado que supera la resistencia a metronidazol y que logra buenas tasas de erradicación incluso en pacientes portadores de cepas resistentes. No se han comunicado hasta ahora estudios con este esquema terapéutico optimizado en Latinoamérica, un área donde las resistencias a metronidazol son muy altas,

Objetivo: Valorar las tasas de erradicación de una nueva primera línea de tratamiento asociando inhibición ácida potente, amoxicilina y metronidazol tres veces a día y durante dos semanas, así como evaluar la tolerancia de este esquema terapéutico. Métodos Se incluyeron pacientes de la Clínica de Gastroenterología del Hospital de Clínicas en Montevideo (Uruguay). La infección por *Helicobacter pylori* fue evaluada mediante uno de los siguientes: histología, test rápido de la ureasa o test del aliento. Se prescribió tratamiento durante 14 días con esomeprazol 40 mg dos veces al día junto a amoxicilina 1 g y metronidazol 500 mg ambos tres veces al día. La curación de *Helicobacter pylori* se confirmó mediante test del aliento.

Resultados: Se incluyeron cuarenta y un pacientes. La edad media fue de $53,3 \pm 13$ años y 17,1% de los pacientes eran hombres. La mayor indicación para tratamiento fue: dispepsia funcional (27,5%); gastritis (45%), erosiones antro/duodenales (20%), úlcera gástrica (5%) y metaplasia intestinal (2,5%). La erradicación de *Helicobacter pylori* se consiguió en 33 de los 37 pacientes que realizaron el seguimiento. Las tasas de erradicación fueron del 80,5% (IC95%: 68,4-92,6) por intención de tratar y del 89,2% (IC95% 79,2-99,2) por protocolo. No se reportaron efectos secundarios graves; 26 pacientes refirieron efectos secundarios leves (náuseas, diarrea y cefalea).

Conclusiones: Las tasas de curación de esta combinación de esomeprazol, amoxicilina y metronidazol durante dos semanas son altas y el tratamiento es bien tolerado. Este estudio piloto sugiere una alta efectividad y la necesidad de la comparación de este esquema terapéutico con las terapias actuales.

124. REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE *H. PYLORI* (HP-EUREG): ANÁLISIS INTERMEDIO DE LA SEGURIDAD

A.G. McNicholl^a, A. Gasbarrini^b, B. Tepes^c, D.S. Bordin^d, F. Lerang^e, M. Leja^f, T. Rokkas^g, D. Vaira^h, O. Shvetsⁱ, L. Kupcinkas^j, A. Pérez-Aísa^k, T. Axon^l, G.M. Buzas^m, I. Simsekⁿ, M. Katicic^o, J.C. Machado^p, V. Lamy^q, K. Przytulski^r, L. Boyanova^s, P. Bytzer^t, C. Beglinger^u, L.G. Cappelle^v, A. Goldis^w, L. Veijola^x, M. Vujanovic^y, A. Huerta^z, M. Caldas^{aa}, M. Ramas^{ab}, F. Megraud^{ac}, C. O'Morain^d y J.P. Gisbert^e

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bUniversidad Sacro Cuore, Servicio de Aparato Digestivo, Roma, Italia. ^cAM DC Rogaska, Servicio de Aparato Digestivo, Ljubljana, Eslovenia. ^dClinical Sci Centre, Servicio de Aparato Digestivo, Moscú, Rusia. ^eCentral Hospital, Servicio de Aparato Digestivo, Noruega. ^fUniversidad de Latvia, Servicio de Aparato Digestivo, Riga, Letonia. ^gHospital Henry Dunant, Servicio de Aparato Digestivo, Atenas, Grecia.

^hUniversidad de Bologna, Departamento de Medicina Clínica, Italia. ⁱMedical University, Servicio de Aparato Digestivo, Kyiv, Ucrania. ^jUniversity of Health Sciences, Servicio de Aparato Digestivo, Kaunas, Lituania. ^kAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^lUniversidad de Leeds, Servicio de Aparato Digestivo, Leeds, Reino Unido. ^mFerencváros Health Centre, Servicio de Aparato Digestivo, Budapest, Hungría. ⁿDokuz Eylul University, Servicio de Aparato Digestivo, Izmir, Turquía. ^oClinical Hospital, Servicio de Aparato Digestivo, Zagreb, Croacia. ^pIPATIMUP, Servicio de Aparato Digestivo, Porto, Portugal. ^qCHU, Servicio de Aparato Digestivo, Charleroi, Bélgica. ^rMedical C. Postgraduate Education, Servicio de Aparato Digestivo, Warsaw, Polonia. ^sMedical University of Sofia, Servicio

de Aparato Digestivo, Sofia, Bulgaria. ^tHospital Universitario, Servicio de Aparato Digestivo, Koge, Dinamarca. ^uHospital Universitario, Servicio de Aparato Digestivo, Basel, Suiza. ^vErasmus MC, Servicio de Aparato Digestivo, Rotterdam, Países Bajos. ^wCECH, Servicio de Aparato Digestivo, Timisoara, Rumania. ^xHospital, Servicio de Aparato Digestivo, Herttoniemi, Finlandia. ^yHospital Slovenj Gradec, Servicio de Aparato Digestivo, Eslovenia. ^zHospital de Sanchinarro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^{aa}Hôpital Pellegrin, Bacteriología, Bordeaux, Francia. ^{ab}Trinity College Dublin, Servicio de Aparato Digestivo, Dublin, Irlanda.

Introducción: Los tratamientos antimicrobianos ocasionan con relativa frecuencia efectos adversos (EA), especialmente cuando contienen dos o más antibióticos.

Objetivo y métodos: El objetivo fue la evaluación de la seguridad de los tratamientos prescritos en el Hp-EuReg. Se seleccionó un coordinador local en cada país europeo con más de 10 publicaciones sobre *H. pylori* en PubMed. Cada coordinador seleccionó un grupo representativo de investigadores reclutadores en su país. Se creó un CRD online para registrar sistemáticamente todos los pacientes adultos infectados por *H. pylori*. Variables incluidas: demográficas del paciente, tratamientos previos, tratamiento prescrito, EA y resultados (tasas de curación, cumplimiento y seguimiento). Los EA se registraron utilizando un listado de EA pre-definidos para los más comunes y con campos de texto abierto/libre para los EA infrecuentes.

Resultados: De los 5.734 pacientes que han finalizado el seguimiento, el 17% (IC95% = 16-18%) presentó al menos un EA. La mayoría de los pacientes sufrieron sólo uno (6%) o dos (4%) EA, aunque en algunos pacientes se describieron 5 o 6 EA diferentes (0,3% y 0,1%, respectivamente). El EA más común fue la disgeusia (en el 6% de los casos), seguido por las náuseas en el 5,1% y la diarrea en el 5%. La mayoría de los EA fueron leves (59%; 57-61%) y sólo el 3% fueron intensos (2,3-3,7%); en cualquier caso, únicamente obligaron a la retirada del tratamiento en el 3,9% de los casos (3,4-4,4%). La duración media de los EA fue de 6,7 días. Los EA más frecuentes de texto libre fueron: cefalea (0,9%), candidiasis (oral 0,7% y vaginal 0,3%) y estreñimiento (0,2%).

Conclusiones: El tratamiento erradicador de *H. pylori* causa EA en una proporción relevante de los pacientes (17%); sin embargo, la intensidad es habitualmente leve y de corta duración. Los EA únicamente obligaron a la retirada del tratamiento en una minoría (4%) de los casos.

125. HEMORRAGIAS DIGESTIVAS EN PACIENTES CON DOBLE ANTIAGREGACIÓN: ESTUDIO CONTROLADO RETROSPECTIVO PARA DETERMINAR CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO

C. Teruel Sánchez-Vegazo, S. López Durán, M. Maroto Castellanos, C. Martín de Argila Prados, A. Cañete Ruiz, C. Zaera de la Fuente y J. Arribas Anta

Hospital Ramón y Cajal, Servicio de Gastroenterología, Madrid.

Introducción: Existe escasa evidencia acerca de las características de las hemorragias digestivas ocurridas en pacientes bajo tratamiento con doble antiagregación (DAT).

Objetivo: Comparar las hemorragias digestivas altas (HDA) en pacientes con DAT con aquéllas ocurridas en pacientes sin DAT.

Métodos: Estudio analítico de cohortes retrospectivo. Se identificaron los casos de pacientes con DAT que presentaron estigmas de HDA ocurridos en nuestro centro entre los años 2003 y 2013. Se excluyeron aquéllos que estuvieran tomando anticoagulantes orales, fuesen cirróticos con hipertensión portal o hubiesen recibido cirugía resectiva esofagogástrica. Por cada caso identificado se seleccionaron tres controles con HDA no antiagregados ni anticoagulados, pareados por edad, sexo y época de ingreso. La variable

principal que se comparó entre ambos grupos fue la incidencia de hemorragia grave (resangrado, necesidad de cirugía o mortalidad) y como variables secundarias el tiempo de ingreso y número de concentrados de hemáticas transfundidos. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes y las cuantitativas como media \pm desviación estándar. Se utilizaron los tests de t-Student y Mann-Whitney para comparar variables paramétricas y no paramétricas respectivamente.

Resultados: Se identificaron 22 casos (edad $72,1 \pm 10,1$; 19 varones; 15 por cardiopatía isquémica revascularizada; duración mediana de DAT antes de la HDA 15,5 meses, rango 0,17-95,8) y se seleccionaron 66 controles (edad $71,4 \pm 9,5$; 57 varones). Al ingreso fueron similares la presencia de inestabilidad hemodinámica (27% vs 39%; $p = 0,31$) y la cifra de Hb ($9,5 \pm 2,5$ g/dl vs $10,0 \pm 2,7$ g/dl; $p = 0,42$) mientras que el índice Rockall fue mayor en los antiagregados (mediana 5 vs 4; $p = 0,00$). Salvo en un antiagregado, en todos los pacientes se llevó a cabo al menos una gastroscopia. En los antiagregados la causa de la HDA fue variada (50% péptica, 32% vascular, 18% Mallory-Weiss, 5% tumoral), mientras que en los controles la gran mayoría (82%) fueron de causa péptica. Se logró hemostasia primaria en todos los casos en que se hizo terapéutica. Las hemorragias graves fueron similares en ambos grupos (4,5% vs 6,1%; $p = 1,00$), siempre por resangrado. El tiempo de ingreso fue similar (mediana 8,5 días vs 7 días; $p = 0,29$) y el número de hemocentrados transfundidos mayor en los antiagregados (mediana 3 vs 0; $p = 0,00$).

Conclusiones: Las HDA en pacientes con DAT en nuestro centro no son más graves, no se controlan peor endoscópicamente ni provocan ingresos significativamente más largos que las de los pacientes no antiagregados. El mayor número de transfusiones en los pacientes con DAT podría explicarse por ser mayor el umbral de Hb para indicar transfusión en pacientes con cardiopatía isquémica.

126. TROMBOCITOSIS PREOPERATORIA COMO FACTOR PREDICTIVO DE RECIDIVA TRAS LA RESECCIÓN R0 DEL CÁNCER GÁSTRICO

A. Borda, C. Prieto, F. Juanmartiñena, J. Jiménez-Pérez, A. Guerra y J.M. Zozaya

Complejo Hospitalario de Navarra, Departamento de Gastroenterología, Pamplona.

Introducción: En el cáncer gástrico se ha propugnado que la trombocitosis pueda relacionarse con un peor pronóstico, careciendo de datos suficientes acerca de su papel pronóstico respecto a la recidiva tumoral tras la cirugía resectiva.

Objetivo: Analizar el posible valor predictivo de la elevación preoperatoria de plaquetas sobre la recidiva del carcinoma gástrico tras una resección tumoral R0.

Métodos: Estudio retrospectivo de 154 cánceres gástricos resecaos consecutivamente, con intención curativa. Excluimos los casos con resección R1- R2, los fallecidos en los 30 primeros días y los pacientes con cirrosis hepática, enfermedad mieloproliferativa o procesos inflamatorios agudos, reduciéndose a 129 los casos incluidos. Comparamos (test de Chi²) la relación entre la trombocitosis pre-operatoria (plaquetas $> 400.000/\mu\text{l}$) y las siguientes variables: sexo, edad > 68 años, ASA, localización tumoral, tamaño > 5 cm, gastrectomía total o parcial, tipo histológico, grado indiferenciado, infiltración vascular y perineural, invasión serosa (T4 vs T1-T3), e invasión ganglionar (N0 vs N1-3). Analizamos de modo univariante las curvas libres de enfermedad (Kaplan Meier-log rank) de cada variable. Aquellas con $p < 0,05$ fueron incluidas en un modelo multivariante [Cox, stepwise, calculando el hazard ratio (HR) y su intervalo de confianza al 95% (IC)].

Resultados: Registramos trombocitosis preoperatoria en 14/129 casos (10,9%). La mediana de seguimiento post-resección fue de 54

meses. Índice de recidivas: 40/129 = 31%. La única de las variables que se relacionó con la trombocitosis fue la invasión serosa T4: 71,4% vs 29,6%; [OR = 5,96; IC95% = (1,56-24,47); $p = 0,002$]. En el análisis univariante los casos con trombocitosis presentaron una curva libre de enfermedad superior [HR = 3,03; IC95% = (1,39-6,58); $p = 0,003$]. Probabilidad de recidiva con plaquetas normales: 1 año = 0,06; 2 años = 0,10; 3 años = 0,26; 4 años = 0,28. Trombocitosis: 1 año = 0,43; 2 años = 0,57, apareciendo todas las recidivas en los 24 primeros meses. Tiempo hasta la aparición de la recidiva: plaquetas normales = $21,8 \pm 13,3$ meses; trombocitosis = $10,2 \pm 6,8$, ($p = 0,024$). En el análisis multivariante, tan solo se mantiene el valor independiente para las variables T4: [HR = 3,18; IC = (1,20-8,40); $p = 0,020$] y N0: [HR = 3,18; IC = (1,11-9,11); $p = 0,031$].

Conclusiones: 1. En el cáncer gástrico la elevación preoperatoria de plaquetas se asocia a una mayor y más precoz probabilidad de recidiva tras la resección R0 del tumor. 2. No obstante, esta capacidad predictiva no alcanza valor pronóstico independiente, al estar en probable relación con una mayor frecuencia de invasión serosa en los casos con trombocitosis.

127. CUÁDRUPLE TERAPIA CONCOMITANTE SIN BISMUTO VS TRIPLE TERAPIA CLÁSICA “OPTIMIZADA” COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE LA INFECCIÓN POR H. PYLORI

A. Campillo Arregui, E. Amorena Muro, M. Ostiz Llanos, M. la Iglesia Izquierdo, M. Kutz Leoz, M. Garaigorta de Dios y M. Basterra Ederra

Hospital Reina Sofía, Servicio de Digestivo, Tudela.

Introducción: En estudios previos de efectividad de las pautas erradicadoras del *Helicobacter pylori* en nuestro centro evidenciamos que la cuádruple terapia concomitante con Bismuto tenía una eficacia muy superior a la triple terapia clásica, si bien esta última se administraba habitualmente en regímenes más cortos (7 vs 10 días) y con IBPs de 1ª generación y a dosis simples (principalmente omeprazol 20 mg/12h).

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en el que se compara la eficacia de la triple terapia clásica con la cuádruple concomitante cuando ambas se administran durante 10 días y empleando como IBP esomeprazol 40/12h.

Resultados: Desde el 1 de enero de 2012 hasta el 2 de octubre de 2014 se llevaron a cabo test de aliento en nuestro a 967 nuevos pacientes, de los cuales 584 recibieron al menos una primera línea de tratamiento. La cuádruple terapia concomitante con Bismuto fue la pauta más empleada (se administró a 338 pacientes, el 57,8% de los tratados) seguida de la triple terapia clásica ($n = 212$, 36,3% de los tratados). De los pacientes tratados con triple terapia a 90 (42,8%) se les pautó durante 7 días y a 102 (48,5%) se les administró un régimen de 10 días de duración. La cuádruple combinación presentó una eficacia superior a la de la triple terapia clásica tanto “por intención de tratar” (85,1% vs 64%, $p = 0,000$) como “por protocolo” (86,8% vs 66,3%, $p = 0,000$). Cuando ambos tratamientos se administraron durante 10 días empleando Esomeprazol 40/12h la cuádruple terapia ($n = 81$) también fue más eficaz que la triple terapia clásica “optimizada” ($n = 48$), tanto “por intención de tratar” (87,7% vs 70,8%, $p = 0,021$) como “por protocolo” (89,9% vs 72,3%, $p = 0,014$).

Conclusiones: La optimización del tratamiento con la triple terapia clásica incrementa en torno a un 6-7% las tasas de erradicación obtenidas por ésta. Sin embargo, la eficacia obtenida sigue siendo subóptima y claramente inferior a la de la cuádruple terapia concomitante con Bismuto. Serían necesarios estudios más amplios, y preferentemente prospectivos, para confirmar estos resultados.

128. DESARROLLO DE UNA AGENDA DE GASTROSCOPIA PRECOZ PARA PACIENTES CON DISPEPSIA Y DATOS DE ALARMA EN ATENCIÓN PRIMARIA

F.J. García-Alonso, M. Hernández Tejero, D. Bonillo Cambrodón, M. de Lucas Gallego, I. Guerra Marina, G. de la Poza Gómez, J.A. Carneros, A. Algaba y F. Bermejo San José

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: La dispepsia es una consulta frecuente en Atención Primaria (AP). Su manejo supone un número significativo de exploraciones y derivaciones a atención especializada (AE). La guía clínica de dispepsia AEG-SEMFYC de 2012 recomienda la gastroscopia si existen datos de alarma. Presentamos el proceso de creación de una agenda preferente para AP para pacientes con dispepsia y datos de alarma siguiendo las indicaciones de la Guía.

Métodos: En junio 2013 se creó un proyecto piloto de agenda preferente (< 30 días) con la participación de un centro de salud (CS). A los 9 meses, se amplió a otros 2. Tras una nueva evaluación en agosto 2014, se habilitó una agenda para toda nuestra área sanitaria. Se recogieron prospectivamente datos demográficos, clínicos, endoscópicos e histológicos de todos los pacientes. Se compararon el número de derivaciones a AE del primer CS participante respecto a años previos y se recogieron las de todos los pacientes remitidos. Se realizó además una encuesta de satisfacción en 2 CS del proyecto piloto. Se definió una indicación correcta ante al menos 1 dato de alarma o edad > 55. Como hallazgo significativo se consideraron: neoplasias, úlceras, o esofagitis graves.

Resultados: Dentro del proyecto piloto, se valoraron un total de 113 pacientes, 61,1% mujeres. La mediana de edad fue 57,4 (IQR: 45,9-64,1) y la duración de los síntomas de 4,5 meses (2,5-12,5). El 84,2% (IC95%: 75,8-92,6%) presentaba una indicación correcta. Sólo el 20,4% (12,8-27,9%) fueron derivados a AE. El número de derivaciones totales anuales a AE del primer CS durante el proyecto piloto fue inferior a los años previos ($p = 0,05$). Una vez extendido el proyecto a todos los CS, se han valorado 64 pacientes más con similares características y un 78,1% (67,7-88,5%) de indicaciones correctas. Los motivos de alarma más frecuentes fueron la edad > 55 (53,5%), la pérdida de peso (24,7%) y la anemia (23%). El 35,2% de los pacientes presentaron > 1 dato de alarma. El síntoma más frecuente fue el dolor epigástrico (74,1%), aunque el 54,5% de ellos presentaba además síntomas de ERGE. Se encontraron hallazgos significativos en el 16% (10,5-21,5%), incluyendo neoplasias en el 1,7% y úlceras en el 5,5%. El 27,4% (20,8-34,1%) no presentaron alteraciones macroscópicas. Los VPP y VPN de la presencia de datos de alarma fueron 18,8% (12,7-26,1%) y 96,8% (83,3-99,9) respectivamente. Contestaron la encuesta 24 facultativos de AP. El 100% considera útil la agenda aunque sólo la habían usado el 66,7%. Los que no la habían usado aducían no haber presentado ningún caso que cumpliera criterios (87,5%), o no conocer los criterios de derivación (12,5%).

Conclusiones: En pacientes con dispepsia y datos de alarma, disponer de una gastroscopia precoz reduce las derivaciones a AE y es bien valorada por AP. Para lograr una mayor eficiencia es necesario mejorar la indicación y afinar los datos de alarma de tal forma que se incremente su VPP.

129. FACTORES PREDICTORES DE APARICIÓN DE EFECTOS ADVERSOS Y MAL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO CON EL TRATAMIENTO ERRADICADOR CUÁDRUPLE CONCOMITANTE PARA LA INFECCIÓN POR *H. PYLORI*

J. Molina Infante^a, A.G. McNicholl^b, F. Bermejo^c, Y. Harb^d, I. Modolell^e, R. Antón^f, J. Alcedo^g, A. Pérez-Aisa^h, M. Barenys^h, J. Barrioⁱ, A. Huerta^j, J. Ortuño^k, M. Fernández Bermejo^a, L. Rodrigo^l, N. Fernández-Moreno^a, A. Tomás^m, L. Pozzattiⁿ,

M. Herranz^a, P. Almela^o, A. Cosme^p, A. Algaba^c, A.C. Marín^b y J.P. Gisbert^b

^aHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres. ^bHospital Universitario de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^dHospital de Barbastro, Servicio de Aparato Digestivo, Huesca. ^eConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^fHospital Clínico de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^gAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^hServicio de Gastroenterología, Hospital de Viladecans, Barcelona. ⁱHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^jHospital de Sanchinarro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^kHospital Universitario La Fe, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^lHospital Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo. ^mHospital Sant Camil, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ⁿHospital de Mérida, Servicio de Aparato Digestivo, Badajoz. ^oHospital Ntra. Sra. de Sonsoles, Servicio de Aparato Digestivo, Ávila. ^pHospital de Castellón, Servicio de Aparato Digestivo, Castellón. ^qHospital de Donostia, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián.

Introducción: Los principales factores determinantes del éxito del tratamiento erradicador de la infección por *H. pylori* son la resistencia a antibióticos y el cumplimiento terapéutico adecuado. La adopción de esquemas erradicadores cuádruples incrementa los efectos adversos y puede poner en riesgo la adhesión al tratamiento.

Objetivo: Evaluar herramientas predictoras de aparición de efectos adversos (EA) y mal cumplimiento terapéutico en pacientes que reciben tratamiento erradicador cuádruple concomitante.

Métodos: Estudio multicéntrico prospectivo. Se registraron los efectos adversos y el cumplimiento terapéutico mediante un cuestionario específico tras la administración de un tratamiento erradicador cuádruple concomitante. Se realizó un análisis univariante y multivariante para evaluar los factores que influenciaban significativamente ambas variables.

Resultados: 912 pacientes consecutivos fueron incluidos: 54% mujeres, edad media 49 (20% menores de 35 años). Indicación de tratamiento: dispepsia 73% y enfermedad péptica 21%. 319 (34%) pacientes recibieron 10 días de tratamiento y 593 (66%) 14 días. El 39% de los pacientes presentó EA, siendo estos más frecuentes en mujeres (38% vs 23%, $p < 0,001$), pacientes menores de 35 años (56% vs 44%, $p < 0,001$) y con tratamientos de 14 días (44% vs 21%, $p < 0,001$). Una edad menor de 35 años (OR 2,4; IC95%: 1,7-3,4, $p < 0,001$) y el tratamiento de 14 días (OR 1,8; IC95% 1,3-2,5, $p < 0,0001$) fueron variables predictoras independientes de EA. Respecto al cumplimiento terapéutico, el 92% tomaron el tratamiento de manera completa. La aparición de EA redujo la adhesión al tratamiento significativamente (98% vs 90%, $p < 0,001$). La presencia de sabor metálico no alteró el cumplimiento terapéutico. Todos los restantes EA redujeron el cumplimiento terapéutico en un 8-11%, siendo los más relevantes el dolor abdominal (82% vs 97%, $p < 0,001$) y los vómitos (73% vs 96%, $p < 0,001$). La aparición de EA (OR 7,8; IC95% 2,7-22) fue la única variable predictora de mala adhesión al tratamiento.

Conclusiones: Los EA derivados del tratamiento erradicador concomitante para la infección por *H. pylori* son significativamente más frecuentes en pacientes jóvenes (< 35 años) y con tratamientos de 14 días. Los EA (especialmente el dolor abdominal y los vómitos) son la causa principal de cumplimiento terapéutico inadecuado.

130. TRATAMIENTOS ERRADICADORES DE *H. PYLORI* DE PRIMERA LÍNEA Y DE RESCATE EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA

J.P. Gisbert^a, J. Barrio^b, I. Modolell^c, J. Molina-Infante^d, A. Pérez-Aisa^e, M. Castro-Fernández^f, L. Rodrigo^g, A. Cosme^h, J.L. Gisbert^a, M. Fernández-Bermejo^d, S. Marcos^a, A.C. Marín^a y A.G. McNicholl^a

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^cConsorcio Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^dHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres. ^eAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^fHospital Universitario Nuestra Señora de Valme, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla. ^gHospital Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo. ^hHospital de Donostia, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián.

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 diversos tratamientos erradicadores de primera línea y de rescate en pacientes alérgicos a los beta-lactámicos.

Métodos: Pacientes: Estudio multicéntrico prospectivo incluyendo pacientes consecutivos alérgicos a la penicilina. Tratamiento: Se administraron tratamientos de 1ª línea con: a) IBP, amoxicilina y metronidazol durante 7 días; y b) IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol durante 10 días. Como tratamientos de 2ª línea se administraron las siguientes combinaciones: a) cuádruple terapia con bismuto; b) IBP, claritromicina y levofloxacino durante 10 días; y c) IBP, claritromicina y rifabutina durante 10 días. Variable de resultado: La erradicación de *H. pylori* se confirmó mediante prueba de 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 267 tratamientos consecutivos. 1) Tratamientos de primera línea: las tasas de erradicación por protocolo y por intención de tratar con IBP-claritromicina-metronidazol fueron del 59% (62/105; IC95% = 49-62%) y del 57% (64/112; 47-67%). Con IBP-bismuto-tetraciclina-metronidazol las tasas de erradicación fueron, respectivamente, del 75% (37/49; 62-89%) y del 74% (37/50; 61-87%) ($p < 0,05$). El cumplimiento del tratamiento fue, respectivamente, del 94% y del 98%. Se describieron efectos adversos en el 14% de los pacientes con ambos tratamientos, todos ellos leves. 2) Tratamientos de segunda línea: la tasa de erradicación por intención de tratar con IBP-claritromicina-levofloxacino fue del 64% (tanto tras fracaso del tratamiento triple como cuádruple), el cumplimiento fue del 88-100%, con un 23-29% de efectos adversos (todos leves). 3) Tratamientos de tercera/cuarta línea: la tasa de erradicación por intención de tratar con IBP-claritromicina-rifabutina fue del 22%.

Conclusiones: Como tratamiento de primera línea en los pacientes alérgicos a los beta-lactámicos, una terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) parece representar una opción más adecuada que el tratamiento triple tradicionalmente recomendado (IBP, claritromicina y metronidazol). Un tratamiento triple con levofloxacino (junto con un IBP y claritromicina) constituye una alternativa de segunda línea en pacientes alérgicos a la penicilina.

131. REFLUJO ÁCIDO EN EL ESÓFAGO DE BARRETT. CONTROL SEGÚN LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO

N. Fernández Fernández, D. João Matias, L. Rodríguez Martín, M. Aparicio Cabezudo, M. Jiménez Palacios, L. Monteserín Ron, A. Domínguez Carbajo y S. Vivas Alegre

Complejo Hospitalario de León.

Introducción: El esófago de Barrett (EB) guarda estrecha relación con el reflujo ácido y es el principal factor de riesgo para desarrollo de adenocarcinoma esofágico. Esto justifica que el control del reflujo sea el principal objetivo del tratamiento.

Objetivo: Evaluar el grado de control de reflujo ácido en los pacientes con EB en función del tratamiento realizado.

Métodos: Estudio retrospectivo desde enero de 2003 hasta diciembre de 2013 de todos los pacientes con EB diagnosticados por gastroscopia e histología y sometidos a control del reflujo ácido mediante pHmetría de 24 horas. Se compararon variables epidemiológicas, fracción de tiempo con $\text{pH} < 4$ total, en posición erguida y supina y la puntuación de DeMeester, en función del tratamiento realizado médico con inhibidores de la bomba de protones (IBP) o quirúrgico (funduplicatura de Nissen).

Resultados: Se incluyeron 128 pacientes (97 varones y 31 mujeres) diagnosticados de EB. La mayoría presentaban EB corto (68%). La edad media fue de 49 años. El 41% de los pacientes se sometió a tratamiento quirúrgico, en su mayoría varones (81%) y con EB corto (64%). Según la longitud del EB, se comprobó que el pH total < 4 en erguido y la puntuación de DeMeester es menor en los pacientes con EB corto ($p < 0,05$), independientemente del tratamiento realizado. Se observó que la media del pH total, tanto erguido como supino y de la puntuación DeMeester fueron significativamente menores en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico respecto a los pacientes en tratamiento médico ($p < 0,001$). De forma global, un 29% de los pacientes presentó mal control del reflujo ácido, que fue más elevado en el grupo de tratamiento médico (40% vs 5,5%, $p < 0,001$). En 19 de los 53 pacientes intervenidos, se realizó pHmetría antes y después de la intervención. El análisis en este grupo mostró una disminución significativa de todos los parámetros analizados tras la cirugía ($p < 0,01$). Previamente a la cirugía, tan sólo el 37% tenía reflujo ácido controlado, alcanzándose control posquirúrgico hasta en un 95% de los casos. Excluyendo del análisis global estos 19 sujetos, se mantiene un mejor control de reflujo ácido a favor del tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: Casi un tercio de los pacientes con EB presenta un control subóptimo del reflujo ácido. La cirugía antirreflujo ofrece mejor control ácido que la medicación. Se debería optimizar el tratamiento médico, probablemente utilizando dosis más elevadas de IBP y monitorizando la respuesta.

132. ANISAKIASIS GASTROINTESTINAL: NUESTRA EXPERIENCIA. UNA SERIE DE 18 CASOS EN UN MES

N. Otegui Irastorza, O. Etxeberria Uranga, A. Maiz Arregui, Y. Pérez Castaño, M. Alustiza Urruticoechea, L. Mendibil Esquisabel, I. Urtasun Lugea y S. Arranz Díaz

Hospital Universitario Donostia, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián.

Introducción: La anisakiasis es una zoonosis causada por el parásito anisakis que se adquiere mediante la ingesta de pescado, cefalópodos y crustáceos crudos o poco cocinados y que puede producir manifestaciones gastrointestinales, extraintestinales y/o alérgicas. Su incidencia está aumentando de forma progresiva desde que se diagnosticara el primer caso en España en 1991, sin embargo se cree que se trata de una enfermedad infradiagnosticada. El objetivo de este estudio ha sido valorar las características de la anisakiasis gastrointestinal en nuestro medio.

Métodos: Se han recogido los casos de anisakiasis gastrointestinal diagnosticados en nuestro servicio durante el mes de mayo de 2014. Se han incluido aquellos pacientes en los que se detectó el parásito mediante gastroscopia (casos confirmados) o aquellos casos probables con antecedente de ingesta de pescado crudo, clínica compatible y elevación de IgE específica para *A. simplex*. Se han recogido datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, radiológicos, endoscópicos, así como terapéuticos.

Resultados: Se han recogido 18 casos de anisakiasis gastrointestinal, el 22% (4 casos) confirmados y 77% con diagnóstico probable. El 66% de casos se ha presentado en mujeres con una edad media de 47 años. Todos habían ingerido pescado crudo o poco cocinado en las 72 horas previas; anchoas crudas o marinadas en el 88% de los casos. Se pueden diferenciar tres formas de presentación: 7 formas gástricas (38%) con epigastralgia (85,7%) como síntoma predominante, realizándose gastroscopia en todos los casos con hallazgo y extracción de parásito en el 57%; 6 formas intestinales (33%) con dolor abdominal difuso como síntoma principal (83%), cuadro oclusivo en la radiografía simple (66%) y hallazgos de ileítis o colitis (66%) en pruebas de imagen complementarias como ECO o TAC; y 5 formas mixtas (27%) con dolor abdominal difuso (60%) o epigastralgia (40%), signos de ileítis distal (40%) y líquido libre (80%) en la ecografía y antritis-duodenitis (100%) en la gastroscopia, sin que se identificara parásito. Se realizó analítica sanguínea en el 83% de los casos, siendo los hallazgos más significativos una leucocitosis inicial (53%) y una eosinofilia tardía (53%). La determinación de IgE específica para anisakiasis simplex se realizó en el 61% de los casos, con un valor moderado o mayor en el 90%. Todos los pacientes fueron tratados de forma conservadora con una evolución favorable, empleándose antihelmínticos como albendazol o mebendazol en el 66% de los casos.

Conclusiones: La anisakiasis es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal o ileítis de origen indeterminado.

133. ¿CÓMO FUNCIONAN LAS ESTRATEGIAS DE ERRADICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN UN ÁREA DE ALTA RESISTENCIA A CLARITROMICINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL?

M.L. González-Bárceñas^a, M.C. García-Gavilán^a, J.M. Navarro-Jarabo^a, N. Fernández-Moreno^a, F. Rivas-Ruiz^b y A. Pérez-Aisa^a

Agencia Sanitaria Costa del Sol: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bUnidad de Investigación, Málaga.

Introducción: En zonas con alta resistencia a claritromicina se ha planteado la necesidad de emplear diferentes estrategias terapéuticas como primera línea de tratamiento frente a la infección por *Helicobacter pylori*. Estas estrategias terapéuticas incluyen la cuádruple terapia concomitante, con la cual se espera una erradicación > 90%, relevando la pauta inicial con triple terapia para zonas con erradicación > 80%. Está descrito adicionalmente que el uso de un inhibidor de la bomba de protones (IBP) a dosis altas aumenta la tasa de erradicación 6-10% con respecto a dosis estándar. En nuestra zona, la resistencia descrita a claritromicina es de 19,1% y nuestra tasa de erradicación con triple terapia estándar se sitúa en torno al 79%.

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 cuádruple terapia concomitante, ambas durante 10 y 14 días, de forma global y de forma individualizada. Comparar dichas tasas entre sí y con respecto a la tasa de erradicación descrita en nuestra población con terapia triple estándar.

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes naïve con infección por Hp tratados entre enero 2013 y septiembre 2014 con uno de los

siguientes: triple terapia optimizada durante 10 (OPT10) o 14 días (OPT14) (IBP dosis altas/12h, claritromicina 500 mg/12h, amoxicilina 1 g/12h) o terapia concomitante durante 10 (CONCO10) y 14 días (CONCO14) (IBP dosis altas/12h, claritromicina 500 mg/12h, amoxicilina 1 g/12h, metronidazol 500 mg/12h). La erradicación fue comprobada con el test de del aliento de urea marcada con C13 6-8 semanas tras su finalización.

Resultados: Se incluyeron 261 pacientes (66,3% mujeres, 33,7% hombres) con una mediana de edad de 50,86 (\pm 14,61). 18,4% eran fumadores, 6,9% diagnosticados de dispepsia no investigada, 69,7% dispepsia funcional, 19,2% úlcera péptica, 4,2% otros diagnósticos). 33,7% recibieron tratamiento con OPT10 con erradicación del 85,2%, 14,6% fueron tratados con OPT14 con erradicación del 86,8%, 19,5% CONCO10 con erradicación del 92,2% y 32,2% CONCO14 con 84,5% de erradicación ($p = ns$). La erradicación global obtenida fue del 86,6% de los casos. El subanálisis por grupos terapéuticos (OPT 48,3% y CONCO 51,7%) obtuvo un erradicación mayor para el grupo OPT (85,7%) frente al grupo CONCO (87,4%), aunque sin diferencias estadísticamente significativas ($p = ns$).

Conclusiones: La tasa de erradicación obtenida con pautas OPT y CONCO durante 10 y 14 días de forma global fue del 86,6%, siendo esta superior a la tasa de erradicación descrita en nuestra zona de alta resistencia a claritromicina con triple terapia estándar. Aunque sin diferencia estadísticamente significativa, la tasa por subgrupos fue mayor para la pauta CONCO frente a la OPT.

134. REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE *H. PYLORI* (HP-EUREG): ANÁLISIS INTERMEDIO DE 8.271 PACIENTES

A.G. McNicholl^a, A. Gasbarrini^b, B. Tepes^c, F. Lerang^d, M. Leja^e, T. Rokkas^f, D. Vaira^g, O. Shvets^h, L. Kupcinkasⁱ, A. Pérez-Aísa^j, T. Axon^k, G.M. Buzas^l, I. Simsek^m, M. Katicicⁿ, J.C. Machado^o, V. Lamy^p, K. Przytulski^q, L. Boyanova^r, P. Bytzer^s, C. Beglinger^t, L.G. Cappelle^u, A. Goldis^v, L. Veijola^w, M. Vujasinovic^x, A. Huerta^y, M. Caldas^z, M. Ramas^{aa}, F. Megraud^{ab}, C. O'Morain^{ac} y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bUniversidad Sacro Cuore, Servicio de Aparato Digestivo, Roma, Italia. ^cAM DC Rogaska, Servicio de Aparato Digestivo, Ljubljana, Eslovenia. ^dCentral Hospital, Servicio de Aparato Digestivo, Noruega. ^eUniversidad de Latvia, Servicio Aparato Digestivo, Riga, Letonia. ^fHospital Henry Dunant, Servicio de Aparato Digestivo, Atenas, Grecia. ^gUniversidad de Bologna, Departamento de Medicina Clínica, Italia. ^hMedical University, Servicio de Aparato Digestivo, Kyiv, Ucrania. ⁱUniversity of Health Sciences, Servicio de Aparato Digestivo, Kaunas, Lituania. ^jAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^kUniversidad de Leeds, Servicio de Aparato Digestivo, Leeds, Reino Unido. ^lFerencváros Health Centre, Servicio de Aparato Digestivo, Budapest, Hungría. ^mDokuz Eylul University, Servicio de Aparato Digestivo, Izmir, Turquía. ⁿClinical Hospital, Servicio de Aparato Digestivo, Zagreb, Croacia. ^oIPATIMUP, Servicio de Aparato Digestivo, Porto, Portugal. ^pCHU, Servicio de Aparato Digestivo, Charleroi, Bélgica. ^qMedical C. Postgraduate Education, Servicio de Aparato Digestivo, Warsaw, Polonia. ^rMedical University of Sofia, Servicio de Aparato Digestivo, Sofia, Bulgaria. ^sHospital Universitario, Servicio de Aparato Digestivo, Koge, Dinamarca. ^tHospital Universitario, Servicio de Aparato Digestivo, Basel, Suiza. ^uErasmus MC, Servicio de Aparato Digestivo, Rotterdam, Países Bajos. ^vCECH, Servicio de Aparato Digestivo, Timisoara, Rumania. ^wHospital, Servicio de Aparato Digestivo, Herttoniemi, Finlandia. ^xHospital Slovenj Gradec, Servicio de Aparato Digestivo, Eslovenia. ^yHospital de Sanchinarro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^zHôpital Pellegrin, Bacteriología, Bordeaux, Francia. ^{aa}Trinity College Dublin, Servicio de Aparato Digestivo, Dublín, Irlanda.

Introducción: Debido a la diversidad de cepas de *H. pylori*, sus resistencias y las particularidades geográficas, la estrategia de manejo más eficiente de esta infección no está definida.

Objetivo: Registrar de forma sistemática la práctica clínica de los gastroenterólogos europeos respecto de la infección por *H. pylori* y su tratamiento (31 países, 250 reclutadores).

Métodos: Se seleccionó un coordinador local en cada país europeo con más de 10 publicaciones sobre *H. pylori* en PubMed. Cada coordinador seleccionó un grupo representativo de investigadores reclutadores en su país. Se creó un CRD online para registrar sistemáticamente el manejo de todos los pacientes adultos infectados por *H. pylori*. Variables incluidas: demográficas del paciente, tratamientos previos, tratamiento prescrito, efectos adversos y resultados (tasas de curación, cumplimiento y seguimiento)

Resultados: Hasta el momento se han incluido 8.271 pacientes, y 5.734 han finalizado el seguimiento (58% mujeres, 85% caucásicos, edad media 57 años). El 39% presentaban alergias a medicamentos (76% a penicilina). El 52% de las indicaciones fueron por dispepsia, y el 21% por úlcera péptica. 78% recibían tratamiento de primera línea, 16% segunda línea, 4,8% tercera, 1,3% cuarta y 0,4% quinta. Se realizó cultivo en el 15% de los casos (50% de pacientes resistentes). El 57% de las prescripciones incluyeron tratamientos triples, 22% tratamientos cuádruples sin bismuto (50% concomitante y 50% secuencial) y el 6,4% fueron cuádruples con bismuto. El 35% de los pacientes presentaron algún efecto adverso, aunque la mayoría fueron leves (59%), transitorios (duración media 6,7 días) y únicamente obligaron a la retirada del tratamiento en el 3,9% de los casos. Dada la gran diversidad de regímenes incluidos, los datos detallados de los tratamientos de primera línea, rescate, efectos adversos y resistencia se presentarán en abstracts separados.

Conclusiones: El manejo de la infección por *H. pylori* por los gastroenterólogos en Europa es extremadamente diversa y frecuentemente subóptima. La continuación de este registro puede ofrecer información relevante para optimizar este manejo en el futuro.

135. PAPEL DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN LA ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA: RESULTADOS DE UNA SERIE HOSPITALARIA DE 15 PACIENTES

A. Pizarro Moreno^a, A. Araujo Míguez^a, M. Garzón Benavides^a, V. Nacarino Mejías^b y J.L. Márquez Galán^a

Hospital Universitario Virgen del Rocío: ^aAparato Digestivo; ^bRadiología Intervencionista, Sevilla.

Introducción: La isquemia mesentérica crónica (IMC) es una patología infrecuente, suponiendo menos del 5% de las enfermedades isquémicas intestinales y se asocia casi siempre a arteriosclerosis mesentérica. El dato clínico cardinal de la IMC es el dolor abdominal tipo cólico que se produce en los 30 minutos siguientes a la ingesta. La asociación del dolor con las comidas produce miedo a comer, con la consiguiente pérdida de peso. El diagnóstico es difícil debido a la imprecisión de los síntomas y a la ausencia de una prueba diagnóstica específica, por lo que una buena historia clínica y orientación diagnóstica es fundamental. El tratamiento de elección tradicionalmente ha sido la revascularización quirúrgica, pero el desarrollo de la angioplastia mesentérica transluminal percutánea (AMTP) se ha convertido en una alternativa terapéutica.

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos con la terapia endovascular en nuestra serie de pacientes con isquemia mesentérica crónica (IMC) y compararlos con los resultados que se hubieran obtenido caso de haber sido intervenidos.

Métodos: Revisamos los pacientes con IMC tratados mediante angioplastia mesentérica percutánea (AMTP) en nuestro Hospital entre agosto 2009 y noviembre 2011. Analizamos características clínicas y demográficas, detalles de procedimiento, tasas de éxito

técnico y clínico, morbimortalidad del procedimiento y recurrencia clínica o radiológica. Calculamos la morbimortalidad en caso de haber aplicado tratamiento quirúrgico aplicando la escala POSSUM.

Resultados: 15 pacientes fueron sometidos (AMTP) durante este período. De éstos, 12/15 (80%) eran mayores de 60 años, 11/15 (73,3%) mujeres y 4/15 (26,7%) varones. El 73,3% tenía hipertensión, el 60% diabetes, el 47% dislipemia y el 40% fumaba. Todos tenían aterosclerosis excepto uno con vasculitis sistémica. La localización de la estenosis predominante era arteria mesentérica superior (AMS) (86,6%), aisladamente en el 46,7%. Se obtuvo un éxito técnico y clínico en el 100% de los casos. Un 33,3% (5/15) presentaron recurrencia clínica. Tuvimos 0% de mortalidad y 6,6% de morbilidad. La morbimortalidad media estimada para la cirugía vascular en nuestra serie fue 59,8% y 21,11% respectivamente, significativamente superior a la real de la serie ($p < 0,001$).

Conclusiones: La morbimortalidad quirúrgica estimada por escalas de riesgo es significativamente superior a la de la AMTP en nuestra serie por lo que pensamos que es el tratamiento de elección en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

136. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON HIERRO SACAROSA EN LA ANEMIA SECUNDARIA A HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA NO RELACIONADA CON HIPERTENSIÓN PORTAL: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

M. Muñoz García-Borrue, M. Guerrero Misas, A. González Galilea, E. Moreno Rincón, I. Pérez Medrano, P. Pérez Galindo y C. Gálvez Calderón

Hospital Universitario Reina Sofía, Aparato Digestivo, Córdoba.

Introducción y objetivo: La corrección precoz de la anemia secundaria a la hemorragia digestiva (HD) aguda puede disminuir la morbilidad en estos pacientes tras el alta. Existen pocos datos publicados en relación a la administración de hierro intravenoso en los pacientes con HD aguda y sobre el desarrollo de una anemia ferropénica tras episodio de HD aguda. Los objetivos del presente estudio son evaluar eficacia y seguridad de la administración de hierro sacarosa intravenoso (HSiv) en pacientes con anemia secundaria a HD aguda no relacionada con hipertensión portal (HTPo), comparada con un grupo control.

Métodos: Estudio prospectivo que incluye 55 pacientes con anemia (Hb = 10 g/dl) y HD aguda. Se midieron hemograma y parámetros bioquímicos del metabolismo del Fe. A 25 pacientes se les administró una/dos dosis de 200 mg de HSiv (en 48h). Se recogieron variables clínicas, evolutivas del sangrado y aparición de efectos adversos (EA). Al alta, los pacientes con Hb = 10 g/dl recibieron sulfato ferroso vía oral (SFvo) 80 mg/12h. Se evaluó la recuperación de la anemia y el metabolismo del hierro al mes y EA relacionados con la toma de SFvo. Los resultados se compararon con un grupo control (30 pacientes) en los que se realizó el mismo protocolo de tratamiento (sin HSiv) y seguimiento clínico-analítico. Tres pacientes del grupo HSiv y seis del grupo control se perdieron en el seguimiento. Se aplicó t-Student para comparación de variables cuantitativas de datos apareados y chi-cuadrado para variables categóricas (SPSS), con significación estadística $p < 0,05$. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del HU Reina Sofía, Córdoba.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas entre casos y controles en relación a la edad, sexo, presencia de comorbilidad, origen alto de HD, necesidad de transfusión durante el ingreso, necesidad de SFvo al alta y EA a la toma de SFvo. No hubo mortalidad ni intervenciones quirúrgicas en ambos grupos. De los casos, 22 (88%) recibieron dos dosis de HSiv. Cinco pacientes presentaron EA leves al HSiv. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en los valores de Hb, hematocri-

to, hierro, transferrina e IST ni el momento de la inclusión ni a los 30 días del alta. Si hubo diferencias en los niveles de ferritina al mes ($82,14 \pm 66,53$ ng/ml frente a $47,39 \pm 40,54$ ng/ml; $p: 0,036$). El 59% de pacientes que recibieron HSiv tenían Hb normal al mes ajustada por sexo frente al 50% de los controles ($p: 0,54$).

Conclusiones: La administración de hierro sacarosa intravenoso en el episodio agudo de HD no relacionada con HTPo podría acelerar la recuperación de los depósitos de hierro al alta sin efectos adversos relevantes. Parece recomendable la aplicación de un protocolo que incluya el aporte de hierro parenteral durante el ingreso, junto con indicación de hierro oral al alta, especialmente con valores bajos de ferritina basal.

137. REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE *H. PYLORI* (HP-EUREG): ANÁLISIS INTERMEDIO DE LA RESISTENCIA ANTIBIÓTICA

A.G. McNicholl^a, A. Gasbarrini^b, B. Tepes^c, D.S. Bordin^d, F. Lerang^e, M. Lejas^f, T. Rokkas^g, D. Vaira^h, O. Shvetsⁱ, L. Kupcinskas^j, A. Pérez-Aísa^k, T. Axon^l, G.M. Buzas^m, I. Simsekⁿ, M. Katicic^o, J.C. Machado^p, V. Lamy^q, K. Przytulski^r, L. Boyanova^s, P. Bytzer^t, C. Beglinger^u, L.G. Cappelle^v, A. Goldis^w, L. Veijola^x, M. Vujanovic^y, H. Huerta^z, M. Caldas^{aa}, M. Ramas^{ab}, F. Megraud^{ac}, O'Morain^d y J.P. Gisbert^e

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bUniversidad Sacro Cuore, Servicio de Aparato Digestivo, Roma, Italia. ^cAM DC Rogaska, Servicio de Aparato Digestivo, Ljubljana, Eslovenia. ^dClinical Sci. Centre, Servicio de Aparato Digestivo, Moscú, Rusia. ^eCentral Hospital, Servicio de Aparato Digestivo, Noruega. ^fUniversidad de Latvia, Servicio Aparato Digestivo, Riga, Letonia. ^gHospital Henry Dunant, Servicio de Aparato Digestivo, Atenas, Grecia. ^hUniversidad de Bologna, Departamento de Medicina Clínica, Italia. ⁱMedical University, Servicio de Aparato Digestivo, Kyiv, Ucrania. ^jUniversity of Health Sciences, Servicio de Aparato Digestivo, Kaunas, Lituania. ^kAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^lUniversidad de Leeds, Servicio de Aparato Digestivo, Leeds, Reino Unido. ^mFerencváros Health Centre, Servicio de Aparato Digestivo, Budapest, Hungría. ⁿDokuz Eylul University, Servicio de Aparato Digestivo, Izmir, Turquía. ^oClinical Hospital, Servicio de Aparato Digestivo, Zagreb, Croacia. ^pIPATIMUP, Servicio de Aparato Digestivo, Porto, Portugal. ^qCHU, Servicio de Aparato Digestivo, Charleroi, Bélgica. ^rMedical C. Postgraduate Education, Servicio de Aparato Digestivo, Warsaw, Polonia. ^sMedical University of Sofia, Servicio de Aparato Digestivo, Sofía, Bulgaria. ^tHospital Universitario, Servicio de Aparato Digestivo, Koge, Dinamarca. ^uHospital Universitario, Servicio de Aparato Digestivo, Basel, Suiza. ^vErasmus MC, Servicio de Aparato Digestivo, Rotterdam, Países Bajos. ^wCECH, Servicio de Aparato Digestivo, Timisoara, Rumania. ^xHospital, Servicio de Aparato Digestivo, Herttoniemi, Finlandia. ^yHospital Slovenj Gradec, Servicio de Aparato Digestivo, Eslovenia. ^zHospital de

Sanchinarro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^{aa}Hôpital Pellegrin, Bacteriología, Bordeaux, Francia. ^{ab}Trinity College Dublin, Servicio de Aparato Digestivo, Dublín, Irlanda.

Introducción: Debido a la importancia de la resistencia antibiótica en los tratamientos frente a *H. pylori*, se ha elaborado un abstract específico del estudio Hp-EuReg para describir dichas resistencias.

Objetivo y métodos: El objetivo fue la evaluación de las tasas de resistencia identificadas en el Hp-EuReg. Se seleccionó un coordinador local en cada país europeo con más de 10 publicaciones sobre *H. pylori* en PubMed. Cada coordinador seleccionó un grupo representativo de investigadores reclutadores en su país. Se creó un CRD online para registrar sistemáticamente el manejo de todos los pacientes adultos infectados por *H. pylori*. Variables incluidas: demográficas del paciente, tratamientos previos, tratamiento prescrito, efectos adversos y resultados (tasas de curación, cumplimiento y seguimiento)

Resultados: Hasta el momento se han incluido 8.271 pacientes, de los que 5.734 han finalizado el seguimiento. Se realizó cultivo en el 17% de los pacientes previo a la primera línea de tratamiento, 15% en segunda línea, 47% en tercera y 37% en cuarta. La tasa de resistencia global a algún antibiótico fue del 50% en primera línea, 83% en segunda, 88% en tercera y 90% en cuarta. En la tabla se muestran las resistencias por antibiótico y línea de tratamiento

Conclusiones: En Europa, la tasa media de resistencia a claritromicina en pacientes naïve alcanza el umbral establecido por las conferencias de consenso (15-20%) a partir del cual la triple terapia estándar debiera ser descartada. La adquisición de resistencias antibióticas tras el fracaso erradicador es muy frecuente.

138. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS: EL INGRESO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN FIN DE SEMANA SE ASOCIA A UN AUMENTO DE LA MORTALIDAD

P. García Iglesias, S. Machlab Mashlab, J. Profitós Font, D. Horta Sangenis, L. Melcarne, E. Martínez Bauer, X. Calvet Calvo, R. Campo Fernández de los Ríos y E. Brullet Benedi

Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, CIBERehd, Sabadell.

Introducción: Se conoce como "efecto de fin de semana" al aumento de la mortalidad en los pacientes que ingresan en dicho periodo de tiempo. Este efecto se ha demostrado en patología coronaria, ictus o en pacientes en cuidados intensivos. Para la hemorragia digestiva alta (HDA) se han publicado numerosos estudios - con resultados dispares- que analizan el efecto de fin semana en la mortalidad.

Objetivo: Evaluar si el ingreso en fin de semana se asocia a un aumento de recidiva, necesidad de cirugía y mortalidad en la HDA mediante una búsqueda sistemática y meta-análisis.

Métodos: La búsqueda se realizó en PubMed e ISI Web of

	Claritromicina	Nitroimidazol	Claritromicina + Nitroimidazol	Quinolonas	Amoxicilina
1ª línea	19% (16-22%)	29% (26-32%)	12% (10-14%)	12% (10-14%)	1,3% (0,5-2%)
2ª línea	57% (49-65%)	46% (38-54%)	34% (26-42%)	15% (9-21%)	0%*
3ª línea	67% (59-76%)	61% (52-70%)	57% (48-66%)	48% (39-57%)	0%*
4ª línea	61% (42-80%)	61% (43-80%)	54% (35-73%)	50% (31-69%)	0%*

*El tamaño muestral es insuficiente para obtener resultados. Los números representan la tasa de resistencia junto con su intervalo de confianza del 95% entre paréntesis.

Knowledge (hasta octubre 2014) para identificar los estudios que comparaban la mortalidad de los pacientes con HDA que ingresaban en fin de semana versus aquellos que lo hacían en un día laborable. Se ha usado un modelo de efectos fijos y aleatorios con odds ratio (OR) para determinar las diferencias para recidiva, necesidad de cirugía y mortalidad. El sesgo de publicación se evaluó usando el método de Egger y de Macaskill. La heterogeneidad entre estudios se analizó mediante el estadístico I².

Resultados: Diecisiete estudios cumplieron los criterios de inclusión (N = 1.038.106). Se observó un aumento de la mortalidad OR 1,12; IC95% (1,07-1,18) y de la necesidad de cirugía OR 1,18; IC95% (1,11-1,26) en los pacientes ingresados en fin de semana. Por el contrario, no se observó un aumento significativo de la recidiva OR 1,23; IC95% (0,98-1,53). Cuando se realizaron los análisis por subgrupos clasificándolos en HDA varicosa y no varicosa se obtuvieron resultados similares. Se objetivó un aumento de mortalidad y cirugía pero no de la recidiva en la HDA no varicosa (mortalidad OR 1,14; IC95% (1,07-1,21); cirugía OR 1,23; IC95% (1,07-1,40); recidiva OR 1,10; IC95% (0,73-1,67). Se objetivó un aumento de la mortalidad en la HDA varicosa OR 1,06; IC95% (1,00-1,12).

Conclusiones: Los pacientes con HDA (varicosa y no varicosa) que ingresan en fin de semana tienen peores resultados en cuanto a mortalidad y necesidad de cirugía que aquellos que ingresan en un día laborable. El hecho de que no se observe un aumento de la recidiva sugiere que el aumento de mortalidad podría ser debido más a un peor control post-endoscopia y a la falta de determinadas exploraciones (p.e. arteriografía) que a una peor calidad de la endoscopia.

139. CONSUMO ALIMENTARIO Y RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES CELÍACOS: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

N. Babio^a, F.J. Martínez Cerezo^b, G. Castillejo^c, M. Recasens^a, V. Gutiérrez^a, M. Alcázar^a, E. Sánchez^a, C. Vaqué^a, M. Torres^a y J. Salas-Salvadó^a

Universitat Rovira i Virgili, Hospital Universitari de Sant Joan de Reus: ^aUnitat de Nutrició Humana; ^bServei d'Aparell Digestiu; ^cServei de Pediatria, Reus.

Introducción: La enfermedad celíaca conlleva múltiples consejos dietéticos y restricciones alimentarias que hacen focalizar la atención del paciente en su cuerpo y hábitos alimentarios. Existen casos clínicos descritos en la literatura sobre pacientes celíacos diagnosticados de anorexia nerviosa, bulimia u otros trastornos de la conducta alimentaria (TCA), pero pocos estudios epidemiológicos al respecto se han llevado a cabo. A raíz de la escasa evidencia científica al respecto y falta de tablas de composiciones de alimentos sin gluten que valoren también la alimentación de estos enfermos se planteó este estudio de casos y controles.

Objetivo: Comparar el riesgo de presentar TCA y el consumo alimentario en pacientes adolescentes diagnosticados de enfermedad celíaca respecto a un grupo control.

Métodos: Se han estudiado 94 casos y 94 controles de 10 a 23 años de edad, emparejados por sexo, edad e índice de masa corporal. Se cumplimentó un cuestionario sobre antecedentes personales, datos sociodemográficos y se realizó una evaluación antropométrica.

Para determinar el riesgo de presentar TCA en los dos grupos, se aplicaron diferentes tests de cribado. Se valoró el consumo alimentario mediante un registro alimentario de 3 días no consecutivos incluyendo un día festivo y dos laborales.

Resultados: El 59,6% eran mujeres (n = 112) y el 40,4% hombres (n = 76) con edad media de 15,1 ± 3,7 años. Los antecedentes familiares de TCA fueron significativamente superiores en el grupo de casos (12,8 vs 2,1; p = 0,010). En nuestros pacientes no se observó una asociación significativa en el riesgo de padecer TCA en pacientes celíacos en comparación a los controles. Aunque la puntuación de algunos tests de cribado muestran una tendencia de asociación en el grupo de casos (p = 0,151), no se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la ingesta energética entre casos y controles. Las mujeres con enfermedad celíaca consumían una cantidad de grasas significativamente superior (40,2% de la ingesta energética total; p = 0,012) que las del grupo control (37,5%). En varones se vio la misma tendencia pero no llegó a la significación (p = 0,172). El consumo de hierro y su adecuación a las recomendaciones dietéticas fue significativamente menor en el grupo de casos.

Conclusiones: Los pacientes celíacos no presentan un mayor riesgo de desarrollar TCA que sus controles. Los pacientes celíacos presentan una alimentación más rica en grasas y pobre en hierro.

140. METANÁLISIS EN RED DE LOS TRATAMIENTOS ERRADICADORES DE H. PYLORI DE PRIMERA LÍNEA

A.G. McNicholl y J.P. Gisbert

Hospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: Dada la dificultad para erradicar H. pylori, se han propuesto varios regímenes de tratamiento de primera línea. Los estudios comparativos y meta-análisis convencionales no permiten concluir qué tratamiento ofrece los mejores resultados. Los meta-análisis en red pueden dar una respuesta global a esta pregunta.

Objetivo: Evaluar la eficacia de todos los tratamientos de primera línea habitualmente empleados en la erradicación de H. pylori utilizando la metodología de meta-análisis en red.

Métodos: Estrategia de búsqueda: Revisión de un periodo de 25 años en bases de datos electrónicas y búsqueda manual de la bibliografía de artículos seleccionados. Selección de estudios: artículos completos publicados sobre ensayos clínicos aleatorizados comparando cualquier tratamiento de primera línea para la erradicación de H. pylori que ofrezcan resultados por intención de tratar. Metodología de meta-análisis en red usando STATA-12 para estimar los OR comparativos mediante modelos de efectos fijos y aleatorios.

Resultados: Se seleccionaron 75 artículos para revisión de su texto completo y 62 fueron finalmente incluidos (15.606 pacientes). Los regímenes disponibles para su comparación fueron: Triple terapia estándar (5, 7, 10 y 14 días), cuádruple con bismuto (7, 10 y 14 días), secuencial (10 días) y concomitante (5, 7 y 10 días). Los mejores resultados globales se obtuvieron con el tratamiento concomitante (7 y 10 días), y en segundo lugar con el tratamiento cuádruple con bismuto (10 días). De los regímenes de 10 días (tabla), la triple estándar fue significativamente inferior al resto. Se-

Comparación de regímenes de 10 días

	Cuádruple con bismuto	Secuencial	Concomitante
Triple estándar	1,6 (1,2-2,1)*	1,6 (1,3-1,8)*	2,1 (1,5-2,9)*
Cuádruple con bismuto		10 (0,77-1,3)	1,3 (0,9-2,0)
Secuencial			1,4 (1,1-1,8)*

Los números representan OR (IC95%) hacia mayor eficacia con el tratamiento representado en la columna. *Estadísticamente significativo.

cuencial y cuádruple con bismuto fueron equivalentes. El tratamiento concomitante fue significativamente superior al tratamiento secuencial, y mostró una mayor eficacia (marginalmente significativa) que la cuádruple con bismuto

Conclusiones: El meta-análisis en red de los tratamientos de primera línea para la erradicación de *H. pylori* estima que los mejores resultados se obtienen con el tratamiento concomitante de 10 días, seguido del tratamiento cuádruple con bismuto.

141. REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE *H. PYLORI* (HP-EUREG): ANÁLISIS INTERMEDIO DE LOS TRATAMIENTOS DE RESCATE

A.G. McNicholl^a, A. Gasbarrini^b, B. Tepes^c, D.S. Bordin^d, F. Lerang^e, M. Leja^f, T. Rokkas^g, D. Vaira^h, O. Shvetsⁱ, L. Kupcinskis^j, A. Pérez-Aísa^k, T. Axon^l, G.M. Buzas^m, I. Simsekⁿ, M. Katicic^o, J.C. Machado^p, V. Lamy^q, K. Przytulski^r, L. Boyanova^s, P. Bytzer^t, C. Beglinger^u, L.G. Cappelle^v, A. Goldis^w, L. Veijola^x, M. Vujasinovic^y, A. Huerta^z, M. Caldas^{aa}, M. Ramas^{ab}, F. Megraud^{ac}, C. O'Morain¹ y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bUniversidad Sacro Cuore, Servicio de Aparato Digestivo, Roma, Italia. ^cAM DC Rogaska, Servicio de Aparato Digestivo, Ljubljana, Eslovenia. ^dClinical Sci. Centre, Servicio de Aparato Digestivo, Moscú, Rusia. ^eCentral Hospital, Servicio de Aparato Digestivo, Noruega. ^fUniversidad de Latvia, Servicio de Aparato Digestivo, Riga, Letonia. ^gHospital Henry Dunant, Servicio de Aparato Digestivo, Atenas, Grecia. ^hUniversidad de Bologna, Departamento de Medicina Clínica, Italia. ⁱMedical University, Servicio de Aparato Digestivo, Kyiv, Ucrania. ^jUniversity of Health Sciences, Servicio de Aparato Digestivo, Kaunas, Lituania. ^kAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^lUniversidad de Leeds, Servicio de Aparato Digestivo, Leeds, Reino Unido. ^mFerencváros Health Centre, Servicio de Aparato Digestivo, Budapest, Hungría. ⁿDokuz Eylul University, Servicio de Aparato Digestivo, Izmir, Turquía. ^oClinical Hospital, Servicio de Aparato Digestivo, Zagreb, Croacia. ^pIPATIMUP, Servicio de Aparato Digestivo, Porto, Portugal. ^qCHU, Servicio de Aparato Digestivo, Charleroi, Bélgica. ^rMedical C. Postgraduate Education, Servicio de Aparato Digestivo, Warsaw, Polonia. ^sMedical University of Sofia, Servicio de Aparato Digestivo, Sofía, Bulgaria. ^tHospital Universitario, Servicio de Aparato Digestivo, Koge, Dinamarca. ^uHospital Universitario, Servicio de Aparato Digestivo, Basel, Suiza. ^vErasmus MC, Servicio de Aparato Digestivo, Rotterdam, Países Bajos. ^wCECH, Servicio de Aparato Digestivo, Timisoara, Rumania. ^xHospital, Servicio de Aparato Digestivo, Herttoniemi, Finlandia. ^yHospital Slovenj Gradec, Servicio de Aparato Digestivo, Eslovenia. ^zHospital de Sanchinarro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid, España. ^{aa}Hôpital Pellegrin, Bacteriología, Bordeaux, Francia. ^{ab}Trinity College Dublin, Servicio de Aparato Digestivo, Dublín, Irlanda.

Introducción: Debido a la diversidad de regímenes de segunda línea empleados en el estudio Hp-EuReg, se ha elaborado un abstracto específico para describir la eficacia de dichos tratamientos.

Objetivo y métodos: El objetivo fue la evaluación de la eficacia de los tratamientos de rescate prescritos en el Hp-EuReg. Se seleccionó un coordinador local en cada país europeo con más de 10 publicaciones sobre *H. pylori* en PubMed. Cada coordinador seleccionó un grupo representativo de investigadores reclutadores en su país. Se creó un CRD online para registrar sistemáticamente el manejo de todos los pacientes adultos infectados por *H. pylori*. Variables incluidas: demográficas del paciente, tratamientos previos, tratamiento prescrito, efectos adversos y resultados (tasas de curación, cumplimiento y seguimiento).

Resultados: Hasta el momento se han incluido 1.160 tratamientos de segunda línea. Los tratamientos más habituales fueron las triples terapias con quinolonas (51%; de las cuales el 82% incluyeron levofloxacino y el 18% moxifloxacino) y la cuádruple con bismuto (11%). El resto de tratamientos era demasiado diverso y reducido en número para permitir su evaluación. Al 3,4% de los casos retratados no se les realizó una prueba de confirmación de la erradicación, y el 39% de los fracasos erradicadores no fueron rescatados con un nuevo tratamiento. En la tabla se resume el cumplimiento y eficacia de los tratamientos de rescate empleados.

	Cumplimiento	Eficacia [mITT (IC95%)]
IBP + A + L		
	99%	77% (72-82%)
10 días	> Esomeprazol	87% (78-95%)
	99%	94% (86-100%)
14 días	> Esomeprazol	98% (89-100%)
IBP + A + M		
10 días	93%	78% (65-91%)
14 días	91%	89% (68-100%)

IBP: inhibidor de la bomba de protones; A: amoxicilina; L: levofloxacino; M: moxifloxacino; mITT: eficacia por intención de tratar, modificada excluyendo aquellos en los que la confirmación de la erradicación no se realizó; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Conclusiones: Los tratamientos triples con quinolonas ofrecen resultados aceptables como tratamiento de rescate de *H. pylori* tras un primer fracaso erradicador. La prolongación de los regímenes a 14 días y/o el uso de esomeprazol como IBP podrían aumentar su eficacia. La terapia cuádruple con bismuto constituye también una alternativa aceptable.

142. MALABSORCIÓN DE CARBOHIDRATOS Y PARASITOSIS INTESTINALES

V. Ortiz^a, M. Trellis^{b,c}, S. Taroncher^b, M. Gozalbo^b, K. García^c, M. Argente^c, S. Martín^c, A. Micó^c, J.M. Soriano^{c,d}, V. Garrigues^{a,d} y J.F. Merino^{c,d}

^aHospital Universitari i Politècnic La Fe, Servicio de Gastroenterología, Valencia. ^bUniversitat de València, Departamento de Biología Celular y Parasitología, Facultad de Farmacia, Valencia. ^cHospital Universitari i Politècnic La Fe, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Valencia. ^dUniversitat de València, Valencia.

Introducción: Las parasitosis pueden producir cambios en la mucosa intestinal dando lugar a malabsorción de carbohidratos. No existen estudios que hayan evaluado esta asociación en pacientes con malabsorción de fructosa.

Objetivo: Analizar la prevalencia de parasitosis intestinal en pacientes con malabsorción de lactosa y/o fructosa.

Métodos: En el grupo de estudio se incluyeron pacientes adultos (16-70 años) con síntomas abdominales (distensión abdominal, alteraciones del hábito intestinal y/o dolor) y diagnóstico de malabsorción a carbohidratos mediante prueba de aire espirado (hidrógeno y/o metano). Se incluyó un grupo de pacientes con síntomas abdominales y ausencia de malabsorción y otro de controles sanos. Análisis parasitológico: heces (inmunoquímica frente a *Eh+Gi+Cp-Ope-ron*) y saliva (ELISA indirecto para IgA frente a *Giardia intestinalis*).

Malabsorción	Pacientes	Diagnóstico positivo	Blastocystis hominis	Giardia intestinalis	Cryptosporidium parvum
Fructosa	23	9 (39,1%)	4*	5*	1
Lactosa	14	4 (28,6%)	1	2	-
Fructosa + lactosa	30	13 (43,3%)	6*	5*	1
Total	67	25 (37,3%)	11	12	2

Resultados: Se evaluaron 67 pacientes con malabsorción de carbohidratos (tabla). En el grupo control se incluyeron 11 individuos sanos en los que se detectó 1 caso de infección por *Blastocystis hominis* (9,1%). En el grupo de pacientes con síntomas sin malabsorción se incluyeron 6 pacientes y se halló infección por *Blastocystis hominis* en 2 de ellos (33,3%).

Conclusiones: La prevalencia de parásitos intestinales es elevada en pacientes con malabsorción de carbohidratos. En ellos, la prevalencia infección por parásitos considerados patógenos (*Giardia intestinalis* y/o *Cryptosporidium parvum*) fue superior a la de los pacientes con síntomas abdominales sin malabsorción y a la de los controles sanos.

143. ADECUACIÓN DE LISTAS DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACIÓN DE PATOLOGÍAS PREFERENTES MEDIANTE LA GESTIÓN DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

M. Arroyo^{a,c}, C. Sostres^{a,c}, Y. Ber^a, P. Roncales^{a,b,c}, P. Vadillo^a y A. Lanás^{a,c}

^aHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^bInstituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón), Zaragoza. ^cCIBEREHD.

Introducción: Los motivos implicados en la generación de las listas de espera (LE) son múltiples y no siempre dependen de factores que podamos controlar los servicios de atención especializada (AE). Una LE inadecuada genera una peor atención al paciente y un deterioro en la coordinación asistencial. Nuestro servicio tiene asignada la atención de un área urbana y rural con una población de 306.200 personas y a mediados del año 2011 acumulaba una prolongada demora en la LE con un claro impacto negativo en la calidad de la atención al paciente. Con el propósito de mejorar dicha atención, modificamos la dinámica clásica de las agendas con el objetivo de evaluar a los pacientes preferentes (PP) con una demora máxima de 15 días y el resto de pacientes estándar (PE) con una demora < 30 días como meta alcanzable en un periodo no superior a 2 años.

Métodos: Se eliminó la posibilidad de cita directa en nuestras agendas desde atención primaria (AP) y se crea una agenda para especialista coordinador con un algoritmo que evalúa semanalmente todos los volantes de derivación (VD). Con la información recogida en el VD y la disponible en las bases de datos del hospital se decide si: a) enviar un informe con recomendaciones basadas en guías de práctica clínica a seguir por el médico de AP, sin necesidad de evaluación presencial del enfermo, o b) si el enfermo precisa cita presencial preferente (visita < 15 días) o normal (< 30 días). De forma paralela se adapta la oferta de las agendas de primera visita (PV) según la priorización y demanda real.

Resultados: Desde junio a diciembre 2011, incrementamos la actividad de primeras visitas en 779 casos. 431 pacientes fueron visitados en las nuevas agendas y 348 VD fueron resueltos sin necesidad de visita presencial. Con el incremento del 20,5% de actividad y el filtro de los VD en enero del año 2012 ya éramos capaces de atender todos los VD sin necesidad de agendas extras en los

plazos que nos marcamos. En el año 2012 continuamos la misma dinámica con un total de 3750 PV evaluadas, de las cuales 500 no precisaron visita presencial y en el año 2013 se evaluaron 3.138 PV, de las cuales 465 no precisaron visita presencial. La demora media desde enero 2012 es de 14,11 + 5,7 días y todos los pacientes preferentes se visitan en menos de 15 días. Con el envío de los informes a AP, en los que incluimos recomendaciones, protocolos y/o guías de consenso, hemos reducido además eficazmente el número de visitas atendidas por los centros de salud con mayor desequilibrio en derivación, con un descenso medio de 32,4% (IC95% 24,4-39,8) de las visitas atendidas.

Conclusiones: La gestión directa de todos los VD nos ha permitido una adecuación rápida y eficaz de las LE con priorización de las patologías preferentes. Esta alternativa ha supuesto una innovación sustancial en la organización de las consultas con una mayor calidad y efectividad.

144. TRATAMIENTO DE RESCATE DE CUARTA LÍNEA CON RIFABUTINA TRAS TRES FRACASOS ERRADICADORES DE H. PYLORI

J.P. Gisbert^a, M. Castro-Fernández^b, A. Pérez-Aisa^c, A. Cosme^d, J. Molina-Infante^e, L. Rodrigo^f, I. Modolell^g, J.L. Cabriada^h, J.L. Gisbert^a, E. Lamas^b, S. Marcos^a y X. Calvetⁱ

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bHospital Universitario Nuestra Señora de Valme, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla. ^cAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^dHospital de Donostia, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián. ^eHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres. ^fHospital Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo. ^gConsorcio Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^hHospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya. ⁱHospital de Sabadell, CIBEREHD, 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. 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 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 190 pacientes consecutivos. La edad media fue de 50 años, el 57% eran mujeres, el 26% tenían úlcera péptica y el 74% dispepsia funcional/no investigada. Doce pacientes no tomaron la medicación correctamente (en 11 casos debido a efectos adversos). Las tasas de erradicación, "por protocolo" y "por intención de tratar" fueron del 53% (IC95% = 46-61%) y del 52% (IC95% = 45-59%), respectivamente. Se describieron efectos adversos en 66 pacientes (35%), siendo los más frecuentes (en orden decreciente): náuseas/vómitos, astenia/anorexia, dolor abdominal, diarrea, fiebre, sabor metálico, mialgias, hipertransaminasemia, leucopenia (< 1.500 neutrófilos, 6 casos), trombopenia (< 150.000 plaquetas, 3 casos), cefalea y estomatitis aftosa. Los efectos secundarios fueron clasificados como intensos en 3 pacientes (vómitos), pero ninguno de ellos fue grave. 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.

145. EFICACIA DEL TRATAMIENTO TRIPLE CON LEVOFLOXACINO TRAS EL FRACASO DE LAS TERAPIAS SECUENCIAL O CONCOMITANTE FRENTE A LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

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

Hospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: El empleo de las terapias cuádruples sin bismuto "secuencial" y "concomitante" como tratamientos de primera elección frente a la infección por *Helicobacter pylori* es cada vez más frecuente. Sin embargo, se dispone de escasa información acerca de cómo manejar el fracaso de estos tratamientos.

Objetivo: Investigar, mediante revisión sistemática y metaanálisis, la eficacia del tratamiento de rescate con levofloxacino, amoxicilina y un inhibidor de la bomba de protones (IBP), tras el fracaso de las terapias secuencial o concomitante.

Métodos: Selección de estudios: Estudios que evaluaban la eficacia del tratamiento de segunda línea con levofloxacino-amoxicilina-IBP, tras el fracaso de la terapia secuencial o de la concomitante. La terapia secuencial se definió como aquella que consta de una primera fase de tratamiento con amoxicilina-IBP, seguido de una segunda fase con claritromicina-nitroimidazol-IBP; la terapia concomitante sería aquella que empleara los mismos fármacos descritos en el tratamiento secuencial, pero administrados conjuntamente durante toda la terapia. Criterios de exclusión: estudios que administran el tratamiento de segunda línea en función de la sensibilidad antibiótica. Estrategia de búsqueda: Búsqueda en PubMed, Embase, CINAHL, Cochrane Library, ClinicalTrials.gov y congresos internacionales, hasta Noviembre de 2014. Síntesis de los resultados: Eficacia erradicadora por intención de tratar, estimada mediante el método de la varianza inversa genérica.

Resultados: Siete estudios cumplieron los criterios de inclusión, y todos ellos administraron las terapias secuencial y concomitante du-

rante 10 días. Tras el tratamiento secuencial, todos los estudios salvo uno administraron 250 mg/12h de levofloxacino. La tasa de erradicación con el tratamiento triple de 10 días con levofloxacino-amoxicilina-IBP tras el fracaso de la terapia concomitante fue del 78% (IC95% = 58-97%; I² = 67%; 3 estudios; 86 pacientes), y del 81% tras el régimen secuencial (IC95% = 73-90%; I² = 19%; 6 estudios; 107 pacientes).

Conclusiones: El tratamiento triple de segunda línea con levofloxacino-amoxicilina-IBP es efectivo tras el fracaso de las terapias secuencial o concomitante, alcanzando tasas erradicadoras en torno al 80%.

146. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS DE ENTEROPATÍA SPRUELIKE ASOCIADA CON OLMESARTÁN

E. Sáez González, A. del Val Antoñana, F.C. Díaz Jaime y P. Nos Mateu

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Unidad de Gastroenterología, Servicio de Medicina Digestiva, Valencia.

Introducción: El olmesartán es uno de los diversos antagonistas de la angiotensina II utilizados en el tratamiento de la hipertensión arterial. En 2012 se describió por primera vez una enteropatía similar a la celiacía (sprue-like) 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 linfocitosis intraepitelial (LIE). Falta de respuesta clínica a dieta sin gluten. Exclusión de otras causas de enteropatía. Evidencia de mejoría clínica e histológica tras suspensión de olmesartán.

Objetivo: La descripción de 8 casos que cumplen criterios clínicos, histopatológicos y evolutivos de la enteropatía spruelike asociada con olmesartán (ESLO).

Resultados: La edad media fue de 66,25 ± 12,27 años, con una media de tratamiento de 27,88 ± 12,02 meses. Todos los pacientes presentaron diarrea acuosa, pérdida de peso y serología negativa para celiacía. Los hallazgos de laboratorio más frecuentes fueron anemia e hipoalbuminemia. En las biopsias duodenales se detectó atrofia vellositaria (AV) grave en 2, AV leve en 6 y LIE en 5. Todos presentaron buena respuesta tras la retirada del fármaco más dieta sin gluten, aunque 2 pacientes (25%) precisaron corticoides. El 100% de los pacientes tuvo una recuperación histológica en una media de 7,5 ± 5,35 meses en las biopsias tras retirar el fármaco. Las características clínicas, analíticas e histológicas se recogen en una tabla de datos (edad, sexo, dosis fármaco y duración, serología con anticuerpos anti-transglutaminasa y determinación HLA, histología duodenal al inicio y tras la suspensión del fármaco, histología del colon). Los pacientes ingresaron en situación clínica grave: deshidratación con fallo renal pre-renal, acidosis metabólica, trastornos hidroelectrolíticos y parámetros de desnutrición.

Conclusiones: Se debe tener presente a este medicamento debido a su frecuente uso como causa potencial de diarrea grave para realizar una identificación precoz de nuevos casos. La suspensión del medicamento conduce a una rápida mejoría clínica y a una lenta recuperación histológica.

147. REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE *H. PYLORI* (HP-EUREG): ANÁLISIS INTERMEDIO DE LOS TRATAMIENTOS DE PRIMERA LÍNEA

A.G. McNicholl^a, A. Gasbarrini^b, B. Tepes^c, D.S. Bordin^d, F. Lerang^e, M. Leja^f, T. Rokkas^g, D. Vaira^h, O. Shvetsⁱ, L. Kupcinskas^j, A. Pérez-Aísa^k, T. Axon^l, G.M. Buzas^m, I. Simsekⁿ, M. Katicic^o, J.C. Machado^o, V. Lamy^p, K. Przytulski^q, L. Boyanova^r, P. Bytzer^s, C. Beglinger^t, L.G. Cappelle^u, A. Goldis^v, L. Veijola^w, M. Vujasinovic^x, A. Huerta^y, M. Caldas^z, M. Ramas^z, F. Megraud^z, C. O'Morain¹ y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bUniversidad Sacro Cuore, Servicio de Aparato Digestivo, Roma, Italia. ^cAM DC Rogaska, Servicio de Aparato Digestivo, Ljubljana, Eslovenia. ^dClinical Sci. Centre, Servicio de Aparato Digestivo, Moscú, Rusia. ^eCentral Hospital, Servicio de Aparato Digestivo, Noruega. ^fUniversidad de Latvia, Servicio Aparato Digestivo, Riga, Letonia. ^gHospital Henry Dunant, Servicio de Aparato Digestivo, Atenas, Grecia. ^hUniversidad de Bologna, Departamento de Medicina Clínica, Italia. ⁱMedical University, Servicio de Aparato Digestivo, Kyiv, Ucrania. ^jUniversity of Health Sciences, Servicio de Aparato Digestivo, Kaunas, Lituania. ^kAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^lUniversidad de Leeds, Servicio de Aparato Digestivo, Leeds, Reino Unido. ^mFerencváros Health Centre, Servicio de Aparato Digestivo, Budapest, Hungría. ⁿDokuz Eylul University, Servicio de Aparato Digestivo, Izmir, Turquía. ^oClinical Hospital, Servicio de Aparato Digestivo, Zagreb, Croacia. ^pIPATIMUP, Servicio de Aparato Digestivo, Porto, Portugal. ^qCHU, Servicio de Aparato Digestivo, Charleroi, Bélgica. ^rMedical C. Postgraduate Education, Servicio de Aparato Digestivo, Warsaw, Polonia. ^sMedical University of Sofia, Servicio de Aparato Digestivo, Sofía, Bulgaria. ^tHospital Universitario, Servicio de Aparato Digestivo, Koge, Dinamarca. ^uHospital Universitario, Servicio de Aparato Digestivo, Basel, Suiza. ^vErasmus MC, Servicio de Aparato Digestivo, Rotterdam, Países Bajos. ^wCECH, Servicio de Aparato Digestivo, Timisoara, Rumania. ^xHospital, Servicio de Aparato Digestivo, Herttoniemi, Finlandia. ^yHospital Slovenj Gradec, Servicio de Aparato Digestivo, Eslovenia. ^zHospital de

Sanchinarro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^{aa}Hôpital Pellegrin, Bacteriología, Bordeaux, Francia. ^{ab}Trinity College Dublin, Servicio de Aparato Digestivo, Dublín, Irlanda.

Introducción: Debido a la diversidad de regímenes de primera línea empleados en el estudio Hp-EuReg, se ha elaborado un abstracto específico para describir la eficacia de dichos tratamientos.

Objetivo y métodos: El objetivo fue la evaluación de la eficacia de los tratamientos de primera línea prescritos en el Hp-EuReg. Se seleccionó un coordinador local en cada país europeo con más de 10 publicaciones sobre H. pylori en PubMed. Cada coordinador seleccionó un grupo representativo de investigadores reclutadores en su país. Se creó un CRD online para registrar sistemáticamente el manejo de todos los pacientes adultos infectados por H. pylori. Variables incluidas: demográficas del paciente, tratamientos previos, tratamiento prescrito, efectos adversos y resultados (tasas de curación, cumplimiento y seguimiento).

Resultados: Hasta el momento han sido incluidos 5.611 pacientes naïve. Los tratamientos más utilizados por orden de frecuencia fueron: triple terapia (63%; de los cuales IBP + claritromicina + amoxicilina 49%, IBP + amoxicilina + nitroimidazol 6%, IBP + claritromicina + nitroimidazol 5%, y otros 3%), tratamiento cuádruple sin bismuto (concomitante 14% y secuencial 13%) y tratamiento cuádruple con bismuto (4%). En la tabla se resume la eficacia de estos regímenes. La erradicación no se confirmó en el 6,8% de los casos, y el 34% de los fracasos a la primera línea de tratamiento no recibieron una segunda pauta.

Conclusiones: La mayoría de los tratamientos de H. pylori prescritos por los gastroenterólogos en Europa son subóptimos, debido fundamentalmente al uso frecuente de la terapia triple estándar. Tasas de erradicación superiores al 90% únicamente se obtuvieron con: a) Tratamiento cuádruple con bismuto; b) extendiendo los tratamientos a 14 días y/o usando esomeprazol como IBP.

	Cumplimiento	Eficacia [mITT (IC95%)]
IBP + C + A		
7 días	98%	82% (78-86%)
	98%	84% (80-87%)
10 días	> Esomeprazol	88% (81-95%)
	92%	88% (85-94%)
14 días	> Esomeprazol	93% (86-99%)
IBP + A + N		
7 días	98%	84% (80-88%)
10 días	97%	86% (81-91%)
IBP + C + N		
7 días	98%	85% (81-89%)
Cuádruple con bismuto		
10 días	99%	94% (88-100%)
Concomitante		
10 días	94%	89% (85-93%)
	96%	88% (85-94%)
14 días	> Esomeprazol	92% (88-95%)
Secuencial		
	97%	88% (85-92%)
10 días	> Esomeprazol	92% (88-96%)

IBP: inhibidor de la bomba de protones; C: claritromicina; A: amoxicilina; N: nitroimidazol; mITT: eficacia por intención de tratar, modificada excluyendo aquellos en los que la confirmación de la erradicación no se realizó; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

148. REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE H. PYLORI (HP-EUREG): ANÁLISIS MULTIVARIANTE INTERMEDIO

A.G. McNicholl^a, A. Gasbarrini^b, B. Tepes^c, D.S. Bordin^d, F. Lerang^e, M. Leja^f, T. Rokkas^g, D. Vaira^h, O. Shvetsⁱ, L. Kupcinskas^j, A. Pérez-Aisa^k, T. Axon^l, G. M. Buzas^m, I. Simsekⁿ, M. Katicic^o, J.C. Machado^p, V. Lamy^q, K. Przytulski^r, L. Boyanova^s, P. Bytzer^t, C. Beglinger^u, L.G. Cappelle^v, A. Goldis^w, L. Veijola^x, M. Vujasinovic^y, A. Huerta^z, M. Caldas^{aa}, M. Ramas^{ab}, F. Megraud^{ac}, C. O'Morain^d y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bUniversidad Sacro Cuore, Servicio de Aparato Digestivo, Roma, Italia. ^cAM DC Rogaska, Servicio de Aparato Digestivo, Ljubljana, Eslovenia. ^dClinical Sci. Centre, Servicio de Aparato Digestivo, Moscú, Rusia. ^eCentral Hospital, Servicio de Aparato Digestivo, Noruega. ^fUniversidad de Latvia, Servicio Aparato Digestivo, Riga, Letonia. ^gHospital Henry Dunant, Servicio de Aparato Digestivo, Atenas, Grecia. ^hUniversidad de Bologna, Departamento de Medicina Clínica, Italia. ⁱMedical University, Servicio de Aparato Digestivo, Kyiv, Ucrania. ^jUniversity of Health Sciences, Servicio de Aparato Digestivo, Kaunas, Lituania. ^kAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^lUniversidad de Leeds, Servicio de Aparato Digestivo, Leeds, Reino Unido. ^mFerencváros Health Centre, Servicio de Aparato Digestivo, Budapest, Hungría. ⁿDokuz Eylul University, Servicio de Aparato Digestivo, Izmir, Turquía. ^oClinical Hospital, Servicio de Aparato Digestivo, Zagreb, Croacia. ^pIPATIMUP, Servicio de Aparato Digestivo, Porto, Portugal. ^qCHU, Servicio de Aparato Digestivo, Charleroi, Bélgica. ^rMedical C. Postgraduate Education, Servicio de Aparato Digestivo, Warsaw, Polonia. ^sMedical University of Sofia, Servicio de Aparato Digestivo, Sofía, Bulgaria. ^tHospital Universitario, Servicio de

Aparato Digestivo, Koge, Dinamarca. ⁴Hospital Universitario, Servicio de Aparato Digestivo, Basel, Suiza. ⁵Erasmus MC, Servicio de Aparato Digestivo, Rotterdam, Países Bajos. ⁶CECH, Servicio de Aparato Digestivo, Timisoara, Rumania. ⁷Hospital, Servicio de Aparato Digestivo, Herttoniemi, Finlandia. ⁸Hospital Slovenj Gradec, Servicio de Aparato Digestivo, Eslovenia. ⁹Hospital de Sanchinarro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ¹⁰Hôpital Pellegrin, Bacteriología, Bordeaux, Francia. ¹¹Trinity College Dublin, Servicio de Aparato Digestivo, Dublín, Irlanda.

Introducción: Debido a la complejidad y número de variables registradas en el Hp-EuReg, se ha elaborado un abstract específico para describir el análisis multivariante y la influencia de dichas variables en la tasa de erradicación.

Objetivo y métodos: El objetivo fue la evaluación de la influencia de las diferentes variables en la eficacia de los tratamientos erradicadores empleados en el Hp-EuReg. Se seleccionó un coordinador local en cada país europeo con más de 10 publicaciones sobre H. pylori en PubMed. Cada coordinador seleccionó un grupo representativo de investigadores reclutadores en su país. Se creó un CRD online para registrar sistemáticamente el manejo de todos los pacientes adultos infectados por H. pylori. Variables incluidas: demográficas del paciente, tratamientos previos, tratamiento prescrito, efectos adversos y resultados (tasas de curación, cumplimiento y seguimiento)

Resultados: Hasta el momento se han incluido 8.271 pacientes, y 5.734 han finalizado el seguimiento. El análisis multivariante demostró que la tasa de erradicación por intención de tratar se asociaba significativamente con el tratamiento prescrito ($p < 0,005$), el uso de esomeprazol a dosis dobles ($p < 0,001$) y el cumplimiento terapéutico ($p < 0,001$). Los pacientes cumplidores tenían una Odds Ratio (OR) = 6,6 (IC95% = 3,9-10) hacia unas mejores tasas de erradicación. El uso de esomeprazol obtuvo un OR = 1,7 (1,3-2,2) hacia una mayor eficacia. El tratamiento cuádruple con bismuto ofreció el mejor OR en la comparación frente a la triple terapia estándar (OR = 1,9; 1,6-3,1), mientras que los tratamientos secuencial y concomitante mostraron ventajas equivalentes entre ellos cuando se compararon con la triple estándar (OR = 1,5; 1,1-2,0). Cuando se analizó por tratamiento, tanto el uso de esomeprazol como el cumplimiento se asociaron significativamente con una mayor erradicación en todos los grupos de tratamiento. La triple terapia también mejoró de forma significativa cuando se prescribieron tratamientos de duraciones prolongadas (OR = 1,05 por día de aumento; IC95% = 1,0-1,1).

Conclusiones: El análisis multivariante indica que el cumplimiento terapéutico y el uso de esomeprazol se asocian significativamente con mayores tasas de erradicación de H. pylori en todos los grupos de tratamiento. La prescripción de terapias cuádruples (con o sin bismuto) también se asocia a una mayor eficacia cuando se comparan con el tratamiento triple estándar. Únicamente en el caso de la triple terapia, el incremento de la duración del tratamiento se asoció estadísticamente a una mayor eficacia.

149. EFECTO DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LOS NIVELES CIRCULANTES DE GASTRINA Y SU REPERCUSIÓN EN EL EPITELIO DE BARRETT

E. Chueca^a, P. Carrera^b, C. Hördler^c, A. Valero^c, C. Sostres^d, P. Lacarta^d, P. Roncalés^d, M.A. García-González^{a,b}, A. Lanasa^{a,b,d} y E. Piazuelo^{a,b}

^aInstituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS), Zaragoza.

^bCIBERehd. ^cHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

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

Introducción: El esófago de Barrett (EB) es el principal factor de riesgo conocido para el desarrollo del adenocarcinoma de esófago

(ACE). La incidencia de este tumor ha aumentado significativamente en los últimos años a pesar del uso extendido de los inhibidores de la bomba de protones (IBPs), fármacos capaces de controlar de manera efectiva los síntomas asociados al EB. La hipergastrinemia secundaria al uso de IBPs podría estar relacionada con este aumento, ya que estudios in vitro muestran que la gastrina induce la proliferación del epitelio de Barrett a través de la expresión de COX-2 mediante la interacción con el receptor CCKBR.

Objetivo: Evaluar la relación entre la dosis de IBP administrada y los niveles de gastrina en suero de pacientes con EB y el impacto que estos niveles tienen sobre la expresión de COX-2 y la proliferación en el epitelio de Barrett.

Métodos: Mediante inmunoensayo (IMMULITE 2000) se determinaron los niveles séricos de gastrina de 44 pacientes con EB que acudieron a realizarse una endoscopia de seguimiento y se recogieron mediante cuestionario estructurado los datos referentes a la edad, dosis y tipo de IBP utilizado, consumo de tabaco, alcohol y AINES/Aspirina. Se obtuvieron biopsias de la mucosa de Barrett (protocolo de Seattle) y dos biopsias adicionales de antro gástrico para evaluar infección por H. pylori (análisis histológico). Se evaluó el índice de proliferación (Ki67) así como el grado de expresión de COX-2 en la mucosa esofágica mediante tinción inmunohistoquímica.

Resultados: Los pacientes participantes en el estudio presentaban una edad de $56,12 \pm 11,3$ años (\pm DE), una longitud media del epitelio metaplásico circunferencial de $3,52 \pm 2,46$ cm y una extensión de $4,25 \pm 2,55$ cm. La mayoría de los pacientes (95,4%) estaban en tratamiento con IBPs en el momento del estudio, mostrando unos niveles de gastrina elevados ($267,27 \pm 263,65$), rango: 13-115 pg/mL. Los pacientes tratados con dosis doble de IBPs presentaron niveles superiores con respecto a los pacientes con dosis estándar ($322,19 \pm 287,63$ pg/mL vs $203,67 \pm 223,58$ pg/mL), si bien las diferencias no alcanzaron significación estadística. Se estudiaron posibles variables que pudieran afectar a los niveles de gastrina (consumo de tabaco, alcohol, toma de AINES, aspirina, edad, infección por H. pylori), observando un aumento significativo en los niveles de gastrina únicamente en función de la edad del paciente ($7,95$ pg/mL al año, coeficiente de correlación = $0,347$; $p = 0,022$). No se observó correlación alguna entre los niveles de gastrina con la expresión de COX-2 ni con el índice de proliferación en el epitelio de Barrett.

Conclusiones: En este grupo de pacientes con EB la ingesta de IBPs se asocia con niveles elevados de gastrina en sangre si bien los niveles circulantes de gastrina no guardan correlación con el índice de proliferación ni a la expresión de COX-2 en el epitelio de Barrett.

150. 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, A. Pérez-Aisa^b, F. Bermejo^c, M. Castro-Fernández^d, P. Almela^e, J. Barrio^f, A. Cosme^g, I. Modolell^h, F. Boryⁱ, M. Fernández-Bermejo^j, L. Rodrigo^k, J. Ortuño^l, P. Sánchez-Pobre^m, S. Khorraniⁿ, A. Franco^o, A. Tomás^p, I. Guerra^q, E. Lamas^d, J. Ponce^l y X. Calvet^o

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Madrid. ^bAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^cHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^dHospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Sevilla. ^eHospital General de Castellón, Servicio de Aparato Digestivo, Castellón. ^fHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^gHospital de Donostia, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, San Sebastián. ^hConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

ⁱHospital del Mar, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

^jHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres. ^kHospital Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo. ^lHospital La Fe, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Valencia. ^mHospital Clínico San Carlos, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ⁿHospital Son Espases, Servicio de Aparato Digestivo, Mallorca. ^oConsorci Sanitari del Garraf, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^pHospital de Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, 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 1.500 pacientes consecutivos (edad media 50 años, 48% varones, 27% con úlcera péptica y 73% con dispepsia funcional/no investigada). El 96% de los pacientes completó estrictamente el tratamiento. La erradicación "por protocolo" fue del 74,7% (IC95%: 72-77%), y del 73,5% (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, 75% en 2013, y 76% en 2014. 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 19,5% de los casos; los más frecuentes fueron: náuseas, sabor metálico, mialgias/artralgias, dolor abdominal, diarrea y estomatitis; en 10 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.

151. CRIBADO DE ENFERMEDAD CELÍACA MEDIANTE HLA EN PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

M. Vicuña Arregui^a, J.M. Zozaya Urmeneta^a, J.P. Martínez de Esteban^b, C. Prieto Martínez^a, E. Aranburu Urtasun^c, M.R. Mercado Gutiérrez^d, R. Angós Musgo^e y L. Forga Llenas^b

Complejo Hospitalario de Navarra: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Endocrinología y Nutrición; ^cServicio de Hematología; ^dDepartamento de Anatomía Patológica, Pamplona. ^eClínica

Universitaria de Navarra (CUN), Departamento de Gastroenterología, Pamplona.

Introducción: Se recomienda realizar cribado de enfermedad celíaca (EC) en los grupos de riesgo para esta enfermedad, como los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Habitualmente se realiza mediante la determinación de antitransglutaminasa (ATG) de clase IgA. Un estudio realizado en familiares de primer grado de pacientes con EC, ha demostrado que el cribado mediante la determinación del HLA permite aumentar el número de celíacos diagnosticados, ya que permite detectar aquellos con anticuerpo negativo. Hemos querido estudiar la prevalencia de EC en DM1, realizando un cribado basándonos en la compatibilidad del HLA.

Métodos: Seleccionamos 200 pacientes con DM1, de los cuales 190 (95%) tenían HLA DQ2, DQ8 o ambos y 19 (9,5%) tenían al menos un anticuerpo (Ac) positivo. De ellos 136 aceptaron participar en el estudio y a todos les hicimos análisis de sangre y gastroscopia.

Resultados: Dieciséis pacientes tenían histología compatible con EC: 7 Marsh 1 (uno con Ac positivos), 3 Marsh 2 (todos con Ac negativos), 4 Marsh 3a (uno con Ac positivos) y 2 Marsh 3c (los dos con Ac positivos). Tras descartar otros diagnósticos como infección por *Helicobacter pylori* o toma previa de AINE, 6 pacientes (3%) fueron diagnosticados de EC definitiva: 1 Marsh 1 y Ac positivos, 1 Marsh 2 y Ac negativos, 2 Marsh 3a uno con Ac positivos y 2 con Marsh 3c, los dos con Ac positivos. Los 6 eran homocigotos DQ2.5/DQ2.5, lo que supone una prevalencia de EC del 9,8% (6/65) en este grupo de pacientes. La sensibilidad que calculamos para ATG fue del 67% (IC95%: 22,3-95,7) y la especificidad del 99% (IC95%: 95,7-99,9). El valor predictivo positivo fue del 80% (IC95%: 28,3-99,5) y el valor predictivo negativo del 98% (IC95%: 94,4-99,8). Obtuvimos resultados similares para el Ac antiendomio (EMA).

Conclusiones: 1. Un alto porcentaje de pacientes con DM1 presenta un HLA de susceptibilidad para el desarrollo de una EC. 2. Realizar un cribado de EC en pacientes con DM1 mediante la determinación del HLA permite detectar únicamente un 1% de pacientes con EC seronegativa. 3. Los pacientes con DM1 homocigotos DQ2.5 son los que más riesgo tienen de desarrollar una EC. 4. La sensibilidad y especificidad de ATG y de EMA en este trabajo es menor a la descrita previamente, debido a la existencia de formas de EC seronegativas.

152. MALABSORCIÓN DE ÁCIDOS BILIARES Y RESPUESTA A LA COLESTIRAMINA EN PACIENTES CON DIARREA CRÓNICA ACUOSA CON O SIN COLECISTECTOMÍA

L. Ruiz-Campos^a, M. Ysamat^b, B. Arau^a, C. Esteve^a, M. Rosinach^a, J.M. Viver^a, C. Loras^a, M. Esteve^a y F. Fernández-Bañares^a

^aHospital Universitari Mútua de Terrassa, Servicio de Digestivo, CIBEREHD, Barcelona. ^bCentro de Tecnología Diagnóstica (CTD), Terrassa, Barcelona.

Introducción: Hay pocos estudios, realizados en series pequeñas, que muestran que la diarrea post-colecistectomía es secundaria a malabsorción de ácidos biliares (MAB). En estos casos se ha descrito una respuesta excelente a la colestiramina.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de MAB y la respuesta a largo plazo a la colestiramina en pacientes con diarrea crónica acuosa con o sin colecistectomía previa.

Métodos: Se revisan de forma retrospectiva las historias clínicas de 215 pacientes consecutivos con diarrea crónica acuosa de características funcionales que se habían hecho un test de SeHCAT en el periodo 2007-2013. Se seleccionan 137 pacientes sin colecistectomía previa (Grupo 1; edad 50 ± 1,5; 70% mujeres) y 65 colecistectomizados (Grupo 2; edad 58,8 ± 1,9; 80% mujeres). Se registran datos clínicos, motivo de la exploración, y la respuesta inicial y mantenida al tratamiento con colestiramina. Se consideró MAB un

valor de SeHCAT < 10% en el 7º día. Se comparan los resultados entre los dos grupos mediante tests de chi-cuadrado y t de Student.

Resultados: 66 (48%) pacientes del Grupo 1 y 44 (68%) del Grupo 2 presentaron MAB ($p = 0,01$); esta fue grave (SeHCAT < 5%) en 61% vs 70%, respectivamente ($p = ns$). En el Grupo 2, no hubieron diferencias en el %MAB entre los pacientes con colecistectomía realizada < 2 años vs > 2 años (65% vs 68%). La respuesta inicial a la colestiramina fue del 79% en el grupo 1 vs 69% en el grupo 2 ($p = 0,3$), y la respuesta a largo plazo [tiempo de seguimiento, 24 meses (IQ, 10 a 40 m)] fue 51% (IC95% 37-65%) vs 54% (IC95% 38-69,5%), respectivamente. En el grupo 2 no hubieron diferencias en la respuesta a la colestiramina en función del tiempo pasado desde la colecistectomía.

Conclusiones: La MAB es frecuente en pacientes colecistectomizados con diarrea crónica de características funcionales. La respuesta a la colestiramina se mantiene a largo plazo en un 54% de los pacientes, sin diferencias respecto al grupo con diarrea secundaria a MAB idiopática. Las diferencias entre respuesta inicial y mantenida a la colestiramina sugiere la existencia de un efecto placebo inicial o falta de cumplimiento a largo plazo.

153. LA BAJA CALIDAD EN LOS VOLANTES DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA NO PERMITE UNA ADECUADA PRIORIZACIÓN DE LOS PACIENTES

M. Arroyo^{a,c}, C. Sostres^{a,c}, J. Montero^b, P. Carrera^c y A. Lanasa^{a,c}

^aHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^bInstituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón), Zaragoza. ^cCIBERehd.

Introducción: La comunicación entre atención primaria (AP) y la atención especializada (AE) se inicia a través de los volantes de derivación (VD). La información proporcionada en estos VD es fundamental para priorizar los casos y proporcionar efectividad y calidad en la práctica clínica del segundo nivel asistencial. Nuestro objetivo es conocer la tasa de derivación con carácter preferente e identificar la idoneidad y calidad de cumplimentación de los VD desde AP a nuestras consultas.

Métodos: Estudio descriptivo con evaluación prospectiva y consecutiva de los VD enviados en el primer trimestre del año 2014 con análisis de los casos preferentes recibidos en el mes de marzo. Se recoge la información de los VD definiendo como criterios de calidad: el motivo de consulta, historia clínica, descripción signos de alarma e impresión diagnóstica. Definimos VD deficiente cuando cumple al menos uno de los criterios: "ausencia motivo de consulta-anamnesis", "ausencia impresión diagnóstica", "ausencia signos de alarma; VD aceptable: presencia simultánea de motivo consulta e impresión diagnóstica y VD óptimo si cumple criterios de "aceptable" e indica signos de alarma. En el mes de marzo además analizamos cómo se clasificó la cita, la necesidad de realizar pruebas complementarias y el diagnóstico al alta. Análisis estadístico mediante paquete SPSS 16.

Resultados: Durante el periodo de estudio recibimos un total de 1.024 VD con un porcentaje de preferentes de 29,5% (303/1.024). Los principales motivos de derivación son referidos a tracto digestivo superior en el 55,7%, al tracto digestivo inferior en el 36% y a hígado-vías biliares (H-VB) en el 8,2%. En el mes de marzo el 27,6% de los VD (99/358) son marcados como preferentes en AP con una frecuencia superior de los volantes referidos a H-VB (15,6% vs 8,2%; $p < 0,05$). El 54% de los pacientes derivados eran mujeres. Edad media de 56,5 ± 19,5 años, con un 71,7% de edad inferior a 75 años (44 VD < 50 años). La calidad de los VD fue deficiente en el 57,1% (56/99) de los casos, aceptable en el 25,5% y óptimo en tan sólo el 10,2%. Tras la revisión de los VD preferentes y la información disponible del enfermo en las bases de datos del hospital el médico

responsable clasificó la cita como preferente en tan sólo el 12,2% (12/99) mientras que el 22,1% (57/285) de los volantes etiquetados como normal se tuvieron que priorizar, con lo que solo se obtiene un 62,5% de concordancia entre la decisión del especialista y AP. En menos de la mitad de los VD solicitados preferentes (45,9%) hubo necesidad de realizar más estudios complementarios para emitir un diagnóstico.

Conclusiones: En nuestro medio la información contenida en los VD es insuficiente para priorizar el caso y no es válida la indicación de preferente que se marca en AP. Creemos necesario mejorar los criterios de derivación en patología digestiva para poder utilizar los VD como herramientas válidas en la informatización de la comunicación entre los dos niveles asistenciales.

154. PERFIL DE MICRORNAS EN LA METAPLASIA INTESTINAL DE PACIENTES INFECTADOS CON HELICOBACTER PYLORI

S. Lario García^{a,b}, A.M. Aransay^{a,c}, A. González-Lahera^{a,c}, J.J. Lozano Salvatella^a, N. Macías^c, A. Brunet-Vega^d, J.L. Lavín^c, M.E. Quílez Tierno^{b,d}, C. Pericay Pijaume^d, A. Montserrat Torres^{a,b}, M. Miquel Plana^{a,b}, M.J. Ramírez Lázaro^{a,b} y X. Calvet Calvo^{a,b}

^aCIBERehd. ^bCorporació Sanitària Parc Taulí, Servei de Digestiu, Sabadell. ^cGenome Analysis Platform, CIC bioGUNE, Parque Tecnológico de Bizkaia, Vizcaya. ^dCorporació Sanitària Parc Taulí, Servei d'Oncologia, Sabadell.

Introducción: El cáncer de estómago es la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo y la infección por *Helicobacter pylori* es el principal agente etiológico. La inflamación crónica de la mucosa puede comportar la aparición secuencial de gastritis, atrofia, metaplasia intestinal (MI), displasia y carcinoma. La MI es considerada una lesión precancerosa. Los efectores estudiados de esta cadena han sido citoquinas y otros factores proteicos con propiedades pro- y antiinflamatorias, pero en estos últimos años se ha comprobado que otras moléculas, como los RNAs no codificantes, participarían en la respuesta inmune innata y adaptativa así como en la aparición de lesiones precancerosas y cancerosas. Los microRNAs son una familia de RNAs no codificantes con funciones reguladoras de la expresión génica. Dado que el tratamiento erradicador para la prevención del cáncer gástrico sería efectivo únicamente en aquellos casos previos a la aparición MI, sería de gran utilidad identificar aquellos pacientes con un alto riesgo de desarrollar patologías asociadas con la infección por *H. pylori*.

Objetivo: Nos planteamos que la metaplasia intestinal tendría un perfil diferencial de microRNAs que permitiría su mejor diagnóstico y seguimiento.

Métodos: Se seleccionaron 58 pacientes de un grupo de 397 pacientes dispépticos consecutivos visitados por la Unidad de Endoscopia de nuestro centro. Durante la endoscopia se recogieron dos biopsias antrales adicionales para los estudios moleculares. La infección por *H. pylori* se determinó por el test rápido de la ureasa, test del aliento e histología. Los pacientes con MI (MI completa o incompleta, $n = 36$) se dividieron en dos grupos en función de la presencia de *H. pylori*: (A) *H. pylori* positivos $n = 24$ y (B) *H. pylori* negativo ($n = 12$). De manera paralela, 22 pacientes sin MI o gastritis atrófica se utilizaron como grupos control y se dividieron en: (C) *H. pylori* positivos $n = 15$ y (D) *H. pylori* negativos ($n = 7$). El RNA total se aisló de las dos biopsias antrales y se prepararon para la secuenciación masiva utilizando TruSeq-SmallRNA Sample Prep Kit. Las librerías se secuenciaron en el sistema HiScanSQ (illumina). Las single-end reads se mapearon y analizaron con sRNAbench y R-edgeR.

Resultados: Encontramos un total de 192 miRNA con más de 100 reads en las 58 librerías. Los pacientes con MI mostraron la regulación al alza de 9 miRNAs (FC = 2,0, FDR < 0,05) respecto a los infec-

tados sin MI. Los pacientes con MI intestinal e infectados con *H. pylori* mostraron el aumento de 13 miRNAs respecto a los pacientes con MI no infectados (FC = 2,0, FDR < 0,05).

Conclusiones: Este estudio muestra que la expresión de miRNA está alterada en la MI. El patrón de miRNAs alterado es diferente en función de la presencia o ausencia de *H. pylori*. El panel de miRNAs está siendo validado en un grupo independiente de pacientes por medio de qPCR. Tras esta la evaluación el panel de miRNAs desregulados podría ser útil en el diagnóstico y seguimiento de la MI.

155. REGISTRO EUROPEO DE MANEJO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* (HP-EUREG). RESULTADOS ESPAÑOLES INTERMEDIOS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 2.632 PACIENTES

M. Caldas^a, A.G. McNicholl^a, A. Pérez-Aisa^b, M. Castro-Fernández^c, A. Huerta^d, J. Molina-Infante^e, L. Bujanda^f, A. Lanás^g, I. Ariño^g, M. Domínguez-Cajal^h, M. Montoro^h, J. Barrioⁱ, L. Fernández-Salazar^j, A.J. Lucendo^k, J.M. Botargués^l, L. Rodrigo^m, P. Almelaⁿ, C. de la Cobaⁿ, I. Modolell^o, B. Gómez Rodríguez^p, M. Barenys^q, J. Millastre^q, J. Alcedo^r, E. Medina^s, L. Ferrer-Barcelo^s, X. Calvet^t, P. Sánchez-Pobre^u, J. Pérez Lasala^v y J.P. Gisbert^w

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Madrid. ^bAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^cHospital Universitario de Valme, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Sevilla.

^dHospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya.

^eHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres. ^fHospital de Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Vizcaya. ^gHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Zaragoza. ^hHospital San Jorge, Servicio de Aparato Digestivo, Huesca. ⁱHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^jHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^kHospital General de Tomelloso, Servicio de Aparato Digestivo, Ciudad Real. ^lHospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

^mHospital Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo. ⁿHospital Universitari General de Castelló, Servicio de Aparato Digestivo, Castellón. ^oHospital de Cabueñes, Servicio de Aparato Digestivo, Gijón. ^pConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^qHospital Quirón Sagrado Corazón, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla.

^rHospital de Viladecans, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^sHospital de Barbastro, Servicio de Aparato Digestivo, Huesca.

^tConsorcio Hospital General Universitario de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^uHospital de Sabadell, Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Sabadell. ^vHospital Clínico San Carlos, IdISSC, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^wHospital Universitario Sanchinarro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: El estudio de la infección por *Helicobacter pylori* es de gran interés en países con elevada prevalencia, como es el caso de España. La alta tasa de resistencia a claritromicina en nuestro medio (alrededor del 20%) dificulta la erradicación con las terapias habituales, por lo que se requieren nuevas herramientas que nos permitan evaluar el manejo de la infección en la práctica clínica.

Objetivo: Registrar y evaluar el manejo realizado en la práctica clínica por gastroenterólogos españoles en pacientes adultos infectados por *H. pylori*.

Métodos: Se ha obtenido información mediante un cuaderno de recogida de datos electrónico con la intención de realizar un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en el que participan

hasta la fecha 23 hospitales españoles que forman parte del "Registro Pan-Europeo de manejo de la infección por *H. pylori*".

Resultados: Hasta el momento se han incluido 2.632 pacientes, siendo el 60% mujeres, con una edad media de 50 años. El 5% de los pacientes incluidos tenía alergias a fármacos (94% de ellos a penicilinas). El 60% de los pacientes registrados presentaba dispepsia, el 21% enfermedad ulcerosa péptica y el 19% otra sintomatología que determinó el diagnóstico de la infección. Los métodos diagnósticos más frecuentemente empleados fueron el test del aliento con urea marcada con C13 (39%) y la histología (37%). Sólo se realizó cultivo en el 2,4% de los casos, llevándose a cabo fundamentalmente antes de administrar el primer tratamiento erradicador (92%). En este grupo, la tasa de resistencia a metronidazol fue del 29% (IC95% 16-41%), a quinolonas del 24% (12-35%) y a claritromicina del 15% (5-25%). El 72% de los pacientes incluidos recibió una primera línea de tratamiento erradicador, siendo las pautas más utilizadas la terapia triple estándar (IBP, amoxicilina y claritromicina, 52%) y la cuádruple sin bismuto en régimen concomitante (35%), obteniendo con ellas tasas de erradicación del 86% (84-88%). El 20% de los pacientes incluidos recibió una segunda línea de tratamiento, siendo en el 92% de los casos terapias triples con quinolonas (levofloxacino o moxifloxacino) y en el 5% terapias cuádruples clásicas con bismuto; obteniendo eficacias del 83% (79-87%) en estos pacientes en segunda línea. En tratamientos de tercera y cuarta línea (7% de los casos), los regímenes más empleados fueron los cuádruples con bismuto (45%) y los triples con quinolonas (21%), alcanzando con ellos eficacias del 77% (68-86%).

Conclusiones: La eficacia de los tratamientos erradicadores más frecuentemente empleados en el presente registro español es menor de lo que sería deseable para cualquier otra enfermedad infecciosa (< 90% en primera línea y aproximadamente del 80% en segunda). Un análisis más detallado de la eficacia lograda con cada tratamiento en cada línea en concreto nos permitirá una evaluación más precisa de la realidad en nuestro medio y así mejorar el manejo de la infección por *H. pylori*.

156. REGISTRO EUROPEO DE MANEJO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* (HP-EUREG): RESULTADOS ESPAÑOLES INTERMEDIOS SOBRE LA EFICACIA DE LA PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO

M. Caldas^a, A.G. McNicholl^a, A. Pérez-Aisa^b, M. Castro-Fernández^c, A. Huerta^d, J. Molina-Infante^e, L. Bujanda^f, A. Lanás^g, I. Ariño^g, M. Domínguez-Cajal^h, M. Montoro^h, J. Barrioⁱ, L. Fernández-Salazar^j, A.J. Lucendo^k, J.M. Botargués^l, L. Rodrigo^m, P. Almelaⁿ, C. de la Cobaⁿ, I. Modolell^o, B.J. Gómez Rodríguez^p, M. Barenys^q, J. Millastre^q, J. Alcedo^r, E. Medina^s, L. Ferrer^t, X. Calvet^u, P. Sánchez-Pobre^u, J. Pérez-Lasala^v y J.P. Gisbert^w

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Madrid. ^bAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^cHospital Universitario de Valme, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Sevilla.

^dHospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya.

^eHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres.

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

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

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

ⁱHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid.

^jHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid.

^kHospital General de Tomelloso, Servicio de Aparato Digestivo, Ciudad Real.

^lHospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

^mHospital Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo.

ⁿHospital Universitari General de Castelló, Servicio de Aparato

Digestivo, Castellón. ^aHospital de Cabueñes, Servicio de Aparato Digestivo, Gijón. ^oConsorti Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^pHospital Quirón Sagrado Corazón, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla. ^qHospital de Viladecans, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^rHospital Universitario Miguel Servet, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^sHospital de Barbastro, Servicio de Aparato Digestivo, Huesca. ^tConsortio Hospital General Universitario de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^uHospital de Sabadell. Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Sabadell. ^vHospital Clínico San Carlos, IdISCC, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^wHospital Universitario de Sanchinarro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: Se requieren datos actualizados sobre la eficacia obtenida en España con los tratamientos erradicadores de *H. pylori* recomendados en las guías de práctica clínica, de cara a elegir el mejor tratamiento en nuestro medio.

Objetivo y métodos: Mediante un cuaderno de registro electrónico se están recogiendo datos de pacientes tratados por gastroenterólogos españoles de 23 centros diferentes, con el objetivo de realizar un estudio prospectivo y observacional que analice el manejo real, en práctica clínica, de la infección por *H. pylori*.

Resultados: 1.904 pacientes naïve han sido incluidos hasta la fecha, recibiendo la mayoría un tratamiento triple con IBP, claritromicina y amoxicilina (52%) o un tratamiento cuádruple sin bismuto en régimen concomitante (35%). Con la terapia triple de 10 días de duración y omeprazol como IBP, la eficacia fue del 84% (IC95% 80-88%), mientras que para la terapia cuádruple concomitante fue del 90% (85-94%) ($p = 0,06$). Al incrementar la duración hasta 14 días y utilizando esomeprazol como IBP (a doble dosis), la eficacia ascendió hasta el 93% para la terapia triple (88-99%) (siendo esta diferencia estadísticamente significativa; $p = 0,01$) y hasta el 91% para la terapia cuádruple (sin alcanzar este último incremento la significación estadística). 538 pacientes recibieron una segunda línea de tratamiento, incluyendo en su mayoría terapias triples con un IBP, una quinolona (levofloxacino o moxifloxacino) y un segundo antibiótico. Estas terapias combinadas con omeprazol y durante 10 días lograron la erradicación en el 73% de los casos (66-80%). No obstante, al incrementar a 14 días la duración y empleando esomeprazol a doble dosis se optimizó su eficacia hasta el 93% (88-98%) ($p = 0,001$).

Conclusiones: En la actualidad, la terapia triple estándar con omeprazol y administrada durante 10 días logra, en primera línea, tasas de erradicación subóptimas en nuestro medio, por lo que, de emplearse el tratamiento triple, parece recomendable hacerlo en pautas de 14 días y, posiblemente, con esomeprazol a doble dosis. La terapia cuádruple sin bismuto "concomitante" con omeprazol y durante 10 días es más eficaz que la triple terapia, por lo que debería recomendarse como tratamiento de primera elección. En segundas líneas, la eficacia de las terapias triples con quinolonas puede optimizarse al emplear esomeprazol y extender el tratamiento a 14 días. No obstante, esperamos que los análisis futuros de este registro español puedan aportar información que complemente estos resultados preliminares.

157. CUANTIFICACIÓN DE LA CONCENTRACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA INFLIXIMAB (IFX) EN SUERO HUMANO USANDO ANTICUERPO PURO COMO CALIBRADOR

B. Hernández-Breijo^a, M. Chaparro^b, I.D. Román^a, J. Monserrat^c, D. Cano-Martínez^b, P. Sanmartín-Salinas^a, I. Guerra^d, M. Iborra^e, J.L. Cabriada^f, L. Bujanda^g, C. Taxonera^h, V. Garcíaⁱ, I. Marín^j, M. Barreiro de Acosta^k, I. Vera^l, M. D. Martín-Arranz^m, A. López Sanrománⁿ, L. Sempere^o, F. Gomollón^o, J. Hinojosa^p y J.P. Gisbert^b

^aUniversidad de Alcalá, Departamento de Biología de Sistemas, CIBEREHD, Alcalá de Henares. ^bHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Madrid. ^cUniversidad de Alcalá, Departamento de Medicina y Especialidades Médicas, Alcalá de Henares. ^dHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^eHospital Universitario La Fe, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Valencia. ^fHospital de Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo, Vizcaya. ^gHospital de Donostia, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, San Sebastián. ^hHospital Clínico San Carlos, IdISCC, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ⁱHospital Reina Sofía, Servicio de Aparato Digestivo, Córdoba. ^jHospital General Universitario Gregorio Marañón, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^kHospital Clínico Universitario Santiago de Compostela, Servicio de Aparato Digestivo, Santiago de Compostela. ^lHospital Universitario Puerta de Hierro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^mHospital Universitario La Paz, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ⁿHospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^oHospital General de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo, Alicante. ^pHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Zaragoza. ^qHospital de Manises, Servicio de Aparato Digestivo, Manises.

Introducción: La pérdida de respuesta al IFX se ha asociado con la generación de anticuerpos contra el fármaco (ATI). Se han desarrollado diferentes métodos para la detección de ATI. El método en fase líquida por HPLC es considerado como el más preciso y permite estudiar la interacción ATI-IFX gracias al análisis de los cambios en el peso molecular, lo cual aumenta la especificidad del método, (disminuyendo los falsos positivos que se observan por ELISA). Sin embargo, es necesario encontrar un método para poder cuantificar, de manera precisa, la concentración de ATI.

Objetivo: Cuantificar de manera exacta los ATI por HPLC, utilizando un patrón oro más óptimo que el empleado hasta ahora.

Métodos: Se analizaron sueros humanos procedentes de voluntarios sanos ($n = 20$) y de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) ($n = 19$). Los pacientes con EC tenían una enfermedad activa (CDAI > 150) al inicio de la terapia con IFX (5 mg/kg). La evaluación bioquímica de los ATI se llevó a cabo antes de empezar la terapia y en la semana 14 de tratamiento. Para medir los ATI se incubó el suero con IFX-alexa488 y la mezcla se inyectó en una columna de HPLC de exclusión por tamaño Yarra3000 (Phenomenex, EEUU). Para cuantificar los ATI se construyó una curva patrón por dilución en suero humano, del anticuerpo IgG1 anti-idiotípico anti-IFX, generado por la tecnología de librería combinatoria de anticuerpos humanos (HUCAL; Human Combinatorial Antibody Library) (Abd Serotec, Alemania). La pureza del patrón fue confirmada por electroforesis y subsecuente tinción con plata. La caracterización del peso molecular del complejo patrón-IFX se estimó por HPLC utilizando IFX-alexa488.

Resultados: Se observó por HPLC un pico de 300 kDa correspondiente a la unión de dos moléculas de IgG. El patrón mostró alta afinidad ($K_d = 3,9$ nM) y especificidad por el IFX. Estos parámetros se evaluaron por la disminución de la fluorescencia en el pico de 300 kDa en presencia de IFX frío (no marcado). La pre-incubación con adalimumab o con anti-Fc no produjo cambios. La curva de calibrado fue lineal en un rango de concentración de 1,3-33,3 nM. El límite de detección fue de 1,3 nM. En la semana 14, se detectaron ATI en el 26% de los pacientes ($n = 5$). La concentración umbral para considerar que un individuo presentaba ATI fue de 3 nM, ya que ningún voluntario sano o paciente sin tratamiento mostró valores por encima de la misma.

Conclusiones: El anticuerpo patrón IgG1 anti-idiotípico anti-IFX permite la cuantificación exacta de la concentración de ATI por HPLC.

158. ¿ES NECESARIO LA REALIZACIÓN DE GASTROSCOPIA A TODOS LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y ANTICUERPOS ANTI CÉLULAS PARIETALES Y/O ANTI FACTOR INTRÍNSECO POSITIVOS?

B. González de la Higuera Carnicer^a, C. Prieto Martínez^a, D. Ruiz-Clavijo García^a, F. Bolado Concejo^a, M.J. Goñi Iriarte^b, E. Valdivielso Cortázar^a, J.J. Vila Costas^a y J.M. Zozaya Urmeneta^a

Complejo Hospitalario de Navarra: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Endocrinología y Nutrición, Pamplona.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) está asociada a otras patologías de etiología autoinmune, como la gastritis atrófica. La prevalencia de gastritis atrófica en pacientes con DM1 es del 5-10%, por lo que se determinan los anticuerpos anti células parietales (ACP) y los anticuerpos anti factor intrínseco (AFI) como método de cribado. El diagnóstico de atrofia gástrica se confirma mediante biopsia de cuerpo gástrico tomada por endoscopia. Se ha postulado la utilidad de la determinación del pepsinógeno tipo I asociado a la gastrina para el diagnóstico de gastritis atrófica.

Objetivo: Analizar la validez de la determinación del pepsinógeno y gastrina en este grupo de pacientes para el diagnóstico de gastritis atrófica sin necesidad de realizar estudio histológico.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de un grupo de pacientes diagnosticados de DM1 con ACP y/o AFI positivos derivado a la consulta de Digestivo desde Endocrinología. A todos se les determinó los niveles de gastrina, pepsinógeno y vitamina B12. Se realiza gastroscopia con toma de biopsias de cuerpo gástrico a todos los pacientes (patrón oro de atrofia gástrica). También se determinaron características clínicas: sexo, edad, tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y la existencia de síntomas digestivos. Se utilizaron estadísticos descriptivos y test de chi cuadrado. Se evaluó la validez de estos test diagnósticos calculando su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo. El estudio fue aprobado por el comité de ética de nuestro centro.

Resultados: Se recogieron 75 pacientes con DM 1 y ACP y/o AFI positivos, 54,7% mujeres, con una edad media de 46,19 años (rango 18-75). El 10,7% tenía déficit de vitamina B12. El 64% no presentaba clínica digestiva, siendo la dispepsia el síntoma más frecuente entre los que sí presentaban clínica. El 8% seguía tratamiento con IBP. 22 pacientes (29,3%) presentaban niveles patológicos de pepsinógeno y 37 (49,3%) niveles patológicos de gastrina. 7 rechazaron realizarse estudio endoscópico. En los que se realizó estudio endoscópico, el 33% presentaba atrofia gástrica en las biopsias de cuerpo. El 65,6% de los pacientes con gastrina patológica presentaba atrofia gástrica ($p < 0,05$) con una sensibilidad y especificidad del 84% y 74% respectivamente y un VPP 65% y VPN 88%. El 85% de los que tenían niveles alterados de pepsinógeno presentaba atrofia gástrica ($p < 0,05$), con una sensibilidad del 68%, especificidad del 93%, VPP 85% y VPN 83%.

Conclusiones: 1. Los pacientes con atrofia gástrica presentan niveles patológicos de gastrina y pepsinógeno 2. El VPN de la gastrina y el VPP del pepsinógeno son elevados, por lo que podrían usarse como marcadores de atrofia gástrica en estos pacientes, evitando realizar gastroscopia en aquellas situaciones en las que estas determinaciones sean normales.

159. MELATONINA ASOCIADA A INHIBICIÓN ÁCIDA COMO ESTRATEGIA DE QUIMIOPREVENCIÓN EN ESÓFAGO DE BARRETT. UN ESTUDIO PILOTO

P. Lacarta García^a, E. Piazuelo Ortega^b, A. de Martino Rodríguez^b, C. Sostres Homedes^a, G. Muñoz González^a, P. Roncalés Lázaro^b, P. Carrera Lasfuentes^b, E. Chueca Lapuente^b y A. Lanás Arbeloa^a

^aHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ^bInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza.

Introducción: El esófago de Barrett (EB) es una lesión premaligna que incrementa el riesgo de adenocarcinoma de esófago (ACE). El estrés oxidativo ha demostrado tener un papel importante en la progresión desde EB a ACE pero pocos estudios han examinado los efectos de los antioxidantes en dicha progresión.

Objetivo: Determinar el efecto de la melatonina sobre el estrés oxidativo y la proliferación celular en pacientes con esófago de Barrett.

Métodos: Ensayo clínico en fase IV, abierto, aleatorizado con pacientes de ambos sexos (> 18 años de edad) diagnosticados de EB mayor de 2 cm de longitud por endoscopia, que firmaron el consentimiento informado, fueron tratados con su dosis habitual de IBP sola o en combinación con melatonina 6 mg/12 horas durante 6 meses. Se excluyeron: pacientes con esofagitis en la endoscopia inicial, con displasia de alto grado o carcinoma; a los que se hubiera realizado una cirugía gástrica o esofágica previa; pacientes con tratamiento habitual (más de 5 días a la semana) con AINEs (incluyendo AAS o coxibs); que padecieran una enfermedad sistémica grave o una enfermedad maligna en los últimos 5 años; que requirieran misoprostol o anticoagulantes orales; y alérgicos a los IBP. Se realizó gastroscopia al inicio y a los seis meses y la toma de biopsias de la mucosa de EB se realizó siguiendo el protocolo de Seattle. Como marcadores de estrés oxidativo se utilizó la producción de peroxinitritos y el daño oxidativo del ADN. La presencia de peroxinitritos se determinó mediante una tinción inmunohistoquímica (IHQ) utilizando un anticuerpo monoclonal anti-nitrotirosina (NT) y, para determinar el daño oxidativo del DNA se utilizó un anticuerpo para cuantificar de manera indirecta, mediante IHQ, los niveles de 8-hidroxi-2'-desoxiguanosina (8dOHg) al igual que la proliferación celular (Ki67). Para el análisis estadístico se usaron test paramétricos y no paramétricos.

Resultados: Cuarenta y cuatro pacientes con EB (edad = $56,2 \pm 11,3$ años, longitud EB = $4,25 \pm 2,55$ cm; 77,3% hombres) se incluyeron, de los cuales 3 no completaron el estudio: 2 debido a efectos adversos no relacionados con la medicación a estudio y uno voluntariamente. El 13,6% tenían displasia de bajo grado al inicio del estudio. El tratamiento con melatonina + IBP no modificó el grado de lesión histológica. No se encontraron diferencias en los niveles de estrés oxidativo en cuanto a la producción de peroxinitritos (% tinción de área glandular NT+: $0,72 \pm 0,32$ vs $0,69 \pm 0,36$) ni tampoco se encontraron diferencias significativas en los niveles de 8dOHg (% área 8dOHg+: $11,22 \pm 8,42$ vs $13,02 \pm 1,01$). Se observó una tendencia al aumento de la proliferación celular en los dos grupos, IBP y melatonina + IBP, siendo estadísticamente significativa en el grupo melatonina + IBP (% área glandular Ki-67+: $0,09 \pm 0,13$; $p = 0,04$).

Conclusiones: La adición de Melatonina al tratamiento con IBP durante 6 meses no afecta al estrés oxidativo de la mucosa del esófago de Barrett.

160. TERAPIA DE RESCATE DE SEGUNDA LÍNEA CON MOXIFLOXACINO TRAS EL FRACASO ERRADICADOR DE H. PYLORI

J.P. Gisbert^a, M. Romano^b, J. Molina-Infante^c, A.J. Lucendo^d, E. Medina^e, I. Modolell^f, M. Rodríguez-Tellez^g, B. Gómez^h, J. Barrioⁱ, M. Perona^j, J. Ortuño^k, I. Ariño^l, J.E. Domínguez-Muñoz^m, A. Pérez-Aisaⁿ, F. Bermejo^o, J.L. Domínguez^o, P. Almela^o, J. Gómez-Camarero^o, J. Millastre^r, E. Martín-Noguerol^s, A.G. Gravina^t, M. Martorano^t, A. Miranda^b, A. Federico^b, M. Fernández-Bermejo^c, T. Angueira^d, L. Ferrer-Barceló^e, N. Fernándezⁿ, A.C. Marín^a y A.G. McNicholl^a

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Madrid. ^bAzienda Ospedaliera Universitaria, Seconda Università di Napoli, Servicio de Aparato Digestivo, Nápoles, Italia. ^cHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de

Aparato Digestivo, Cáceres. ^aHospital General de Tomelloso, Servicio de Aparato Digestivo, Ciudad Real. ^bHospital General de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^cConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^dHospital Universitario Virgen Macarena, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla. ^eHospital Quirón Sagrado Corazón, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla. ^fHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^gHospital Quirón, Servicio de Aparato Digestivo, Marbella. ^hHospital La Fe, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Valencia. ⁱHospital Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Zaragoza. ^jHospital Clínico de Santiago, Servicio de Aparato Digestivo, Santiago de Compostela. ^kAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^lHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^mHospital Alto Guadalquivir, Servicio de Aparato Digestivo, Jaén. ⁿHospital General de Castellón, Servicio de Aparato Digestivo, Castellón. ^oHospital General Universitario Gregorio Marañón, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^pHospital Universitario Miguel Servet, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^qHospital Carmen y Severo Ochoa, Servicio de Aparato Digestivo, Cangas del Narcea. ^rHospedale "Immacolata", Servicio de Aparato Digestivo, Sapi, 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 300 pacientes consecutivos (edad media 48 años, 59% mujeres, 11% con úlcera péptica y 89% con dispepsia funcional/no investigada). El tratamiento previo (fallido) había sido: triple estándar (212 pacientes), secuencial (27) y concomitante (61). Cinco pacientes no volvieron al control tras el tratamiento. El 97% de los pacientes completó estrictamente el tratamiento. La erradicación "por protocolo" fue del 84,9% (IC95%, 81-89%), y del 82,3% (78-87%) "por intención de tratar". Las tasas de erradicación fueron similares cuando se compararon en función del diagnóstico (úlceras 82% vs dispepsia funcional/no investigada 82%) y del tratamiento previo (triple estándar 83% vs secuencial 89% vs concomitante 75%). En el estudio multivariante, la edad fue la única variable que se asoció al éxito erradicador (OR, 0,966; IC95%, 0,945-0,987). Se describieron efectos adversos en el 26% de los casos, siendo los más frecuentes la diarrea (10%), el dolor abdominal (10%) y las náuseas (10%); 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.

161. EL PERFIL GENÉTICO, INCLUYENDO LOS POLIMORFISMOS DEL CITOCROMO CYP2C19, NO DETERMINA LA RESPUESTA A IBP EN PACIENTES CON EOSINOFILIA ESOFÁGICA SINTOMÁTICA

D. Vara-Brenes^a, M.D. Rivas^b, R. Prados-Manzano^a, P.P. Joya Vázquez^a, P.L. González-Cordero^a, J. Zamorano^b y J. Molina-Infante^a

^aHospital San Pedro de Alcántara: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bUnidad de Investigación, Cáceres.

Introducción: La eosinofilia esofágica respondedora a IBP (EER-IBP) es una entidad clínica frecuente (30-50%) en pacientes con eosinofilia esofágica sintomática. Actualmente, la EER-IBP y la esofagitis eosinofílica (EoE) son dos entidades indistinguibles sin reevaluación endoscópica tras tratamiento con IBP.

Objetivo: Evaluar diferencias genéticas que pudieran justificar la diferente respuesta terapéutica entre ambas entidades.

Métodos: Estudio prospectivo en pacientes adultos consecutivos con disfagia/impactación alimentaria y detección de > 15 eos/cga en las biopsias de esófago. Después de reevaluación clínica y endoscópica con IBP (omeprazol 40 mg/12 h 8 semanas), los pacientes fueron clasificados como EER-IBP (remisión clínica y < 15 eos/cga) y EoE (ausencia de respuesta clínica e histológica conjunta). Se tomaron muestras de sangre periférica en todos los pacientes para evaluar los principales polimorfismos del citocromo CYP2C19, CYP2C19*2 y CYP2C19*17 (que controla el metabolismo de los IBP), polimorfismos característicos de EoE (eotaxina-3 y TSLP (thymic stromal lymphopoietin (TSLP)) y codificantes de los receptores y ligandos (STAT6) de las principales citoquinas Th2 (interleuquina (IL)-4 y IL-13) involucradas en la EoE.

Resultados: Se incluyeron 63 pacientes, con diagnóstico final de EER-IBP en 26 (41%) y EoE en 37 (59%). No se registraron diferencias relevantes entre grupos en parámetros clínicos, endoscópicos e histológicos. En cuanto al citocromo CYP2C19, cabe destacar a nivel global la elevada prevalencia de pacientes con genotipo metabolizador rápido de IBP (71% CYP2C19*2 y 68% CYP2C19*17). No se detectaron diferencias relevantes entre grupos para CYP2C19*2 (EER-IBP 71% vs EoE 77%, p 0,8) y CYP2C19*17 (77% vs 61%, p 0,2). De igual manera, la eotaxina-3 (TT 74% vs 61%, p 0,43) y TSLP (AA 51% vs 44%, p 0,31), al igual que STAT6 y los receptores de IL-4 e IL-13 no se expresaron de manera distinta entre pacientes con y sin respuesta a IBP.

Conclusiones: El genotipo metabolizador del citocromo CYP2C19 no determina la respuesta a IBP en pacientes con eosinofilia esofágica sintomática. La elevada tasa de metabolizadores rápidos (70%) en esta población hace necesario dosis altas de IBP para no infraestimar la respuesta a los IBP. Los pacientes con EER-IBP presentan las mismas alteraciones genotípicas que los pacientes con EoE.

162. ESTUDIO DEL DAÑO DEL EPITELIO INTESTINAL EN FAMILIARES ADULTOS DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CELIACOS

L. Rodríguez Martín, L.M. Vaquero Ayala, M. Aparicio Cabezudo, N. Fernández Fernández, D. Joao Matías, L. Montesión Ron, M. Jiménez Palacios, M. Hernando, C. Iglesias y S. Vivas Alegre

Complejo Hospitalario de León.

Introducción: La proteína ligadora de ácidos grasos intestinales (I-FABP) es un marcador de daño epitelial cuyos niveles séricos se correlacionan con el daño histológico en la enfermedad celiaca. Los familiares de primer grado (FPG) de pacientes con enfermedad celiaca constituyen un importante grupo de riesgo. En ellos es frecuente encontrar formas histológicas leves como enteritis linfocítica aunque desconocemos si se relaciona con alteración en la integridad del epitelio intestinal.

Objetivo: Valorar el daño del epitelio intestinal en FPG sin criterios de enfermedad celiaca mediante los niveles séricos de I-FABP. Pacientes y métodos. Se incluyeron FPG de pacientes celíacos, adultos y con serología negativa (Ac antiTG). Se determinaron los niveles séricos de IFABP mediante ELISA. Se realizó una gastroscopia a todos los participantes con biopsias gástricas y duodenales. Analizamos la relación entre los niveles de I-FABP y la presencia de enteritis linfocítica en la biopsia duodenal y el genotipo HLA.

Resultados: Fueron incluidos 67 FPG adultos con una media de 42,67 años, de los cuales 40 eran mujeres (58,8%). Tenían algún alelo del HLA DQ2/DQ8 el 75% y los restantes no tenían HLA de riesgo para enfermedad celiaca. En las biopsias duodenales, el 38,2% (26) presentaban enteritis linfocítica (Marsh I), siendo el resto normales (Marsh 0). A nivel gástrico, se detectó *Helicobacter pylori* en el 42,6% (29). La concentración de I-FABP fue superior en los sujetos con HLA DQ2/DQ8 frente a aquellos sin marcadores de genética de riesgo ($427,18 \pm 164,38$ pg/ml vs $324,95 \pm 108,06$ pg/ml, $p = 0,023$). Del mismo modo, se detectaron niveles más elevados en individuos con Marsh I frente a Marsh 0 ($470,30 \pm 189,42$ pg/ml vs $359,93 \pm 118,61$ pg/ml, $p = 0,011$). Esta diferencia fue más marcada al comparar los familiares con genética de riesgo y enteritis linfocítica con el resto de participantes ($521,01 \pm 177,63$ pg/ml vs $352,45 \pm 119,35$ pg/ml, $p = 0,001$). Sin embargo, no encontramos relación entre los niveles de I-FABP y la infección por *H. Pylori* o la presencia de clínica digestiva.

Conclusiones: Existen datos indirectos de un posible daño del epitelio intestinal en los FPG adultos a pesar de no existir atrofia vellositaria. La enteritis linfocítica y la presencia de antígenos de HLA de riesgo para enfermedad celiaca son los factores que se asocian a una mayor concentración de I-FABP. Su coexistencia puede traducir un mayor daño del epitelio intestinal.

163. ALLOGRAFT INFLAMMATORY FACTOR-1 (AIF-1) ESTIMULA LA DIFERENCIACIÓN TH1 DE CÉLULAS T HUMANAS Y LAS PROTEGE DE LA APOPTOSIS

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

Universidad de Alcalá: ^aDepartamento de Biología de Sistemas, CIBEREHD; ^bDepartamento de Medicina y Especialidades Médicas, Alcalá de Henares. ^cHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Madrid. ^dVall d'Hebron Hospital Research Institute, Grupo de Investigación, Barcelona.

Introducción: Nuestro grupo de investigación ha demostrado que AIF-1 se localiza principalmente en células T CD4+ naïve. La activación de las células T con bolas magnéticas anti-CD3/CD28 estimula la expresión de AIF-1 y su secreción al medio extracelular (Cano-Martínez et al. *Gastroenterology* 2014;146:s822). En el presente estudio nos proponemos determinar el efecto del AIF-1 sobre la diferenciación de las células mononucleares de sangre periférica humana (PBMC). También estudiaremos el efecto del AIF-1 sobre la proliferación y la apoptosis de las PBMC humanas.

Métodos: El estudio se realizó con sangre de voluntarios sanos, tras previo consentimiento informado. La diferenciación de células T se valoró mediante qRT-PCR de IL-2 (interleucina 2), IFN- α (interferón α), IL-4 (interleucina 4), IL-17 (interleucina 17), IL-10 (interleucina 10) y TGF- β (factor de crecimiento transformante β) en PBMC in vitro. Se dispuso de 4 condiciones experimentales: a) condición basal (incubación de PBMC durante 24 horas en presencia de FBS); b) expansión clonal de células T (adición de anti-CD3/CD28); c) y d) diferenciación a Th1 (adición de anti-CD3/CD28, IL-12 y anti-IL-4), en presencia o ausencia de AIF-1 (6 nM). La proliferación de las PBMC humanas se valoró mediante conteo celular y citometría de flujo (con iodo de propidio). La regulación del ciclo celular se

analizó mediante Western Blot de Rb, pRb, E2F, STAT-1 y pSTAT-1. La apoptosis de las diferentes poblaciones celulares se estudió por citometría de flujo multiparamétrica, utilizando Anexina-V, y Western Blot de caspasa-3.

Resultados: La incubación de las PBMC humanas con anti-CD3/CD28, durante 24 horas, aumentó la expresión de IL-2 ($p < 0,001$), sin modificar CD25 (cadena alfa del receptor de IL-2); estos datos están en concordancia con el aumento del número de células y de la fosforilación de Rb y STAT-1. La expansión clonal induce la expresión de IFN- α (respuesta Th1), IL-4 (respuesta Th2) y IL-10 (respuesta Treg) ($p < 0,001$), sin cambios en los niveles de IL-17 (respuesta Th17). Tras la incubación de PBMC con anti-CD3/CD28, IL-12 y anti-IL-4 (respuesta Th1), observamos un aumento de IFN- α ($p < 0,001$) sin cambios en las otras citocinas previamente estudiadas. La presencia de AIF-1 en el medio extracelular durante la diferenciación Th1 incrementó los niveles de ARN mensajero de IL-2 e IFN- α ($p < 0,001$), pero no de IL-4, IL-17, IL-10 y TGF- β . Además, AIF-1 protegió a las células T CD4+ de la apoptosis observada durante la diferenciación a Th1.

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran que el AIF-1 exógeno aumenta la diferenciación Th1 inducida in vitro, incrementando la expresión de IL-2 e IFN- α y protegiendo a las células T CD4+ de la apoptosis.

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, Servicio de Digestivo, CIBEREHD, 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 $92,4 \pm 3,0\%$ vs $75,8 \pm 7,1\%$ (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.

165. LAS ALTERACIONES INMUNOLÓGICAS Y MOLECULARES PRESENTES EN LA ENFERMEDAD CELÍACA CLÁSICA (MARSH 3) NO SE PRESENTAN EN LA ENFERMEDAD CELÍACA LITE (MARSH 1) DEL ADULTO

A. Carrasco, M. Rosinach, M. Aceituno, V. Gonzalo, R. Temiño, Y. Zabana, M. Esteve y F. Fernández-Bañares

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, CIBERhd, Terrassa.

Introducción: El espectro de presentación de la enfermedad celíaca (EC) es muy amplio, desde formas clásicas con presencia de atrofia duodenal hasta formas con lesiones histológicas mínimas (enteritis linfocítica). Nuevas herramientas diagnósticas (presencia de incremento de linfocitos TCRgammadelta intraepiteliales o depósitos de inmunoglobulina A anti-transglutaminasa tisular) permiten ahondar en el diagnóstico del iceberg celíaco. Las alteraciones de la inmunidad innata y adaptativa en la EC clásicas son bien conocidas, pero se desconoce si las formas de presentación más leves comparten los mismos mecanismos fisiopatológicos.

Objetivo: Determinar si las alteraciones inmunológicas detectadas en la EC con atrofia están presentes en la EC tipo Marsh 1.

Métodos: Se incluyeron 33 pacientes (> 18 años): 13 EC Marsh 3; 11 EC Marsh 1; y 9 controles sanos (biopsia normal). El diagnóstico de los pacientes con EC tipo Marsh 1 se basó en la regla 4 de 5 de Catassi y Fassano: 7 tenían serología positiva y los 11 presentaron un patrón citométrico compatible (incremento de TCRgammadelta intraepiteliales), depósitos de IgA-anti-TTG positivos, genética positiva y respuesta a la dieta sin gluten. Se cuantificaron subpoblaciones celulares intraepiteliales mediante citometría de flujo. El factor de transcripción FOXP3 y las citoquinas IFN γ , IL17, IL23, IL21, IL15, IL10, TNF α se cuantificaron mediante PCR en tiempo real.

Resultados: Se detectó un incremento significativo de células NK CD3- citotóxicas con expresión intracelular de perforinas ($p = 0,001$) y de granzima-B ($p = 0,037$) en los pacientes con atrofia, pero no en los EC Marsh1, con respecto al grupo control. No se hallaron diferencias significativas entre los tres grupos en células NK-T citotóxicas TCR $\alpha\beta$ (CD3+/CD3+CD8+). Se detectó un incremento en la expresión de FOXP3 ($p = 0,002$), IL-21 ($p = 0,002$), IL-17 ($p = 0,002$) e IFN γ ($p = 0,000$) en la EC Marsh 3, pero no en la EC Marsh 1.

Conclusiones: La EC tipo Marsh 1 no parece compartir los mismos mecanismos inmunopatológicos que la EC Marsh 3, comportándose igual que los controles sanos en los parámetros evaluados.

Ayuda a la Investigación del FIS PI10/00892.

166. EXPRESIÓN DE FOXP3 EN LA ENTERITIS LINFOCÍTICA EN FUNCIÓN DE SU ETIOLOGÍA

L. Rodríguez Martín, L.M. Vaquero Ayala, M. Aparicio Cabezudo, D. Joao Matías, N. Fernández Fernández, L. Monteserín Ron, C. Iglesias, M. Hernando Martín, J.M. Ruiz de Morales y S. Vivas Alegre

Complejo Hospitalario de León.

Introducción: Los linfocitos Foxp3+ reguladores son fundamentales en el tubo digestivo para desarrollar inmunotolerancia. En celíacos hay un aumento de estas células en la lámina propia de la mucosa intestinal en relación con el daño histológico.

Objetivo: Analizar la expresión de FoxP3 en mucosa duodenal con enteritis linfocítica según la etiología y la presencia de linfocitos gamma-delta. Pacientes y métodos Comparamos tres grupos de pacientes con enteritis linfocítica (celíacos en DSG, familiares de celíacos con genética de riesgo y pacientes con dispepsia funcional), junto con un grupo control sin enteritis duodenal (menos de 25 CD3/100 enterocitos). Se analizó la población linfocitaria duodenal mediante inmunohistoquímica con caracterización de CD3+ y expresión de Foxp3+. La cuantificación de linfocitos gamma-delta en la mucosa duodenal se realizó mediante citometría de flujo en tejido fresco.

Resultados: Incluimos 56 participantes: 14 familiares de celíacos, 12 celíacos en DSG, 14 dispepsias funcionales y 16 controles. La edad media fue de $39,38 \pm 10,89$ años y 32 eran mujeres (57,1%). Se detectó *H. pylori* en 22 (39,6%), sin diferencias entre los diferentes grupos. El número de linfocitos CD3+ fue similar en todos los grupos de enteritis linfocítica. La presencia de linfocitos gammadelta fue significativamente superior en el grupo de sujetos celíacos que en familiares (37,44 vs 5,52; $p < 0,001$) y funcionales (37,44 vs 11,76; $p = 0,008$). La expresión de Foxp3 también fue significativamente superior en celíacos que en familiares (18,85 vs 6,31; $p = 0,001$) y que en funcionales (18,85 vs 7,61; $p = 0,023$). La proporción de linfocitos gammadelta y Foxp3+ fue similar en el grupo de controles que en los familiares o funcionales.

Conclusiones: La enteritis linfocítica asociada a la enfermedad celíaca en ausencia de atrofia vellositaria presenta un incremento de la expresión de Foxp3 y de linfocitos gamma-delta que no se detecta en otras etiologías de enteritis.

167. ESTUDIO NACIONAL MULTICÉNTRICO DE LA PROGRESIÓN DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER GÁSTRICO: GENOTIPOS DE LOS FACTORES DE VIRULENCIA DE HELICOBACTER PYLORI EN LAS BIOPSIAS DE RECLUTAMIENTO

M.J. Ramírez Lázaro^{a,b}, M.E. Quílez^b, S. Lario^{a,b}, J.M. Sanz-Anquela^c, O. Companioni^d, N. Sala^d, C. Bonet^d, M. Berdasco^e, C. López Elzaurdiá^f, J. Mendoza^g, E. Collantes^h, G. Ruiz Fernándezⁱ, E. Rey^j, F. Sánchez-Ceballos^j, E. Poves^k, L. Espinosa^g, J. Barrio^l, A. Torres^m, M. Cuatrecasasⁿ, J.I. Elizalde^a, L. Bujanda^o, M. Garmendia^o, A. Fernández^o, G. Muñoz^q, M. Barenys^a, M.J. Paules^r, J.P. Gisbert^s, C.A. González-Svatetz^t y X. Calvet^{a,b}

Riesgo de MIC, MII y displasia asociada a la presencia de CagA a los genotipos de VacA

Factor de riesgo	MIC (n = 130)	MI (n = 128)	Displasia (n = 15)
vacA s1	5,2 (2,44-11,07)	4,6 (2,22-9,59)	1,8 (0,47-6,68)
VacA m1	3,2 (1,78-5,62)	2,3 (1,30-3,96)	1,1 (0,36-3,34)
Presencia de CagA	3,4 (1,95-5,78)	2,3 (1,38-3,89)	4,2 (1,13-15,70)

Odds ratio (e intervalo de confianza al 95%) del factor de riesgo vs GCA (n = 117).

^aCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). ^bCorporació Sanitària Parc Taulí, Servei de Digestiu, Sabadell. ^cHospital Príncipe de Asturias, Departamento de Patología, Alcalá de Henares. ^dInstituto Catalán de Oncología (IDIBELL-ICO), Barcelona. ^eInstituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), Hospitalet de Llobregat. Hospital de la Princesa: ^fDepartamento de Patología; ^gServicio de Gastroenterología, Madrid. ^hServicio Madrileño de Salud, Departamento de Patología, Madrid. ⁱHospital Universitario La Paz, Departamento de Anatomía Patológica, Madrid. ^jHospital Clínico San Carlos, Servicio de Gastroenterología, Madrid. ^kHospital Universitario Príncipe de Asturias, Servicio de Gastroenterología, Madrid. Hospital Universitario Río Hortega: ^lServicio de Gastroenterología; ^mDepartamento de Patología, Valladolid. Hospital Clínico: ⁿDepartamento de Patología; ^oServicio de Gastroenterología, Barcelona. ^pHospital Donostia/Instituto Biodonostia, Servicio de Gastroenterología, Donostia. ^qHospital Clínico Lozano Blesa, Servicio de Gastroenterología, Zaragoza. ^rHospital de Viladecans, Servicio de Gastroenterología, Barcelona. ^sHospital Universitari de Bellvitge, Departamento de Patología, Hospitalet de Llobregat. ^tInstituto Catalán de Oncología (IDIBELL-ICO), Unidad de Nutrición, Ambiente y Cáncer, Bellvitge.

Introducción y objetivo: La infección por *Helicobacter pylori* es la causa de la alta morbilidad y mortalidad por úlcera péptica y cáncer gástrico (CG). El cáncer gástrico se desarrolla a través de una secuencia de lesiones precursoras (LP) que se inician con gastritis crónica atrófica (GCA) y que progresan secuencialmente a metaplasia intestinal (MI) y displasia. Esta progresión depende de factores ambientales y genéticos del huésped y de la bacteria. CagA y vacA son dos de los factores de virulencia de *H.pylori* más relevantes identificados hasta el momento. El presente estudio nacional multicéntrico de progresión de LP a CG incluye pacientes diagnosticados con LP en el periodo 1995-2004. Aquellos pacientes que aceptaron participar fueron rebiopsiados durante 2011-2013 para evaluar su progresión. Aquí mostramos los resultados preliminares del genotipado de los factores de virulencia cagA y vacA en las biopsias de reclutamiento y reportamos el riesgo de MI en función de sus genotipos.

Métodos: El estudio multicéntrico incluyó 582 pacientes de 9 hospitales de nuestro país. El 53,6% eran hombres con una edad media de 51,8 años. El DNA purificado de los bloques de parafina se utilizó para el análisis de los factores de virulencia vacA (alelos s y m) y cagA (ausencia/presencia) utilizando un nuevo método de PCR con cebadores LNA y Labchips de DNA (Agilent). Se consideraron positivos para *H. pylori* aquellos pacientes con 2 o más resultados positivos para las PCRs ureA, vacA-s, vacA-m o cagA. Según la histología, los pacientes se clasificaron en pacientes con GCA, MI completa (MIC), MI incompleta (MIi) o displasia. Los odds ratios se calcularon con el test de Fisher, utilizando como referencia las frecuencias del grupo GCA con ausencia de cagA y alelos s2 y m2 de vacA.

Resultados: 390 (67%) de los pacientes con LP fueron positivos para *H. pylori*. El 30,0% presentaban GCA, el 33,4% MIC, el 32,8%

MIi y el 3,8% displasia. El 17,1% de los pacientes estaban infectados con más de una cepa de *H. pylori*, según el cálculo basado en cepas con alelos dobles s1s2 para vacA. El gen cagA estaba presente en el 65,6% de las cepas. Los alelos vacA s1, m1 y la presencia de cagA fueron más frecuentes en los pacientes con MIC y MIi con respecto a los pacientes con GCA ($p < 0,0001$). Los odds ratios y sus intervalos de confianza se muestran en la tabla adjunta.

Conclusiones: Los pacientes con GCA infectados con cepas de *H.pylori* positivas para cagA o portadoras de los alelos vacA s1 o m1 presentan un mayor riesgo de desarrollar MIC o MIi.

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 Caja^{a,b}, L. Oliván Guerra^{a,b}, J. Rodríguez^e, B. Cuartero^f, J. Vera^g, M. Marigil^h, 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). 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

DLSN (> 25% LIEs)	DQ8 y DQ2								Negativo/ Negativo ⁹	p
	DQ2-DQ8- DR3/4 ¹	DQ2-DQ3 /3-DR3/7 ²	trans- DR4/7 ³	b2-DR7/7 ⁴	DQ2- DR3,DR7/11 ⁵	DQ8-DR4 ⁶	b2-DR7 ⁷	a5/DR11 ⁸		
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); ⁷(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.

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.

169. TRATAMIENTO CUÁDRUPLE SIN BISMUTO “CONCOMITANTE” EN LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*: RÉGIMEN ESTÁNDAR FRENTE A OPTIMIZADO (14 DÍAS, DOSIS ALTAS IBP) EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

A.G. McNicholl^a, J. Molina-Infante^b, F. Bermejo^c, Y. Harb^d, L. Ferrer-Barceló^e, I. Modolell^f, R. Antón^g, A. Pérez-Aisa^h, J. Alcedoⁱ, M. Barenys^j, M. Fernández-Bermejo^b, A. Algaba^c, N. Fernández-Moreno^h, J. Barrioⁱ, J. Gómez^k, L. Pozzati^l, J. Ortuño^m, L. Rodrigoⁿ, P. Canelles^e, J.M. Huguet-Malavés^e, A. Huerta-Madrigal^o, A. Tomás^o, A.B. Vegaⁱ, V. Andreu^l, M. Herranz^p, P. Almela^q, A. Cosme^r, A.C. Marín^a y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Madrid. ^bHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres. ^cHospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^dHospital de Barbastro, Servicio de Aparato Digestivo, Huesca. ^eHospital General de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^fConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^gHospital Clínico de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^hAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ⁱHospital de Viladecans, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^jHospital Río Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^kHospital General Universitario Gregorio Marañón, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^lHospital de Mérida, Servicio de Aparato Digestivo, Badajoz. ^mHospital La Fe, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Valencia. ⁿHospital Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo. ^oHospital de Sanchinarro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^pHospital Sant Camil, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^qHospital Ntra. Sra. Sonsoles, Servicio de Aparato Digestivo, Ávila. ^rHospital General de Castellón, Servicio de Aparato Digestivo, Castellón. ^sHospital de Donostia, Instituto Bionostia, UPV/EHU y CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, San Sebastián.

Introducción: El régimen cuádruple concomitante sin bismuto se utiliza cada vez de forma más frecuente como primera línea de tratamiento erradicador frente a la infección por *H. pylori*.

Objetivo: Evaluar la eficacia y tolerabilidad de los regímenes estándar y optimizado del tratamiento concomitante en la práctica clínica.

Métodos: Diseño: estudio prospectivo multicéntrico. Pacientes: pacientes consecutivos infectados por *H. pylori*. Tratamiento: en una primera fase los pacientes recibieron una terapia concomitante estándar (CONC10): omeprazol 20 mg, amoxicilina 1 g, claritromicina 500 mg y metronidazol 500 mg, todos ellos dos veces al día durante 10 días. En una segunda fase los pacientes recibieron el mismo régimen salvo que se utilizó esomeprazol 40 mg/12 h y durante 14 días (CONC14+). Variable resultado: Erradicación confirmada con una prueba del aliento con urea C13 entre 4 y 8 semanas tras la finalización de la terapia. Cumplimiento/tolerancia: se determinaron mediante cuestionarios específicos, recuperación de la medicación sobrante e interrogatorio del paciente.

Resultados: Se incluyeron 1.000 pacientes consecutivos (edad media 48 años, 47% varones, 21% con úlcera péptica): 370 en CONC10 y 630 en CONC14+. El cumplimiento con ambos regímenes fue del 95%. Las tasas de erradicación por protocolo fueron del 88% (IC95% = 85-91%) para el CONC10 y del 93% (92-95%) ($p < 0,01$) para el CONC14+. Las tasas por intención de tratar fueron, respectivamente, del 87% (83-89%) y 91% (89-93%) ($p < 0,05$). El 34% de los pacientes tratados con CONC10 y el 46% con CONC14+ ($p < 0,05$) presentaron efectos adversos (mayoritariamente leves), siendo los más habituales: disgeusia, diarrea, náuseas y dolor abdominal. En el análisis multivariante, las únicas variables que se asociaron con una mayor eficacia fueron el correcto cumplimiento (OR = 4,7; IC95% = 2,41-9,30) y el tratamiento optimizado (CONC14+, OR = 1,7; IC95% = 1,09-2,58).

Conclusiones: El tratamiento cuádruple sin bismuto “concomitante” en régimen optimizado (14 días y dosis altas de esomeprazol) es más efectivo que el régimen estándar en la erradicación de *H. pylori*, alcanzando tasas de curación superiores al 90%. Aunque la incidencia de efectos adversos es mayor con el tratamiento optimizado, la mayoría son leves y no afectan negativamente el cumplimiento terapéutico.

Oncología gastrointestinal

170. MANEJO EN UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE MEDICINA INTERNA DE LAS LOES HEPÁTICAS METASTÁSICAS. RESULTADOS PRELIMINARES

C. Sánchez Vilar^a, R.M. Apolinario Hidalgo^b, M. Peñate Bolaños^a, L. Suárez Hormiga^b, E.A. Verdugo Espinosa^b, I. Santana Fernández^a, Í. Ciordia Nalda^a, N. Cruz Perdomo^a y A. Sierra Hernández^a

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bDepartamento de Medicina Interna, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Las unidades de diagnóstico rápido (UDR) son una alternativa a la hospitalización convencional: permiten el estudio ambulatorio y precoz de pacientes con patologías graves; evitando ingresos hospitalarios y la separación del medio socio-familiar de los pacientes.

Objetivo: Analizar el manejo ambulatorio de los pacientes con sospecha de LOES hepáticas metastásicas remitidos a la consulta de UDR de MIR de nuestro hospital.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, que incluye 40 pacientes desde mayo de 2011 hasta junio 2014. Se analizan: características epidemiológicas, diagnóstico histológico, localización de la neoplasia primaria, tiempo hasta completar el diagnóstico definitivo y supervivencia. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

Resultados: Se analizaron 40 pacientes de una edad media de 68 años (49-86) siendo 29 de ellos hombres (73%). Fueron remitidos desde el Servicio de Urgencias de nuestro hospital 20 pacientes (50%), atención primaria 14 (35%) y centros privados 4 (10%) con una ecografía abdominal sugestiva en el 100% de los casos. Los síntomas más frecuentes en la primera visita fueron dolor abdominal 30 (75%), hiporexia 28 (70%), astenia 28 (70%) y la pérdida de peso 21 (53%). A todos los pacientes se les realizó TAC tóraco-abdominal. Las lesiones se localizaban, atendiendo a la población total analizada, 28 (70%) en ambos lóbulos, sólo lóbulo hepático derecho en 10 (25%) y en lóbulo izquierdo 2 (5%). Se realizó EDA en 16 pacientes (40%) y EDB en 18 (45%). El tiempo entre la primera visita y

la biopsia fue analizando globalmente de 13 días (2-41) con una media de 13,60 y 13,25 días en ingresados y no ingresados respectivamente. Se realizó biopsia con aguja gruesa bajo control ecográfico para obtener un diagnóstico histológico 35 pacientes (87%): adenocarcinoma 12 (63%), adenocarcinoma pobremente diferenciado 9 (26%), adenocarcinoma moderadamente diferenciado 11 (31%) y 3 (9%) neuroendocrino de los que se confirmó el diagnóstico histológico de origen metastásico en 94% de las biopsias realizadas (83% del total de población) descartándose malignidad en 2 (6%), un hepatocarcinoma multifocal en 4 (12%) y un colangiocarcinoma no metastásico (3%). Asimismo, el tumor primario más frecuente en los pacientes con histología de malignidad (n = 33) fue el cáncer de páncreas 10 (30%), primario desconocido en 7 (21%), carcinoma de colon 5 (15%), hepatocarcinoma 4 (12%) colangiocarcinoma 3 (9%), carcinoma gástrico 2 (6%), carcinoma pulmón 1 (3%). Precisarón ingreso 5 (13%) por grave deterioro del estado general con una estancia media de 10 días (4-14 días).

Conclusiones: El diagnóstico definitivo de manera ambulatoria en la gran mayoría y el diagnóstico histológico en menos de 15 días. En 2/3 se encuentra primario: el más frecuente es el adenocarcinoma de páncreas. El tumor con mejor supervivencia es de origen neuroendocrino y peor el adenocarcinoma de páncreas. Se consigue mantener núcleo sociofamiliar de pacientes con enfermedad avanzada.

171. RESULTADOS DE LA PRIMERA VUELTA DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA COMARCA GUIPÚZCOA OESTE (OSI GOIERRI - ALTO UROLA) 2011-2013

J. Carrascosa Gil^a, M. Gómez Alonso^a, M. Basterra Ederria^a, R. Calderón Ramírez^a, S. Goñi Esarte^b, M. Kutz Leoz^c, M.L. Almendral López^d, H. Alonso Galán^d, M.R. Basurco Celaya^e, I. Idígoras Rubio^e e I. Portillo Villares^e

^aHospital de Zumárraga, Aparato Digestivo, Guipúzcoa. ^bComplejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Aparato Digestivo, Pamplona. ^cHospital Reina Sofía, Servicio de Digestivo, Tudela. ^dHospital Universitario Donostia, Servicio de Digestivo, San Sebastián. ^eCentro Coordinador del Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal, Organización Central de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Introducción: En la Comunidad Autónoma Vasca, el cáncer colorrectal (CCR) ocupa el segundo lugar en incidencia de cáncer en ambos sexos (después de mama y próstata). Como estrategia para disminuir su incidencia y mortalidad, el Departamento de Sanidad del País Vasco aprobó en mayo de 2008 la puesta en marcha de un programa de cribado poblacional dirigido a las personas de entre 50-69 años. El objetivo de este trabajo es describir los principales resultados de la primera vuelta del programa del cribado de CCR de la comarca Guipúzcoa Oeste - OSI Goierri - Alto Urola (2011-2013).

Métodos: Se seleccionó a la población de entre 50-69 años del Área de Salud de la OSI Goierri-Alto Urola (población diana: 22191). Se utilizó como prueba de cribado el test de sangre oculta en heces (TSOH) inmunológico cuantitativo OC-Sensor[®] con un punto de corte de 100 ng/ml.

Resultados: Se incluyeron 22.191 personas invitadas, analizándose 16.834 muestras (participación 75,86%). El porcentaje de personas con TSOH+ fue de 5,94%. La tasa de colonoscopia para resultado válido fue de 96,80%. El porcentaje de colonoscopias completas fue de 99,39%. La calidad de la preparación fue adecuada en el 95,30% de los casos, regular en el 3% y mala en el 1,7%. La tasa de complicaciones fue de 0,7% (5 hemorragias y 2 perforaciones). En cuanto a los hallazgos endoscópicos, la tasa de detección de cáncer invasivo fue de 3,39%, la tasa de detección de adenomas de alto riesgo de 17,64%, la tasa de detección de adenomas de

medio riesgo de 13,78% y la tasa de detección de adenomas de bajo riesgo de 9,74%. El VPP de TSOH fue de 75%, de 5,85% para la detección de cáncer y de 54,31% para la detección de adenomas de alto-medio riesgo y pólipo canceroso.

Conclusiones: Las tasas de participación y de colonoscopias completas en nuestro estudio han sido superiores a los rangos definidos como deseables por la European Commission 2010 (> 65% y > 95% respectivamente). La tasa de detección de adenomas de alto riesgo en nuestro estudio ha sido mayor a la descrita en la Guía Europea, estando la tasa de detección de CCR dentro del rango observado en la misma.

172. CONSULTA DE ALTO RIESGO DE CÁNCER COLORRECTAL (CAR) MÉDICO-ENFERMERÍA: RESULTADOS Y UTILIDAD DEL PREMM

L. Cid Gómez, L. Sanromán Álvarez, M.L. de Castro Parga, V. Hernández Ramírez, A. Tardío, D. Martínez Ares y J.I. Rodríguez Prada

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

Introducción: La valoración en una consulta especializada de todos los casos incidentes de cáncer colorrectal facilita la detección de los cánceres familiares y hereditarios, permitiendo dar una pauta adecuada de cribado a los familiares. La colaboración entre el médico y la enfermería es fundamental en las consultas de valoración del riesgo familiar de CCR.

Objetivo: Valorar los resultados de una consulta CAR colon mixta (medico-enfermería) en el año 2013 y evaluar el valor del PREMM.

Métodos: Se reclutaron todos los casos incidentes de cáncer colorrectal (CCR) del año 2013 de un centro hospitalario terciario (265) así como familiares derivados por AF de CCR (38). Se valoraron un total de 303 casos en la consulta de enfermería, realizándose un árbol genealógico asociado al cálculo del PREMM a todos los que acudieron (284, 93,7%), con los datos aportados por el caso índice (222, 78,2%) o por los familiares, en los casos restantes. El 6,27% (19 casos) no asistieron a la cita dada telefónicamente por nuestro enfermero.

Resultados: El 57,7% de los casos (164) fueron dados de alta en la primera consulta con un informe de recomendaciones de cribado para la familia: 142 cumplían criterios de CCR familiar, 12 no cumplían criterios y 5 no tenían un CCR verdadero (1 pólipo sin CCR, 1 tumor neuroendocrino de colon, 1 ADC de yeyuno y 1 ADC gástrico, 1 sin cáncer). Los 119 casos restantes (41,9%) fueron derivados a la consulta médica, siendo sometidos a estudios complementarios: 85 por presentar criterios de Bethesda revisados (71,5%), 6 por cumplir criterios de Amsterdam I (5%), 23 sin criterios de Bethesda pero con anatomía patológica sugestivo de S. Lynch en la pieza, 4 con criterios de poliposis atenuada (3,4%) y 2 por pertenecer a familias con Lynch. Entre los pacientes con criterios de Bethesda (85): 6 sin PREMM, 43 con PREMM < 5% (3 Lynch like, 1 MYH de significado incierto); 36 con PREMM > 5%: 1 Lynch like, 1 Lynch-MSH-2, 1 MYH bialélico y uno con BRAF alterado; 5 MYH normales; 2 con PREMM > 15%: IHQ normal. En los pacientes con criterios de Amsterdam (5) hubo 4 con IHQ normal (PREM 5,9-37%) y uno con S. Lynch-MSH-2 (PREMM 49,6%). En los pacientes sin criterios de Bethesda pero con AP compatible, todos tenían un PREMM < 5%, con 17 IHQ normales y 6 IHQ alteradas con déficit de expresión en MLH-1 y PMS-2: 2 pendientes de resultado de BRAF, 2 con BRAF alterados y dos con BRAF y estudio de genes reparadores en sangre normales (Lynch like). Entre los pacientes con criterios de poliposis atenuada se detectó 1 mutación MYH bialélica (no CCR); 2 con MYH normal pendientes de resultado del gen APC, 1 con minusvalía psíquica del 65% e IHQ negativa.

Conclusiones: La consulta CAR mixta es fundamental para la valoración y detección adecuada de los casos de CCR familiar y hereditario de una forma eficiente, permitiendo ajustar las recomendaciones de cribado a la evidencia científica sin colapsar las consultas médicas. El cálculo del PREMM no ayuda a predecir la detección de CCR hereditario.

173. CRIBADO FAMILIAR DE CÁNCER COLORRECTAL: COLONOSCOPIA, SANGRE OCULTA EN HECES Y CALPROTECTINA FECAL

E. López Fernández, E. Barreiro Alonso, D. Pereira Alonso, M. Curieses Luengo, P. Varela Trastoy, A. Mancebo Mata, R. García López, C. de la Coba Ortiz, J.M. Pérez Pariente, M. García Espiga, A.C. González Bernal, R. Tojo González, M. Pipa, M.A. Álvarez, E. Fernández, C. Saro Gismera y F.J. Román Llorente

Hospital de Cabueñes, Servicio de Aparato Digestivo, Gijón.

Introducción: Numerosos estudios refrendan la utilidad del test de Sangre Oculta en Heces (SOH) para el cribado familiar de cáncer colorrectal (CCR). En este estudio se analiza su aplicabilidad en nuestro medio, comparándolo con la colonoscopia como gold test y estudiando la posible aplicabilidad de la calprotectina fecal (CPF) en la detección de pólipos y CCR y su correlación con la SOH.

Métodos: A un total de 88 pacientes que cumplen los criterios de inclusión en programa de cribado familiar de CCR se les solicita colonoscopia y se les avisa telefónicamente y por correo ordinario para la realización complementaria de test de detección de SOH y análisis de CPF.

Resultados: De los 88 pacientes, 71 acuden a la colonoscopia (80,68%) y 44 (50%) realizan las 3 pruebas, de los cuales 18 son hombres y 26 mujeres (40,91% y 59,09%, respectivamente), con una edad media de 55,72 años. En lo referente a las colonoscopias, 17 demuestran la existencia de pólipos (23,94%) y una objetiva un CCR (1,41%). Se describen divertículos en 9 exploraciones (12,68%) y hemorroides internas en 18 (25,35%). La CPF tiene una sensibilidad del 75% (42,8-94,5%; IC95%) y un valor predictivo negativo (VPN) = 76,9% (46,2-95%; IC95%) en comparación con la colonoscopia. Respecto a la detección de pólipos colorrectales, los valores predictivo positivo (VPP) (23,5%) y VPN (70,4%) de la misma se alejan de lo deseable. La especificidad de la CPF es del 100% (89,1-100%; IC95%) y el VPN = 74,4% (58,8-86,5%; IC95%) para aquellos casos con CCR. El test de SOH tiene una sensibilidad del 100% (47,8-100%; IC95%) y un valor predictivo negativo (VPN) = 100% (75,3-100%; IC95%) en comparación con la colonoscopia. Respecto a la detección de pólipos colorrectales, presenta una sensibilidad del 80% (28,4-99,5%; IC95%) y un VPN = 96,3% (96,3-99%; IC95%). La especificidad de la SOH en nuestra serie es del 100% (91-100%; IC95%) y el VPN = 90,7% (77,9-97,4%; IC95%) para aquellos casos con CCR. Cabe destacar que la SOH presenta una sensibilidad del 100% (47,8-100%; IC95%) para la detección de pólipos y/o CCR, así como un VPN = 100% (86,8-100%; IC95%). No es así en el caso de la CPF, que muestra valores inferiores. En el análisis de los resultados, se han tenido en cuenta causas que puedan interferir en el resultado de los tests, como la presencia de divertículos y hemorroides.

Conclusiones: En nuestro medio, el test de SOH como método de cribado familiar de CCR precisaría de un plan de implantación mejorado dada la baja respuesta de la población diana a la realización del análisis. A pesar de ello, cabe destacar que la SOH presenta una sensibilidad y un VPN del 100% para la detección de pacientes con pólipos y/o CCR. El análisis de la calprotectina fecal no es adecuado como método de cribado familiar para la prevención de CCR. La colonoscopia sigue siendo el método más fiable para el cribado familiar de cáncer colorrectal.

174. REGULACIÓN DEL PUNTO DE RESTRICCIÓN G1/S POR EL SUSTRATO DEL RECEPTOR DE INSULINA-4 EN LAS CÉLULAS DE CÁNCER DE COLON Y SU POSIBLE IMPLICACIÓN EN EL CÁNCER COLORRECTAL

P. Sanmartín-Salinas^{a,b}, M.A. Toro^a, M. Chaparro^{b,c}, B. Hernández-Breijo^{a,b}, D. Cano-Martínez^{a,b}, I.D. Román^{a,b}, J.P. Gisbert^{b,c}, A. Jiménez-Ruiz^a, M.E. Fernández-Contreras^{b,c}, F. Nogueras Fraguas^d y L.G. Guijarro^{a,b}

^aUniversidad de Alcalá, Departamento de Biología de Sistemas, Alcalá de Henares. ^bCIBEREHD. ^cHospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

^dUniversidad de Alcalá, Departamento de Medicina y Especialidades Médicas, Alcalá de Henares.

Introducción: Se precisan nuevos biomarcadores y agentes terapéuticos para el diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer colorrectal (CCR). Recientemente se ha descrito que el microARN 145 tiene actividad supresora en líneas de cáncer de colon (CCR) porque disminuye los niveles del receptor de IGF-1 y del sustrato del receptor de insulina-1 (IRS-1). Nuestro grupo ha demostrado que el sustrato del receptor de insulina-4 (IRS-4) también regula esta cascada de señalización.

Objetivo: Estudiar la implicación de IRS-4 en el CCR.

Métodos: Los estudios se llevaron a cabo in vitro (línea celular de CCR RKO) e in vivo (muestras humanas de CCR). Para estudiar el papel del IRS-4 sobre la proliferación y el ciclo celular, se clonó el gen del IRS-4 en el vector de expresión pcDNA3. Las células RKO fueron transfectadas con: i) el plásmido pcDNA3 vacío como control, o ii) el plásmido recombinante pcDNA3-IRS-4. El impacto de la sobreexpresión del IRS-4 fue analizado estudiando las proteínas que regulan el ciclo celular y la cascada de señalización del IGF-1. Además, se estudiaron las muestras correspondientes a 16 pacientes con CCR, procesadas después de obtener el consentimiento informado. Evaluamos mediante inmunoblot la relación existente entre los niveles de IRS-4 y las proteínas reguladoras del punto de restricción (G1/S) del ciclo celular, tanto en el tumor como en la mucosa normal de cada paciente.

Resultados: Las células RKO que contenían el plásmido pcDNA3-IRS-4 mostraron niveles elevados de IRS-4, lo que dio lugar a un aumento de la proteína fosforilada del retinoblastoma (pRb), así como de E2F, ciclina E y ciclina D1 en dichas células. Aquellos pacientes que tenían altos niveles de IRS-4 en la zona tumoral también mostraron un aumento en la expresión de pRb y E2F con respecto a la mucosa normal. Los niveles de IRS-4 se correlacionaron positivamente con pRb (r Pearson = 0,745, p < 0,0001), con Rb (r Pearson = 0,810, p < 0,0001) y con E2F (r Pearson = 0,856, p < 0,0001). En relación a la cascada de señalización del IGF-1, el aumento de IRS-4 en la zona tumoral mostró una correlación positiva con pIGF-1R (r Pearson = 0,657, p < 0,0001), pAKT (r Pearson = 0,537, p < 0,01), AKT (r Pearson = 0,520, p < 0,01) y GSK-3 (r Pearson = 0,911, p < 0,0001). Nuestros resultados demuestran que el IRS-4 estimula la expresión de proteínas que desbloquean el ciclo celular en el punto de restricción G1/S en las células RKO. Curiosamente, las proteínas involucradas en la regulación del ciclo celular aumentaron en el tejido canceroso en los pacientes que sobreexpresan IRS-4.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el IRS-4 es una proteína importante en la regulación del ciclo celular de las células de CCR, lo que podría tener repercusión en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

175. RENDIMIENTO DEL CIRCUITO DE DIAGNÓSTICO-TRATAMIENTO RÁPIDO DE CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

F. Cañete Pizarro^a, J. Sopena Falcó^a, D. Portilla Piña^a, C. Zugasti Gotchalk^a, Y. González Padrón^a, M. Menacho Viladot^a,

C. Abadía de Barbarà Marín^a, A. Pardo Balteiro^a, B. Ballesté Peris^a, J.J. Sirvent Calvera^b y J.C. Quer Boniquet^a

Hospital Joan XXIII: ^aAparato Digestivo; ^bAnatomía Patológica, Tarragona.

Introducción: La implementación de un circuito de diagnóstico rápido busca reducir el tiempo asistencial entre la sospecha clínica y el diagnóstico-tratamiento del CCR.

Objetivo: 1) Describir las características y rentabilidad de nuestro circuito de diagnóstico-tratamiento rápido de cáncer colorrectal (CDRCCR). 2) Comparar esta estrategia (CDRCCR) con los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal (CCR) por otras vías.

Métodos: Análisis retrospectivo de todas las solicitudes de CDRCCR recibidas en un periodo de 2 años (2009-2010) y recogida de todos los casos de CCR registrados en el servicio de Anatomía Patológica (biopsias y piezas quirúrgicas) durante el mismo periodo.

Resultados: De un total de 279 solicitudes de CDRCCR recibidas se aceptaron 184 (66%). Fueron diagnosticados de CCR 39 (21%) de los pacientes aceptados y 4 (4,2%) de los 95 rechazados. Durante este mismo periodo se diagnosticaron 171 CCR por otras vías. Entre el grupo de CDRCCR y el grupo CCR diagnosticado por otras vías, hubo diferencias en la edad media al diagnóstico (72 vs 68; $p = 0,045$) y el síntoma tenesmo rectal (15,4 vs 5,3; $p = 0,03$). La localización rectal mostró una tendencia superior no significativa (43,6 vs 28,4; $p = 0,08$). En ambos grupos la rectorragia y el cambio de ritmo deposicional fueron el síntoma guía más frecuente. En el grupo CDRCCR el intervalo de tiempo desde la entrada al circuito hasta la primera visita fue de 5 días (rango 0-22) y el intervalo hasta la realización de la colonoscopia de 7 días (rango 0-35), por tanto un intervalo diagnóstico (ID) de 12 días. El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico hasta la realización del primer tratamiento, es decir, el intervalo terapéutico (IT) fue de 53 días. Los pacientes diagnosticados por otras vías tuvieron un ID más largo (43 vs 12 días $p = 0,001$), no hallando diferencias en el IT (53 vs 45; p NS). No hubo diferencias entre ambos grupos en relación al estadiaje avanzado (10% vs 16%; $p 0,46$), ni a la supervivencia (log rank 0,74).

Conclusiones: Nuestro circuito rápido es útil en reducir el intervalo diagnóstico con respecto a las neoplasias colorrectales diagnosticados por otras vías. A pesar de un diagnóstico rápido por circuito, el intervalo terapéutico, el estadiaje y la supervivencia no presentan diferencias respecto a los CCR por otras vías.

176. CARACTERIZACIÓN RADIOGRÁFICA DE LA DISMOTILIDAD GASTROINTESTINAL ASOCIADA A LA MUCOSITIS INDUCIDA POR EL ANTITUMORAL 5-FLUOROURACILO EN RATA

I. Pérez-García^a, R. Girón^a, G. Vera^a, R. de Andrés^b, J.A. Uranga^b y R. Abalo^a

Universidad Rey Juan Carlos: ^aFarmacología y Nutrición y Unidad Asociada al IQM y al CIAL (CSIC); ^bHistología y Anatomía Patológica, Madrid.

Introducción: El antitumoral 5-fluorouracilo (5-FU) se utiliza en clínica para el tratamiento de tumores sólidos, incluido el cáncer de colon. En humanos, los efectos adversos más frecuentes en el tracto gastrointestinal son estomatitis, esofagofaringitis, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea y enteritis. En animales de experimentación produce mucositis y/o diarrea. Los métodos radiográficos, que permiten un estudio no invasivo de la motilidad gastrointestinal, nunca se han aplicado para estudiar el efecto del 5-FU en animales de experimentación.

Objetivo: Caracterizar, mediante métodos radiográficos, las alteraciones de la motilidad gastrointestinal asociada a la mucositis inducida por el antitumoral 5-FU en rata.

Métodos: Ratas Wistar macho adultas (250-400 g; $n = 8$ animales/grupo) recibieron una inyección intraperitoneal de salino o 5-FU (150 mg/kg). A los 4 y a los 14 días, se valoró la motilidad gastrointestinal tras la administración de un contraste de bario y, 0-8 h después, se realizaron radiografías seriadas que se analizaron mediante un baremo semicuantitativo (Cabezas et al, 2008). Posteriormente, se sacrificaron los animales y se obtuvieron preparaciones de íleon y de colon que se analizaron mediante técnicas histológicas convencionales. Además, se registraron las modificaciones en el peso y la ingesta de comida.

Resultados: A los 4 días de la administración, los animales tratados con 5-FU presentaron menor ganancia de peso que sus controles, sin modificaciones significativas en la ingesta de comida. En el análisis radiográfico sólo se observó una leve aceleración en la fase de vaciado del intestino delgado. En este punto temporal, se evidenció la existencia de mucositis (con disminución en las células calciformes, aumento de los infiltrados inflamatorios y daño epitelial) en íleon, y alteraciones semejantes en colon. A los 14 días, todos los parámetros medidos se normalizaron.

Conclusiones: El 5-FU produce aceleración del tránsito y mucositis en el intestino delgado en la rata. Estas alteraciones se acompañan de pérdida de peso sin alteraciones en la ingesta. La recuperación de estas alteraciones es completa con el tiempo. La valoración radiográfica, no invasiva, de las alteraciones de la motilidad gastrointestinal inducidas por antineoplásicos es útil para la evaluación de tratamientos que puedan contrarrestar dichas alteraciones.

Agradecimientos: Financiado por: SAF2009-12422-C02-01; SAF2 012-40075-C02-01; PRIN13-CS20 (URJC).

177. TUMORES DESMOIDES: ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN PACIENTES CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF) ESTUDIADOS EN CONSULTA DE ALTO RIESGO

A. Araujo Míguez, A. Pizarro Moreno, M. Garzón Benavides, C. Cordero Fernández y J.L. Márquez Galán

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Aparato Digestivo, Sevilla.

Introducción: Hasta el 20% de los pacientes con PAF presentan TD. Es una neoplasia benigna con gran agresividad local regional y variable respuesta a distintos tratamientos. Es la segunda causa de muerte en los pacientes con PAF y en un auténtico reto terapéutico.

Objetivo: Describir las características clínicas, genéticas, tratamiento y evolución de los TD en nuestros pacientes con PAF.

Métodos: 10 de 41 pacientes (24,3%) incluidos en el Registro de PAF de la Consulta de alto riesgo de CCR del H.V.R han desarrollado un TD. Un 50% de mujeres y 50% de varones. Edad media al diagnóstico de $28,50 \pm 9,02$.

Resultados: Solo un paciente tenía antecedentes familiares de TD. No había consumo de estrógenos pero una paciente desarrollo el TD después de un embarazo y cesárea. En 9/10 (90%) pacientes había antecedente de cirugía abdominal previa. En el 90% de ellos se había realizado una colectomía subtotal con anastomosis ileo-rectal y en uno de ellos una ileostomía definitiva. La latencia media de aparición del TD después de la cirugía fue de 3,5 años. El tamaño medio de los TD fue de 6,3 cm (rango = 1-16). La localización más frecuente fue el mesenterio, 7/10 (70%) pacientes, seguida pared abdominal 2/10 (20%), y ambas localizaciones, 1/10 (10%). El diagnóstico se realizó por palpación abdominal en 3/10 de los casos (30%), con pruebas de imagen en 3/10 (30%) y en 4/10 (40%) pacientes el TD fue un hallazgo durante la cirugía. El TD tuvo un comportamiento localmente agresivo con afectación de órganos intrabdominales en 5 (50%) pacientes, 4 (80%) de ellos con afectación intestinal y 1 (20%) pancreática. Ningún paciente presentó

regresión espontánea del TD. 9 (90%) pacientes recibieron tratamiento. 5 (50%) recibieron sólo tratamiento médico (2 AINEs, 3 AINEs más tamoxifeno). 4 respondieron a tratamiento, en 3 (75%) desapareció y en 1 (25%) disminuyó el tamaño. 4/10 (40%) pacientes se intervinieron con intención curativa del TD. En tres de ellos se asoció tratamiento médico. Solo en 2 (50%) de los operados el tumor no afectaba bordes de resección. El 75% de los pacientes operados han tenido una recidiva precoz del TD.

Conclusiones: 1. En nuestros pacientes con TD no encontramos predominancia de sexo, consumo de estrógenos, ni historia familiar de TD. 2. Los TD ocurrieron tras la cirugía. 3. Se han comportado de forma agresiva con frecuente compromiso de órganos. 4. La respuesta a tratamiento médico es aceptable. 4. La exéresis del TD con frecuencia no ha sido histológicamente completa, y la recidiva precoz ha sido muy frecuente.

178. REVISIÓN DE CASOS DE LINFOMAS DE COLON EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

V. Martín Domínguez^a, M. Jiménez Gómez^a, V. Jusú Irurita^a, E. Acuña Cruz^b, A. Díaz Menéndez^c, R. Arranz Sáez^b, M. Adrados^c, J. Mendoza R.^a y J.A. Moreno-Monteaudo^a

Hospital Universitario de la Princesa: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Hematología; ^cServicio de Anatomía Patológica, Madrid.

Introducción: El linfoma de colon (LC) es una variedad poco frecuente de los linfomas no Hodgkin, representa sólo el 0,2-0,6% de todas las neoplasias del colon. Puede ser primario o secundario. En el diagnóstico se emplea principalmente la tomografía computarizada (TC) como estudio de extensión y la colonoscopia en pacientes con sintomatología o imágenes sugestivas de infiltración. El objetivo de este estudio fue analizar las manifestaciones clínicas, hallazgos endoscópicos, histológicos, tratamiento y evolución de los pacientes con LC.

Métodos: Estudio descriptivo en el que se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de LC, entre el año 1994 y 2014, en el Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Resultados: Se identificaron veintinueve pacientes con LC, 18 (62%) hombres, con una edad media de 67 años. Las manifestaciones clínicas más comunes fueron dolor o molestia abdominal, síndrome constitucional y/o pérdida de peso y diarrea. Ocho (27,6%) estaban asintomáticos. Se encontró una masa abdominal palpable en 3 (10,3%) pacientes. Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron infiltración difusa y tumoración. La sospecha endoscópica de linfoma se describió en 6/24 colonoscopias. La localización más común fue el colon descendente y sigma, seguido por colon ascendente, recto, ciego y válvula ileocecal. Siete de los linfomas fueron primarios (24,1%) según criterios de Dawson modificados. Diez (34,5%) presentaron una masa > 10 cm o "bulky" y el tamaño tumoral se asoció significativamente con peor supervivencia. Según el subtipo histológico, casi todos fueron LNH de células B: los más frecuentes fueron el linfoma células del manto 16 (57,1%) y 5 (17,9%) linfoma difuso de células grandes tipo B. Veintitrés (79,3%) pacientes recibieron quimioterapia como único tratamiento, cuatro (13,8%) combinada con cirugía, y uno (3,4%) quimioterapia combinada con radioterapia y cirugía. Seis (20,7%) se sometieron a tratamiento quirúrgico: tres urgentes (perforación del sigma, intususcepción ileocecal y obstrucción intestinal). Se obtuvo la remisión completa en 23/28 (82,1%). La tasa de recidiva fue de 44,8%. La mediana de supervivencia fue peor (43 meses) en los linfomas primarios que en los secundarios (72 meses). La supervivencia global a los 5 años fue de 65%.

Conclusiones: El LC es una entidad poco frecuente que habitualmente presenta manifestaciones clínicas inespecíficas y aspecto endoscópico variable, por lo que siempre es necesario el estudio histológico de las lesiones visibles y de todos los segmentos del colon. El tratamiento incluye resección quirúrgica y radio-quimioterapia agresiva en etapas iniciales, con excelente respuesta. El diagnóstico generalmente se realiza en etapas avanzadas o en presencia de complicaciones (perforación, obstrucción intestinal) con elevada morbi-mortalidad. Por lo tanto, es necesario un alto índice de sospecha para llegar a un diagnóstico oportuno en estos pacientes.

179. FACTORES PREDICTIVOS DE PARTICIPACIÓN EN LA VIGILANCIA DE INDIVIDUOS CON ADENOMAS DE ALTO RIESGO

A. Fernández Clotet^a, A. García Rodríguez^a, L. Márquez Pérez^a, D. Zaffalón^a, L. Carot Bastard^a, J. Jornet^a, F. Macià Guilà^b, M. Andreu García^a, X. Bessa Caserras^a y C. Álvarez-Urturi^a

Hospital del Mar: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bDepartamento de Epidemiología y Evaluación, Barcelona.

Introducción: Una buena adherencia a los programas de vigilancia de individuos con adenomas de alto riesgo (AAR) es esencial para reducir la incidencia de cáncer colorrectal (CCR). La identificación de factores predictivos de participación podría mejorar la eficacia de estos programas, mediante la implantación de medidas de mejora.

Objetivo: Evaluar la participación y los posibles predictores de no participación en un programa de vigilancia de individuos con AAR, así como evaluar el impacto de medidas de recordatorio.

Métodos: Análisis de 627 casos de un programa poblacional de cribado de CCR de Ciutat Vella Sant Martí (Barcelona), a quienes se les había recomendado una colonoscopia de seguimiento a los 3 años por adenomas de alto riesgo (adenoma avanzado y/o multiplicidad) en la colonoscopia basal realizada en el Hospital del Mar durante los años 2010-2011. Los individuos que no participaron recibieron una llamada telefónica de recordatorio.

Resultados: Se identificaron 627 casos, 418 hombres (66%) con una edad media de 63,6 ± 5,2 años. Tras 3 años, la colonoscopia de seguimiento se había realizado en 407 casos (64,9%) y ésta era completa en 387 casos (95%). Las causas de no realización en los 220 casos restantes fueron: pendiente de realizar (programada o solicitada) en 131 casos (59%), desconocimiento de la necesidad de control en 26 casos (11,7%), negativa individual en 11 casos (5%), contraindicación en 3 casos (1,4%), en 3 casos (1,4%) cambio de domicilio y exitus en 10 casos (4,5%). No hubo diferencias significativas en la participación por edad, sexo, hábitos tóxicos, lugar de nacimiento, condición social o comorbilidad como la hipertensión o la diabetes. El uso de estatinas y la práctica de ejercicio regular se asociaron de forma independiente con una mayor participación ($p = 0,035$ y $p = 0,007$). La insuficiencia renal mostró una tendencia a una mayor participación, pero no significativa ($p = 0,089$). En 114 casos se realizó una llamada telefónica, y se contactó con 86 individuos que no habían realizado la colonoscopia de seguimiento (un 39,1%). Esta llamada produjo un cambio de actitud en 45 casos (59,2%), en su mayoría asociados al grupo que no la habían realizado por desconocimiento (66%), en comparación con los otros motivos ($p = 0,001$). En el grupo de no participación por negativa, la llamada telefónica produjo un cambio de actitud en el 17% de los casos.

Conclusiones: El motivo más frecuente de no participación en la vigilancia de individuos con adenomas de alto riesgo es el desconocimiento. Una llamada telefónica recordatoria produce un impacto significativo en su actitud.

180. ¿ENCONTRAMOS LAS MISMAS LESIONES EN LAS COLONOSCOPIAS DE REVISIÓN REALIZADAS TRAS EXTIRPAR 5 O MÁS ADENOMAS QUE SI EXTIRPAMOS UN ADENOMA DE UN TAMAÑO IGUAL O SUPERIOR A LOS 2 CM?

M. Gómez Alonso, M. Basterra Ederra, J. Carrascosa Gil y M.R. Calderón Ramírez

Hospital de Zumárraga, Departamento de Gastroenterología, Guipúzcoa.

Introducción: En el programa de cribado de CCR en el País Vasco, tras la extirpación de un adenoma de alto riesgo (definido como un adenoma con un tamaño igual o superior a los 2 cm o presencia de 5 o más adenomas) realizamos la colonoscopia de control en un año, siguiendo la recomendación de la guía Europea (European Guidelines for Quality Assurance in CCR Screening and Diagnosis, European Commission 2010).

Objetivo: Revisar si ambos criterios de AAR presentan el mismo porcentaje de lesiones en la colonoscopia de revisión al año.

Métodos: Análisis retrospectivo descriptivo de los hallazgos en las colonoscopias de revisión realizadas en nuestro centro trascurrido un año tras la extirpación de AAR en las colonoscopias de cribado (enero 2012- junio 2013), siguiendo las recomendaciones de la guía de práctica clínica europea. Se define adenoma de alto riesgo (AAR) como la presencia de un adenoma (A) ≥ 20 mm y/o ≥ 5 A de cualquier tamaño.

Resultados: Se han extirpado AAR en 189 pacientes. De ellos, se ha realizado colonoscopia de control en 148 (78,3%). La preparación en la colonoscopia basal ha sido adecuada en el 96,6% y en la colonoscopia de revisión en el 92,6%. La intubación cecal en la colonoscopia basal y al año ha sido en ambas del 99,3%. El 83,1% son varones, con una edad media de 60,5 años (DE 5,4). Tiempo medio entre primera colonoscopia y colonoscopia de control al año: 13,45 meses (DE 4,2). En la colonoscopia inicial de los 189 pacientes que presentaban AAR, el 43% presentaba ≥ 5 adenomas, el 37% un adenoma ≥ 20 mm y el 19,9% presentaba tanto un adenoma ≥ 20 mm como ≥ 5 adenomas. En la colonoscopia de revisión al año se ha extirpado AAR en el 14,8%. De estos AAR extirpados al año el 77,3% son por haber extirpado ≥ 5 adenomas, el 13,6% adenoma ≥ 20 mm y el 0,1% por haber extirpado tanto un adenoma ≥ 20 mm como ≥ 5 adenomas. Los pacientes que en la colonoscopia de control realizada al año se ha extirpado un AAR, presentaban en la colonoscopia inicial ≥ 5 adenomas el 68,2%, un adenoma ≥ 20 mm el 22,7% y un adenoma ≥ 20 mm + ≥ 5 adenomas el 9,1%.

Conclusiones: El 77,3% de los AAR detectados al año han sido por haber extirpado 5 o más adenomas. Se han detectado más AAR al año en los pacientes a los que previamente se habían extirpado 5 o más adenomas que en los que se extirpó un adenoma ≥ 2 cm, por lo tanto parece que estos pacientes pueden requerir un seguimiento más estrecho.

181. UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC) ABDOMINAL PARA EL ESTUDIO DE PACIENTES ASINTOMÁTICOS CON ANEMIA FERROPÉNICA

J.M. Paredes, P. Latorre, T. Ripollés, J. Vizuete, I. Ortiz, A. López, M.J. Martínez, F. Delgado y E. Moreno-Osset

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Introducción: Un 10% de los pacientes con anemia ferropénica (AF) presentan una neoplasia gastrointestinal (GI). El estudio endoscópico alto (EDA) y bajo (EDB) simultáneo o secuencial es una medida eficiente para valorar la AF. Sin embargo, presenta inconvenientes,

conlleva una sobrecarga de las unidades de endoscopia y en un alto porcentaje no revela lesiones. Por ello es necesario disponer de predictores que nos ayuden a optimizar las exploraciones endoscópicas.

Métodos: Estudio observacional de comparación de técnicas diagnósticas. Criterios de inclusión: pacientes con AF (hemoglobina < 13 g/dl en hombre y < 11 g/dl en mujeres; Ferritina por debajo del límite normal para la edad y el sexo o Receptor soluble de la transferrina superior a 3 mg/dl), no gestantes, asintomáticos desde el punto de vista digestivo (sin: dolor abdominal, vómitos, hemorragia evidente, alteración del ritmo defecatorio) a los que se les había solicitado una TC abdominal como estudio de su anemia ferropénica además de los estudios endoscópicos entre enero del 2013 y julio de 2014. La TC se realizó con un equipo de tomografía multidetector de 64 detectores tras administración de contraste intravenoso en fase portal y sin contraste oral ni enema. Todos los estudios endoscópicos se realizaron según la práctica clínica habitual en nuestro centro.

Resultados: De los 60 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, 26 (43,3%) eran hombres, la edad media fue de 73,2 (40-90) años y la hemoglobina media fue de 9,7 g/dl (4,1-12,7). Con la TC se detectaron un total de 24 (40%) neoplasias GI 2 en tubo alto y 22 en colon. Además se evidenciaron 2 neoplasias renales. Con los estudios endoscópicos se detectaron 28 (46,7%) neoplasias GI 4 en tubo digestivo alto y 24 en colon (24 -85,7%- malignas y 4 adenomas = 1 cm -14,3%-). La sensibilidad, especificidad, los valores predictivos positivo y negativo y exactitud de la TC para detectar cualquier neoplasia gastrointestinal fueron 82%, 96,9%, 95,8%, 86,1% y 90,0% respectivamente y del 95,8%, 97,2%, 95,8% y 97,2% respectivamente para el diagnóstico de neoplasia maligna GI.

Conclusiones: La realización de una TC para el estudio de AF en pacientes asintomáticos, con alta probabilidad de neoplasia GI, es una medida fiable para el diagnóstico de neoplasia GI y para orientar los estudios endoscópicos.

182. FACTORES CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICOS PREDICTIVOS DE METACRONÍA EN INDIVIDUOS CON ADENOMAS DE ALTO RIESGO

L. Carot^a, A. Fernández^a, A. García^a, L. Márquez^a, D. Zaffalon^a, J. Jornet^c, A. Buron^b, M. Andreu^a, X. Bessa^a y C. Álvarez-Urturi^a

Hospital del Mar; ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bDepartamento de Epidemiología y Evaluación, Barcelona. ^cUniversitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Introducción: Los programas de vigilancia para los pacientes con adenomas de alto riesgo (AAR) se basan únicamente en criterios morfológicos e histológicos de las lesiones resecaadas en la colonoscopia basal. La identificación de factores predictivos de recidiva de AAR nos permitiría optimizar la estratificación del riesgo de estos individuos, y por tanto mejorar la eficiencia de las estrategias de vigilancia.

Objetivo: Identificar factores epidemiológicos, clínicos y endoscópicos predictivos de metacronía en individuos con adenomas de alto riesgo detectados después de una colonoscopia basal.

Métodos: Análisis de 627 casos procedentes del programa poblacional de cribado de CCR de un área representativa de Barcelona (Ciutat Vella Sant Martí) con adenomas de alto riesgo (adenoma avanzado y/o multiplicidad) detectados en la colonoscopia basal realizada en el Hospital del Mar durante el periodo 2010-2011 y con una colonoscopia de vigilancia a los 3 años.

Resultados: Se identificaron 627 casos, 418 hombres (66,7%) con edad media de 63,64 años. El 34,9% eran fumadores. El 49,7% tenían hipertensión arterial, el 14,3% diabetes mellitus y el 44,9% dislipemia. Respecto a las patologías crónicas, el 5,5% te-

nía insuficiencia cardiaca, el 3,1% insuficiencia renal y 13,6% enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El 4,1% habían sido intervenidos de colecistectomía y el 8,2% de apendicetomía. El 12,8% tomaba AINEs, el 13,5% AAS y el 36,5% estatinas. El 44,2% de los individuos tenía sobrepeso (IMC = 25) y el 35% obesidad (IMC = 30). La colonoscopia de vigilancia se realizó en 407 casos (64,9%) y fue completa en 387 de ellos (95%). Se detectaron adenomas en 173 casos (44,7%), adenoma avanzado en 45 casos (11,6%), = 3 adenomas en 39 casos (10,1%), y = 3 adenomas y/o serrados en 45 casos (11,6%), que corresponden con un 16,4% de casos de adenomas de alto riesgo. La HTA se asoció de forma independiente con mayor presencia de adenomas ($p = 0,031$), adenomas avanzados ($p = 0,06$) y multiplicidad ($p = 0,03$). La presencia de adenomas fue significativamente superior en individuos > 60 años, dislipemia, apendicetomía y toma de estatinas ($p = 0,06$, $p = 0,08$, $p = 0,07$, $p = 0,02$ respectivamente) pero no de alto riesgo. El tabaquismo se asoció a un incremento de adenoma avanzado y el EPOC con un aumento de AAR ($p = 0,048$, $p = 0,049$). Para el resto de variables evaluadas, no se encontraron diferencias significativas. Respecto las características endoscópicas basales, la presencia de = 3 adenomas y/o de un pólipo > 2 cm se asoció con mayor riesgo de adenoma avanzado ($p = 0,01$) y multiplicidad ($p = 0,02$).

Conclusiones: La hipertensión arterial, así como la presencia basal de = 3 adenomas y/o pólipos > 2 cm en la colonoscopia basal, son factores predictivos de lesiones metacrónicas en individuos con AAR y podrían ser de utilidad para estratificar el riesgo de recurrencia y mejorar los programas de vigilancia.

183. IDENTIFICACIÓN DE UN SUBGRUPO DE PORTADORES DE SÍNDROME DE LYNCH CON MAYOR RIESGO DE NEOPLASIA COLORRECTAL MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE SECUENCIAS BACTERIANAS ESPECÍFICAS EN HECES

M. Serra-Pagès^a, J. Brunet^b, E. Darder^b, M. Pineda^b, G. Capellà^b, A. Bahí^a, J. García-Gil^c, X. Aldeguer^d y V. Piñol^d

^aInstitut d'Investigació Biomèdica de Girona (IdIBGi), Girona.

^bInstituto Catalán de Oncología (IDIBELL-ICO), Barcelona.

^cUniversitat de Girona, Departamento de Microbiología, Girona.

^dHospital Universitari Dr. Josep Trueta, Servicio de Aparato Digestivo, Girona.

Introducción: El riesgo de cáncer en los portadores de síndrome de Lynch (SL) es variable y puede depender del gen implicado. Desde edades tempranas los portadores de SL siguen una vigilancia exhaustiva mediante colonoscopias para detectar lesiones pre-neoplásicas o cáncer colorrectal (CCR) en estadios iniciales. Sería de gran utilidad poder estratificar el riesgo de desarrollar un CCR mediante un biomarcador. Se ha demostrado que comunidades bacterianas en la mucosa del colon de pacientes con CCR difieren de las de individuos sanos y la microbiota intestinal ha sido propuesta como un agente determinante en el desarrollo y progresión del CCR. Datos recientes de nuestro grupo demostraron que un conjunto de filotipos específicos determinados o aislados en biopsia intestinal de pacientes con CCR puede asociarse al riesgo de CCR.

Objetivo: Definir una firma microbiológica en muestras de heces capaz de determinar el riesgo de neoplasia colorrectal en los portadores de SL.

Métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo preliminar para analizar la microbiota intestinal en heces de portadores de SL ($n = 30$) a los que se les había realizado una colonoscopia en el Servicio del aparato digestivo del Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Quince controles sanos con una colonoscopia normal también fueron incluidos. La detección de los filotipos específicos se realizó a

través de q-PCR de las secuencias 16S rDNA bacterianas. La cuantificación de las secuencias de bacterias específicas se expresó en ciclo umbral q-PCR (Ct). Ratios para las diferentes secuencias identificadas fueron calculados.

Resultados: Se calcularon los ratios de los portadores de LS con pólipos adenomatosos en su última colonoscopia (grupo de alto riesgo, $n = 15$) y sin lesiones (grupo de bajo riesgo, $n = 15$). Los valores de corte se definieron (14,02; 2,76; 21,42 y 22 valores de Ct respectivamente) para cuatro secuencias bacterianas y patrones específicos para 16S rDNA se identificaron. El grupo de bajo riesgo presentó niveles elevados de 16S rDNA (los valores de Ct por debajo de corte) comparado con el grupo de alto riesgo que presentó niveles bajos. Los niveles de 16S rDNA mostraron una sensibilidad de 80% y una especificidad del 100% para la discriminación de los grupos. No se observaron diferencias en los niveles de 16S rDNA entre controles sanos y el grupo de bajo riesgo.

Conclusiones: Cambios en la firma microbiológica específica en heces pueden representar portadores de SL de mayor riesgo para desarrollar adenomas. Estos resultados preliminares esbozan un novedoso enfoque no invasivo para individualizar la vigilancia colonoscópica que merece ser validado con estudios más amplios.

184. PAPEL DE LA SERIN-PROTEASA GRANZIMA A EN LA CARCINOGENESIS COLORRECTAL ASOCIADA A INFLAMACIÓN IN VIVO

L. Santiago^a, M.J. Domper^b, J. Pardo^a, M. Castro^c, A. Alcalde^c, G. Muñoz^d, P. Sota^d, M. Bernal^e y A. Ferrández^b

^aFundación Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón), Centro de Investigación Biomédica de Aragón (CIBA), Universidad de Zaragoza. ^bHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Zaragoza.

^cFacultad de Veterinaria, Universidad de Zaragoza, Departamento de Farmacología y Fisiología, Zaragoza. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa: ^dServicio de Anatomía Patológica; ^eServicio de Bioquímica, Zaragoza.

Introducción y objetivo: La inflamación influye en el desarrollo de muchos procesos carcinogénicos siendo uno de los factores de riesgo y pronóstico en el cáncer colorrectal (CCR). Recientemente se ha descrito que una proteasa denominada granzima A (gzmA) producida por células del sistema inmune tiene un papel eminentemente pro-inflamatorio en diferentes extirpes celulares como macrófagos o células epiteliales, regulando la producción de citoquinas como IL6 o TNF α in vivo e in vitro. En este trabajo se ha analizado la contribución de la gzmA durante la carcinogénesis de origen inflamatorio en un modelo de ratón de CCR asociado a Colitis Ulcerosa (UC). En paralelo se ha optimizado la tinción inmunológica de gzmA en tejido cólico de pacientes con CCR con el fin de trasladar los hallazgos en el modelo animal al diagnóstico y pronóstico de CCR.

Métodos: Se aplicó un modelo murino de colitis inducida por dextrano sulfato de sodio (DSS) y de CCR asociada a colitis, usando azoximetano y DSS, en ratones deficientes (Knock out) de gzmA (gzmA^{-/-}) utilizando como controles ratones de fenotipo silvestre de la estirpe C57BL/6. Los ratones gzmA^{-/-} mostraron un score clínico significativamente inferior al de los controles tanto en las etapas de inflamación aguda como una vez establecida la colitis crónica. La supervivencia de los animales gzmA^{-/-} durante la fase de colitis aguda fue superior a la observada en el grupo de animales control. Las necropsias de los animales supervivientes tras 60 días revelaron que los daños macroscópicos (edema, longitud, peso, grosor) y los microscópicos (hematoxilina/eosina) eran sensiblemente inferiores en los ratones gzmA^{-/-}. Finalmente, el análisis del

desarrollo de los tumores en la región distal del colon de los animales tratados con DSS y azoximetano evidencia una menor incidencia, cantidad y tamaño en los ratones gzmA^{-/-}.

Resultados: Los resultados sugieren que la gzmA está involucrada en la colitis y en el cáncer colorrectal asociado lo cual podría convertir a esta proteasa en un nuevo marcador de diagnóstico y una posible diana terapéutica en el tratamiento de estas patologías.

Conclusiones: Actualmente estamos analizando la presencia de gzmA en tejido cólico en pacientes con CCR con el fin de trasladar los estudios en el modelo animal al diagnóstico y tratamiento de la inflamación en colitis y CCR de modo más selectivo que las terapias actuales.

185. RELACIÓN ENTRE NEOPLASIA COLORRECTAL (ADENOMA Y CÁNCER COLORRECTAL) Y LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

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

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

Introducción: La evidencia actual sobre la relación entre neoplasia colorrectal (NCR) y diversos factores de riesgo cardiovascular es controvertida. Esta asociación apenas ha sido estudiada en la población europea.

Objetivo: 1) Evaluar la relación entre NCR y factores bien conocidos de riesgo cardiovascular, 2) Evaluar la relación entre dichos factores y NCR avanzada (adenoma avanzado y cáncer colorrectal).

Métodos: Estudio trasversal que incluyó a pacientes con riesgo medio de cáncer colorrectal que se realizaron una colonoscopia completa con criterios de calidad en el Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza. A los pacientes participantes se les realizó una encuesta sistematizada para la recogida de las variables estudiadas. Las mediciones de los parámetros de laboratorio y la medición del peso fueron realizadas estando el paciente en ayunas. Los criterios de normalidad de los diversos factores de riesgo estudiados se establecieron según las recomendaciones de la última "Guía Europea de prevención de enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012)". La relación entre los diversos factores de riesgo y la prevalencia de NCR fue analizada usando el test de χ^2 y los test de comparación de medias t de Student o U de Mann-Whitney según criterios de normalidad. Posteriormente, se usaron modelos de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron un total de 660 pacientes en el estudio. La edad media fue $59,2 \pm 11,6$ años y 339 (51,4%) fueron hombres. 246 pacientes (37,3%) tenían una o más NCR. En 156 pacientes (23,6%) la NCR fue avanzada. El análisis univariante mostró que la edad avanzada ($p < 0,001$), el sexo masculino ($p < 0,001$), el consumo de tabaco ($p < 0,001$), los niveles de colesterol HDL bajos ($p = 0,001$), la obesidad ($p < 0,05$), la diabetes ($p = 0,002$), la hipertensión ($p < 0,05$) y la hipertrigliceridemia ($p < 0,05$), se asociaban significativamente con una mayor prevalencia de NCR. Dichos factores, excepto la obesidad, también se asociaron con una mayor prevalencia de NCR avanzada. En el análisis multivariante, ajustando por sexo y edad, únicamente el consumo de tabaco se asoció significativamente con una mayor prevalencia de NCR, y solamente el consumo de tabaco y la diabetes se asociaron de forma significativa con una mayor prevalencia de NCR avanzada.

Conclusiones: Los factores de riesgo cardiovascular, consumo de tabaco y diabetes, se asocian de forma independiente con una mayor prevalencia de NCR.

186. DETERMINACIÓN EN HECES DE BACTERIAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA NEOPLASIA COLORRECTAL: ¿UNA NUEVA PRUEBA NO INVASIVA DE CRIBADO?

M. Serra-Pagès^a, X. Aldeguer^b, A. Bahí^a, J. García-Gil^c y V. Piñol^b

^aInstitut d'Investigació Biomèdica de Girona (IdIBGi), Girona.

^bHospital Universitari Dr. Josep Trueta, Servicio de Aparato Digestivo, Girona. ^cUniversitat de Girona, Departamento de Microbiología, Girona.

Introducción: Está bien establecido que el cribado del cáncer colorrectal (CCR) ha disminuido la incidencia y mortalidad por CCR en los países en los que se realiza. A pesar de esto, el CCR sigue siendo la segunda causa de muerte por cáncer en los países desarrollados (u occidentales), y es el tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado en Europa. Conseguir una prueba de cribaje con mayor sensibilidad que las que disponemos hoy día comportaría una mejora de estos parámetros. La base genética y la historia natural del CCR están bien definidos, siendo la mayoría esporádicos (pacientes sin antecedentes personales o familiares de neoplasia de colon). Se considera que el CCR tiene un origen multifactorial en la que los factores endógenos y exógenos participan activamente en el desarrollo de tumores, como son la edad, el tabaco, antecedentes personales de enfermedad inflamatoria intestinal, la dieta, el estilo de vida, y más recientemente la microbiota. Se ha demostrado que las comunidades bacterianas en la mucosa del colon de pacientes con CCR difieren de las de individuos sanos y la microbiota intestinal se ha propuesto como un agente determinante en el desarrollo y progresión del CCR. Datos recientes de nuestro grupo mostraron que un conjunto de filotipos específicos determinados en la biopsia intestinal de pacientes con CCR presentan una alta relación con el riesgo de CCR.

Objetivo: Definir una firma microbiológica en muestras de heces para ser utilizada como prueba de cribado para el CCR.

Métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo preliminar para el análisis de la microbiota intestinal en las heces de los individuos sanos ($n = 15$) y pacientes con CCR ($n = 15$) a los que se les había realizado una colonoscopia en el Servicio del aparato digestivo del Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. La detección de los filotipos específicos se realizó a través de q-PCR de las secuencias 16S rDNA bacterianas. La cuantificación de las secuencias de bacterias específicas se expresó en ciclo umbral q-PCR (Ct). Se calcularon los ratios de las diferentes secuencias identificadas. Se calcularon los ratios para los individuos sanos ($n = 15$) y CCR diagnosticados ($n = 15$) en la colonoscopia.

Resultados: Se definieron los valores de corte (22; 16,56; 22,97 y 19,24, respectivamente) para los valores de Ct de las cuatro secuencias bacterianas y patrones específicos para 16S rDNA fueron identificados. El grupo sano presentó niveles elevados de 16S rDNA (valores de Ct por debajo los de corte) comparado con los del grupo CCR que presentó niveles bajos. El rendimiento analítico de la estimación de riesgo de CCR fue de 80% y 100%, respectivamente, para la sensibilidad y especificidad.

Conclusiones: Los cambios de la firma microbiológica específica en heces identifican pacientes con neoplasia CCR. Estos resultados preliminares esbozan un novedoso enfoque no invasivo de cribado para el CCR. El potencial de esta herramienta merece validación en estudios más amplios.

187. ¿HEMOS DE VIGILAR MÁS ESTRECHAMENTE A LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN LOS PROGRAMAS DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL? ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

M.A. Pantaleón Sánchez, X. Bessa Caserras, A. Seoane Urgorri, J.M. Dedeu Cusco, F. Riu Pons, L. Barranco Priego, F. Bory Ros y M.A. Álvarez-González

Hospital del Mar, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

Introducción: La diabetes mellitus (DM) se ha asociado con un riesgo superior de desarrollo de cáncer colorrectal (CCR) pero los estudios son discordantes en relación al adenoma.

Objetivo: Objetivo principal: estudiar si los pacientes diabéticos tipo 2 presentan más incidencia de adenomas y adenomas de alto riesgo (AAR) que los pacientes no diabéticos, en el programa de cribado poblacional de cáncer de colon (PCP-CCR). Objetivos secundarios: el análisis de otros factores de riesgo de adenoma,

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de todas las colonoscopias consecutivas del PCP-CCR del área litoral Mar, durante el período junio 2012 a marzo 2013. Las variables analizadas fueron: DM, edad, sexo, obesidad, dislipemia, hipertensión, ser fumador activo y enolismo.

Resultados: De 408 colonoscopias, 53 fueron en pacientes diabéticos (13%). Los pacientes diabéticos fueron mayores, edad media 60,9 años (IC95%: 59,2-62,5) frente a 58,1 años (IC95%: 57,5-58,7), $p = 0,003$; más obesos, índice masa corporal (IMC) medio 29,4 (IC95%: 28,1-30,8) frente a 27,4 (IC95%: 27-27,8), $p = 0,001$; con más dislipemia (51% vs 27%, $p = 0,001$) e hipertensión (67% vs 30%, $p < 0,001$); sin diferencias en las otras variables. Los pacientes diabéticos presentaron más incidencia de adenoma (72% vs 51%, $p = 0,005$) y más incidencia de AAR (51% vs 27%, $p = 0,003$). En el análisis multivariado, las variables con riesgo independiente para adenoma fueron la edad (OR: 1,045; IC95% 1,01-1,08), el sexo (OR: 1,78; IC95% 1,16-2,75), el IMC (OR 1,07; IC95% 1,02-1,13) y ser fumador activo (OR 1,84; IC95% 1,2-2,84). Sin embargo para el adenoma de alto riesgo la única variable con riesgo independiente fue la DM (OR 1,87; IC95% 1,01-3,47).

Conclusiones: En nuestra población los pacientes diabéticos presentaron casi el doble de riesgo de incidencia de adenoma de alto riesgo. Si otros estudios validan estos resultados, los pacientes diabéticos podrían necesitar un programa de cribado de CCR más intensivo.

188. CONOCIMIENTO, SATISFACCIÓN Y PARTICIPACIÓN DESEADA EN LA TOMA DE DECISIONES EN PACIENTES VALORADOS POR ANTECEDENTES FAMILIARES DE CCR

M. Hernández Tejero, D. Bonillo Cambrodón, F.J. García-Alonso, A. Algaba Fernández, M. de Lucas Gallego, A. Granja Navacerrada, B. Piqueras Alcol, F. García Durán, I. Guerra Marina y F. Bermejo San-José

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: La participación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud con una adecuada información resulta necesaria en la asistencia sanitaria actual. Nuestro objetivo residía en describir el grado de conocimiento que alcanzan nuestros pacientes, su satisfacción con el mismo y su actitud hacia la toma de decisiones.

Métodos: Realizamos una encuesta telefónica invitando a todos los pacientes valorados por antecedente familiar a los que se ofreció participar en el cribado de CCR entre el 16.04.14 y el 31.08.14. Se excluyeron los síndromes de CCR hereditarios. La encuesta valoró 4 aspectos: datos demográficos, actitud hacia la toma de decisiones, satisfacción sobre la información recibida y un cuestionario de conocimiento. La satisfacción se valoró con preguntas tipo Likert y el conocimiento con preguntas cerradas (80%) y abiertas (20%). Se estimó un tamaño muestral de 96 primeras visitas basado en una encuesta previa de 30 pacientes.

Resultados: Se incluyeron 160 pacientes, 96 primeras visitas y 64 con cribados previos (mediana 1, IQR: 1-2), con un 42,7% de varones y una mediana de edad de 51,8 (43,9-58,5). El 91,9% presentaba al menos 1 antecedente de primer grado. La demora entre visita y encuesta fue de 92 días (65-123). Fueron valorados por 12 facul-

tativos, cada uno con una mediana de 13 pacientes (7,5-15). La satisfacción global fue alta/moderada en el 79,2% (IC95%: 72,2-84,9). El porcentaje de pacientes muy o suficientemente satisfechos con la información recibida sobre la colonoscopia era del 82,8% (76-88), sobre su indicación del 82,8% (76-88), sobre los riesgos del 63,7% (55,8-70,9) y sobre las alternativas del 30,6% (23,8-38,3). Un 43,6% (35,9-51,6) refirió desear un papel activo en la toma de decisiones, un 43,6% (35,9-51,6) una decisión compartida y sólo un 12,8% (8,4-19,1) una actitud pasiva. El análisis multivariante no encontró ningún predictor del grado de participación deseado. El 95,6% (91,1-98,2) era consciente de la importancia de la preparación, el 88,5% (82,4-93) del incremento de riesgo asociado a los antecedentes de CCR y el 80% (73-85,9) del mejor pronóstico de los CCR detectados durante el cribado. Sin embargo, sólo el 21,3% (15,1-28,6) conocía al menos un método de cribado alternativo y el 42,5% (34,7-50,6) alguna complicación potencial, cuya incidencia aproximada conocían únicamente el 29,7% (22,7-37,5). En el análisis multivariante, los factores asociados a un mayor conocimiento fueron el nivel educativo ($p < 0,001$), el grado de satisfacción ($p = 0,016$) y, de manera inversamente proporcional, la edad del facultativo ($p = 0,006$) y la demora entre visita y cuestionario ($p = 0,037$).

Conclusiones: La mayoría de los encuestados desea involucrarse en la toma de decisiones. Aunque la información sobre los beneficios del cribado se transmite correctamente, es necesario mejorar la información ofrecida sobre los riesgos asociados y las alternativas a la colonoscopia para plantear un marco de decisión participativo.

189. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DEL CÁNCER COLORRECTAL CON FENOTIPO METILADOR

O. Murcia Pomares, E. Román, E. Hernández-Illán, R.M. Ballester y R. Jover

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: Existe controversia acerca de cuál es el pronóstico y la respuesta a la quimioterapia (QT) adyuvante en el cáncer colorrectal (CCR) con fenotipo metilador (CIMP).

Objetivo: El objetivo de este estudio es determinar las características diferenciales del CCR CIMP y evaluar su pronóstico y respuesta al tratamiento QT.

Métodos: Se incluyeron de manera consecutiva 701 pacientes con CCR procedentes del estudio nacional multicéntrico Epicolon II. Se estudió la hipermetilación de islas CpG por el método MS-MLPA empleando los marcadores RUN-X3, CACNA1G, IGF2, MLH1, NEUROG1, CRABP1, SOCS1 y CDKN2A en 614 pacientes, considerándose CIMP positivo (CIMP+) si 5 o más marcadores estaban metilados. 240 pacientes con CCR recibieron QT con intención curativa, basada en 5-Fluoruracilo (5-FU) o capecitabina. El 71,3% de estos pacientes recibió además oxaliplatino, según el régimen terapéutico FOLFOX.

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 57,7 meses. El estudio del fenotipo metilador fue valorable en 543 pacientes (77,5%), dividiéndose en 146 pacientes CIMP+ (26,9%) y 397 CIMP- (73,1%). Se compararon varias características entre los CCR CIMP+ y los CIMP-. La edad de los CIMP+ era mayor al diagnóstico (CIMP+ 72,8 [39-93]; CIMP- 70,8 [34-93]; $p < 0,043$) y se observó cierta tendencia a situarse en colon derecho (CIMP+ 55,6%; CIMP- 26,6%; $p < 0,001$). También se halló mayor proporción de mutaciones de KRAS en los CIMP+ (43,7% CIMP+; 31,7% CIMP-; $p < 0,013$), así como de alteraciones en genes reparadores del ADN (24,3% CIMP+; 5,6% CIMP-; $p < 0,001$) y de mutaciones en el gen BRAF (14,9% CIMP+; 0,8% CIMP-; $p < 0,001$), sin hallar diferencias en cuanto al sexo. Asimismo, tampoco se hallaron diferencias entre el global de los CIMP+ y CIMP- en cuanto a recidiva o supervivencia. Sin embargo,

al estratificar en función del perfil genético, se observó mayor supervivencia en los CCR CIMP+ con mutación en KRAS (log rank $p < 0,023$) frente a los que la presentaban y eran CIMP- (log rank $p < 0,759$). También se halló una mayor supervivencia intrínseca en los CCR con inestabilidad de microsatélites CIMP- (log rank $p < 0,032$) frente a los CIMP+ (log rank $p < 0,384$). Al tratar con QT, hubo diferencias en la respuesta en estadios III y II de mal pronóstico entre los pacientes CIMP+ y CIMP-. Los pacientes con CCR CIMP- se benefician del tratamiento con QT en términos de supervivencia libre de enfermedad (log rank $p < 0,001$), algo que no ocurría en los pacientes con CCR CIMP+ (log rank $p < 0,180$). Del mismo modo, al estratificar en función del perfil genético, los CCR con estabilidad de microsatélites CIMP- se benefician de recibir QT en términos de supervivencia (log rank $p < 0,001$), situación que no se daba en los CCR estables CIMP+ (log rank $p < 0,164$).

Conclusiones: Se observan ciertas características diferenciales en los CCR con fenotipo metilador. Los pacientes con CCR CIMP+ presentan de manera global peor respuesta a la QT adyuvante con intención curativa.

190. BAJO RIESGO DE ADENOMA DE ALTO RIESGO (AAR) Y CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN PACIENTES CON TEST INMUNOLÓGICO PREVIO NEGATIVO (SOH-I) EN UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER DE COLON. DATOS SOBRE LA DETECCIÓN DE LESIONES EN SEGUNDA RONDA

L. Carot^a, C. Álvarez-Urturi^a, C. Hernández^b, J.M. Augé^c, J. Grau^d, F. Macià^b, A. Castells^e, M. Andreu^a y X. Bessa^a

Hospital del Mar: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bDepartamento de Epidemiología y Evaluación, Barcelona. Hospital Clínic: ^cCentre de Diagnòstic Biomèdic, Bioquímica y Genètica molecular; ^dUnidad de Evaluación, Soporte y Prevención, Barcelona; ^eServicio de Aparato Digestivo, CIBEREHD, Barcelona.

Introducción: Los programas poblacionales de cribado del CCR se basan en la detección de sangre oculta en heces en las diferentes rondas consecutivas para detectar lesiones precursoras o CCR en estadios precoces. Los datos sobre rondas consecutivas de cribados mediante SOH-I son limitados y basados principalmente en pequeños estudios poblacionales.

Objetivo: Evaluar los datos finales sobre los valores predictivos positivos (VPP) para la detección de adenoma de alto riesgo (AAR) y CCR en la segunda ronda de cribado en pacientes con un resultado negativo en la primera ronda.

Métodos: Los datos se obtuvieron de 2 rondas consecutivas de cribado SOH-I (punto de corte > 100 ng Hb/ml buffer) en individuos con riesgo medio (50 a 70 años de edad). Se comparó el VPP para AAR y CCR obtenidos entre los pacientes de primera ronda (grupo PR) respecto los pacientes de segunda ronda de cribado (grupo SR) con un resultado SOH-I previo negativo en primera ronda. También se analizaron los pacientes incluidos en la segunda ronda pero que no habían participado en la primera ronda (grupo PC: primer control).

Resultados: La tasa de resultados positivos de SOH-I fue significativamente superior en la primera vs segunda ronda (6,2% vs 4,7%, $p < 0,0001$, respectivamente) y muy similar al grupo PC (6,4%, $p < 0,32$, respecto grupo PR). Se compararon todos los resultados obtenidos de los grupos PR, SR y PC que fueron endoscopiados por SOH-I positivo (4182 vs 2281 vs 1323 colonoscopias realizadas, respectivamente). Se observó una disminución significativa en el VPP para CCR entre el grupo PR y SR (6,3%, 3,3%, $p < 0,0001$) siendo similar en el grupo PC (6,7%, $p < 0,65$ respecto al PR). Se observó una disminución significativa en el VPP para AAR entre el grupo PR vs SR (41,2% a 33,2%; $p < 0,0001$) pero también respecto al grupo PC (36,0%, $p < 0,001$ respecto a PR) No hubo diferencias significativas en los estadios tumorales (I-II vs III-IV) en los CCR detectados en los

tres grupos (31,4%, 30,6% y 22,6% para PR, SR y PC respectivamente). No se observaron diferencias entre los tres grupos en cuanto a predominio de localización proximal del CCR (21,4%, 30,6% y 22,9%, para PR, SR y PC, respectivamente). Aunque no se alcanzó la significación estadística, el CCR proximal fue más frecuente en el grupo de SR que en el grupo PR (21,4% vs 30,6%, $p < 0,07$).

Conclusiones: La tasa de positividad de SOH-I en segunda ronda en nuestro programa de cribado poblacional disminuye de forma significativa. Los VPP para AAR y CCR son significativamente más bajos entre los participantes de segunda ronda con resultado negativo en primera ronda. Aunque no se observan diferencias en los estadios tumorales, existe un incremento no significativo en la localización proximal del CCR en segunda ronda. Estos resultados podrían tener un impacto significativo en el coste de la provisión para los programas de cribado poblacional de CCR.

191. COLON CANCER PREVENTION IN AN ANIMAL MODEL USING FUNCTIONAL MEAT FOODS

J. Fernández^a, E. Ledesma^b, E. Milán^c, P. Costa^c, J. Monte^b, M. Varela^d, A. Suárez^d, C.J. Villar^a and F. Lombó^a

^aUniversidad de Oviedo, Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias (IUOPA), Departamento de Biología Funcional, Oviedo. ^bEl Hórreo Healthy Food SL, Noreña. ^cCOSFER SA, Canovelles. ^dHospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo.

Colon cancer is the main cause of cancer in European population, with about 28.2 cases per 100,000 habitants per year. Different genetic (apc mutations, etc.), chemical (benzopyrenes, nitrosamines, etc.), environmental (heavy metals, etc.) and nutritional (saturated fat, etc.) factors affect the colon mucosa, generating diverse gene damages that eventually will lead to alterations in the multiplication process at the colonocyte level, giving rise to aberrant crypt foci, then to a localized adenoma, and finally to invasive carcinoma. A colon cancer rat model has been used in order to evaluate the effect of two functional meat products with respect to prevention of this neoplasm. These functional meat products contain the plant fructooligosaccharide inulin (a long chain of linear fructose with an initial glucose moiety). These two functional meat products are Spanish chorizo sausage with 15.8% inulin and cooked ham with 10% inulin. Colon cancer was induced in Fisher 344 rats by using azoxymethane (a carcinogen with tropism for colon mucosa), and during several months, rats were grouped in one consuming feed (absolute control), two consuming the functional meat products together with feed (functional chorizo sausage or functional cooked ham), and two consuming control meat products together with feed. After the study, animals were sacrificed and colons examined for present tumors. Rats fed with functional meat products showed 64.61% (functional chorizo sausage) and 33.27% (functional cooked ham) less tumors than their respective control groups. Also, they showed 70.30% (functional chorizo sausage) and 44.60% (functional cooked ham) less tumor covered areas in colon mucosa than their control groups. This demonstrates that both functional meat products, when included in the diet of this animal colon cancer model, greatly diminish the number and progression of tumor lesions in the colon mucosa after treatment with the colon mutagen.

192. AUMENTO DE RIESGO DE CÁNCER COLORRECTAL EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON PÓLIPOS SERRADOS MÚLTIPLES QUE NO CUMPLEN CRITERIOS DE POLIPOSIS SERRADA

C. Guarinos^a, C. Egoavil^a, M. Juárez^a, M. Rodríguez-Soler^a, E. Hernández-Illán^a, P. Zapater^a, C. Alenda^a, A. Serradesanferm^b,

L. Bujanda^c, F. Fernández-Bañares^d, J. Cubiella^e, L. de Castro^f, A. Guerra^g, E. Aguirre^h, A. Herreros de Tejadaⁱ, X. Bessa^j, M. Herráiz^k, J.C. Marín Gabriel^l, J. Balmaña^m, V. Piñolⁿ, M. Cuatrecasas^b, F. Balaguer^b, A. Castells^b y R. Jover^a

^aHospital General Universitario de Alicante. ^bHospital Clínic de Barcelona. ^cHospital Donostia/Instituto Bionostia, San Sebastián. ^dHospital Universitari Mútua de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^eComplejo Hospitalario de Ourense. ^fComplejo Hospitalario Universitario de Vigo, Servicio de Aparato Digestivo, Pontevedra. ^gComplejo Hospitalario de Navarra, Departamento de Gastroenterología, Pamplona. ^hHospital Arnau de Vilanova, Lleida. ⁱHospital Puerta de Hierro, Madrid. ^jHospital del Mar, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^kClinica Universitaria de Navarra (CUN), Departamento de Gastroenterología, Pamplona. ^lHospital 12 de Octubre, Madrid. ^mHospital Vall d'Hebron, Barcelona. ⁿHospital Dr. Josep Trueta, Girona.

Introducción: El síndrome de poliposis serrada (SPS) se diagnostica mediante unos criterios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos criterios son arbitrarios y han sido considerados excesivamente restrictivos. Los objetivos de este estudio son 1) saber si los pacientes con múltiples pólipos serrados que no llegan a cumplir estos criterios de la OMS presentan un perfil clínico y molecular similar a los pacientes con SPS y 2) determinar el riesgo de cáncer colorrectal (CCR) en pacientes con pólipos serrados múltiples y sus familiares.

Métodos: Se incluyeron pacientes procedentes del estudio EPI-POLIP, un proyecto multicéntrico nacional cuyo objetivo es el estudio de las causas de poliposis atenuadas de origen no filiado. Se incluyó un total de 54 pacientes que cumplían los criterios de la OMS para SPS y 146 pacientes con más de 10 pólipos a lo largo del colon, con al menos un 50% de ellos pólipos serrados, que no cumplían ninguno de los criterios de la OMS para el diagnóstico de SPS (SPS-like). Se realizó análisis de mutaciones somáticas en KRAS y BRAF en un total de 1641 pólipos de pacientes de ambos grupos, así como también de un tercer grupo de 146 pacientes con pólipos serrados esporádicos. Se obtuvieron las tasas de incidencia estandarizadas (TIE) de CCR ajustadas por edad y sexo en familiares en primer grado de pacientes con SPS y SPS-like. También se determinó la TIE de una muestra aleatoria de 115 pacientes con CCR esporádico con el objeto de establecer comparaciones.

Resultados: Los pacientes con SPS-like muestran un número menor de pólipos ($p < 0,001$), un mayor número de adenomas ($p = 0,002$) y una edad más avanzada al diagnóstico que los pacientes con SPS ($p = 0,03$). No hubo diferencias en la historia familiar de pólipos o CCR o en la historia personal de CCR. Se hallaron mutaciones somáticas en KRAS o BRAF en al menos el 25% de los pólipos analizados en todos los pacientes con SPS y en un 96% de los pacientes con SPS-like. En ambos grupos, el perfil de mutaciones somáticas en BRAF fue similar en pólipos serrados sésiles (SPS: 88,7%; SPS-like: 78,1%, esporádico: 42,3%; $p = 0,001$) y en pólipos hiperplásicos microvesiculares (SPS: 69,9%; SPS-like: 64,9%; esporádico: 42,3%, $p = 0,001$). La incidencia de CCR en familiares en primer grado fue similar en SPS y SPS-like y significativamente mayor a la hallada en familiares de pacientes con CCR esporádico (SPS 3,14; SPS-like 3,45; CCR esporádico 0,48; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes con pólipos serrados múltiples que no cumplen los criterios de la OMS para el diagnóstico de SPS presentan un perfil molecular similar a los que sí los cumplen y diferente al hallado en pacientes con pólipos serrados esporádicos. Los familiares en primer grado de estos pacientes tienen también un riesgo de padecer CCR similar al hallado en el síndrome de poliposis serrada.

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 Clínic 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 Clínic 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 Chi2. Posteriormente, se usaron modelos de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 605 pacientes. La edad media fue 59,7 ± 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.

194. VALORACIÓN DE POLIMORFISMOS EN GENES REPARADORES DE ADN COMO MARCADORES DE RIESGO Y/O PRONÓSTICO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN ESPAÑA

M.A. García González^{a,b}, L. Bujanda^{a,c}, E. Quintero^d, S. Santolaria^e, R. Benito^{a,f}, M. Strunk^{a,g}, F. Sopeña^{a,f}, C. Thomson^h, A. Pérez-Aísaⁱ, D. Nicolás^d, E. Hijona^{a,c}, P. Carrera^a, E. Piazuelo^{a,b}, P. Jiménez^a,

J. Espinel^l, R. Campo^k, M. Manzano^l, F. Geijo^m, M. Pellisé^{a,n}, M. Zaballa^o, F. González-Huixó^o, J. Espinós^p, L. Titó^q, L. Barranco^r, R. Pazo-Cid^s y A. Lanas^{a,b,f}

^aCIBERehd. ^bInstituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS), Zaragoza. ^cHospital Donostia/Instituto BioDonostia, Universidad del País Vasco, San Sebastián. ^dHospital Universitario de Canarias, Tenerife. ^eHospital San Jorge, Huesca. ^fHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ^gInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud. ^hHospital Obispo Polanco, Teruel. ⁱHospital del Sol, Marbella. ^jComplejo Hospitalario de León. ^kHospital Parc Taulí, Sabadell. ^lHospital 12 de Octubre, Madrid. ^mHospital Clínico Universitario de Salamanca. ⁿHospital Clinic, Barcelona. ^oHospital de Cruces, Barakaldo. ^pHospital Josep Trueta, Girona. ^qMutua de Terrassa. ^rHospital de Mataró. ^sHospital del Mar, Barcelona. ^tHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La reparación del daño en el ADN es un proceso complejo y crucial que engloba la acción de múltiples enzimas y vías de reparación. Una alteración en la capacidad de reparación del ADN podría dar lugar al crecimiento incontrolado de las células dañadas y a su posterior transformación neoplásica. Diversos estudios epidemiológicos han descrito la asociación de variantes específicas de polimorfismos en genes reparadores de ADN con un mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico (CG) y variaciones significativas en la supervivencia de los pacientes. Puesto que los genotipos y frecuencias alélicas difieren notablemente entre poblaciones, el objetivo de nuestro estudio fue evaluar la influencia de polimorfismos en genes reparadores de ADN en el riesgo y/o pronóstico del CG en España así como su interacción con factores ambientales e infección por *H. pylori*.

Métodos: Estudio multicéntrico, caso/control en el que se incluyeron 632 pacientes con CG primario y 632 controles sanos emparejados por sexo y edad. ADN genómico de casos y controles fue tipado para un panel de 144 polimorfismos en genes candidatos reparadores de ADN mediante la plataforma Veracode de Illumina, sondas TaqManMGB y pirosecuenciación. El manejo y análisis de los datos se realizó mediante los programas bioinformáticos SNPator y SNPassoc (R). El estatus de infección por *H. pylori* y de anticuerpos frente a los antígenos CagA/VacA se realizó en suero mediante Western blot.

Resultados: La infección por cepas CagA+ de *H. pylori* (OR: 2,05; IC95%: 1,63-2,58), el tabaco (OR: 1,85; IC95%: 1,28-2,68) y la existencia de antecedentes familiares de CG (OR: 2,83; IC95%: 2,01-3,83) fueron factores de riesgo asociados al desarrollo de CG. En relación al estudio genético, las variantes ERCC5 rs176641C (OR: 1,40; IC95%: 1,09-1,82) y TP53 rs1042522GG (OR: 1,54; IC95%: 1,33-2,58) se asociaron con un mayor riesgo de CG mientras que las variantes APEX1 rs1130409G (OR: 0,69; IC95%: 0,52-0,91), XPC rs2228000T (OR: 0,73; IC95%: 0,58-0,92) y TP53 rs9894946A (OR: 0,71; IC95%: 0,53-0,94) se asociaron con un menor riesgo de desarrollar la enfermedad. Respecto al pronóstico, el análisis de regresión de Cox identificó los estadios tumorales TNM III (HR: 4,32, IC95%: 2,84-6,59) y TNM IV (HR: 9,27, IC95%: 6,2-13,85) como factores pronóstico asociados con una menor supervivencia en pacientes con CG mientras que el tratamiento quirúrgico (HR: 0,45, IC95%: 0,36-1,57), la quimioterapia (HR: 0,52, IC95%: 0,39-0,68) y el ser portador de la variante XRCC3 rs1799796G (HR: 0,7, IC95%: 0,57-0,86) se asociaron con un mejor pronóstico de la enfermedad.

Conclusiones: Nuestros datos muestran que, en nuestra población, las variantes ERCC5 rs176641C, TP53 rs1042522GG, TP53 rs9894946A, APEX1 rs1130409G, XPC rs2228000T y XRCC3 rs1799796G están implicadas en la susceptibilidad al desarrollo de CG así como en el pronóstico de la enfermedad.

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 Clinic, CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^dHospital General Universitario de Albacete, Servicio de Patología, Albacete. ^eHospital General Universitario de Alicante: ^fServicio de Patología; ^gServicio de Medicina Digestiva, Alicante. ^hHospital Universitario La Fe, Valencia. ⁱHospital 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 (cohortes 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

196. PATRÓN EPIDEMIOLÓGICO DE LA PANCREATITIS AGUDA EN MALLORCA

H.J. Canaval Zuleta, N.L. Amado, R. Chacchi Cahuin, C. de Zarraga Mata, N. Balza Lareu y C. Dolz Abadía

Hospital Son Llàtzer, Servicio de Aparato Digestivo, Mallorca.

Objetivo: Describir la epidemiología de la pancreatitis aguda en un centro de atención terciaria en Palma de Mallorca.

Métodos: Estudio prospectivo que evaluó a todos los pacientes ingresado con pancreatitis aguda (> 18 años) al Hospital Son Llàtzer del 1 de enero de 2014 al 1 diciembre de 2014.

Resultados: n: 100 pacientes, con una incidencia aproximada de 40 casos/100.000 habitantes año. La edad media fue de 59,6 años \pm 16,7 años. 65% (n = 65) eran hombres y el 35% (n = 35) eran mujeres. La etiología de la pancreatitis en orden decreciente fue litiasica (51%), alcohol (30%, siendo más prevalente en el hombre), idiopática (11%), postCPRE (3%), hipertriglicéridémica (2%), cáncer páncreas, metástasis biliar y fármacos (1%). Si bien la mayoría de los diagnósticos fue un primer episodio (70%), 30% casos restantes tenían una PA recurrente, siendo el 2 episodio (17%), un 3 episodio 7% y más de 3 episodios en un 2%. De las PA recurrentes, un 47% (n: 14) correspondieron a etiología alcohólica, un 27% (n: 8) a litiasis y 27% (n: 8) fueron idiopáticas. El curso en su mayoría fue adecuado, sin embargo en un caso de las litiasicas se presentó PA grave con muerte por fallo orgánico múltiple. Según la clasificación de Atlanta 2013, la mayoría de los casos fueron leves (81%) en comparación con moderada (15%) y grave (4%). Un 12% presentó exacerbación de comorbilidad previa. Se realizó TAC a un 48% casos apreciándose complicaciones locales un 32%. Colección líquidas en un 16% y pseudoquistes en un 4% del toda la serie. Pancreatitis necrotizante se presentó en un 19%, de estas 74% (n: 14) estériles y un 26% (n: 5) infectadas. En un 74% (n: 14) la necrosis fue pancreática y en un 63% (n: 12) peripancreática, con desarrollo de necrosis crónica encapsulada en el 74% (n: 14). Se detectó trombosis (5%) con afectación parcial de la esplénica, VMS y porta; obstrucción de la salida gástrica (4%), necrosis de colon (2%), colecistitis asociada en un 12% y colangitis en un 24%. Los días de estancia hospitalaria fueron < 5 días (38%), < 10 días (71%) y < 15 días (80%). Un 6% requirió drenaje/necrosectomía (3% vía percutánea y 3% quirúrgica vía laparotomía). La mortalidad fue del 4%, siendo la causa muerte fallo multiorgánico, infarto cerebral extenso, perforación post-CPRE y colangiopancreatitis grave por obstrucción metastásica biliar.

Conclusiones: En nuestro hospital la PA es más prevalente en hombres, siendo su principal etiología litiasica, alcohólica e idiopática. Existe un 30% de PA recurrentes siendo su principal etiología alcohol. La mayoría casos cursa con una PA leve, con una estancia hospitalaria < 10 días en un 71%. Un 4% cursó con PA graves con una mortalidad global del 4%. Se aprecian complicaciones locales en 1/3 pacientes, con desarrollo de necrosis en un 14%, necrosis crónica encapsulada 14%, colecciones líquidas 16%, pseudoquistes (4%), trombosis (5%), necrosis colon (2%).

197. UTILIDAD DEL TEST DE ALIENTO CON 13C-TRIGLICÉRIDOS MIXTOS (PANCREO-KIT®) EN EL MANEJO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA

P. Latorre Añó, J. Morales Alvarado, B. Solaz Garrido, C. Abel Amurrio, A. López Serrano y E. Moreno-Osset

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Introducción: La insuficiencia pancreática exocrina (IPE) es una consecuencia de múltiples enfermedades, siendo la pancreatitis crónica su causa principal. Reconocer esta entidad es de crucial importancia para evitar la malnutrición. El tratamiento sustitutivo con enzimas pancreáticas no puede ser optimizado basado únicamente en parámetros clínicos. El test de 13C-triglicéridos mixtos (Pancreo-kit®) es una prueba validada para obtener información sobre la actividad exocrina del páncreas.

Objetivo: Valorar las modificaciones realizadas en el tratamiento de pacientes con sospecha de IPE en función del resultado del test del aliento 13C-triglicéridos mixtos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con sospecha de IPE a quienes se les realizó el test de aliento para valorar el inicio/retirada/aumento de dosis del tratamiento enzimático sustitutivo. Se incluyeron pacientes atendidos en la Consulta Externa de Digestivo-Pancreatopatías del Hospital Peset desde diciembre de 2013 hasta octubre de 2014.

Resultados: El análisis incluyó a 30 pacientes, 22 (73%) hombres, con una edad media de 58 (límites: 28-78) años. Las principales indicaciones del test fueron: pancreatitis crónica, 27 (90%), pancreatitis aguda necrotizante, 2 (6%) y tumor neuroendocrino de páncreas intervenido, 1 (3%). El test fue patológico en 11 pacientes (36%): en 2 (6%) pacientes se inicia tratamiento sustitutivo, en 7 (23%) pacientes se aumenta dosis y en 2 (6%) pacientes no se inicia tratamiento por historia de intolerancia. En los pacientes con test negativo: en 5 (16%) pacientes se suspende el tratamiento sustitutivo, en 12 (40%) no se inicia y en 2 (6%) se inicia por síntomas. El resultado del test supuso un cambio terapéutico en 14 (46%) pacientes.

Conclusiones: La implantación del test Pancreo-kit® en una consulta de enfermedades pancreáticas permitiría adecuar el tratamiento enzimático sustitutivo en un número considerable de pacientes.

198. REPERCUSIÓN DEL MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA POR LA UNIDAD DE PANCREATOLOGÍA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

F. Bolado Concejo, C. Prieto Martínez, B. González de la Higuera Carnicer, D. Ruíz-Clavijo García, J. Urman Fernández, M.A. Casi Villarroja y J.J. Vila Costas

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

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es un motivo de ingreso muy frecuente en los Servicios de Aparato Digestivo. La atención de esta patología por unidades específicas podría conseguir un manejo más eficiente de estos pacientes. El objetivo de nuestro estudio fue comparar el manejo de la PA por parte de miembros de la Unidad de Páncreas de nuestro centro frente al realizado por otros especialistas de Aparato Digestivo de nuestro centro.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo observacional de febrero a octubre de 2014 incluyendo a todos los pacientes ingresados en nuestro servicio por PA. Analizamos: edad, sexo, etiología, días de ayunas, estancia hospitalaria, gravedad según la clasificación de Atlanta revisada y realización de TC a partir del 3º día y de la 4ª semana de ingreso. Dividimos a los pacientes en Grupo A (atendidos por miembros de la Unidad de Páncreas) y B (atendidos por gastroenterólogos no pancreatólogos del servicio). Comparamos las variables descritas entre ambos grupos utilizando test de Fisher, t de Student y U de Mann-Whitney según correspondiera mediante el programa SPSS v 20,0.

Resultados: Incluimos 129 ingresos por PA en 113 pacientes (55% varones). Edad media 66 años. Las causas de la PA: 61,2% biliar, 19,4% idiopáticas, 10,1% por alcohol y 9,3% por otras causas. El 71,3% fueron leves, 25,6% moderadas y 3,1% graves. La mediana global de días de ayunas fue 1 día (0-36) y la de días de ingreso 5 días (1-45). Grupo A: 93 casos. Grupo B: 36. No hubo diferencias entre ambos grupos al comparar la edad y el sexo de los pacientes, ni la etiología o gravedad de la pancreatitis. Los pacientes del Grupo A permanecieron en ayunas menos tiempo aunque sin alcanzar la significación estadística (1,07 vs 2,44, p > 0,05). La mediana de estancia fue significativamente inferior para el Grupo A (4 días vs 7 días, p < 0,001). Asimismo en el Grupo A se realizaron menos TAC abdominal a partir del 3º día (15,1% vs 33,3%, p = 0,02) y a partir de la 4ª semana (4,7% vs 17%, p = 0,033).

Conclusiones: El manejo de la PA por unidades de pancreatología reduce significativamente la estancia media hospitalaria y la realización de TAC abdominal en estos pacientes.

199. MANEJO CONSERVADOR DE COLECISTITIS AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES

A. Torralba Gallego, M. Rodríguez Miguel, N. Gendive Martín, I. Arteagoitia Casero, C. Gil García-Ollauri y E. Martínez Moneo

Hospital Universitario Cruces, Bilbao.

Introducción: La colecistitis aguda es una patología muy frecuente. El tratamiento de elección es mayoritariamente quirúrgico aunque en ocasiones se realiza tratamiento médico conservador, sobre todo, si existe patología pancreático - biliar concomitante y/o si el riesgo quirúrgico es elevado. El objetivo de nuestro estudio es analizar la evolución de los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda que reciben tratamiento conservador, complicaciones y recidiva de patología pancreático-biliar.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda en el servicio de Aparato Digestivo en el Hospital de Cruces entre 1/1/2010 y 1/12/2013 con un seguimiento hasta 30/11/2014. Los datos se obtuvieron del registro electrónico del Hospital.

Resultados: Se incluyeron un total de 142 pacientes, porcentaje similar de ambos sexos (53,5% hombres y 46,5% mujeres), con una media de edad de 75 años. Las comorbilidades al ingreso fueron DM (19,7%), HTA (55,6%), DLP (33,1%), cardiopatía (42,3%), broncopatía (19,7%), hepatopatía (9,2%) y deterioro cognitivo (15,5%). Todos ellos fueron tratados con antibioterapia de amplio espectro y únicamente se realizó colecistostomía al 11,3%. Durante el ingreso fallecieron el 12% de los pacientes, con una mediana de supervivencia de 15 días, la edad media de los fallecidos era de 84 años y el 52,9% asociaba al ingreso deterioro cognitivo. La mitad de los pacientes (50,7%) presentaba patología pancreático-biliar concomitante, siendo la más frecuente la pancreatitis aguda (66,6%), seguida de la colodocolitiasis (27,8%), de ellos, posteriormente en un 33,3% se realizó colecistectomía programada. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que asocia patología bilio-pancreática frente a los que no. El 14,8% de los pacientes, reingresó durante el tiempo de seguimiento por recidiva de patología pancreático-biliar. En un 34,5% de los pacientes se realizó colecistectomía programada, con una mediana de 3,5 meses.

Conclusiones: Casi el 15% de los pacientes en los que se realiza tratamiento médico conservador reingresó por recidiva de patología pancreático biliar, de los cuales un tercio fueron posteriormente colecistectomizados de manera programada. La mitad de los pacientes con colecistitis aguda en los que se opta por tratamiento conservador asocian otra patología bilio-pancreática.

200. FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A REINGRESO HOSPITALARIO DESPUÉS DE UN PRIMER ATAQUE DE PANCREATITIS AGUDA BILIAR

E. Douze, A. Moncada Urdaneta, B. Bernad Cabrero, G. Hontoria, E. Badia Aranda y H.A. Ramos-Rosario

Complejo Hospitalario de Burgos, Servicio de Digestivo, Burgos.

Introducción: El reingreso hospitalario por pancreatitis aguda ha sido valorado en diferentes estudios determinándose diferentes factores de riesgos que podrían ser determinantes en su reaparición, sin embargo en el subgrupo de pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar no se ha determinado si estos factores difieren del resto de etiologías.

Objetivo: Determinar variables pronósticas de recidiva después de un primer ataque de PA biliar y previo a su colecistectomía diferida.

Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva que incluye 145 pacientes con PA biliar ingresados en un hospital terciario durante el periodo que abarca del 01/06/2011 al 31/10/2014. Se recogen datos epidemiológicos, evolución clínica, puntuación en diferentes índices y escalas de gravedad (APACHE II, APACHE II-0, Ranson, Glasgow, BISAP, SIRS, PCR 48 horas), existencia o no de fallo de órganos, parámetros analíticos y otras exploraciones diagnóstico-terapéuticas; así como su gradación según la clasificación basada en determinantes PANCREA.

Resultados: De 214 ingresados por PA, un 73% (n = 145; 85 mujeres, 58,6%) fueron de causa biliar, de los cuales 127 de ellos presentaron un episodio único y 18 recidivaron previo a la colecistectomía. La estancia media fue 12,43 días. 104 pacientes (71,7%) presentaron una PA leve, moderada en 27 (18,6%), 12 grave (8,3%) y 2 crítica (1,4%).

Conclusiones: Los niveles de albúmina y en menor medida, el índice de severidad de la tomografía computarizada, identifican un subgrupo de pacientes con mayor riesgo de padecer recidiva tras un primer ingreso de pancreatitis aguda biliar. A diferencia de lo que cabría pensar, el riesgo de recidiva fue mayor en los pacientes con niveles séricos de albúmina normales con respecto al grupo con niveles bajos ($p < 0,001$), así como a medida que empeoraba el índice de severidad tomográfico, aunque esta variable no llegó a lograr la significación estadística.

201. ESTUDIOS ALEATORIZADOS EN PANCREATITIS AGUDA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

O. Murcia Pomares, N.G. Acevedo, N. Quesada, C. Sánchez y E. de Madaria

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad que carece de tratamiento específico actualmente. Diversas opciones terapéuticas calificadas como válidas han ido surgiendo a lo largo del tiempo. Posteriormente, al publicarse ensayos clínicos (EC) de mayor calidad, todos estos tratamientos han sido puestos en duda.

Objetivo: Determinar el número y calidad de EC aleatorizados que evalúen medidas terapéuticas en PA.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática que incluía todo ensayo clínico aleatorizado que evaluase una o más medidas terapéuticas en PA, sin restricción temporal. Se excluyeron los estudios

Puntuación de la Escala de Jada	Global	< 1995	1995-1999	2000-2004	2005-2009	2010-2014
5	13 (8,2%)	0 (0%)	3 (16,6%)	2 (8,3%)	3 (8,1%)	5 (13,5%)
4	11 (7,0%)	3 (7,1%)	1 (5,6%)	2 (8,3%)	3 (8,1%)	2 (5,4%)
3	41 (25,9%)	7 (16,6%)	3 (16,6%)	3 (12,5%)	13 (35,1%)	15 (40,5%)
2	36 (22,8%)	13 (31,0%)	7 (38,9%)	4 (16,6%)	6 (16,2%)	6 (16,2%)
1	57 (36,1%)	19 (45,2%)	4 (22,2%)	13 (54,1%)	12 (32,4%)	9 (24,3%)

de enfoque profiláctico y preventivo. La búsqueda se realizó en Pubmed con el siguiente algoritmo: "Acute Pancreatitis OR Edematous Pancreatitis OR Necrotising Pancreatitis". Se evaluó el número de centros participantes (único vs multicéntrico), el carácter nacional vs internacional y la Escala de Jadad como principal indicador de calidad.

Resultados: La búsqueda halló 192 estudios, de los que 10 se rechazaron por no tratarse de EC, 16 por no evaluar medidas terapéuticas en PA y 8 que no pudieron ser analizados por falta de disponibilidad. Se evaluaron en total 158 EC. 117 (74,1%) eran ensayos de 1 solo centro, y 41 (25,9%) multicéntricos. 33 (80,5%) de los multicéntricos tuvieron un carácter nacional y 8 (19,5%) internacional. 49 (31,0%) fueron doble ciego y en 69 (43,7%) se describían retiradas o pérdidas de seguimiento de pacientes. Únicamente 13 (8%) de los EC analizados obtuvieron la puntuación máxima en la Escala de Jadad.

Conclusiones: Existe una amplia mayoría de EC de un solo centro en PA. Según la escala de Jadad, la calidad de los ensayos ha ido incrementándose con el paso de los años, aunque todavía es insuficiente.

202. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOENDOSCOPIA EN EL ESTUDIO DE LA DILATACIÓN DE LA VÍA BILIAR

N. Cruz Perdomo^a y J.R. Aparicio Tormo^b

^aComplejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria, Servicio de Aparato Digestivo, Las Palmas de Gran Canaria. ^bHospital General de Alicante, Servicio de Aparato Digestivo, Alicante.

Introducción: La ecoendoscopia (USE) es una técnica que presenta alta sensibilidad y especificidad para el estudio de la vía biliar y las entidades que condicionan su obstrucción. Por este motivo, ocupa un importante lugar en el algoritmo diagnóstico de la ictericia obstructiva cuando no se ha identificado su causa por medio de pruebas de imagen menos invasivas, y es solicitada en el estudio de la vía biliar dilatada, al ser éste un signo indirecto de alteración estructural.

Objetivo: Valorar la concordancia entre diagnóstico ultrasonográfico y el curso evolutivo de los pacientes sometidos a USE por dilatación de la vía biliar, así como la existencia de factores predictivos de dilatación sin causa obstructiva.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se realizó un seguimiento de los pacientes del Hospital General Universitario de Alicante sometidos a USE por dilatación de la vía biliar, entre enero de 2007 y mayo de 2014.

Resultados: Se incluyen 85 pacientes con edad media $67,7 \pm 12,6$ años y predominio de mujeres (64,7%). Se descarta la existencia de dilatación de la vía biliar en 30,6%, se detecta dilatación sin causa obstructiva en 35,3%, sospecha de neoplasia en 9,4% (un 75% se confirma histológicamente), coledocolitiasis en 20%, hepatolitis en 2,3% y estenosis de la vía biliar de causa benigna en 2,3%. Entre los pacientes con dilatación de la vía biliar sin causa obstructiva y el resto, se identifican diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo (80% vs 56,4% de mujeres), síntomas (42,1% vs 20% de pacientes asintomáticos), hallazgos analíticos (65,4% de analíticas normales en pacientes con dilatación sin causa obstructiva frente a un 12,5% y 13,3% de pacientes con sospecha de neoplasia y coledocolitiasis) y consumo prolongado de opioides (22,7% vs 6,8%). No se han obtenido diferencias en cuanto a la realización previa de colecistectomía. Entre los pacientes que fueron estudiados mediante CRMN con resultado no concluyente, se ha obtenido un 20,7% de ecoendoscopias con diagnóstico de una causa obstructiva. Durante el seguimiento, ingresa un 31,8% de los pacientes que presentan dilatación de la vía biliar sin causa obstructiva, de los cuales el 57,1% es debido a coledocolitiasis y el resto a un caso de

ampuloma, una disfunción del esfínter de Oddi tipo II y una dilatación de la vía biliar intrahepática en el contexto de cirrosis hepática.

Conclusiones: La ecoendoscopia es una técnica rentable en el estudio de la vía biliar dilatada por causa obstructiva. En los casos en los que no se identifica una causa estructural subyacente, el diagnóstico podría considerarse fiable, fundamentalmente en pacientes de sexo femenino, que en el momento de la prueba se encuentren asintomáticos, no presenten alteraciones analíticas y tengan historia de consumo habitual de opioides. No obstante, para confirmar que estos factores pueden servir como predictores, se precisa la realización de más estudios.

203. CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS DEL PÁNCREAS Y PRESENCIA DE ESTEATORREA EN PANCREATITIS CRÓNICA

M. Rey-Riveiro, J.R. Aparicio, J. Martínez, N. Quesada-Vázquez, C. Sánchez-Marín, F. Lluís y E. de-Madaria

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: La insuficiencia pancreática exocrina (IPE) es una complicación importante de la pancreatitis crónica ya que implica la pérdida de energía y vitaminas liposolubles de la dieta, asociándose a malnutrición y probablemente a aumento de morbilidad si no se diagnostica con prontitud. Estudios preliminares sugieren que determinadas características morfológicas del páncreas se asocian a IPE.

Objetivo: Valorar si las características del páncreas en pruebas de imagen se relacionan con la presencia de IPE.

Métodos: Se analizó post-hoc los datos de un estudio prospectivo de nuestro centro en el que se comparaba la elastasa y el test de aliento de triglicéridos utilizando como patrón oro la presencia de esteatorrea. Las características morfológicas se obtuvieron de forma retrospectiva. Se consideró IPE a la presencia de más de 7 gramos de grasa en heces de 24h tras una dieta de 100 g de grasa.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes, 66% con etiología alcohólica, 90% fumadores, 92% varones. Presentaron EPI 15 (39,5%) de ellos. No se relacionaron con la presencia de EPI la presencia de calcificaciones, calcificaciones en el conducto de Wirsung, el número de criterios ecoendoscópicos ni la presencia de atrofia pancreática cuantificada como grosor del páncreas a nivel de su cuello. El único parámetro que se relacionó con IPE fue el diámetro del conducto de Wirsung, mediana en IPE: 3 mm vs 1,7 mm en pacientes sin IPE, $p 0,02$, curva ROC para detectar IPE: 0,75, con un punto de corte de 2 presentó una sensibilidad de 91% y especificidad de 58%.

Conclusiones: La morfología pancreática en pruebas de imagen no es útil para predecir IPE, la única característica que se asoció a IPE fue el diámetro del Wirsung, con una buena sensibilidad pero con especificidad baja.

204. COMPARACIÓN DE PARÁMETROS CLÍNICOS RELACIONADOS CON SEVERIDAD EN LAS DIVERSAS CLASIFICACIONES DE PANCREATITIS AGUDA

L.N. Amado Villanueva, H.J. Canaval Zuleta, R. Chacchi Cahuin, C. de Zárraga Mata, C. Dolz Abadía, N. Balza Lareu y N. Rull Murillo

Hospital Son Llàtzer, Servicio de Aparato Digestivo, Mallorca.

Objetivo: Realizar una comparación entre las clasificaciones de Atlanta 1992, Atlanta 2012 y la clasificación basada por determinantes (CBD) en la predicción de resultados clínicos relevantes como mortalidad, ingreso y estancia en UCI, estancia hospitalaria y necesidad de tratamiento invasivo de los pacientes con pancreatitis aguda. (PA).

Métodos: Estudio prospectivo que se basó en los pacientes incluidos en el Protocolo de Pancreatitis Aguda del Hospital Son Llàtzer desde el 1 de enero del 2014 hasta el 30 de junio del 2014.

Resultados: Se incluyeron un total de 52 pacientes. El 63% (n = 33) fueron hombres y el 37% (n = 19) mujeres. La edad promedio fue de 55,4 ± 15,2 años. El 65% (n = 34) de los casos correspondieron a un primer episodio de PA. El 50% (n = 33) de los casos fueron de etiología biliar, (n = 17) de etiología alcohólica, el 11% (n = 6) idiopática y 6% (n = 3) de origen traumático. Se les asignó a cada paciente una categoría de gravedad según las tres clasificaciones siendo en Atlanta 1992 categorías leves y graves (63,5% y 36,5%, respectivamente). En Atlanta 2012 el 67,3% de los pacientes fueron clasificados como leves, 28,8% como moderadas, y un 3,8% como graves. En la CBD, el 80,8% fueron clasificados como leves, 11,5% moderadas, 5,8% como graves, y un 1,9% como críticos. En cuanto a los parámetros clínicos relacionados con gravedad en PA; la clasificación de Atlanta 1992, fue estadísticamente significativa en predecir los días de estancia media en UCI (P < 0,05). La clasificación de Atlanta 2012 fue estadísticamente significativa en predecir ingreso y días de estancia media en UCI (p < 0,05). La CBD fue estadísticamente significativa en predecir ingreso en UCI (p < 0,01) así como días de estancia media en UCI, mortalidad y días de estancia media hospitalaria (p < 0,05).

Conclusiones: Los grados de severidad fueron significativamente asociados con peores resultados clínicos para los tres sistemas de clasificación siendo la CBD la que presentó mejores resultados.

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

D. Sihuaya^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, íleon 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 flemmonosa. Las complicaciones hepatobiliares fueron: colestiasis (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 he-

morragia 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.

206. INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD Y CONSUMO DE TÓXICOS EN EL CURSO CLÍNICO DE LA PANCREATITIS AGUDA

N. Quesada Vázquez^a, F. Bolado^b, C. Prieto-Martínez^b, B. González de la Higuera^b, H. J. Canaval-Zuleta^c, N. Lareu-Balza^c, M. González de Cabo^c, C. Marra-López^d, M.A. Marcaide Ruiz de Apodaca^d, A. Orive-Calzada^d, A.I. Hernando-Alonso^e, J.A. Pajares-Díaz^e, I. Gómez-Anta^e, A. del Val^f, C. Díaz Francia^f, A. Ferrández^g, R. Rivera-Irigoin^h, F.J. Grau-Garcíaⁱ, J. Boadas^j, J. Millastre-Bocos^k, I. Pascual-Moreno^l, J.A. Rodríguez-Oballe^m, A. López-Serranoⁿ, M.L. Ruiz-Rebollo^o, A. Viejo-Almanzor^o, J. Lariño-Noia^p, E. Martínez-Moneo^q, E. Fort-Martorell^r, M.E. Lauret-Braña^s, B. Romero-Mosquera^t, M. Concepción-Martin^u, F. Ausania^v, J.I. Rodríguez Prada^v, S. Guzmán Suárez^v, P. Zapater^a y E. de-Madaria^a

^aHospital General Universitario, Alicante. ^bComplejo Hospitalario de Navarra, Departamento de Gastroenterología, Pamplona. ^cHospital Son Llàtzer, Servicio de Aparato Digestivo, Mallorca. ^dHospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu), Vitoria-Gasteiz. ^eHospital Gregorio Marañón, Servicio de Digestivo, Madrid. ^fHospital Universitario y Politécnico La Fe, Unidad de Gastroenterología, Servicio de Medicina Digestiva, Valencia. ^gHospital Clínico de Zaragoza. ^hHospital Costa del Sol, Marbella. ⁱHospital Arnau de Vilanova, Valencia. ^jConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^kHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ^lHospital Clínico de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^mHospital Universitario Virgen Macarena, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla. ⁿHospital Universitario Doctor Peset, Valencia. ^oHospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^pHospital Puerta del Mar, Cádiz. ^qComplejo Hospitalario de Santiago, Servicio de Aparato Digestivo, Santiago de Compostela. ^rHospital Universitario Cruces, Bilbao. ^sHospital Universitari Dr. Josep Trueta, Servicio de Aparato Digestivo, Girona. ^tHospital Universitario Central de Asturias, Servicio de Aparato Digestivo, Oviedo. ^uHospital Meixoeiro, Vigo. ^vHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^wHospital Xeral, Vigo.

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) afecta a un amplio abanico de pacientes, dado que es la enfermedad del aparato digestivo que más ingresos genera. El papel de los hábitos tóxicos y de la comorbilidad en la evolución de esta enfermedad no está clara.

Métodos: Análisis de estudio prospectivo multicéntrico diseñado para validar las nuevas clasificaciones de gravedad de PA. Se realizó análisis multivariante (logística binaria) para ver la influencia de hábitos tóxicos y comorbilidad en la evolución de la enfermedad. Las variables explicativas fueron: edad > 65 años, etiología alcohólica, fumador actual, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), demencia, conectivopatía, úlcera péptica, enfermedad hepática moderada-grave, SIDA, inmunosupresión por enfermedad o fármaco, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), arteriopatía

(infarto cardíaco o cerebral, diabetes con complicaciones u otra arteriopatía periférica) y neoplasia activa. Las variables de resultado fueron: presencia de complicaciones locales, desarrollo de fallo orgánico persistente, necesidad de tratamiento invasivo, necesidad de soporte nutricional, ingreso en UCI, estancia hospitalaria mayor de 15 días y mortalidad.

Resultados: Desde enero a octubre de 2014 se incluyeron 1083 pacientes con PA de 23 centros españoles. Se asociaron de forma significativa e independiente: etilismo a complicaciones locales (Odds ratio ajustada (ORa) 2,6 (1,6-4,3)), ICC a tratamiento invasivo (ORa 2,9 (1,05-8)), ninguna a soporte nutricional, ninguna a ingreso en UCI, demencia a fallo orgánico persistente (ORa 3,2 (1,2-8,4)), demencia e inmunosupresión a mortalidad (ORa 3,7 (1,3-10,7) y ORa 5,5 (1,3-24,1) respectivamente), úlcera péptica a estancia mayor de 15 días (ORa 13,1 (1,1-150,3)).

Conclusiones: Demencia e inmunosupresión son comorbilidades de gran importancia dada su asociación a mortalidad. La etiología alcohólica se asocia a mayor incidencia de complicaciones locales, pero no a otras variables de curso clínico adverso.

207. EXPRESIÓN DE CATEPSINAS EN MATERIAL CITOLÓGICO E HISTOLÓGICO DE LESIONES PANCREÁTICAS

M. Roger, J. Martínez, J.R. Aparicio, G. Peiró, A. Cabezas, F. Ruíz, L. Compañy y J.A. Casellas

Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivo: Determinar la expresión de las catepsinas en lesiones pancreáticas malignas y premalignas, tanto en muestras de PAAF guiada por USE como en muestras de piezas quirúrgicas e investigar si tiene relación con la extensión del adenocarcinoma ductal de páncreas y el pronóstico en los pacientes.

Métodos: Se incluyeron pacientes de manera consecutiva a los que se le realizó una USE - PAAF pancreática. También retrospectivamente se incluyeron pacientes que habían sido intervenidos de lesiones pancreáticas. Se determinó la expresión de distintas catepsinas (B, L, S, H) en ambos tipos de muestras. Los diagnósticos de las lesiones pancreáticas fueron clasificados en: malignas (adenocarcinoma ductal y neoplasia mucinosa maligna), premalignas (neoplasias mucinosas: neoplasia mucinosa quística y neoplasia mucinosa papilar intraductal) y benignas (resto de lesiones).

Resultados: Se analizó material citológico de 17 pacientes y 31 muestras histológicas. El diagnóstico de todas las muestras obtenidas por USE-PAAF fue de adenocarcinoma; la expresión de las catepsinas fue baja en general (catepsina B 65%, catepsina S 76%, catepsina H 41%, catepsina L 23%) y la concordancia para el nivel de catepsinas expresado en la muestra proveniente de la pieza quirúrgica fue total para las catepsinas B y H, no siendo así para el resto. No se encontró concordancia con el nivel de expresión de catepsinas y la extensión de la neoplasia. En cuanto a las piezas quirúrgicas contamos con 12 lesiones malignas, 11 potencialmente malignas y 8 benignas. La expresión de catepsinas ocurrió para la catepsina H en un 75% de las lesiones malignas, en un 27% de las premalignas y en un 37% de las benignas ($p = 0,057$). La catepsina L obtuvo tasas de expresión de un 92% en lesiones malignas, un 36% en lesiones premalignas y un 37% en lesiones benignas ($p = 0,011$). La expresión de la catepsina B se detectó en el 83% de las lesiones malignas, en el 36% de las premalignas y en el 62% de las benignas ($p = 0,069$). Se observó expresión de catepsina S en un 92% de las lesiones malignas, en un 36% de las premalignas y en un 25% de las benignas ($p = 0,004$). La expresión de catepsinas en pacientes con NPMI malignizada fue alta, siendo escasa en los pacientes con NPMI (neoplasia mucinosa papilar intraductal) pre maligna y NQM (neoplasia quística mucinosa).

Conclusiones: La expresión de catepsinas en material citológico obtenido mediante USE- PAAF en pacientes con adenocarcinoma de

páncreas es escasa para ser útil en el diagnóstico prequirúrgico de estos pacientes. No existe una relación entre la expresión y el estadio tumoral. Sin embargo las catepsinas sí se sobreexpresan en lesiones malignas de material proveniente de piezas quirúrgicas, mientras que su expresión es baja en lesiones premalignas y benignas.

Trastornos funcionales digestivos

208. ¿INFRADIAGNOSTICAMOS LA INTOLERANCIA A LA FRUCTOSA EN LOS PACIENTES DISPÉPTICOS?

M.D. Serrano León^a, B. Rodríguez Medina^a, J. Padrón Morales^b, R. San Antonio Dharandas^b y A. Castellot Martín^a

Hospiten Clínica Roca: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Análisis Clínicos, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La fructosa es un monosacárido, cuya absorción depende de una proteína codificada genéticamente (GLUT5) que se encuentra en el borde en cepillo de los enterocitos, y de un transportador no específico, compartido con la glucosa (GLUT2), presente en la zona basal del enterocito. El déficit de GLUT5 y unos bajos niveles de glucosa en la luz intestinal, favorecen la producción de síntomas asociados a la malabsorción de la fructosa.

Objetivo: Analizar la utilidad del test de hidrógeno espirado para el diagnóstico de intolerancia a la fructosa.

Métodos: Análisis retrospectivo de los resultados obtenidos desde enero 2013 hasta noviembre 2014 en el test de hidrógeno espirado. Para ello, el paciente debe permanecer al menos 8 horas de ayuno, siendo además conveniente la abstención de grandes cantidades de fruta o legumbres 24 horas antes al test, así como no haber tomado antibióticos en los últimos 7 días, ni haber sido sometido a ningún tipo de endoscopia durante el último mes. El test consiste en tomar varias muestras de aire espirado en un aparato con sensor para hidrógeno, y tras conocer el valor basal, se le administra al paciente una solución con fructosa, realizando varias tomas más cada 15-30 minutos durante un período 2-3 horas.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes, 5 varones y 20 mujeres, con edad media de 43,16 años (23-69) con clínica de dolor abdominal, meteorismo y diarrea. Se sometió a realización de Test de Hidrógeno espirado. El resultado fue positivo en 13 de los pacientes, negativo en 8 pacientes, y dudoso en 4 pacientes.

Conclusiones: El test de hidrógeno espirado es una técnica útil para el diagnóstico de intolerancia a la fructosa, no invasiva y exenta de riesgos, si bien hay que clasificar el grado de malabsorción así como los síntomas que se producen en el paciente.

209. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA INTOLERANCIA A LA LACTOSA (IL) DIAGNOSTICADA MEDIANTE TEST DE ALIENTO CON HIDRÓGENO (TALH)

J. Hinojosa Guadix, M.L. González Bárcenas, M.A. Romero Ordoñez, N. Fernández Moreno, M.C. García Gavilán, I.M. Méndez Sánchez, A.M. Sánchez Cantos y A. Pérez Aisa

Agencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga.

Introducción: La intolerancia a lactosa (IL) induce una clínica inespecífica también presente en otros problemas digestivos que unido a su actual popularidad entre los medios de comunicación suscita un voluminoso motivo de consulta. Conocer su tendencia epidemiológica y manejo nos acerca a la realidad.

Objetivo: Analizar características epidemiológicas de pacientes diagnosticados de IL mediante test de aliento con hidrógeno (TALH). Establecer diferencias de género. Determinar la incidencia de IL y su evolución en los años del análisis. Cuantificar el uso de tratamiento sustitutivo.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo de una muestra de pacientes con TALH positivo realizado en la Agencia Sanitaria Costa del Sol de Marbella de enero 2010 a noviembre 2014. Se recogen datos epidemiológicos sobre el género, la edad, el año de realización del TALH y prescripción de sustitutivo. Los TALH se realizan bajo condiciones estandarizadas utilizando un score de síntomas durante su práctica. Se elaboró un análisis bivariado con los TALH positivos como variable resultado y se construyó un modelo de regresión logística multivariante describiendo la Odds Ratio con su IC95%. Nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: De 2.038 pacientes analizados el 30% tuvieron un TALH positivo (30,5% fueron mujeres y 29,1% hombres). En el análisis multivariante; a igualdad de edad, score total durante el TALH y año de realización, se observó que los varones presentaban una OD de 1,33 (IC: 1,03-1,71) en comparación con las mujeres. Existe un incremento lineal en el número de TALH solicitados desde 2010 a 2012, momento en el cual se estabiliza (2010: 15,8%, 2011: 20,5%, a partir de 2012: 23%). Se objetiva una disminución lineal en la incidencia de IL (OD: 1 en 2010 hasta OD: 0,49 (IC 0,32-0,73) en 2014). La edad media en los TALH positivos fue de 35,28 (DT 19,47). En el 36,5% de los casos con IL se prescribe sustitutivo. Hay un incremento sucesivo en su uso 2010 (1%), 2011 (29,7%), 2012 (50,4%), 2013 (60,2%).

Conclusiones: La IL presenta una alta prevalencia en nuestro medio (30%) aunque se observa una disminución en su incidencia en los distintos años recogidos incluso solicitándose más TALH. A pesar de que en el análisis bivariado no se detecten diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de IL en el género, el análisis multivariante objetiva que los varones poseen un 33% de más riesgo de padecer IL que las mujeres. La IL se presenta en población joven, con una edad media de 35,28 años. La prescripción de sustitutivo se realiza en el 36,5% de los pacientes con IL con un incremento en los sucesivos años.

210. PREDICTORES SINTOMÁTICOS DE INTOLERANCIA A LA LACTOSA DIAGNOSTICADA MEDIANTE TEST DE ALIENTO CON HIDRÓGENO (TALH)

J. Hinojosa Guadix, M.L. González Bárcenas, M.A. Romero Ordoñez, N. Fernández Moreno, M.C. García Gavilán, I.M. Méndez Sánchez, A.M. Sánchez Cantos y A. Pérez Aisa

Agencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga.

Introducción: La intolerancia a la lactosa induce un cuadro clínico inespecífico superponible al existente en trastornos funcionales digestivos. Es motivo de consulta de un importante volumen de población por lo que disponer de una herramienta diagnóstica coste-eficiente e inocua es de gran utilidad.

Objetivo: Analizar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de intolerancia a la lactosa (IL) mediante test de aliento de hidrógeno con sobrecarga de lactosa (TALH). Determinar síntomas predictores de TALH positivo.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo de una muestra de pacientes con TALH positivo realizado en la Agencia Sanitaria Costa del Sol de Marbella desde enero 2010 a noviembre 2014. Se recogen datos epidemiológicos y clínicos. Los TALH se realizan bajo condiciones estandarizadas utilizando un score de síntomas durante su práctica. Se elaboró un análisis bivariado teniendo en cuenta como variable resultado los TALH positivo y se construyó un modelo de regresión logística multivariante describiendo la Odds Ratio con su IC95%. Nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: De 2.038 pacientes analizados el 30% tuvieron un TALH positivo. Con los síntomas que suscitan el motivo de consulta, las pacientes se encasillan inicialmente en los cuadros clínicos: Síndrome de intestino irritable (SII) (42,8%), dispepsia (37,4%), enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (3,9%). El cuadro con mayor número de TALH positivos es la EII (33,8%) en segundo lugar SII 32,3% y dispepsia 27,6%. Los síntomas por los que se indica el TALH son: dolor abdominal (53%), diarrea (51,2%), distensión abdominal (32,2%) y meteorismo (16,4%). Sin embargo, los síntomas con más TALH positivos son meteorismo (35% $p = 0,03$) y después distensión 31,8%, dolor 31,3%, diarrea 30,1%. Durante la realización del TALH el 76% de los pacientes que presentan síntomas tienen IL ($p < 0,05$). Los síntomas que destacan durante el TALH son diarrea 83,4%, dolor 81,7%, disconfort general 63,6%, disconfort abdominal 62,9% y distensión 30%.

Conclusiones: La IL es una patología con una alta prevalencia en nuestro medio (30%). El 32,3% de los pacientes con IL de nuestra muestra fueron diagnosticados inicialmente como SII. De los pacientes con EII, el 33,8% presentaron IL, se deduce pues, una fuerte relación aunque no es estadísticamente significativa posiblemente por la escasa población con EII (3,9% de la muestra). El síntoma meteorismo es predictor de TALH positivo. Durante la realización del TALH, el 76% de los pacientes con IL presentaron sintomatología, destacando la aparición de diarrea y dolor abdominal.

211. CORRELACIÓN ENTRE CLÍNICA Y RESULTADOS DEL TEST DE HIDRÓGENO ESPIRADO

A. Campos Ruiz^a, I. Ganchegui Aguirre^a, L. Urtasun Arlegui^a, A. Sánchez Patón^a, P. Ramírez de la Piscina Urraca^b, B.E. Pinedo Roa^a, R. Bengo Hernández^a, K. Spicakova^b, I. Duca Duca^c, S. Estrada Oncins^a, R. Calderón Ramírez^c, M. Salvador Pérez^a y A. Orive^b

^aHospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu), Vitoria-Gasteiz.

^bHospital Universitario de Álava, Servicio de Aparato Digestivo, Vitoria. ^cHospital de Zumárraga, Aparato Digestivo, Guipúzcoa.

Introducción: La intolerancia a la lactosa, producida por ausencia de lactasa en las células intestinales, es una patología que cada vez se diagnostica más. Esta entidad provoca diarrea, dolor abdominal, flatulencia y tenesmo rectal; sintomatología inespecífica y común con otras entidades siendo el Síndrome Intestino Irritable (SII) la principal patología en el diagnóstico diferencial. El objetivo de nuestro estudio ha sido determinar la correlación entre la clínica y los resultados del test de hidrógeno espirado (THE).

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo en un hospital terciario, incluyendo 449 pacientes a los que se les ha realizado el THE entre los años 2009 y 2013, y recogiendo los motivos por los que se solicitaba la prueba. De un total de 449 pacientes, 69% eran mujeres y 31% hombres. La edad media ha sido de 41,56 años. Entre las patologías gastrointestinales diagnosticadas durante el estudio de los síntomas se han encontrado 10 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), 1 paciente con linfoma de Burkitt y 1 tumor neuroendocrino duodenal.

Resultados: Excluyendo los paciente con enfermedades concomitantes, de los 437 a los que se les realizó el THE, los resultados del fueron negativos en el 56,3% y positivos en el 43,7% (tabla).

Conclusiones: A pesar de ser más frecuentes síntomas como la diarrea, el dolor abdominal o la flatulencia entre los pacientes con THE positivo frente los pacientes con THE negativo, no hay diferencias estadísticamente significativas ambos grupos. La anamnesis convencional es una herramienta poco fiable para establecer la malabsorción sintomática de la lactosa dada la inespecificidad sintomática. Por ello, dada la facilidad para realizar el THE y la información que puede aportarnos se recomienda su realización para confirmar el diagnóstico.

THE	Diarrea	Dolor abdominal	Flatulencia	Dispepsia	Vómitos	Disminución peso
Positivo (191)	55,40%	53,40%	28,27%	14,14%	5,5%	3,2%
Negativo (246)	50,40%	40,65%	12,60%	33,70%	10,97%	8,13%

212. RECURSOS ASOCIADOS AL MANEJO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE CON ESTREÑIMIENTO EN ESPAÑA

X. Cortés Gil^a, C. Barrull Santamaría^b, M. Roset Gamisans^b y M. Casañas Domingo^a

^aAlmirall S.A., Barcelona. ^bHealth Economics & Outcomes Research, IMS Health Barcelona.

Introducción: El SII es el trastorno funcional gastrointestinal más común, con una prevalencia estimada en España del 3,3% de la población adulta, destacando el subtipo con predominio de estreñimiento (SII-E, 44% de los SII). Aunque no se dispone de estudios españoles sobre el impacto económico del SII, una revisión sistemática del año 2003 lo asoció a un importante gasto sanitario y social.

Objetivo: Estimar los recursos sanitarios asociados al SII-E en condiciones de práctica clínica en España.

Métodos: Se utilizó la base de datos de atención primaria (AP) de IASIST, representativa de toda España, del año 2011 para estimar el número de pacientes con SII-E y los recursos sanitarios utilizados. Mediante esta base de datos se obtuvo información del número de visitas ordinarias y urgentes en AP, derivaciones al especialista, fármacos de grupos terapéuticos relevantes para el tratamiento del SII-E dispensados en oficinas de farmacia y episodios de hospitalización (servicio, frecuencia y duración).

Resultados: En una población total de 3.678.522 usuarios de servicios de AP, se identificaron 5.649 pacientes con SII-E (prevalencia del 0,15%). De ellos, el 9,5% en tratamiento con fármacos antidepresivos y diagnóstico de depresión. Las visitas ordinarias a AP (98.231 anuales) fueron el recurso con mayor coste (2.791.725 €, el 58,7% del gasto anual total de esta patología), seguido de las hospitalizaciones (818 días, 610.859€, el 12,8% del coste total), las visitas al especialista (4.663, de coste 556.164€, el 11,1% del total) y a urgencias (4.616 visitas, 491.142€, el 10,3% del total). El tratamiento farmacológico representa el 6,4% del coste total de la enfermedad (305.707€ anuales). El coste total asociado al tratamiento del SII-E para los 5.649 pacientes del análisis asciende a 4.755.593€, con un coste anual por paciente de 842€.

Conclusiones: El coste asociado al manejo de la enfermedad deriva principalmente del elevado número de visitas médicas.

213. TRASCENDENCIA DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN PACIENTES GASTRECTOMIZADOS

M.C. García Gavilán^a, J. Alcaide García^b, J. Hinojosa Guadix^a, M.L. González Bárcenas^a, F. Rivas Ruiz^c y A. Pérez Aisa^a

Agencia Sanitaria Costa del Sol: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Oncología; ^cUnidad de Investigación, Málaga.

Introducción: Los pacientes sometidos a una resección gástrica (gastrectomía total o subtotal) presentan múltiples factores que pueden condicionar mayor riesgo de malnutrición y deterioro en la calidad de vida. El síndrome de dumping, la disminución de la ingesta y el sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) se han propuesto como factores etiológicos de malnutrición. No obstante la evidencia disponible que evalúa el impacto de la presencia de SIBO en estos pacientes es escasa.

Objetivo: Evaluar de forma prospectiva la prevalencia de SIBO en pacientes sometidos a gastrectomía. Analizar la presencia de

parámetros de malnutrición en esta muestra. Establecer la posible relación del SIBO con la malnutrición en pacientes gastrectomizados.

Métodos: Se realiza un estudio prospectivo en el ámbito de la Agencia Sanitaria Costa del Sol desde 2006 hasta el 2014. Criterios de inclusión: gastrectomía total o subtotal realizada hace más de 6 meses sin evidencia de recidiva. Criterios de exclusión: cirrosis hepática, resección pancreática, estadios avanzados de enfermedad u otras causas de maldigestión. Se realizó test del aliento en hidrógeno y en metano espirado con sobrecarga oral de glucosa (60 g en 200 mL) siguiendo protocolo estandarizado. Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales y como parámetros nutricionales el índice de masa corporal (IMC), la albúmina, el recuento de linfocitos, la prealbúmina, la vitamina D y el magnesio. Se tomó como variable resultado SIBO positivo y se comparó con los parámetros de malnutrición mediante el test de la Ji-Cuadrado. Se estableció el nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 45 pacientes gastrectomizados, 57,8% varones y 40% mujeres. La edad media de inclusión en el estudio fue de 62,95 años. La gastrectomía se realizó por causa neoplásica en el 75,6% y por causa benigna el 22,2%. De todos ellos el 55,6% se le realizó una gastrectomía subtotal y al 42,2% una gastrectomía total. Del total de gastrectomizados el 68,9% tuvieron un SIBO positivo respecto al grupo control histórico con SIBO presente en 6,7%. Al analizar los datos de malnutrición se observa recuento de linfocitos bajo en el 24,4%, niveles bajos de prealbúmina 28,9% y de vitamina D en el 31,1%. En un 6,7% se observa un índice de masa corporal (IMC) $< 18,5$ y en el 2,2% niveles bajos de colesterol. Ninguno de los pacientes presentó niveles bajos de magnesio. Del total de gastrectomizados con SIBO positivo, se observa mayor tendencia a tener niveles bajos de prealbúmina, vitamina D y menor IMC que aquellos con SIBO negativo, aunque no de forma estadísticamente significativa.

Conclusiones: El SIBO es un entidad presente en un 68,9% de los pacientes sometidos a gastrectomía. En nuestra muestra se observa una tendencia a tener niveles más bajos de prealbúmina, vitamina D y menor IMC si se asocia SIBO positivo. Es importante evaluar este factor ya que puede resultar modificable con un tratamiento apropiado.

214. LOS SÍNTOMAS ESOFÁGICOS EN PACIENTES CON TRASTORNOS MOTORES HIPOCONTRÁCTILES VARIAN EN FUNCIÓN DEL TIPO ESPECÍFICO DE TRASTORNO MOTOR ESOFÁGICO

A. Juan Juan, J. Serra Pueyo, C. Julià y P. Bayo

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

Introducción: Los nuevos criterios diagnósticos de Chicago clasifican los trastornos motores esofágicos hipocontráctiles en aperistalsis completa, y las alteraciones del peristaltismo en roturas de onda peristáltica pequeñas, roturas grandes, y peristalsis fallida frecuente. No se ha analizado si estas alteraciones manométricas guardan relación con los síntomas habituales de los pacientes.

Objetivo: Determinar la frecuencia de los diferentes síntomas esofágicos en los distintos subgrupos de trastornos motores hipocontráctiles no acalásicos.

Métodos: Se analizaron 86 pacientes (51 M, 35 V, 16-87 años) que fueron diagnosticados, mediante manometría de alta resolución como: 20 aperistalsis, 20 peristalsis leve con grandes roturas, 23 peristalsis leve con pequeñas roturas y 23 peristalsis fallida frecuente. Previo a la prueba a todos los pacientes se les pasó un cuestionario de frecuencia de los síntomas esofágicos para cada uno de los siguientes síntomas: disfagia a sólidos, dolor torácico, pirosis y regurgitación. Finalmente, se analizó la frecuencia de cada uno de los síntomas en cada subgrupo de trastorno motor esofágico.

Resultados: El síntoma más frecuente en los pacientes con aperistalsis fue la disfagia a sólidos (puntuación $2,7 \pm 0,4$; $p = 0,008$ vs $1,4 \pm 0,2$ en las alteraciones peristálticas), mientras que la pirosis fue el síntoma predominante en las alteraciones peristálticas (puntuación $2,5 \pm 0,2$), aunque no fue significativamente mayor que en la aperistalsis (puntuación $2,0 \pm 0,5$; $p = 0,371$). Igualmente, una mayor proporción de pacientes con aperistalsis dieron una puntuación 3 o mayor de disfagia (65% de aperistalsis, $p = 0,021$ vs 35% de los pacientes con alteración peristáltica), mientras que las diferencias en la proporción de pacientes que refirieron pirosis no fueron tampoco significativamente distintas (45% aperistalsis; 59% alteración peristáltica; $p = 0,310$). No hallamos diferencias significativas entre los pacientes con peristalsis débil y grandes roturas de onda, los pacientes con pequeñas roturas de onda, o los pacientes con peristaltismo fallido frecuente (Kruskal-Wallis 0,671 para disfagia, 0,165 pirosis, 0,617 regurgitación, 0,635 dolor), ni entre los pacientes con roturas grandes o roturas pequeñas o los pacientes con peristalsis fallida frecuente y los pacientes con peristaltismo débil agrupados.

Conclusiones: Los pacientes con aperistalsis presentan síntomas esofágicos diferentes de los pacientes con alteraciones del peristaltismo, con una predominancia de la disfagia a sólidos en los primeros, y de la pirosis en los segundos. Sin embargo, no hay diferencias en los síntomas referidos por los pacientes con diferentes alteraciones del peristaltismo de acuerdo a Criterios de Chicago. Estos datos podrían reflejar diferentes mecanismos patofisiológicos, con una afectación predominantemente motora en la aperistalsis, y una posible mayor asociación al reflujo en las alteraciones peristálticas.

215. PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DEL CUESTIONARIO GSFQ: COMPARACIÓN FRENTE A LOS RESULTADOS DE LA PHMETRÍA

C. Teruel Sánchez-Vegazo^a, V. Faro Leal^a, N. Mañas Gallardo^b y A. Muriel^c

^aHospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^bHospital Universitario de Sanchinarro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^cHospital Universitario Ramón y Cajal, Unidad de Bioestadística Clínica, Madrid.

Introducción: El diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) sigue siendo problemático en muchas situaciones, precisando con frecuencia la realización de pruebas invasivas y costosas. Para intentar facilitararlo se han elaborado múltiples cuestionarios para lograr un diagnóstico en base a síntomas. La mayoría de ellos no han sido comparados frente a los resultados las pruebas objetivas más potentes disponibles. Uno de ellos es el Gastrointestinal Short Form Questionnaire (GSFQ), cuestionario sencillo de 6 ítems autoadministrado por el paciente del que se dispone una versión traducida al español.

Objetivo: Determinar la precisión diagnóstica del GSFQ usando como patrón oro el resultado de la pHmetría.

Métodos: Entre enero 2012 y diciembre 2013 se reclutaron prospectivamente pacientes derivados a la Unidad de Motilidad de los servicios participantes por síntomas típicos de ERGE (pirosis o re-

gurgitación), excluyéndose los que estuviesen bajo tratamiento con antisecretores o los operados del tubo digestivo alto. Todos los pacientes rellenaron el cuestionario (puntuaciones 0-30, proporcional a la probabilidad de reflujo). Se estableció un diagnóstico objetivo de ERGE cuando la exposición ácida esofágica fuese mayor del 4,5% o cuando el índice sintomático fuese superior al 50%. Se estimó la capacidad diagnóstica del GSFQ mediante la elaboración de curvas ROC, estimándose el mejor punto de corte para las máximas sensibilidad (S), especificidad (E) y likelihood ratios positivo y negativo (LR+, LR-), con los intervalos de confianza (IC95%) correspondientes.

Resultados: Se incluyeron 152 pacientes: 91 mujeres (59,9%), edad $47,9 \pm 13,9$ años, IMC mediano $26,21 \text{ kg/m}^2$ (rango 20,06-42,97). El 97,4% presentaban pirosis y el 71,3% regurgitación. El 70,4% tuvo una pHmetría positiva para ERGE. La puntuación media del GSFQ fue de $11,2 \pm 6$. El AUROC fue 0,60 (IC95%: 0,51-0,70%). El punto de corte óptimo fue 14 o superior: S 35,5% (IC95%: 26,5-44,6%), E 82,2% (IC95%: 71,1-93,4%), LR+ 2,00 (IC95%: 1,01-3,94), LR- 0,78 (0,65-0,95). Con el punto de corte de 12 o superior propuesto por investigadores previos las cifras fueron peores (S: 47,7%; E: 57,8%; LR+: 1,13; LR-: 0,91). La exclusión de las preguntas 1 y 3 del cuestionario, que podrían dar lugar a confusión con dispepsia, no aumentó significativamente la capacidad diagnóstica del cuestionario: AUROC 0,62 (IC95%: 0,52-0,71). Con esta corrección el mejor punto de corte fue 9 o superior (rango 0-22): S 34,6% (IC95%: 25,6-43,6%), E 86,7% (IC95%: 76,7-96,4%), LR+ 2,59 (IC95%: 1,18-5,71) y LR- 0,75 (IC95%: 0,63-0,90).

Conclusiones: El GSFQ no es una herramienta válida para predecir los resultados de la pHmetría en la población de pacientes con síntomas típicos remitidos a hospitales de tercer nivel por sospecha de ERGE. Es posible que un entorno de Atención Primaria, con probabilidades pre-prueba probablemente menores, los resultados fuesen mejores y la utilidad del cuestionario mayor.

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 ± 3 a 5 ± 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 mejo-

ría 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.